



Patrícia Medeiros de Souza
Organizadora

Farmacologia Clínica

Textos Informativos

Brasília, DF
2017

Organizadora:

Patrícia Medeiros de Souza

Colaboradores:

Adriane Dallanora
Aiessa Balest
Andrezza Santos
Angélica Pires Lucas
Anna Rayk Guimarães
Bezerra
Antionielle Vieira
Monclaro
Bárbara de Oliveira
Mariquito
Bruna Rafaela Bezerra
Gomes
Chijioke Kevin
ObikeAjuluOkeke
Clarisse Danielli Silva
Albergaria
Dafny Oliveira de Matos
Etienne Santos
Felipe Ferreira
Felipe Pinheiro
Felipe Sousa Bandeira
Gabriela Cabral Melo
Netto
Gleice Rocha Ferreira
Borges
Glivia Silva de Santana
Glice Kelli
Inaê Aquino
Jaqueline de Oliveira
Pinto Araújo
Jessica Ferreira
Jéssica Lucena de Oliveira
João Carlos Sousa Maciel

João Gabriel Araújo
Almeida
José Bernardo De Souza
Júlia Dantas
Juliana Carvalho Rocha
Alves Da Silva
Juliana de Freitas Ferreira
Juliana Kelly Barbosa de
Andrade
Kaian Amorim Teles
Laisa Cherubin De
Almeida
Laise Ananias de Moraes
Larissa Araújo
Laurenio Sergio
Leandro Pereira Ribeiro
Neto
Letícia da Costa D'Oliveira
Ludmila Alvim Gomes
Pinho
Maiane Araújo
Maísa Raposo Pereira de
Araújo
Manuella De Carvalho
Capparelli Santa Maria
Márcia Gabriela Fiusa
Martins da Silva
Márcia Taís Souza
Marcus Túlio da Silva
Maria Luiza Mendes
Moreira Franco
Mariana Duarte David
Ladeia
Mariza Bahiano Silva

Santos
Miriam Braga Inácio
Nadja Lobato
Nana Marina Moreno dos
Santos
Nathalia Lobão Barroso de
Souza
Nidgia Ramonne
Pedro André Carvalho de
Alcântara
Priscila dos Santos
Dorneles
Priscilla Azevedo
Raissa Moraes
Raphael Santana
Renata Dantas Machado
Rildo Costa Farias
Simone Wense Dias
Akonteh
Solange Leite
Stephanie Kelmyane
Andrade de Carvalho
Vanessa Barros Freire
Talita Cristina
Tayse Mendes Moraes
Thais Cristina Marques
Lima Costa
Thais Cristina Marques
Lima Costa Patrícia
Medeiros
Thales Barros dos Santos
Valéria Santos da Silva
Verônica Soares

Formatação e normalização ABNT:

Fernando Silva

Capa:

Lívia Maria Magalhães Chaves

F233 Farmacologia clínica: textos informativos / Patrícia
Medeiros de Souza, organizadora. – Brasília, 2017.
104 p.: il. ; 30 cm.

ISBN 978-85-54294-00-7.

1. Farmacologia clínica. I. Souza, Patrícia Medeiros
de (org.).

CDU 615.03

Sumário

Apresentação	4
Talidomida, o que Mudou com a RDC 11/2011 e o que a RDC 24/2012 acrescentou.	5
Eficácia, Efetividade e Protocolo com Indicações Clínicas da Albumina	14
Consumo de leite e anemia por deficiência de ferro	23
Manejo clínico do Rivaroxabana	32
Ciclofosfamida: Orientação Aos Pacientes.....	35
Compatibilidade da Anfotericina B e Antimicrobianos: Importância Clínica	38
Desmame De Medicamentos No Perioperatório: Manejos Clínicos	43
Interação do cálcio com fitato e oxalato	55
Nomograma de Heparina aplicado a caso clínico: Emprego do Esquema de Raschke para heparinização em paciente com diagnóstico de TVP e com alteração de função renal.	60
Parecer técnico: Estabilidade da Ciclofosfamida.	63
Hipercoagulabilidade na Síndrome Nefrótica	66
Necessidade de suplementação vitamínica na Síndrome de Down.....	72
Varfarina	81

Apresentação

Os boletins informativos foram feitos de acordo com a demanda do serviço clínico do Hospital Universitário de Brasília utilizando-se para tanto a farmacologia baseada em evidências clínica.

