

Ministerio de Salud  
Servicio de Salud Valparaíso San Antonio  
Hospital Claudio Vicuña de San Antonio  
LEC/OPG/D/B/d



**RESOLUCIÓN EXENTA N° 1328 \*14.06.2021**

**SAN ANTONIO,**

**VISTOS:** Decreto con Fuerza de Ley N°1, 2005, del Ministerio de Salud que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2763 de 1979 ; D.S. N° 38 / 2005, que Aprueba el Reglamento Orgánico de los Establecimientos de Salud de Menor Complejidad y de los Establecimientos Autogestionados en Red y en lo previsto en la Resolución Exenta N° 06 / 2019 de la Contraloría General de la República, la Resolución Exenta N° 3416 25-05-2016 y Resolución Exenta N° 318 02-09-2019 del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio.

**CONSIDERANDO:**

Estandarizar el manejo preoperatorio de medicamentos usados por pacientes en algún tipo de tratamiento, preferentemente patologías crónicas, que serán sometidos a anestesia para una intervención quirúrgica de carácter electivo.

**RESUELVO:**

**APRUEBESE;** Protocolo "Manejo Pre-Operatorio de Medicamentos", en su primera edición.

Notifíquese y difúndase

  
**LILIANA ECHEVERRIA CORTES**  
**DIRECTORA**  
**HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA**




**DISTRIBUCIÓN:**

Dirección  
SGA  
Pabellón

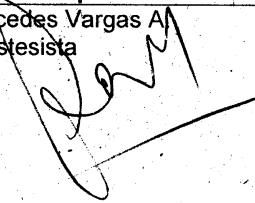
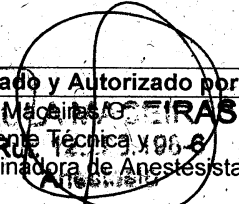
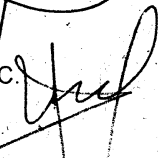

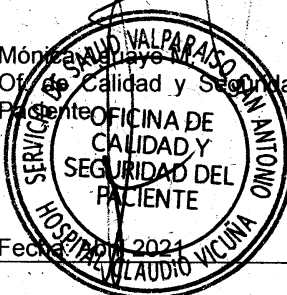

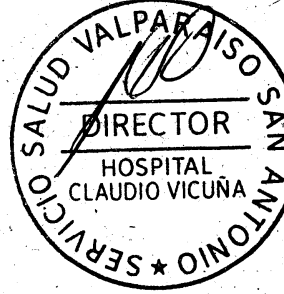
Of. De Calidad y Seg del Paciente  
Oficina de Partes


Asesoría Jurídica  
Unidad Control de Gestión

Sub Dirección Gestión del Cuidado de Enfermería  
Gestión de Cuidado Matronería

	Hospital Claudio Vicuña	Código: GD 42
	Protocolo Manejo Pre-Operatorio de Medicamentos	Edición: Primera
		Página: 1 de 28
		Fecha: Marzo 2021


## Protocolo Manejo Pre-Operatorio de Medicamentos

<b>Elaborado por:</b> Mercedes Vargas A. Anestesiista 	<b>Revisado y Autorizado por:</b> Pamela Macías Referente Técnica y de Coordinadora de Anestesiistas   Jorge Palma C. Jefe Pabellón   Mónica Véliz Of. de Calidad y Seguridad del Paciente  	<b>Aprobado por:</b> Liliana Echeverría C. Directora Hospital Claudio Vicuña  
Fecha: Marzo 2021	Fecha: Mayo 2021	Fecha: Mayo 2021

	Hospital Claudio Vicuña	Código: GD 42
		Edición: Primera
	Protocolo	Página: 2 de 28
	Manejo Pre-Operatorio de Medicamentos	Fecha: Marzo 2021

## Índice

Ítem	Contenido	Página
1.	Objetivos	3
2.	Alcance	3
3.	Documentos relacionados	3
4.	Responsable de la ejecución	3
5.	Definiciones	3
6.	Desarrollo	4
6.1	Aparato digestivo y metabolismo	5
6.2	Anticoagulantes	7
6.3	Cardiovascular	8
6.4	Hormonas	12
6.5	Antiretrovirales	14
6.6	Sistema Musculo-Esquelético	15
6.7	Sistema Nervioso Central	17
6.8	Sistema Respiratorio	21
6.9	Plantas Medicinales	22
7.	Criterios de Calidad	23
8.	Flujograma	23
9.	Indicadores y Umbral de Cumplimiento	24
10.	Distribución	24
11.	Anexo	25
12.	Formulario Control de Cambio	28

	Hospital Claudio Vicuña	Código: GD 42
	Protocolo Manejo Pre-Operatorio de Medicamentos	Edición: Primera
		Página: 3 de 28
		Fecha: Marzo 2021

### 1. Objetivos.

- Estandarizar el manejo preoperatorio de medicamentos usados por pacientes en algún tipo de tratamiento, preferentemente patologías crónicas, que serán sometidos a anestesia para una intervención quirúrgica de carácter electivo.
- Planificar la suspensión o mantención de fármacos previo a la cirugía electiva, para que los pacientes lleguen preparados en forma adecuada a pabellón.
- Evitar suspensiones de cirugías electivas por mal manejo preoperatorio de fármacos.
- Lograr que los pacientes ingresen a pabellón en las mejores condiciones de estabilidad y compensación de sus patologías.
- Disminuir la morbi-mortalidad perioperatoria en cirugías electivas.

### 2. Alcance.

Este protocolo debe ser aplicado a todo paciente que será sometido a cirugía mayor que requiera evaluación preoperatoria o preanestésica mediata por anestesiólogo.

### 3. Documentos relacionados.


No aplica.

### 4. Responsables de la ejecución.

Responsable	Función
Médico Anestesiólogo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Responsable de la evaluación e indicaciones farmacológicas preoperatorias.</li> <li>- Responsable de registro en ficha clínica.</li> <li>- Responsable de verificar el cumplimiento de este protocolo, previo ingreso a pabellón.</li> </ul>
Enfermera prequirúrgica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Encargada de verificar cumplimiento de indicaciones, previo a ser incluido en tabla quirúrgica.</li> </ul>
Enfermera de unidad clínica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Encargada de verificar cumplimiento de indicaciones, al ingresar a la unidad clínica.</li> </ul>
Enfermera de recuperación y pre anestesia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Encargada de verificar cumplimiento de indicaciones, previo al ingreso a pabellón e informar a médico anestesiólogo.</li> </ul>
Jefe del CC Pabellón	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fiscalizar el cumplimiento de este protocolo.</li> </ul>


### 5. Definiciones.

- **Evaluación preoperatoria o preanestésica mediata:** Evaluación por anestesiólogo a paciente que será sometido a cirugía mayor, realizada en policlínico de evaluación preanestésica o interconsulta desde sala de hospitalización con una vigencia de 3 meses.
- **Patología crónica:** Patología diagnosticada que requiere medicación permanente y/o tratamiento nutricional para su compensación.
- **AINE:** Antiinflamatorios no esteroidales.

 <b>HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA SAN ANTONJO</b>	<b>Hospital Claudio Vicuña</b>	<b>Código: GD 42</b>
		<b>Edición: Primera</b>
	<b>Protocolo</b>	<b>Página: 4 de 28</b>
	<b>Manejo Pre-Operatorio de Medicamentos</b>	<b>Fecha: Marzo 2021</b>


#### **6. Desarrollo:**

- Se debe considerar el pre, intra y post operatorio, en el manejo farmacológico crónico.
- Se debe consignar medicamentos usados por prescripción médica y por automedicación.
- A continuación, se fijan las pautas, por grupo terapéutico, de los fármacos más comunes utilizados por los pacientes.


