

► En este número:

**P 17/I: FARMACOVIGILANCIA EN CUIDADOS PALIATIVOS**

**P 22/VI: INTERACCIONES DE PLANTAS MEDICINALES EN EL PERIOPERATORIO**

### ► FARMACOVIGILANCIA EN CUIDADOS PALIATIVOS

#### Introducción

Se calcula que en España fallecen en 1 año unas 500 personas por 100.000 habitantes a causa de enfermedades de evolución progresiva que llevan a los pacientes a una situación terminal. En un estudio realizado en nuestro país, la prevalencia de pacientes con cuidados paliativos y de soporte se estimó en 422,3 casos por cada 100.000 habitantes mayores de 14 años (IC95%: 398,7-447,0). Las mujeres presentaron una prevalencia muy superior a los hombres: 553,9 (IC95%: 516,0-593,7) frente a 287,3 (IC95%: 259,8-316,8). Los cuidados paliativos y de soporte se observaron en todas las edades, pero su incremento fue exponencial a medida que ésta aumentaba, hasta alcanzar una prevalencia cercana a los 5000 casos por cada 100.000 habitantes en las edades más avanzadas (1).

El creciente número de muertes relacionadas con el fallo orgánico y con la fragilidad física y cognitiva implica que muchos pacientes actualmente tienen más tiempo entre el diagnóstico y la muerte. Por lo tanto, cada vez se requiere de un uso más prolongado con medicamentos para reducir los síntomas.

La prescripción de medicamentos para aliviar el sufrimiento y la angustia es fundamental en los cuidados paliativos. Sin embargo, hay una evidencia limitada sobre la eficacia y seguridad de muchos de los medicamentos cuando se emplean en estos pacientes. Actualmente, la mayor parte de esta evidencia proviene de los pacientes con cáncer en lugar de aquellos con otras enfermedades crónicas terminales.

En cuidados paliativos es necesario evaluar cuidadosamente la relación beneficio-riesgo de los medicamentos, siendo esencial el desarrollo de la farmacovigilancia en cuidados paliativos, como proceso de seguimiento, evaluación y mejora de la seguridad de los medicamentos, con objeto de intentar maximizar los beneficios y minimizar los riesgos de los mismos. En este sentido, cabe subrayar que no existe un registro sistemático de datos de

farmacovigilancia específico de los medicamentos que se utilizan en cuidados paliativos (2).

Poco se sabe sobre la prevalencia de reacciones adversas a medicamentos (RAM) en los cuidados paliativos. Estos pacientes tienen un elevado riesgo de efectos adversos, ya que a menudo son ancianos con pluripatología y politerapia, tanto para el control de los síntomas como para el manejo de la enfermedad terminal y otras condiciones crónicas.

Estos pacientes pueden experimentar una significativa pérdida de peso, una ingesta oral disminuida, y tener alteraciones funcionales de diversos órganos, todo lo cual puede producir cambios en la farmacocinética y/o farmacodinámica de los medicamentos.

La progresión de la enfermedad junto a la existencia de múltiples patologías comporta un aumento progresivo en el número de medicamentos prescritos. La politerapia, junto a la frecuente automedicación y la posible utilización de medicinas complementarias, comporta un aumento del riesgo de interacciones.

El establecimiento de la relación beneficio-riesgo es cada vez más complejo debido a la dificultad para diferenciar si nos encontramos ante una progresión de la enfermedad de base o bien si se trata de una RAM.

Desde la perspectiva de la medicina basada en la evidencia y en la toma de decisiones, es preciso tener en cuenta además que en las enfermedades crónicas de pacientes a los que les queda poco tiempo de vida, el número de pacientes que es necesario tratar para obtener un beneficio adicional (NNT) tenderá a aumentar a medida que se acerca la muerte, debido al pronóstico acortado, mientras que el número de pacientes que es necesario tratar para producir un daño adicional (NND) tenderá a ser menor, en consecuencia los efectos adversos serán más frecuentes.