A medicina baseada em evidências é o atendimento ao paciente utilizando como instrumento de decisão dados disponíveis em estudos conduzidos adequadamente. Estes dados fornecem o grau de recomendação para as condutas, sendo estas: A – estudos experimentais ou observacionais de melhor consistência, B – estudos experimentais ou observacionais de menor consistência, C – relatos de casos e estudos não controlados, D – opinião de especialistas, baseadas em consensos ou estudos fisiológicos.

As considerações técnicas descrevem a fisiopatologia das doenças, os possíveis mecanismos de ação das interações, o manejo clínico e conclusão.

As principais bases de dados utilizadas foram: UptoDate, Micromedex; além de pesquisa feita no Medline sem restrição de datas, limitados em: Clinical Trial, Ensaio Clínico Randomizado e meta-análise. Considerou-se apenas periódicos disponíveis em *full-text* no Portal da CAPES. Foi utilizado como estilo de formatação o Estilo ABNT.

Os boletins informativos contemplam informações técnicas, direcionadas aos profissionais de saúde, objetivando fornecer dados com evidência clínica a respeito de interações medicamentosas frequentes em nível ambulatorial e hospitalar, que possam subsidiar o uso racional de medicamentos.

Desmame De Medicamentos No Perioperatório: Manejos Clínicos

Felipe Pinheiro
Mariza Bahiano Silva Santos

Levando-se em consideração que pacientes com hipertensão, asma, doenças endócrinas e outras doenças podem ser submetidas à cirurgias, torna-se necessário propor um esquema de desmame ou o manejo clínico. Seguem as considerações a seguir:

1. Agentes Cardiovasculares

1.1 Betabloqueador

- Recomenda-se ser continuado no período perioperatório, incluindo a internação e o dia da cirurgia.¹
- A inserção de betabloqueador no perioperatório é indicada para pacientes com doença arterial coronariana ou em pacientes que apresentaram isquemia no teste de estresse para cirurgia vascular.¹
- A introdução desse agente é razoável em pacientes com pelo menos um fator de risco cardíaco e que serão submetidos à cirurgia vascular.¹
- NÃO é recomendado iniciar o betabloqueador em pacientes com frequência cardíaca basal < 60 BPM ou com pressão sistólica < 90 mmHg.¹
- A dose deve ser RIGOROSAMENTE REGULADA para manter PA e FC abaixo do limiar isquêmico do paciente.¹
- Paciente com Insuficiência Cardíaca Aguda descompensada: prefere-se não iniciar o betabloqueador, pois seu efeito em nível seguro leva até 2 semanas para ser atingido.¹
- Em caso de cirurgia urgente, iniciar beta bloqueador em data posterior à cirurgia.¹
- A retirada abrupta do betabloqueador pode resultar em hipertensão, taquicardia e isquemia do miocárdio.¹
- A introdução de betabloqueador no perioperatório pode prevenir eventos de isquemia do miocárdio no pós-operatório em pacientes com alto risco cardíaco, porém aumenta o risco de acidente vascular cerebral.¹
- Paciente impedido de administração oral pode receber formulação intravenosa de metoprolol, propranolol ou labetalol (Manejo para estado

NPO prolongado).²

1.2 Agonistas Alfa 2

- Se o paciente já faz uso de Agonista Alfa 2, mantê-lo no perioperatório, incluindo o dia da cirurgia.¹
- Se o paciente não faz uso de Agonista Alfa 2, NÃO iniciá-lo no perioperatório.¹
- A retirada abrupta de doses altas de clonidina (>0,8mg) pode precipitar a hipertensão de rebote e isquemia do miocárdio.³