 <b>HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA</b> SAN ANTONIO	Hospital Claudio Vicuña		Código: GD 42
	Manejo Pre-Operatorio de Medicamento		Edición: primera
			Página: 5 de 28
			Fecha: Marzo 2021

## 6.1 Aparato digestivo y metabolismo

Fármaco	Consideraciones Clínicas	Previo a Cirugía	Día Cirugía	Durante Cirugía	Después de Cirugía
<b>Antagonistas H<sub>2</sub></b>  <b>Inhibidores de la bomba de protones (IBP)</b>	<p>Minimizan el riesgo de úlcera por estrés debido a cirugía, y reducen el riesgo de neumonía por aspiración.</p> <p>Contraindicada si fallo renal, acumulación de lactato o hipoxia.</p>	Dosis habitual.	Dosis habitual.		<p>En caso de ayuno postoperatorio prolongado, sustituir por sus equivalentes iv. Restablecer cuando este disponible la vo.</p>
<b>Metformina</b>		Dosis habitual.	Omitir dosis.	<p>Monitorizar glucemia cada 2 horas y si se observa hiperglucemia administrar insulina regular.</p>	<p>Restablecer cuando el paciente empiece a comer, excepto en caso de fallo renal, hepático o IC.</p> <p>Si ha precisado insulina, mantenerla hasta que empiece a comer.</p>
<b>Sulfonilureas</b>	Incrementan el riesgo de hipoglucemias.	Dosis habitual.	Omitir dosis.	<p>Si mal control de la diabetes o el procedimiento quirúrgico es largo, puede requerir insulina.</p>	<p>Restablecer cuando el paciente coma normalmente (para evitar hipoglucemias), y si la dosis de SU es alta hacerlo de forma escalonada. Si ha precisado insulina, mantenerla hasta que empiece a comer.</p>
<b>Pioglitazona</b>	Puede causar edema y precipitar una IC.	Dosis habitual.	Omitir dosis.		<p>Restablecer cuando el paciente empiece a comer, excepto en caso de IC, retención de líquidos o fallo hepático. Si ha precisado insulina, mantenerla hasta que empiece a comer.</p>
<b>Otros antidiabéticos: IDPP-4, análogos de GLP-1</b>	Pueden alterar la motilidad GI y empeorar el postoperatorio.	Dosis habitual.	Omitir dosis.		<p>Restablecer cuando el paciente empiece a comer. Si ha precisado insulina, mantenerla hasta que empiece a comer.</p>

 <b>HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA</b> SAN ANTONIO	<b>Hospital Claudio Vicuña</b> Protocolo		Código: GD 42
	<b>Manejo Pre-Operatorio de Medicamento</b>		Edición: primera
			Página: 6 de 28
			Fecha: Marzo 2021


<p><b>Insulina rápida</b></p> <p>Consideramos PQ muy cortos si sólo se va a retrasar el desayuno.</p> <p>Consideramos PQ cortos si se omite el desayuno y probablemente el almuerzo.</p>	<p>Si PQ muy corto, retrasar la dosis de insulina sc hasta después de la intervención, con el desayuno.</p> <p>Si PQ corto, omitir dosis.</p> <p>Si PQ largo y complejo, insulina iv con infusión de glucosa-potasio.</p> <p>Si PQ corto o muy corto, dosis habitual.</p> <p>Si PQ largo y complejo, cambiar a insulina iv el día previo a la cirugía (con infusión de glucosa-potasio).</p>	<p>Si ha mantenido la insulina sc, administrar dextrosa iv hasta que el paciente empiece a comer (para evitar hipoglucemias).</p> <p>Si ha requerido insulina iv, volver a cambiar a insulina sc cuando el paciente empiece a comer.</p> <p>Monitorizar la glucemia al menos cada hora.</p> <p>Si PQ corto, administrar dextrosa iv.</p> <p>Si se observa hiperglucemia administrar insulina rápida sc.</p> <p>Si PQ largo y complejo, insulina iv con infusión de glucosa-potasio.</p> <p>Si PQ muy corto, dar la dosis habitual de la mañana.</p> <p>Si PQ corto, reducir la dosis, y si tiene varios tipos de insulina, convertir la dosis a intermedia/lenta.</p> <p>Si PQ largo y complejo, insulina iv con infusión de glucosa-potasio.</p>	<p>Si ha mantenido la insulina sc, administrar dextrosa iv hasta que el paciente empiece a comer (para evitar hipoglucemias).</p> <p>Si ha requerido insulina iv, volver a cambiar a insulina sc cuando el paciente empiece a comer.</p>
<p><b>Insulina intermedia, lenta o mezclas (bifásicas)</b></p>			

 <b>HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA</b> SAN ANTONIO	<b>Hospital Claudio Vicuña</b>		Código: GD 42
	<b>Manejo Pre-Operatorio de Medicamento</b>		Edición: primera Página: 7 de 28 Fecha: Marzo 2021

## 6.2 Anticoagulantes

Fármaco	Consideraciones Clínicas	Previo a Cirugía	Después de Cirugía
<b>Acenocumarol</b> <b>Warfarna</b>	<p>Puede ser necesaria la administración de vitamina K antes del PQ para lograr un INR adecuado.</p> <p>En pacientes con válvula cardíaca metálica, FA o TEV, sustituir por HBPM.</p>	<p>Suspender de 3 a 5 días antes, excepto en PQ dental, dermatológico u oftalmológico menor.</p>	<p>Reiniciar 12-24 horas después del PQ, cuando se observe una hemostasia adecuada.</p>
<b>Dabigatran,</b> <b>riparoxabán,</b> <b>apixabán</b>	<p>En los fármacos que se ajustan por CrCl, ver función renal y valorar suspender antes.</p>	<p>PQ de bajo riesgo de sangrado: suspender 2 días antes.</p> <p>PQ de alto riesgo de sangrado: suspender 3 días antes.</p> <p>En pacientes con alto riesgo trombótico puede estar indicada la terapia puente con heparina de bajo peso molecular.</p>	<p>Reiniciar 12-24 horas después del PQ, cuando se observe una hemostasia adecuada.</p>
<b>Inhibición TXA2: AAS,</b> <b>tifusal</b>	<p>En la actualidad y tras los resultados del Estudio POISE-2 existen dudas sobre la idoneidad de mantener aspirina en pacientes de bajo riesgo trombótico.</p>	<p>Suspender 7-10 días antes, excepto:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Riesgo elevado de eventos cardíacos.</li> <li>- PQ de revascularización coronaria.</li> <li>- Intervención coronaria percutánea.</li> </ul> <p>Pacientes con stent de metal o de fármacos que requieran PQ antes de las 6 semanas y 12 meses, respectivamente, de la colocación del stent.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- PQ dental, dermatológico u oftalmológico menores.</li> </ul>	<p>Reiniciar 12-24 horas después del PQ, cuando se observe una hemostasia adecuada.</p>
<b>Bloqueantes del receptor: ticlopidina, clopidogrel, prasugrel y ticagrelor</b>	<p>El tiempo de suspensión propuesto por la mayoría de las Guías de Práctica Clínica es de 5 días para clopidogrel y ticagrelor y 7 días para prasugrel.</p>	<p>Suspender 5-10 días antes, excepto:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervención coronaria percutánea.</li> <li>- Pacientes con stent metálicos o farmacológicos que requieran PQ antes de la 6 semanas y 12 meses respectivamente, de la colocación del stent.</li> </ul>	<p>Reiniciar 12-24 horas después del PQ, cuando se observe una hemostasia adecuada.</p>




 <b>HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA</b> SAN ANTONIO	<b>Hospital Claudio Vicuña</b>		Código: GD 42
	Protocolo		Edición: primera
	Manejo Pre-Operatorio de Medicamento		Página: 8 de 28
			Fecha: Marzo 2021.