LA ALERTA DE FARMACOVIGILANCIA es una publicación gratuita destinada a los profesionales sanitarios de Andalucía con el fin de informar sobre las actividades del Centro Andaluz de Farmacovigilancia y los resultados obtenidos en el Programa de Notificación Espontánea de Reacciones adversas a los Medicamentos en la Comunidad Autónoma Andaluza. La alerta de farmacovigilancia es una publicación gratuita destinada a los profesionales sanitarios. Toda la correspondencia relativa a la publicación ALERTA DE FARMACOVIGILANCIA se dirigirá al Centro Andaluz de Farmacovigilancia, Avda. Manuel Siurot, s/n H.U. Virgen del Rocío. 41013 Sevilla. Tfno. Y fax: 955 013 176. Email: [cafv.hvr.sspa@juntadeandalucia.es](mailto:cafv.hvr.sspa@juntadeandalucia.es). Los artículos y las notas publicadas en el boletín no pueden ser utilizados para anuncios, publicidad u otra promoción de ventas, ni pueden ser reproducidos sin permiso.



## Sintomatología

Los medicamentos juegan un papel importante en el alivio de los síntomas comunes, pero es necesario estar atentos a la 'cascada' de síntomas debidos a los efectos adversos de los medicamentos.

Algunos son muy conocidos y esperables como el estreñimiento secundario al uso de opioides. En la tabla 1 se muestra síntomas comunes que pueden estar relacionados con la medicación empleada en cuidados paliativos (2).

**Tabla 1. Síntomas comunes relacionados con la medicación en cuidados paliativos (2)**

SÍNTOMA	FÁRMACOS QUE PUEDEN CAUSAR, CONTRIBUIR O EXACERBAR ESTOS SÍNTOMAS
Astenia	Quimioterapia, opioides (crónico), antiepilépticos (carbamazepina, gabapentina)
Ansiedad	Corticosteroides, retirada de benzodiazepinas, opioides o antidepresivos
Sequedad de boca	Opioides, anticolinérgicos, antidepresivos, antipsicóticos, antihistamínicos, benzodiazepinas, antiepilépticos (carbamazepina, pregabalina, gabapentina), inhibidores de la bomba de protones
Depresión	Corticosteroides
Hipo	Corticosteroides (dexametasona), benzodiazepinas, antipsicóticos
Delirio	Opioides, benzodiazepinas, antipsicóticos, antiepilépticos, anticolinérgicos, corticosteroides
Insomnio	Corticosteroides
Estreñimiento	Opioides, antidepresivos tricíclicos, anticolinérgicos, antiepilépticos (pregabalina), antipsicóticos, benzodiazepinas, diuréticos, hierro, antagonistas de los canales del calcio (verapamilo, diltiazem), antiácidos que contienen calcio y aluminio, suplementos de calcio, antagonistas de 5HT <sub>3</sub> (ondansetron, granisetron)
Somnolencia	Opioides, antipsicóticos, antiepilépticos, anticolinérgicos, benzodiazepinas
Agitación	Metoclopramida, antipsicóticos, opioides
Diarrea	Laxantes, inhibidores de la colinesterasa, antibióticos, quimioterapia
Sudoración	Antidepresivos, inhibidores de la colinesterasa, opioides, sialogogos (pilocarpina), tramadol
Nauseas	Opioides, antiepilépticos, antibióticos, antidepresivos, antipsicóticos, corticosteroides, AINE, tramadol, quimioterapia
Vómitos	Opioides, quimioterapia, antiepilépticos (carbamazepina, valproato sódico, fenitoina), antibióticos, antifúngicos

## Delirio

El delirio es una complicación neuropsiquiátrica común en cuidados paliativos. Puede ser el resultado de una combinación de factores basales de riesgo predisponentes y de una superposición de factores precipitantes. La prevalencia es del 26 al 62% para pacientes de cuidados paliativos ingresados y hasta del 88% en los últimos días y horas de la vida.

Muchos de los medicamentos utilizados para el control de los síntomas en cuidados paliativos (por ejemplo, las benzodiazepinas, corticosteroides, anticolinérgicos, opiáceos, antipsicóticos) pueden exacerbar o causar efectos adversos neuropsiquiátricos, incluyendo delirio. Tanto los opioides como el dolor no controlado pueden causar delirio.