1.3 Bloqueadores do Canal de Cálcio

- Apesar de poucos dados, esses agentes parecem seguros e têm benefício teórico no perioperatório.¹
- Recomenda-se mantê-los em pacientes que já estão em uso de bloqueadores do canal de cálcio no perioperatório incluindo o dia da cirurgia.⁴

1.4 Inibidores da Eca e Bloqueadores dos Receptores da Angiotensina

II

- A continuação de Inibidores da ECA até o momento da cirurgia aumentam a hipotensão perioperatória, mas reduzem a incidência de hipertensão pós-operatória.¹
- Estudos randomizados não sugerem risco aumentado de infarto do miocárdio ou morte.⁵
- É razoável continuar com Inibidores da ECA no perioperatório, principalmente em pacientes com ICC ou hipertensão.⁶
- Aconselha-se descontinuar na noite anterior à cirurgia somente se INR e pressão sanguínea estiverem adequados.¹
- Uso de enalapril parenteral no pós-operatório é necessário (Manejo para estado NPO prolongado).¹
- Sugere-se individualizar essas decisões de descontinuação ou continuação desses agentes de acordo às indicações do medicamento, à PA do paciente e no tipo de cirurgia e anestesia planejada.
- A incapacidade de reiniciar BRAs II dentro de 48 horas após a cirurgia está associada ao aumento do risco de morte em 30 dias.⁷

1.5 Diuréticos

- A continuação dos diuréticos pode resultar em hipovolemia e hipotensão.
- No geral, recomenda-se a suspensão dos diuréticos na manhã da cirurgia em pacientes com insuficiência cardíaca e a retomada quando o

- paciente voltar a ingerir fluidos orais.¹
- Pacientes com diuréticos para hipertensão podem manter os diuréticos na manhã da cirurgia.¹
 - Pacientes com IC, o uso de diuréticos e a administração de volumes no perioperatório baseia-se na avaliação do estado de volume, o qual deve ser otimizado no pré-operatório.¹
 - Uso de formas parenterais no pós-operatório é necessário (Manejo para estado NPO prolongado).¹

1.6 Estatinas

- A continuação de estatinas pode elevar o risco de miopatias, porém confere proteção cardiovascular. Deve, portanto, ser continuada no perioperatório incluindo o dia da cirurgia.

1.7 Agentes Hipolipidêmicos Não-Estatina

- Recomenda-se a interrupção temporária da niacina, dos derivados do ácido fíbrico (gemfibrozil, fenofibrato) devido ao elevado risco de rabdomiólise e miopatia, principalmente quando associados à estatina.¹
- Os hipolipidêmicos sequestrantes biliares (colestiramina e colestipol) interferem na absorção de diversos medicamentos necessários ao perioperatório sendo, portanto, suspensos.¹
- Como os riscos e benefícios da ezetimiba são desconhecidos no perioperatório, opta-se por sua retirada.¹
- O intervalo ótimo para a descontinuação desses medicamentos é desconhecido. Recomenda-se a interrupção no dia anterior à cirurgia para permitir a eliminação da droga.¹

1.8 Digoxina

- Recomenda-se a continuação da digoxina peri operatória.¹
- Um estudo de subgrupos de pacientes submetidos à cirurgia intratorácica revelou que a digoxina reduziu a incidência de arritmias supraventriculares pós-operatórias.⁹

2. Agentes Gastrointestinais

2.1 Bloqueadores H2 e Inibidores da Bomba de Prótons

- Devido aos potenciais benefícios e à ausência de contraindicações, recomenda-se a manutenção dos bloqueadores H2 e dos inibidores da bomba de prótons no perioperatório incluindo o dia da cirurgia.¹
- A aspiração gástrica durante a anestesia, mesmo que rara, pode lesionar o pulmão. O bloqueador H2 e os inibidores da bomba de prótons diminuem o volume gástrico e aumentam o pH do fluido gástrico, reduzindo o risco de pneumonia química por aspiração.¹⁰
- Mesmo sendo segura, a terapia com bloqueadores H2 pode desencadear reações no SNC como delírio e confusão em pacientes no pós-operatório em pacientes críticos.¹
- Os fatores de risco para tais reações são idade avançada, disfunção orgânica e comprometimento cognitivo preexistente.¹
- Apesar de aumentar o risco de infecção por *Clostridium difficile*, os IBPs também devem ser continuados incluindo o dia da cirurgia.¹
- Substituir bloqueador H2 IV por IBP IV no estado NPO prolongando.¹