### 6.3 Cardiovascular

Fármaco	Consideraciones Clínicas	Previo a Cirugía	Día Cirugía	Durante Cirugía	Después de Cirugía	Alternativas
<b>B-bloqueantes adrenérgicos</b>	<p>La interrupción brusca puede producir hipertensión, taquicardia e isquemia miocárdica.</p> <p>Tienen efecto cardioprotector, disminuyen la isquemia por reducción de la demanda miocárdica de O<sub>2</sub>, además ayudan a prevenir o controlar las arritmias.</p> <p>La suspensión del tratamiento no es tan importante cuando se emplean como antihipertensivos o profilaxis de migraña.</p>	<p>Dosis habitual.</p>	<p>Dosis habitual.</p>	<p>Bolo iv o infusión (por lo general no es obligatorio).</p>	<p>Continuar dosis iv hasta que el medicamento se pueda tomar por vo.</p>	<p>Sustituir por metoprolol o labetalol iv durante el estado de apo.</p>
<b>Agonistas α-2 adrenérgicos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Clonidina</li> <li>- Metilopa</li> <li>- Guanfacina</li> <li>- Moxonidina</li> </ul>	<p>Su retirada puede causar hipertensión extrema e isquemia miocárdica.</p>	<p>Dosis habitual.</p>	<p>Dosis habitual.</p>	<p>Sustituir por clonidina transdérmica con efectos a las 48 horas, y rara vez por metildopa iv.</p>	<p>Reiniciar cuando este disponible la vo.</p>	<p>Si imposibilidad de ingesta oral recurrir a otros antihipertensivos iv.</p>
<b>Bloqueantes de los canales de calcio</b>	<p>Pruebas contradictorias sobre el incremento del riesgo de sangrado.</p> <p>Reducen la mortalidad postoperatoria.</p> <p>Disminuyen el riesgo de isquemia y de arritmia auricular en cirugía no cardíaca.</p>	<p>Dosis habitual.</p>	<p>Dosis habitual.</p>	<p>No es necesario su sustitución iv, a menos que existan problemas hemodinámicos como hipertensión o arritmias.</p>	<p>Reiniciar con la vo.</p>	<p>Verapamilo, Diltiazem iv o betabloqueantes.</p>


Fármaco	Consideraciones Clínicas	Previo a Cirugía	Día Cirugía	Durante Cirugía	Después de Cirugía	Alternativas
<b>IECA</b> <b>ARA II</b> <b>Inhibidores de la renina</b>	Pueden provocar hipotensión.	Continuar tratamiento hasta (e incluyendo) el día de la cirugía si están indicados por hipertensión. Interrumpirlos el día de la cirugía si es por insuficiencia cardíaca y la PA es baja, suspendiéndolos al menos un intervalo posológico previo a la cirugía. - Si vida corta (captopril, quinapril) suspender 12/24 horas antes. - El resto de IECAs y ARA II suspender de 24 a 48 horas antes.		Usar enalapril parenteral, si es necesario en el periodo intra y postoperatorio.	Reanudarlos después de la intervención, siempre y cuando el paciente no se encuentre hipotenso y tenga una función renal normal.	El enalapril está disponible para uso por vía intravenosa.
<b>Diuréticos</b>	Su mantenimiento puede condicionar hipovolemia e hipotensión.	Continuar la terapia hasta la noche previa.	No administrar el día de la cirugía.	Usar medicación parenteral según sea necesario en el periodo postoperatorio.	Continuar cuando el paciente esté tomando líquidos por vía oral.	Las preparaciones por vía intravenosa de diuréticos de asa están disponibles.
<b>Suplementos de potasio</b>	Deben mantenerse perioperatoriamente.	Suspender.		Monitorizar los niveles de potasio y reintroducir si procede.	Continuar con la infusión iv si es necesario o hasta que el medicamento se pueda tomar vo.	Formulaciones transdérmicas y orales "retard" de administración diaria son más adecuadas para el periodo perioperatorio.
<b>Nitroglicerina</b>	La suspensión puede provocar una vasoconstricción de rebote y un empeoramiento en la isquemia miocárdica.	Dosis habitual.	Dosis habitual.	Usar infusión iv si isquemia franca.	Continuar vía iv hasta retomar la vo.	Monitorizar niveles.
<b>Digoxina</b>	Riesgo de toxicidad digitalica y arritmias perioperatorias.	Dosis habitual o suspender 12 horas antes de la cirugía.		Administración iv ajustando dosis.		

 <b>HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA</b> SAN ANTONIO	<b>Hospital Claudio Vicuña</b>		Código: GD 42
	Protocolo		Edición: primera
	<b>Manejo Pre-Operatorio de Medicamento</b>		Página: <b>10 de 28</b>
			Fecha: <b>Máximo 2021</b>

Fármaco	Consideraciones Clínicas	Previo a Cirugía	Durante Cirugía	Después de Cirugía
<b>Quinidina</b>	<p>Monitorizar posible bradicardia resistente a atropina.</p> <p>Monitorizar posible bradicardia resistente a atropina.</p> <p>Monitorizar posible bradicardia resistente a atropina.</p>	<p>Dosis habitual.</p> <p>Dosis habitual.</p>	<p>Lidocaína iv para arritmia ventricular.</p> <p>Propranolol o verapamilo iv para arritmia supraventriculares.</p> <p>Procainamida o lidocaína iv para arritmia ventricular.</p> <p>Propranolol o verapamilo iv para arritmia supraventricular.</p>	<p>Reiniciar con la vo.</p> <p>Restablecer cuando esté disponible la vía oral.</p>
<b>Disopiramida</b>	<p>Efectos inotrópicos negativos con efectos anticolinérgicos como retención urinaria y estreñimiento.</p>	<p>Suspender la noche antes de la cirugía.</p>	<p>Sustituir por lidocaína iv en el periodo perioperatorio.</p>	
<b>Tocamida</b>	<p>Monitorizar posible bradicardia resistente a atropina.</p> <p>Agente oral similar a lidocaína indicado para el tratamiento de arritmias ventriculares.</p>	<p>Dosis habitual.</p>	<p>Usar lidocaína iv, si es necesario, hasta que el paciente reanude la tocamida oral.</p>	
<b>Amiodarona</b>	<p>Monitorizar posible bradicardia resistente a atropina.</p> <p>Su elevada vida media no hace factible su suspensión.</p>	<p>Continuar.</p>	<p>Amiodarona iv si arritmias.</p>	<p>Restablecer cuando esté disponible la vo.</p> <p>Reanudar con la ingesta oral.</p> <p>Las estatinas pueden acumularse cuando hay hipoperfusión hepática (simvastatina, lovastatina) o renal (pravastatina), aumentando el riesgo de miopatía.</p> <p>Las dosis deben ajustarse adecuadamente.</p> <p>No existen preparaciones intravenosas de estatinas disponibles.</p>
<b>Estatinas</b>	<p>Pueden elevar el riesgo de miopatía, pero proporcionan protección cardiovascular.</p>	<p>Continuar las estatinas hasta el día de la cirugía (incluido).</p> <p>Si el paciente no está en tratamiento, iniciarlo 2 semanas antes en caso de cirugía vascular.</p>		


 <b>HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA</b> SAN ANTONIO	Hospital Claudio Vicuña		Código: GD 42
	Protocolo		Edición: primera
	Manejo Pre-Operatorio de Medicamento		Página: 11 de 28
			Fecha: Marzo 2021

Fármaco	Consideraciones Clínicas	Previo a Cirugía	Durante Cirugía	Después de Cirugía
<b>Otros hipolipemiantes no estatinas:</b>  - Niacina - Derivados del ácido fibríco - Clofibrato - Gemfibrozilo - Fenofibrato - Ezetimiba - Resinas de intercambio iónico (colestiramina, colestipol)	La niacina y los derivados del ácido fibríco pueden causar raddomolisis.  Los secuestradores de ácidos biliares interfieren con la absorción de otros medicamentos disminuyendo su biodisponibilidad.	Suspender el día antes de la cirugía		Reiniciar con la vo.