Hay muchas similitudes entre la presentación clínica de un cuadro de agitación en un paciente terminal y un cuadro de delirio. De hecho se ha sugerido que estos cuadros de agitación pueden ser un

cuadro de delirio agudo potencialmente reversible. En un estudio llevado a cabo en pacientes con cáncer avanzado se observó que hasta el 49% de los episodios de los cuadros de delirio eran reversibles.

El manejo inicial del delirio incluye la identificación de las posibles causas reversibles. Muchos casos pueden revertirse si el

cuadro de delirio se desencadenó por medicamentos o trastornos electrolíticos (que también puede ser inducidos por fármacos) o procesos infecciosos. Los antipsicóticos, particularmente haloperidol, se utilizan ampliamente aunque hay una evidencia limitada en cuanto a su uso en cuidados paliativos. El uso de benzodiazepinas en cuidados paliativos carece de evidencia. Por otro lado, es importante recordar que tanto los antipsicóticos como las benzodiazepinas también pueden causar delirio (2).

## Estreñimiento

La alteración del hábito intestinal es muy común durante los cuidados paliativos. Aunque probablemente hay numerosos factores de riesgo concurrentes, los opiáceos son a menudo responsables. La contribución relativa de los diferentes factores puede cambiar a lo largo del tiempo y a menudo es difícil atribuir el estreñimiento solo a los opioides. Así, tanto el estado catabólico de caquexia, como la disminución en la movilidad y en la ingesta oral; así como, el uso concomitante de fármacos con efectos anticolinérgicos, a menudo pueden contribuir o bien agravar el estreñimiento secundario a opioides.

Según algunos estudios observacionales, más del 60% de los pacientes ingresados en unidades de cuidados paliativos necesitan tomar algún laxante y la mayoría toman más de un tipo de laxantes.

No obstante, el estreñimiento está a menudo infradiagnosticado e infratratado en los pacientes que requieren cuidados paliativos.

Las consecuencias de estreñimiento (Tabla 2) puede agravar más la merma de calidad de vida del paciente. La prescripción de medicamentos para tratar las complicaciones, conlleva un mayor potencial riesgo de sufrir los efectos adversos relacionados con dichos fármacos. Esto incluye el potencial daño de los laxantes, tales como la retención de agua y sodio asociados con algunas formulaciones que contienen macrogol que tienen un alto contenido en sodio, o el dolor asociado al uso de laxantes estimulantes en pacientes que tienen heces duras o impactación fecal. Por último, la perforación intestinal es un efecto adverso raro pero grave (2).

**Tabla 2. Potenciales consecuencias del estreñimiento inducido por medicamentos (2)**

### Gastrointestinales

Impactación, obstrucción, megacolon, incontinencia fecal, prolapso rectal, hemorroides, distensión abdominal, anorexia, y vómitos

### Cardiovasculares

Arritmias, crisis vasovagal, angina

### Urológicas

Retención, incontinencia, infección urinaria

### Otras

Delirio, ansiedad, falta de respuesta analgésica (dosis de opioide limitante por estreñimiento), empeoramiento de dolor, disminución de la calidad de vida

En el manejo del estreñimiento, además de abordar y modificar las posibles causas reversibles del mismo, incluidos los medicamentos, se suele requerir el uso de laxantes. Las Guías clínicas actuales sobre cuidados paliativos (3) recomiendan que si es seguro hacerlo, la prescripción inicial debe ser con un laxante oral reblandecedor de las heces y con un laxante estimulante.

Cuando se ha producido impactación fecal puede ser necesario algún tipo de intervención rectal, especialmente si coexiste miopatía o neuropatía que contribuyan al problema. Siempre que se haya excluido la existencia de una obstrucción intestinal, si se constata un fracaso a los laxantes puede iniciarse tratamiento con metilnaltrexona para intentar resolver el estreñimiento secundario a opioides. Recientemente se ha comercializado una combinación a dosis fijas de oxycodona+naloxona. La naloxona es un antagonista opioide que contrarresta el estreñimiento asociado a oxycodona, aunque en ninguno de los estudios publicados se consiguió prescindir del uso de laxantes de rescate en una proporción reseñable de pacientes (4).