 <b>HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA</b> SAN ANTONIO	<b>Hospital Claudio Vicuña</b>		Código: GD 42
	Protocolo <b>Manejo Pre-Operatorio de Medicamento</b>		Edición: primera Página: 12 de 28 Fecha: Marzo 2021

## 6.4 Hormonas

Fármaco	Consideraciones Clínicas	Previo a Cirugía	Día Cirugía	Durante Cirugía	Después de Cirugía
<b>Anticonceptivos orales</b>	<p>Su mantenimiento puede aumentar el riesgo de tromboembolismo venoso y su suspensión el de embarazos no deseados.</p>	<p>En los procedimientos con bajo riesgo de TEV, dosis habitual.</p> <p>En los procedimientos con alto riesgo de TEV, suspender 4-6 semanas antes de la cirugía.</p> <p>Instruir sobre formas alternativas de anticoncepción y descartar embarazo antes de la intervención.</p>	<p>En los procedimientos con bajo riesgo de TEV, dosis habitual.</p>	<p>Si no se suspenden, realizar profilaxis tromboembólica.</p>	<p>Si se suspendió el tratamiento, reanudar cuando el período de mayor riesgo de TEV haya finalizado: tras 15 días de movilización completa, y reiniciar con la siguiente menstruación.</p> <p>Debe seguir con la anticoncepción adicional durante la primera semana tras la reanudación del anticonceptivo oral.</p>
<b>Terapia hormonal sustitutiva</b>	<p>Su mantenimiento puede aumentar el riesgo de tromboembolismo venoso.</p> <p>Su suspensión temporal solo condiciona la recurrencia de síntomas menopáusicos.</p>	<p>En los procedimientos con bajo riesgo de TEV, dosis habitual.</p> <p>En los procedimientos con alto riesgo de TEV, suspender 4-6 semanas antes de la cirugía.</p>	<p>En los procedimientos con bajo riesgo de TEV, dosis habitual.</p>	<p>Si no se suspenden, realizar profilaxis tromboembólica.</p>	<p>Si se suspendió el tratamiento, reanudar cuando el período de mayor riesgo de TEV haya finalizado: tras 15 días de movilización completa.</p>
<b>Moduladores selectivos del receptor estrogénico:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tamoxifeno</li> <li>- Raloxifeno</li> </ul>	<p>Su mantenimiento puede aumentar el riesgo de tromboembolismo venoso.</p>	<p>En los procedimientos con alto riesgo de tromboembolismo, suspender 4-6 semanas antes de la cirugía.</p> <p>Cuando estos fármacos se utilizan para el tratamiento del cáncer de mama, se debe consultar con el oncólogo.</p>	<p>En los procedimientos con bajo riesgo de tromboembolismo venoso, dosis habitual.</p>	<p>Si no se suspenden, realizar profilaxis tromboembólica.</p>	<p>Si se suspendió el tratamiento, reanudar cuando el período de mayor riesgo de TEV haya finalizado: tras 15 días de movilización completa.</p>
<b>Fármacos para revertir síntomas de la menopausia (clomifeno, tibolona)</b>	<p>Suspender durante todo el período perioperatorio.</p>				


 <b>HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA</b> SAN ANTONIO	Hospital Claudio Vicuña		Código: GD 42
	Manejo Pre-Operatorio de Medicamento		Edición: primera Página: 13 de 28 Fecha: Marzo 2021
Protocolo			

Fármaco	Consideraciones Clínicas	Previo a Cirugía	Día Cirugía	Durante Cirugía	Después de Cirugía
<b>Glucocorticoides</b>	<p>La supresión o no del eje HPA se determina según la dosis y duración de corticoides que haya tomado el paciente.</p> <p>En caso de duda se recomienda confirmar el grado de suspensión mediante la determinación de niveles de cortisol.</p>	Dosis habitual.	Dosis habitual.	<p>Si supresión del eje HPA, suplementar intraoperatoriamente.</p> <p>Las dosis suplementarias dependerán del tipo y duración de PQ.</p>	<p>Si no supresión del eje HPA, dosis habitual.</p> <p>Si se ha administrado suplemento de corticoides, mantenerlo durante 24 horas y pasar después a la posología habitual (puede ser necesaria la disminución gradual de dosis).</p>
<b>Tiroxina</b>	La cirugía electiva debe retrasarse en los pacientes con hipotiroidismo sintomático hasta su control.	Dosis habitual.	Dosis habitual.	<p>En los pacientes con hipotiroidismo severo que no puedan retrasar la cirugía, administrar T3 y T4 iv conjuntamente.</p>	<p>Comenzar con la dosis habitual con la ingesta oral.</p> <p>Si la ingesta oral no se puede reiniciar en 5-7 días, administrar T4 por vía iv o im.</p> <p>La dosis parenteral debe ser reducida a aproximadamente el 80% de la dosis oral habitual del paciente.</p> <p>En pacientes con hipotiroidismo severo, monitorear el equilibrio hidroelectrolítico del paciente en el postoperatorio.</p>
<b>Bifosfonatos</b>	Pueden producir osteonecrosis mandibular, por lo que ante una intervención maxilofacial u odontológica, se recomienda suspenderlos 2-3 meses antes.	Continuar.	Suspender el día del PQ. Requieren mantener al paciente erguido 30 minutos tras su administración para evitar la esofagitis por reflujo.		<p>Reiniciar en cuanto sea posible una correcta administración oral.</p> <p>Considerar formulaciones de administración semanal o mensual.</p>

 <b>HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA</b> SAN ANTONIO	Hospital Claudio Vicuña		Código: GD 42
	Protocolo		Edición: primera
Manejo Pre-Operatorio de Medicamento			Página: 14 de 28
			Fecha: Marzo 2021

## 6.5 Antiretrovirales


Fármaco	Previo a Cirugía	Día Cirugía	Durante Cirugía	Después de Cirugía
<b>Terapia antirretroviral</b>	<p>Continuar. La retirada puede ocasionar la aparición de resistencias.</p>			<p>Reanudar la medicación cuando reinicie la vo.</p> <p>Existen presentaciones líquidas en caso de prolongación de problemas de ingesta. Considerar sng.</p> <p>Asegurar mínima ingesta calórica (400 Kcal) para rilpivirina.</p> <p>Vigilar interacciones con IBP.</p>
<b>Terapia VHC: Nuevos Antirretrovirales de Acción Directa (AAD)</b>	<p>Por la corta duración de tratamiento con los nuevos AAD, se recomienda retrasar la cirugía si es posible hasta finalización del mismo.</p> <p>En caso de cirugía urgente tomar el mismo día del PQ con mínima cantidad de agua.</p>			<p>Reintroducir con la ingesta oral.</p>

 <b>HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA</b> SAN ANTONIO	<b>Hospital Claudio Vicuña</b> Protocolo <b>Manejo Pre-Operatorio de Medicamento</b>	Código: GD 42
		Edición: primera
		Página: 15 de 28
		Fecha: Marzo 2021


## 6.6 Sistema músculo-esquelético

Fármaco	Consideraciones Clínicas	Previo a Cirugía	Después de Cirugía	Alternativas
<b>AINE de vida media larga</b> (meloxicam, nabumetona, piroxicam)	Tienen cierto efecto antiagregante que puede aumentar el riesgo de sangrado postoperatorio inmediato, aunque por otro lado, pueden reducir el riesgo de eventos cardiovasculares peroperatorios. También pueden producir daño renal.	Suspender 10 días antes de la cirugía.	Reiniciar cuando la función renal sea estable.	Alternativas para el control del dolor.
<b>AINE de vida media intermedia</b> (naproxeno, sulindac, diflunisal)	Como recomendación global, se deben suspender 2-3 vidas medias antes de la intervención.	Suspender 2-3 días antes de la cirugía.	Pueden utilizarse formulaciones parenterales hasta que se restablezca la vía oral.	En caso de artritis se puede usar corticoides a dosis bajas.
<b>AINE de vida media corta</b> (ibuprofeno, diclofenaco, ketoprofeno, indometacina)	Su efecto antiagregante es mínimo, sin embargo se recomienda suspender por sus efectos renales.	Suspender 1 día antes de la cirugía.		Alternativas para el control del dolor.
<b>Inhibidores selectivos COX-2</b> (celecoxib, etoricoxib)	Riesgo potencial de supresión de médula ósea.	Suspender 2-3 días antes de la cirugía.	Reanudar con la ingesta oral.	Existen presentaciones para administración sc.
<b>Metotrexato</b>	Riesgo potencial de supresión de médula ósea.	Se continuará en el periodo perioperatorio en pacientes con función renal normal.	Reanudar con la ingesta oral.	
<b>Lefkumomida</b>	Riesgo potencial de supresión de médula ósea.	Suspender 1 semana antes de la cirugía.	Reanudar con la ingesta oral.	
<b>Sulfasalazina</b>	Riesgo potencial de supresión de médula ósea.	Continuar.	Reanudar con la ingesta oral.	
<b>Azatioprina</b>	Riesgo de cicatrización de heridas.	Continuar.	Reanudar con la ingesta oral.	
<b>Hidroxicloroquina</b>	Bajo riesgo de efectos secundarios Monitorizar función renal.	Monitorizar función renal. Continuar hasta el día de la cirugía (incluido).	Reanudar con la ingesta oral.	




 <b>HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA</b> SAN ANTONIO	<b>Hospital Claudio Vicuña</b>		Código: GD 42
	Protocolo <b>Manejo Pre-Operatorio de Medicamento</b>		Edición: primera Página: <b>16 de 28</b> Fecha: Marzo 2021

Fármaco	Consideraciones Clínicas	Previo a Cirugía	Después de Cirugía	Alternativas
<b>Modificadores de la respuesta biológica:</b> - Etanercept - Infliximab - Golimumab - Certolizumab peg - Adalimumab - Tocilizumab	Incrementan el riesgo de infección y pueden enmascarar signos de inflamación.	Etanercept: suspender 2 semanas antes de la cirugía. Infliximab, golimumab y certolizumab pegol: suspender 6 semanas antes. Adalimumab: Suspender 3 semanas antes. Tocilizumab: - sc: suspender 3 semanas antes. - iv: suspender 4 semanas antes.	Reiniciar 1-2 semanas postcirugía, una vez haya cicatrizado la herida quirúrgica.	En caso de un ataque agudo de gota postoperatorio cuando aún no hay tolerancia oral, administrar ketorolaco parenteral, y/o corticoides intraarticulares o sistémicos.
<b>Fármacos hipouricemiantes y antigotosos:</b> - Colchicina - Alopurinol - Probenecid	La suspensión brusca de alopurinol y probenecid puede desencadenar un ataque de gota agudo. Además, el probenecid interacciona con numerosa medicación peroperatoria.	Administrar la noche previa. No administrar el día de la cirugía	Reanudar con la ingesta oral.	
<b>Ciclofosfamida</b>	Puede ocasionar complicaciones renales o de vejiga tras la intervención.	Interrumpir.		


 <p><b>HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA</b> SAN ANTONIO</p>	Hospital Claudio Vicuña		Código: GD 42
	Manejo Pre-Operatorio de Medicamento		Edición: primera Página: 17 de 28 Fecha: Marzo 2021
Protocolo			

## 6.7 Sistema nervioso central

Fármaco	Consideraciones Clínicas	Previo a Cirugía	Durante Cirugía	Después de Cirugía	Alternativas
<b>Antidepresivos tricíclicos</b>	<p>Su continuación puede aumentar el riesgo de arritmias en combinación con algunos anestésicos inhalados y simpaticomiméticos. Se valorará la suspensión 1 semana antes en pacientes con dosis bajas y elevado riesgo de arritmias.</p> <p>La retirada brusca puede conducir a insomnio, náuseas, dolor de cabeza, aumento de la salivación y sudoración.</p> <p>Incrementan el riesgo de sangrado.</p>	<p>Continuar el tratamiento hasta (e incluyendo) el día de la cirugía para los pacientes en dosis altas.</p> <p>Los pacientes tratados con dosis bajas y en los que es probable una arritmia perioperatoria deben interrumpir el tratamiento 7 días previos a la cirugía.</p> <p>Suspender el tratamiento 3 semanas antes de la cirugía en pacientes sometidos a procedimientos de alto riesgo hemorrágico (como ciertos procedimientos SNC).</p> <p>En los demás casos, mantener.</p>	<p>Si se produce hipotensión, utilizar noradrenalina.</p>	<p>Reanudar el tratamiento con la ingesta oral.</p>	<p>No existen soluciones disponibles vía parenteral.</p>
<b>Inhibidores de la recaptación de serotonina</b>	<p>Se recomienda la consulta con un/a psiquiatra para considerar terapias alternativas durante el periodo perioperatorio del paciente con un trastorno grave bajo un procedimiento en el que el sangrado podría conducir a una alta morbilidad.</p>	<p>Si se suspenden, debe interrumpirse 2 semanas antes de la cirugía y sustituir por moclobemida, que tiene menos interacciones y se puede suspender la noche anterior a la intervención.</p>	<p>Para procedimientos urgentes, debe usarse una técnica anestésica IMAO-segura con morfina, fentanilo, codeína, oxycodona, buprenorfina y simpaticomiméticos de acción directa como fenilefrina.</p>	<p>Reanudar el tratamiento con la ingesta oral.</p>	
<b>Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO)</b>	<p>El/la anestesiólogo/a y el/la psiquiatra deben colaborar y decidir si usar esta técnica anestésica IMAO-segura o discontinuar el medicamento.</p> <p>Con fármacos opioides como la meperidina y el dextrometorfano pueden provocar un síndrome serotoninérgico, reacción potencialmente mortal similar al síndrome neuroleptico maligno (caracterizado por fiebre, alteraciones y rigidez).</p>	<p>Si se suspenden, debe interrumpirse 2 semanas antes de la cirugía y sustituir por moclobemida, que tiene menos interacciones y se puede suspender la noche anterior a la intervención.</p>	<p>No usar meperidina, tramadol, dextrometorfano, metadona, ni tapentadol.</p>		


 <b>HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA</b> SAN ANTONIO	<b>Hospital Claudio Vicuña</b> <b>Protocolo</b> <b>Manejo Pre-Operatorio de Medicamento</b>		Código: GD 42 Edición: primera Página: 18 de 28 Fecha: Marzo 2021

Fármaco	Consideraciones Clínicas	Previo a Cirugía	Durante Cirugía	Después de Cirugía	Alternativas
<b>Litio</b>	Puede prolongar el efecto de los relajantes musculares y causar hipovolemia e hipernatremia.	Continuar el tratamiento hasta (e incluyendo) el día de la cirugía con un control estricto de niveles, electrolitos, estado volémico y función tiroidea.	Monitorizar niveles.	Reanudar con la ingesta oral, cuando los niveles de electrolitos y la función renal estén estables.	
<b>Ácido valproico</b>	No efectos adversos reseñables.	Continuar el tratamiento hasta (e incluyendo) el día de la cirugía.	Monitorizar niveles.	Reanudar el tratamiento con la ingesta oral. Monitorizar niveles.	Hay disponible una formulación parenteral (valproato sódico).
<b>Antipsicóticos</b>	Algunos agentes están asociados con prolongación del intervalo QT y, ocasionalmente, causan hipotensión, arritmias y/o muerte súbita, sobre todo, cuando se administran conjuntamente con anestésicos volátiles, o medicamentos como la eritromicina, quinolonas, amiodarona y sotalol.  No hay datos recientes.	Continuar el tratamiento hasta (e incluyendo) el día de la cirugía en pacientes con alto riesgo de desarrollar psicosis.  Retirar en los pacientes con prolongación del intervalo QT.  Seleccionar antipsicóticos de efecto más breve y a más bajas dosis.  Adecuada selección de antibióticos y otros medicamentos para evitar interacciones farmacológicas.	Si se prevé un estado de ripo prolongado, se pueden iniciar formulaciones de depósito mucho antes de la cirugía tras consulta con un/a psiquiatra; por ejemplo, el decanoato de haloperidol o risperidona.	Reanudar el tratamiento con la ingesta oral. Monitorizar electrocardiograma.	Existen formulaciones parenterales disponibles para el haloperidol, clorpromazina, aripiprazole, olanzapina y ziprasidona.
<b>Benzodiazepinas</b>	Su interrupción brusca puede provocar síndrome de abstinencia con agitación, HIA, delirio y convulsiones.	Continuar tratamiento hasta (e incluyendo) el día de la cirugía.	El diazepam, lorazepam y clordiazepóxido parenteral están disponibles para el estado de ripo prolongado.	Reanudar el tratamiento con la ingesta oral.	Hay disponibles fórmulas parenterales de diazepam, lorazepam y clordiazepóxido.