## Notificaciones de estreñimiento asociado a medicamentos comunicadas en Andalucía

En consulta realizada el 9-12-14 se encuentran registradas un total de 197 notificaciones: 179 (91%) procedentes del programa de notificación espontánea de RAM y 18 (9%) procedentes de estudios. La mayor proporción de casos se notificaron en mujeres (n=126; 64%). La edad mediana fue de 62 años (rango: 3 meses-98 años). En cuanto a las RAM asociadas que pudieran ser potenciales consecuencias del estreñimiento inducido por medicamentos cabe destacar: vómitos (9), retención urinaria (4), distensión abdominal (2), empeoramiento de la enfermedad (2), hemorroides (2), delirio (1), incontinencia fecal (1), infección urinaria (2), obstrucción (1).

De los 256 fármacos que se consideraron sospechosos se muestran en la tabla 3 los 202 en los que constaba el grupo terapéutico, destacando que en más de la mitad de los casos de estreñimiento notificados estaban implicados fármacos del sistema nervioso y cardiovascular.

**Tabla 3. Distribución de los fármacos asociados a estreñimiento agrupados según clasificación ATC (n=202)**

Grupo ATC	N	(%)
Sistema Nervioso (N)	59	29
Sistema Cardiovascular (C)	55	27
Sistema Digestivo y Metabolismo (A)	20	10
Sistema Respiratorio (R)	19	9,4
Sistema Musculoesquelético (M)	18	9
Antiinfecciosos en general para uso sistémico (J)	11	5,4
Agentes Antineoplásicos e inmunomoduladores (L)	10	5
Aparato Genitourinario y hormonas sexuales (G)	7	3,5
Sangre y órganos hematopoyéticos (B)	2	1
Varios (V)	1	0,5

Los principios activos más comúnmente notificados fueron: verapamilo (15), simvastatina (9), paracetamol+codeína (6), venlafaxina (6), amitriptilina (5), buprenorfina (5), colestipol (5), nifedipino (5), atorvastatina (4), lansoprazol (4), omeprazol (4), tramadol (4), azacitidina (3), clortalidona (3), lorazepam (3), ribavirina (3). En 5 notificaciones se consideró que el estreñimiento pudo estar causado por una interacción: colestipol-amitriptilina, maprotilina-lorazepam, morfina-fentanilo, tramadol-duloxetina, tramadol-buprenorfina.

La vía de administración predominante fue la vía oral (91%). En el 95% de las notificaciones en las que constaba la indicación terapéutica, ésta fue para tratar patologías agudas o crónicas pero solo en el 5% constaba un diagnóstico que presumiblemente pudiera requerir cuidados paliativos (diversos tipos de procesos neoplásicos).

### Síntomas urinarios

Muchos medicamentos pueden contribuir a los síntomas urinarios. Los medicamentos que tienen efectos anticolinérgicos contribuyen o empeoran los síntomas urinarios, particularmente la retención urinaria y la incontinencia por rebosamiento. También pueden causar síntomas urinarios la hierba de San Juan que se ha asociado a micción dificultosa, el guaraná o grandes cantidades de cafeína pueden aumentar la diuresis, agravar la inestabilidad del detrusor y empeorar la incontinencia de urgencia.

Muchos pacientes experimentan síntomas urinarios, pero a menudo no lo refieren espontáneamente. Si no se les pregunta directamente, la incontinencia urinaria puede pasar desapercibida por los clínicos.

La incontinencia urinaria puede interferir en muchas actividades cotidianas y por tanto puede afectar a la calidad de vida de estos pacientes. Los pacientes con incontinencia pueden tener un mayor riesgo de infecciones de la piel y del tracto urinario. La retención urinaria asociada a medicamentos es potencialmente reversible (2).

El tratamiento de la incontinencia y la retención urinaria incluye la evaluación de las causas subyacentes. Puede que no sea posible cambiar o alterar la toma de medicamentos eficaces, por ejemplo,

analgésicos, pero una cuidadosa revisión puede identificar fármacos que están agravando la incontinencia y algunos pueden ser suspendidos o bien sus efectos adversos pueden manejarse, por ejemplo, un mejor manejo del estreñimiento puede aliviar la retención urinaria. En otras ocasiones puede ser necesario un sondaje vesical (2).