 <b>HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA</b> SAN ANTONIO	<b>Hospital Claudio Vicuña</b> Protocolo <b>Manejo Pre-Operatorio de Medicamento</b>		Código: GD 42 Edición: primera Página: 19 de 28 Fecha: Marzo 2021


Fármaco	*Consideraciones Clínicas	Previo a Cirugía	Día Cirugía	Durante Cirugía	Después de Cirugía	Alternativas
<b>Bupirone</b>	No efectos adversos conocidos.	Continuar el tratamiento hasta (e incluyendo) el día de la cirugía.		No existe fórmula parenteral, pero el diazepam, lorazepam y clordiazepóxido iv se pueden utilizar para el estado de nro prolongado.	Reanudar el tratamiento con la ingesta oral.	Hay disponibles fórmulas parenterales de diazepam, lorazepam y clordiazepóxido.
<b>Psicoestimulantes</b>	Aumentan el riesgo de hipertensión y arritmias, bajan el umbral convulsivo, e interactúan con los medicamentos que pueden ser necesarios en el periodo perioperatorio como vasopresores.	Continuar.	Retirar el día de la cirugía.		Reanudar cuando el paciente esté estable.	
<b>Opioides</b>	La interrupción brusca del consumo crónico de opiáceos puede producir síntomas de abstinencia, con calambres abdominales, bofetos, náuseas, vómitos, diarrea, insomnio, ansiedad, irritabilidad, inestabilidad térmica, sudoración y salivación.	Continuar con estos agentes en todo momento.			En general, se debe usar una dosis parenteral equivalente a dosis oral (existen tablas para el ajuste de dosis de vía oral a intravenosa y viceversa), aunque temporalmente superior para controlar el dolor asociado con el procedimiento quirúrgico.	Para los pacientes incapaces de tomar medicación oral, hay disponibles fórmulas de administración rectal, transmucosa, transdermica y parenteral.
<b>Tramadol</b>	Convulsiones e interacciones medicamentosas.	Sustituir por otro analgésico.			Reanudar el tratamiento con la ingesta oral.	
<b>Fenitoína</b>	La medicación anticonvulsivante precisa generalmente ser continuada perioperatoriamente en la mayoría de los pacientes con trastornos convulsivos conocidos; sin embargo, no es vital en los casos de crisis de ausencia pura, ya que no son una amenaza vital.	Dosis habitual.	Dosis habitual con un sorbo de agua.	Fenitoína iv. Medir niveles.	Reanudar, con la ingesta oral en los casos de convulsiones bien controladas. En los casos de difícil control, mantener la administración parenteral de fenitoína o fenobarbital.	Fenitoína, valproato, levetiracetam, fenobarbital están disponibles por vía parenteral.
<b>Fenobarbital</b>		Dosis habitual.	Dosis habitual con un sorbo de agua.	Fenobarbital iv.		No hay formas parenterales de carbamazepina, etosuximida, gabapentina, topiramato o lamotrigina.
<b>Carbamazepina</b>		Dosis, carga vo de fenitoína o fenobarbital.	Fenitoína o fenobarbital vo.	Fenitoína o Fenobarbital iv.	Monitorizar niveles.	

Fármaco	Consideraciones Clínicas	Previo a Cirugía	Día Cirugía	Durante Cirugía	Después de Cirugía	Alternativa
<b>Levodopa</b> <b>Carbidopa</b>	Si se suspenden pueden reaparecer síntomas de parkinsonismo. La rigidez puede ocasionar problemas ventilatorios complicando el postoperatorio. La suspensión prolongada puede dar lugar a un síndrome de retirada, e incluso un síndrome neuroléptico maligno. Los metabolitos de la levodopa (dopamina) pueden causar arritmias, hipotensión o hipertensión.	Dosis habitual.	Dosis habitual.		Reanudar con la ingesta oral tan pronto como sea posible. - En cirugías no abdominales, se podría comenzar a las 2-3 horas por sng con mínima cantidad de agua o dilución en pacientes con disfagia. - El paciente debe ser monitorizado hemodinámicamente para evitar hipotensión.	No hay disponible ninguna forma parenteral. Cuando se requiera dieta absoluta estricta se pueden considerar los parches de rotigotina (realizando conversión de dosis). Si se espera postoperatorio largo, considerar apomorfina sc previo establecimiento de dosis antes de la cirugía.
<b>Agonistas de la dopamina:</b> - Bromocriptina - Pergolida - Pramipexol - Ropinirol - Rotigotina	Estimulan directamente los receptores de dopamina y puede causar arritmias e hipotensión.	Dosis habitual.	Dosis habitual.		Reanudar con la ingesta oral tan pronto como sea posible.	Cuando se requiera dieta absoluta estricta se pueden considerar los parches de rotigotina (realizando conversión de dosis). Si se espera postoperatorio largo, considerar apomorfina sc previo establecimiento de dosis antes de la cirugía.
<b>Selegilina y rasagilina</b> (inhibidor de la MAO selectivo)	A dosis habituales para la enfermedad de Parkinson no inducen hipertensión con los alimentos que contienen tiramina.	Mantener hasta la noche previa a la cirugía. Si las condiciones del paciente lo permiten, suspender 1-2 semanas antes de la cirugía.	Considerar usar una técnica IMAO-segura como se indica en el apartado de <b>Inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO)</b>		Reanudar con la ingesta oral.	Cuando se requiera dieta absoluta estricta se pueden considerar los parches de rotigotina (realizando conversión de dosis). Si se espera postoperatorio largo, considerar apomorfina sc previo establecimiento de dosis antes de la cirugía.
<b>Piridostigmina, neostigmina</b>	Puede provocar efectos secundarios muscarínicos.	Continuar el tratamiento hasta la noche previa a la cirugía. Para los pacientes que toman preparaciones de acción prolongada sustituyas por preparaciones de acción corta la noche previa a la cirugía.			Reiniciar cuando esté hemodinámicamente estable. - Por vo, iniciar a mitad de la dosis oral habitual. - Por vía im, iniciar a 1/10 de la dosis oral habitual. - Para la vía iv a 1/30 de la dosis oral habitual.	Las formas parenterales se pueden utilizar en pacientes que no pueden tomar medicación oral. Pero se deben utilizar a una dosis tan baja como sea posible, ya que pueden precipitar un estado confusional agudo, especialmente en los ancianos.

 <b>HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA</b> SAN ANTONIO	Hospital Claudio Vicuña		Código: GD 42
	Protocolo		Edición: primera
Manejo Pre-Operatorio de Medicamento			Página: 21 de 28
			Fecha: Marzo 2021

## 6.8 Sistema respiratorio

Fármaco	Consideraciones Clínicas	Previo a Cirugía	Día Cirugía	Durante Cirugía	Después de Cirugía
<b>Terapia inhalada</b> - Beta-adrenérgico - Anticolinérgicos - Corticoides	Reducen la incidencia de complicaciones pulmonares postoperatorias. La suspensión brusca de corticoides podría provocar insuficiencia adrenal.	Dosis habitual.	Dosis habitual.	Los medicamentos pueden ser administrados a través de un nebulizador o en el circuito del ventilador cuando el uso de inhaladores no es posible.	Continuar. Los medicamentos pueden ser administrados a través de un nebulizador o en el circuito del ventilador cuando el uso de inhaladores no es posible.
<b>Teofilinas</b>	Estrecho rango entre niveles terapéuticos y tóxicos. Monitorizar niveles.	Suspender la dosis de la noche previa a la cirugía.	Se pueden utilizar otros medicamentos por vía inhalatoria, como broncodilatadores (beta-adrenérgicos o anticolinérgicos) o corticoides.	Se pueden utilizar otros medicamentos por vía inhalatoria, como broncodilatadores (beta-adrenérgicos o anticolinérgicos) o corticoides.	Restablecer cuando esté disponible la vía oral.
<b>Inhibidores de leucotrienos</b>	Sus efectos sobre los síntomas del asma y la función pulmonar continúan hasta 3 semanas tras la interrupción del tratamiento.	Dosis habitual.	Dosis habitual.		Restablecer cuando esté disponible la vía oral.

 <b>HOSPITAL</b> <b>CLAUDIO VICUÑA</b> <small>SAN ANTONIO</small>	<b>Hospital Claudio Vicuña</b>  Protocolo	Código: GD 42
		Edición: primera
	<b>Manejo Pre-Operatorio de Medicamento</b>	Página: 22 de 28
		Fecha: Marzo 2021

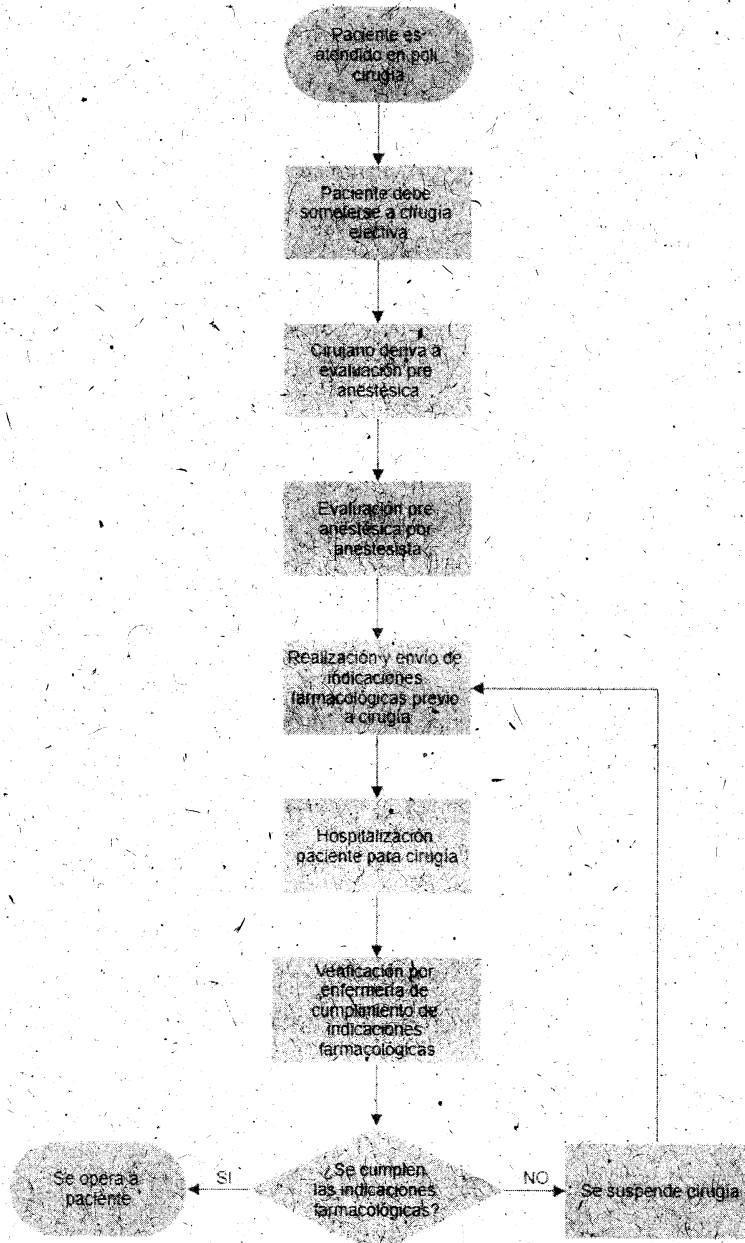
## 6.9 Plantas medicinales

Plantas	Consideraciones Clínicas	Intervalo de suspensión previo cirugía	Recomendaciones postoperatorias
<b>Ajo</b>	Incrementa el riesgo de sangrado al inhibir la agregación plaquetaria.	7 días.	
<b>Efedra</b>	Aumenta el riesgo de ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares.	24 horas.	
<b>Equinácea</b>	Se asocia con reacciones alérgicas y estimulación inmune.	No hay evidencias sobre pautas de suspensión preoperatoria. Se recomienda suspender lo antes posible una vez que se indica el PQ.	
<b>Ginkgo biloba</b>	Incrementa el riesgo de sangrado al inhibir la agregación plaquetaria.	36 horas.	
<b>Ginseng</b>	Disminuye la glucemia y puede aumentar el riesgo de hemorragia al inhibir la agregación plaquetaria.	7 días.	
<b>Hierba de San Juan o hipérico</b>	Pueden disminuir los efectos de otros fármacos por inducción de las enzimas del citocromo P-450. Inhibición de la agregación plaquetaria.	5 días.	
<b>Kava</b>	Aumenta el efecto sedante de los anestésicos.	24 horas.	
<b>Valeriana</b>	Puede aumentar el efecto sedante de los anestésicos y se asocia con síndrome de retirada similar al producido con las benzodiacepinas.	No hay evidencias sobre pautas de suspensión preoperatoria. Se recomienda ir disminuyendo la dosis durante las semanas previas a la cirugía.	


### 7. Criterios de calidad

No aplica

### 8. Flujoograma.





	Hospital Claudio Vicuña	Código: GD 42
	Protocolo Manejo Pre-Operatorio de Medicamento	Edición: primera
		Página: 24 de 28
		Fecha: Marzo 2021

## 9. Indicadores y Umbral de Cumplimiento

<b>Título</b>	Porcentaje de cirugías electivas suspendidas por mal manejo de farmacológico pre operatorio
<b>Descripción y racionalidad</b>	La primera práctica que debe asegurarse en el manejo del paciente pre operatorio es la suspensión o mantención de fármacos para mayor seguridad en pabellón
<b>Tipo indicador</b>	proceso
<b>Númerador</b>	Nº cirugías electivas suspendidas por mal manejo de fármacos x100
<b>Denominador</b>	Nº total de cirugías electivas
<b>Fuente de datos</b>	Formulario de notificación de suspensión de intervenciones quirúrgicas, FAP
<b>Área de aplicación</b>	Pabellón
<b>Metodología</b>	Se evalúan los formularios de suspensión de cirugía, seleccionando el número de cirugías electivas suspendidas por mal manejo farmacológico preoperatorio.
<b>Tamaño de la muestra</b>	Todas las cirugías electivas en el mes
<b>Periodicidad</b>	Mensual
<b>Evaluación</b>	Trimestral
<b>Umbral de cumplimiento</b>	5% máximo
<b>Responsables</b>	Jefe pabellón, Coordinadora de anestesia

## 10. Distribución.

- Sub Dirección Gestión Asistencial.
- Jefe centro de costo (CC) Pabellón.
- Enf. Supervisora Pabellón.
- Referente Técnico y Coordinadora de Anestesia (Dra. Paula Maceiras).
- CC Lista de Espera Quirúrgica.
- Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente.

**11. Anexos:**

**ANEXO I**

**Formulario de Evaluación Preoperatoria de enfermería**

DATOS	
Nº DE FIRMA CLÍNICA:	FECHA DE CONTROL:
NOMBRE:	R.U.T.:
Nº DE TELEFONO PACIENTE:	Nº DE TELEFONO CONTACTO:
TIPO DE PACIENTE:	GES:
	IFQ:
	COMGES:
	PRIORIDAD:
FECHA DE INGRESO: / /	FECHA DE VENCIMIENTO: / /
	Nº DE SOLICITUD:
DIAGNOSTICO:	DIAGNOSTICO ASOCIADOS:
CIRUGIA A REALIZAR:	MEDICO SOLICITANTE:
PESO: KG	TALLA: CM
IMC:	PA: / mmHG
PAM: mmHG	
ANTECEDENTES	
ANTECEDENTES MORBIDOS:	HTA
	DM
	ASMA
	EPOC
	EPILEPSIA
HIPOTIROIDISMO	HIPERTIROIDISMO
CANCER	AVE
PAT. CAR	DEPRESION
OTROS:	
USO DE MEDICAMENTO:	
ANTECEDENTES FAMILIARES:	HIPERTENSIÓN MALIGNA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
ALERGIAS: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	MEDICAMENTO: ALIMENTO: LATEX: OTROS:
ANTECEDENTES QUIRURGICO:	
ANTECEDENTES DE ANESTESIA:	
ANTECEDENTE GINECOLOGICO:	Nº DE PARTOS: CESAREA:
TRANSFUSIONES PREVIAS:	MOTIVO: ACEPTA TRANSFUSION:
HABITOS:	TABACO: ALCOHOL: DROGAS:
EXÁMENES	
	FECHA:
	RESULTADO:
HEMOGRAMA	CREATININA
HEMATOCRITO	ORINA COMPLETA
HEK	UROCULTIVO
GRUPO RH	ESPIROMETRIA
GLUCEMIA	ELECTROCARDIO
OREMIA	ECOTOMOGRAFIA