### Incontinencia urinaria

Existen un amplio y variado número de medicamentos que puede causar o exacerbar la incontinencia urinaria, mediante diversos efectos farmacológicos pueden provocar o agravar diferentes tipos de incontinencia urinaria (de urgencia, estrés, funcional, o por rebosamiento). Entre otros: IECA, diuréticos, verapamilo, agonistas alfa-adrenérgicos (pseudoefedrina), antagonistas alfa-adrenérgicos (prazosin, tamsulosina, terazosina), anticolinérgicos (oxibutinina, solifenacina, tolterodina), algunos antihistamínicos, tiotropio, antidepresivos (tricíclicos, ISRS), antipsicóticos, benzodiazepinas, opioides (oxicodona, morfina, fentanilo, codeína, tramadol), alcohol, cafeína, betaagonistas, colinérgicos (donepezilo, galantamina, rivastigmina, betanecol), gabapentina, rosiglitazona, pioglitazona, litio, AINE (2).

### Notificaciones de incontinencia urinaria asociada a medicamentos comunicadas en Andalucía

En consulta realizada el 9-12-14 se encuentran registradas un total de 31 notificaciones: 28 (90%) procedentes del programa de notificación espontánea de RAM y 3 (10%) procedentes de estudios. La mayor proporción de casos se notificaron en mujeres (n=25; 81%). La edad mediana fue de 65 años (rango: 3-80 años).

En cuanto a las RAM más frecuentemente asociadas fueron: incontinencia fecal (5), depresión (3), estado confusional (3), hiperhidrosis (3), insomnio (3). De los 40 fármacos que se consideraron sospechosos se muestran en la tabla 4 los 33 en los que constaba el grupo terapéutico, destacando que en casi la mitad de los casos de incontinencia urinaria notificados estaban implicados fármacos del sistema nervioso y cardiovascular.

**Tabla 4. Distribución de los fármacos asociados a incontinencia urinaria agrupados según clasificación ATC (n=33)**

Grupo ATC	N	(%)
Sistema Nervioso (N)	9	27
Sistema Cardiovascular (C)	7	21
Sistema Musculoesquelético (M)	6	18
Antiinfecciosos en general para uso sistémico (J)	4	12
Aparato Genitourinario y hormonas sexuales (G)	3	9
Sistema Respiratorio (R)	2	6
Sistema Digestivo y Metabolismo (A)	1	3
Preparados hormonales sistémicos, excl. h. sexuales (H)	1	3

Los principios activos más comúnmente notificados fueron: denosumab (3), doxazosina (5), tamsulosina (2), diazepam (2), ácido alendrónico (2), veraliprida (2). En el caso del ácido alendrónico no consta dicha RAM en la ficha técnica. En ninguna notificación se consideró que la incontinencia urinaria pudiera estar causada por una interacción.

La vía de administración predominante fue la vía oral (78%). En el 91% de las notificaciones en las que constaba la indicación terapéutica, ésta fue para tratar patologías agudas o crónicas pero solo en el 9% constaba un diagnóstico que presumiblemente pudiera requerir cuidados paliativos (neoplasias, Alzheimer).

#### Sequedad en la boca

La sequedad de boca puede ser causada por una enfermedad subyacente, cirugía, radioterapia, restricción de líquidos y por muchos fármacos. Es un síntoma común, pero los pacientes no se suelen quejar por ello. Un estudio realizado en 200 pacientes reveló que esta RAM sólo la refieren espontáneamente el 1,5% de los pacientes, sin embargo cuando se evaluó sistemáticamente hasta el 65,5% tenían los síntomas. Puede resultar muy molesta porque repercute en la capacidad de comer, beber, tomar medicamentos o hablar.

Tal como se ha expuesto en la tabla 1 la sequedad de boca puede ser un efecto adverso de diversos medicamentos ampliamente utilizados: opioides, anticolinérgicos, antidepresivos, antipsicóticos, antihistamínicos, benzodiazepinas, antiepilépticos (carbamazepina, pregabalina, gabapentina), inhibidores de la bomba de protones (2).