INDICACION EN CONTROL			
EVALUACION POR ANESTESIA			FECHA: / /
EVALUACION POR ESPECIALIDAD	CARDIOLOGIA	NEUROLOGIA	MEDICINA INTERNA
FUNDAMENTOS:			
EXAMENES PENDIENTES:			
SUSPENSION DE MEDICAMENTO	SI	NO	CUAL
<p>ACEPTO QUE TODA LA INFORMACION ENTREGADA ES VERIDICA, QUE NO OCULTE INFORMACION RELEVANTE QUE PUEDA PONER EN RIESGO MI SALUD.</p> <p>SOY CONCIENTE QUE DEBO CUMPLIR CADA UNA DE LAS INDICACION ENTREGADA Y QUE EL INCUMPLIMIENTO SIGNIFICA LA SUSPENSION DE MI CIRUGIA</p>		<p>NOMBRE Y RUT</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>FIRMA DE PACIENTE O TUTOR REESPONSABLE</p>	
COTROL DE DOCUMENTACION			
EXISTENTE EN ENTREGADO		CATEGORIA ALICION ENFERMEDAD TROMBOEMBOLICA	
ENTREGA DE INDICACIONES	EN CONTROL	SI	NO
FECHA DE ENTREGA		/ /	
EVALUACION POST CONTROL			
EVALUACION CON ANESTESISTA:			
OTRA EVALUACION:			
HOSPITALIZACION PBI VIA: N° DE DIAS		SUSPENSION DE MEDICAMENTO	
OTRAS INDICACIONES:			
CITA DE PACIENTE A CIRUGIA			
FECHA DE LA CIRUGIA PROGRAMADA		RESPONSABLE	
/ /		_____	
NUMERO DE TELEFONO	FECHA	HORA	RECEPTOR
_____	/ /	_____	_____
<p>_____</p> <p>ENFERMERA(O)</p>			

**ANEXO II**  
**Formulario de notificación de suspensión de intervenciones quirúrgicas**



MINISTERIO DE SALUD  
SS VALPARAISO - SAN ANTONIO  
HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA  
SOM - CR Y D1 - CC PABELLON




**NOTIFICACIÓN DE SUSPENSIÓN IQ**

FECHA

ESTA NOTIFICACIÓN DEBE SER LLENADA EN FORMA CLARA, CON NOMBRE Y FIRMA DEL PROFESIONAL

<b>PACIENTE: APELLIDOS Y NOMBRE</b>					
Sr.(a)					
<b>GEDULA DE IDENTIDAD</b>	<b>FICHA</b>	<b>SEXO</b>		<b>EDAD</b>	<b>TIPO DE CIRUGIA</b>
		F	M		MAYOR / MENOR / PROCEDIMIENTO
<b>MEDICO TRATANTE:</b>					
<b>IQ PROGRAMADA</b>					
Hora Programada			Hora Suspensión		
<b>CAUSA SUSPENSIÓN IQ</b>					
<b>DEL PACIENTE</b> <input type="checkbox"/> NO SE PRESENTA EN LA FECHA <input type="checkbox"/> SECHATA OPERACION <input type="checkbox"/> PATOLOGIA AGUDA <input type="checkbox"/> PATOLOGIA CRONICA DE COMPENSADA <input type="checkbox"/> FALTA A UNO <input type="checkbox"/> SIN SUSPENSIÓN DE ANTICOAGULANTES Y OTRAS DROGAS PROSCRITAS (EXCLUIDAS) <input type="checkbox"/> ATRASO EN EL INGRESO <input type="checkbox"/> PATOLOGIA NO INFORMADA, NO CONCIERTA (ALERGIA LATEX) <input type="checkbox"/> ESTUDIO INCOMPLETO <input type="checkbox"/> EXAMENES ALTERADOS NO CORREGIDOS <input type="checkbox"/> FALTA PREPARACION DE PIEL, ANTIBIOTICA U OTRA ESPECIFICA <input type="checkbox"/> SIN EVALUACION DE ESPACIALIDAD INDICADA <input type="checkbox"/> DESCOMPENSACION EN PABELLON <input type="checkbox"/> SIN INDICACION QUIRURGICA <input type="checkbox"/> ANTIPOSIÇÃO DE CIRUGIA POR ADQUISICIÓN DE PATOLOGIA <input type="checkbox"/> PACIENTE FALLECÓ			<b>ADMINISTRATIVAS</b> <input type="checkbox"/> ERROR DE PROGRAMACION <input type="checkbox"/> REEMPLAZO POR URGENCIA <input type="checkbox"/> SIN CHECK EN RECUPERACION <input type="checkbox"/> FALTA DE DISPONIBILIDAD DE CASAL UPD <input type="checkbox"/> DOCUMENTACION INCOMPLETA <input type="checkbox"/> SIN CONSENTIMIENTO INFORMADO FIRMADO O FIRMADO POR TUTOR LEGAL CONSENTIADO		
<b>UNIDADES DE APOYO CLINICO</b> <input type="checkbox"/> INSTRUMENTAL Y/O MATERIAL CON FALTA ESTERILIZACION <input type="checkbox"/> INSTRUMENTAL INCOMPLETO O NO DISPONIBLE <input type="checkbox"/> EQUIPAMIENTO NO OPERATIVO <input type="checkbox"/> FALTA SANGRE O HEMODERIVADOS <input type="checkbox"/> FALTA MEDICAMENTOS / STOCK INSUFICIENTE <input type="checkbox"/> FALTA INSUMOS / STOCK INSUFICIENTE <input type="checkbox"/> FALTA ROPA QUIRURGICA / STOCK INSUFICIENTE <input type="checkbox"/> FALTA COORDINACION UNIDAD DE RADIODIAGNOSTICO <input type="checkbox"/> FALTA COORDINACION UNIDAD ANATOMIA PATOLÓGICA (BIOPSIA RAPIDA)			<b>EQUIPO QUIRURGICO</b> <input type="checkbox"/> FALTA DISPONIBILIDAD DE CIRUJANO <input type="checkbox"/> FALTA DISPONIBILIDAD TECNICO PARAMEDICO <input type="checkbox"/> FALTA DISPONIBILIDAD DE ANESTESIOLOGO <input type="checkbox"/> FALTA DISPONIBILIDAD PROFESIONAL, NO MEDICO <input type="checkbox"/> PROLONGACION DE TABLA		
<b>INFRAESTRUCTURA</b> <input type="checkbox"/> FALTA DE PERSONAL DE AREA <input type="checkbox"/> FALTA ENERGIA ELECTRICA <input type="checkbox"/> FALTA DE CLIMATIZACION <input type="checkbox"/> FALTA DE RED HUMEDA <input type="checkbox"/> FALTA ASCENSOR <input type="checkbox"/> FALTA GASES CLINICOS			<b>GREMIALES</b> <input type="checkbox"/> FALTO O MOVILIZACION DE FUNCIONARIOS		
<b>OTROS:</b>			<b>EMERGENCIAS</b> <input type="checkbox"/> DESASTRES NATURALES: TERREMOTOS, ALUAGONES, TSUNAMIS, INUNDACIONES, SERVICIOS VOI CANCELAS, ETC. <input type="checkbox"/> DESTRUCCION REPENTINA E IRRECUPERABLE DE LA INFRAESTRUCTURA DEL HOSPITAL <input type="checkbox"/> DESASTRE DE EVENTOS MASIVOS <input type="checkbox"/> ACCIDENTES MULTIPLES <input type="checkbox"/> INCENDIOS FORESTALES		
<b>REPROGRAMAR IQ:</b> SI NO			<b>ATAQUE DE TERCEROS</b> <input type="checkbox"/> INCENDIO O AMAGO DE INCENDIO <input type="checkbox"/> INUNDACIONES <input type="checkbox"/> OBREROS DE PRODUCTOS QUIMICOS <input type="checkbox"/> AVISOS DE BOMBAS <input type="checkbox"/> ACTOS DELICTUALES		
<b>Profesional que Suspende:</b> Nombre: _____ Firma: _____			<b>DESCRIPCION:</b> EN UN PLAZO DE _____ DIAS <b>Jefe de Pabellón</b> Nombre: _____ Firma: _____		

Cód. 5238293

	Hospital Claudio Vicuña	Código: GD 42
		Edición: primera
	Protocolo	Página: 28 de 28
	Manejo Pre-Operatorio de Medicamento	Fecha: Marzo 2021

**12. Formulario control de cambios.**

Número de edición	Cambios	Fecha	Firma