#### Conclusión

Los pacientes que reciben cuidados paliativos tienen un elevado riesgo de sufrir reacciones adversas a los medicamentos. Sin embargo, dichos efectos pueden pasar desapercibidos porque a

menudo son difíciles de distinguir de los síntomas propios de la enfermedad terminal.

Los efectos adversos pueden aumentar la sintomatología en este tipo de pacientes, en los que el buen control de los síntomas es fundamental. En este contexto, cabe señalar que la adición de otro medicamento para tratar los efectos adversos puede incluso agravar el problema.

Debe preguntarse a los pacientes sobre sus síntomas, ya que ellos pueden no identificarlos espontáneamente. Ello permitirá revisar su tratamiento y decidir si requiere una interrupción del mismo, un cambio de dosis o bien iniciar un nuevo tratamiento con otro medicamento.

Dada la escasa información de calidad y el impacto socio sanitario de las RAM en este tipo de pacientes, es necesario promover el desarrollo de programas específicos de farmacovigilancia en cuidados paliativos.

#### Bibliografía

1. Vega T, Arrieta E, Lozano JE, Miralles M, Anes Y, Gomez C, Quiñones C, Perucha M, Margolles M, Gómez de Caso JÁ, Gil M, Fernández S, de la Iglesia P, López A, Alamo R, Zurriaga O, Mauro Ramos J; por el Grupo RECENT. Atención sanitaria paliativa y de soporte de los equipos de atención primaria en el domicilio. *Gac Sanit*, 2011; 25 (3):205-10.
2. Rowett D, Currow D. Pharmacovigilance in palliative care. *Australian Prescriber*, 2014; 37 (6):204-209.
3. Palliative Care Expert Group. eTG complete [internet]. Melbourne: Therapeutic Guidelines Limited; 2013. [www.tg.org.au](http://www.tg.org.au) [cited 2014 Nov 6]
4. Anónimo. Centro Andaluz de Documentación e Información de Medicamentos. Ficha de Novedad Terapéutica. Oxidona/Naloxona. 2012: nº 5.

## ► INTERACCIONES DE PLANTAS MEDICINALES EN EL PERIOPERATORIO

En los últimos años ha crecido el interés por la fitoterapia, y por las mal llamadas terapias “naturales”, bajo la creencia errónea de que lo que es natural no puede dañar al organismo (1).

Por otro lado, los usuarios a menudo no son conscientes que todos los preparados que se utilizan con finalidad terapéutica (preventiva, curativa o para el alivio sintomático), y que han sido elaborados a base de plantas medicinales, son medicamentos y que, por tanto, pueden interferir con la medicación habitual, pueden tener riesgos para la salud y se les tiene que exigir las mismas garantías de calidad, seguridad y eficacia que al resto de medicamentos (1).

A causa de la percepción de que no son auténticos medicamentos, en muchas ocasiones los pacientes no comunican a su médico que son usuarios de plantas medicinales en infusión o de preparados a base de plantas adquiridos en la herboristería o en la farmacia, lo que dificulta la detección de posibles interacciones o, incluso, duplicidades en efectos terapéuticos.

Estudios realizados en nuestro país, indican que cerca del 50% de la población consume habitualmente plantas medicinales, que el consumidor tiene entre 40 y 64 años de edad, aunque crece el consumo entre los menores de 25 años. Un dato muy interesante es que el 42,9% de los enfermos crónicos consumen plantas medicinales, además de su medicación habitual para la misma patología, a pesar de que, en general, las plantas medicinales adquiridas en la farmacia se utilizan especialmente para tratar problemas digestivos leves, nerviosos y exceso de peso (1). En Estados Unidos se estima que una cuarta parte de los pacientes que reciben atención médica toman plantas medicinales y que el 70% no lo comunican. Los pacientes con enfermedades crónicas, especialmente cáncer, y los infectados por el VIH, las mujeres y los individuos de alto nivel socioeconómico y educativo, son los que más se tratan con suplementos y plantas medicinales (2).

En definitiva, un número elevado de la población toma plantas medicinales algunas de las cuales pueden afectar a la seguridad de los pacientes durante el periodo perioperatorio. En una reciente revisión se identifican las plantas medicinales que pueden alterar la

coagulación y la sedación, además de provocar otros efectos que podrían interferir en la anestesia y en la recuperación postoperatoria (2).

En la cirugía electiva, la visita preanestésica es de suma importancia para identificar los medicamentos y otros preparados que toman los pacientes y que pueden afectarles durante el período perioperatorio.

Algunas plantas medicinales han mostrado efectos sobre la coagulación (por ejemplo, el ajo), sedación excesiva (por ejemplo, la valeriana) e interacciones con medicamentos utilizados en la anestesia (por ejemplo, la hierba de San Juan). En un estudio hospitalario realizado en nuestro país se observó que un 35% de los pacientes encuestados en la visita preanestésica tomaban plantas medicinales, y más del 12% utilizaban plantas consideradas peligrosas (3). Por tanto, la identificación del uso de las plantas medicinales previa a la cirugía constituye una buena práctica para evitar problemas que pueden afectar a la seguridad de los pacientes durante el período perioperatorio (2).

Es frecuente que no se hayan evaluado las propiedades farmacológicas y farmacocinéticas de las plantas medicinales y, en consecuencia, no se conozca el tiempo necesario para asegurar su eliminación del organismo. Por eso, la American Society of Anesthesiologists recomienda de forma general suspender todas las plantas medicinales dos o tres semanas antes de la cirugía (4).

Básicamente existen plantas medicinales que afectan a la sedación (*Pipermethysticum* o *kava*, *valeriana*), mientras que otras interfieren en la coagulación (ajo, ginkgo, ginseng, *kava*), o bien presentan otros efectos (equinácea, efedra, hierba de San Juan, *kava*, ajo, ginseng).

Con el objeto de identificar las plantas que se han relacionado con efectos que podrían complicar las intervenciones quirúrgicas, y establecer unas recomendaciones para poder evitarlo, en la tabla 1 se muestran las plantas más comúnmente implicadas, sus efectos; así como las correspondientes recomendaciones para evitar dicha interacción (2).

**Tabla 1. Plantas medicinales que pueden interferir en el período perioperatorio (2)**

PLANTA MEDICINAL	POSIBLES EFECTOS	RECOMENDACIÓN
Kava ( <i>Pipermethysticum</i> )	Sedación perioperatoria Recuperación retardada de la anestesia Antiagregación plaquetaria	Se debe suspender al menos 24 h antes de la cirugía
Valeriana ( <i>Valeriana officinalis</i> )	Sedación perioperatoria Recuperación retardada de la anestesia	Se debe suspender al menos 7 días antes de la cirugía
Ajo ( <i>Alliumsativum</i> )	Antiagregación plaquetaria	Se debe suspender al menos 7 días antes de la cirugía
Ginkgo ( <i>Ginkgo biloba</i> )	Antiagregación plaquetaria	Se debe suspender al menos 24-48 h antes de la cirugía
Ginseng ( <i>Panax ginseng</i> )	Antiagregación plaquetaria	Se debe suspender al menos 7 días antes de la cirugía
<i>Serenoa repens</i>	Hemorragia intraoperatoria	No se dispone de datos orientativos*
Hierba de San Juan ( <i>Hypericum perforatum</i> )	Interacción con agentes inmunomoduladores y benzodiazepinas Interacción con anticoagulantes orales	Se debe suspender al menos 5 días antes de la cirugía
Equinácea ( <i>Echinacea purpurea</i> , <i>E. angustifolia</i> , <i>E. pallida</i> )	Estimulación del sistema inmunitario Posible interacción con fármacos inmunosupresores (se debe evitar en el trasplante de órganos)	No se dispone de datos orientativos*
Efedra ( <i>Ephedra sínica</i> [Stapf], <i>E. intermedia</i> [Schrenk&Mey], <i>E. equisetina</i> [Bunge])	Riesgo cardiovascular RAM sobre SNC	Se debe suspender al menos 24 h antes de la cirugía

\* Si no se dispone de datos, se recomienda suspender el tratamiento 2-3 semanas antes de la cirugía

### Conclusión

Dado el creciente uso de plantas medicinales por parte de la población, es cada vez más necesario insistir en la importancia de realizar una cuidadosa anamnesis farmacológica en la que se pregunte expresamente al paciente por la posible toma de plantas medicinales. Ello permitirá identificar eventuales RAM y evitar potenciales interacciones, tanto en la práctica clínica habitual como en los pacientes que vayan a ser sometidos a cirugía electiva.

### Bibliografía

1. Rams N. El uso de plantas medicinales. Butlletí d' Informació Terapèutica 2003; 15:31-4.
2. Bosch M, Bonafont X. Uso de plantas medicinales en el perioperatorio. Butlletí d' Informació Terapèutica 2009; 21:19-24.
3. Valencia O, Orts A, Castells MV, Pérez-Cerdà F. Valoración del consumo preoperatorio de plantas medicinales en la consulta preanestésica. Rev Esp Anesthesiol Reanim 2005; 52:453-8.
4. Skinner CM, Rangasami J. Preoperative use of herbal medicines: a patient survey. Br J Anaesthesia 2002; 89:792-5.

¿Qué se debe notificar?	
<b>SOSPECHAS de REACCIONES ADVERSAS a:</b>	<b>NOTIFICACIONES DE MAYOR INTERÉS</b>
Medicamentos convencionales (prescripción o publicitarios)	Sospechas de reacciones adversas por <b>MEDICAMENTOS COMERCIALIZADOS RECIENTEMENTE</b> (comercializados en los 5 años anteriores)
Vacunas	<b>NUEVAS PRESENTACIONES</b> que contienen principios activos ya comercializados.
Contrastes radiológicos	Sospechas de reacciones adversas a fármacos <b>EN NUEVAS INDICACIONES AUTORIZADAS</b>
Productos homeopáticos	<b>TODAS</b> las sospechas de reacciones adversas <b>GRAVES</b> de cualquier fármaco.
Plantas medicinales	<b>TODAS</b> las sospechas de reacciones adversas <b>DESCONOCIDAS</b> de cualquier fármaco
Fórmulas magistrales	Sospechas de reacciones adversas en <b>POBLACIONES ESPECIALES</b> (niños, ancianos, embarazadas).

#### Posibilidades de notificación de reacciones adversas a medicamentos

Página web: [www.cafv.es](http://www.cafv.es)

Tarjeta Amarilla (apartado de correo con franqueo pagado)

Teléfono/Fax 955 013 176

Correo electrónico: [cafv.hvr.sspa@juntadeandalucia.es](mailto:cafv.hvr.sspa@juntadeandalucia.es)

Correo postal:

Centro Andaluz de Farmacovigilancia

Hospital Universitario Virgen del Rocío

Edificio de Laboratorios 1ª planta

Avda. Manuel Siurot, s/n 41013 SEVILLA

#### Recuerda

El Centro Andaluz de Farmacovigilancia es también el punto de Vigilancia de Productos Sanitarios, donde los profesionales de nuestra comunidad deben notificar los incidentes derivados de ellos a través de formularios específicos (anexos III y IV) disponibles en la página web de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios ([www.aemps.es](http://www.aemps.es)) o solicitando su envío desde el CAFV.

Consejo de redacción: Comité Andaluz de Farmacovigilancia. Presidente: Juan Ramón Castillo Ferrando. Secretaria: Nieves Merino Kolly. Vocales: María Dolores Bejarano Rojas, Guadalupe Fernández Martínez, Manuel Ollero Baturone, Pilar Navarro Pérez, José Manuel Santos Lozano. Centro Andaluz de Farmacovigilancia: Carmen María Jiménez Martín, Asunción Mengibar García, Mercedes Ruiz Pérez. Redactor Jefe: Jaime Torelló Iserte.

El Centro Andaluz de Farmacovigilancia quiere expresar su agradecimiento a todos los profesionales que con su colaboración permiten seguir evaluando la seguridad de los medicamentos.