3. Agentes Pulmonares

3.1 Agonistas Beta e Anticolinérgicos Inalados

- Recomenda-se a continuidade de agonistas beta e dos anticolinérgicos no perioperatório, incluindo o dia da cirurgia. No dia da cirurgia, tais medicamentos são administrados normalmente pela manhã através de inalador ou no circuito do ventilador.¹
- Agonistas beta (albuterol, salmeterol, formoterol) e os anticolinérgicos (ipratrópio, tiotrópio), podem reduzir a incidência de complicações pulmonares pós-operatórias em doentes asmáticos e com doença pulmonar obstrutiva crônica.¹

3.2 Teofilina

- Não há estudos que indiquem benefícios da teofilina no perioperatório. Porém, sabe-se que a teofilina pode causar arritmias graves e neurotoxicidade quando numa concentração acima da terapêutica. Muitos medicamentos comuns no perioperatório afetam o metabolismo da teofilina.¹
- Recomenda-se a retirada da teofilina na noite anterior à cirurgia.¹

- Outros medicamentos para tratamento de DPOC podem ser iniciados ou ajustados como beta-agonistas inalados, glicocorticóides e medicamentos anticolinérgicos.¹

3.3 Inibidores de Leucotrienos

- Recomenda-se que os inibidores de leucotrienos (zafirlukast e montelukast) sejam administrados na manhã da cirurgia e retomados quando o paciente tolerar medicamentos orais.¹
- A meia-vida de eliminação destes fármacos é relativamente curta, porém seu efeito nos sintomas da asma e na função pulmonar continua até 3 semanas após a interrupção do tratamento.¹²
- Não há evidência de síndrome de abstinência após a retirada brusca do tratamento. Também sem evidências de interação desses agentes com os anestésicos.¹

4. Agentes Endócrinos

4.1 Glicocorticóides

- Pacientes com Doença Pulmonar mantidos com glicocorticóides têm risco de insuficiência adrenal em caso de retirada abrupta dos esteróides, principalmente diante do aumento do estresse devido à cirurgia.¹³
- Além disso, os glicocorticóides nesses pacientes mantêm a função pulmonar otimizada.¹³
- Recomenda-se a manutenção dos glicocorticóides inalados ou sistêmicos.¹
- Pacientes que tomaram glicocorticóides por menos de 3 semanas ou em terapia crônica alternada não terão eixo HPA suprimido devendo continuar com as doses usuais de glicocorticóides no perioperatório.¹
- Pacientes que fazem uso de Prednisona acima de 20mg/dia durante 3 semanas ou mais com aparência de Síndrome de Cushing devem ter o eixo HPA suprimido e podem necessitar de uma dose maior de corticosteroide no perioperatório.¹
- Pacientes que tomaram glicocorticóides numa dose equivalente à Prednisona 5 a 20 mg/dia podem estar com o eixo HPA suprimido e devem ser submetidos a testes ou receber cobertura empírica de glicocorticóides.¹

4.2 Contraceptivos Orais

- A decisão de manter ou retirar os contraceptivos orais antes da cirurgia tem que equilibrar o risco de gravidez indesejada com o risco de tromboembolismo.¹
- Em geral, os contraceptivos orais devem ser suspensos 4 a 6 semanas antes da cirurgia em mulheres com risco aumentado de tromboembolismo. Formas alternativas de contracepção devem ser empregadas para prevenir gravidez indesejada.¹
- Pacientes com risco baixo a moderado de tromboembolismo venoso podem manter os contraceptivos orais no perioperatório incluindo o dia da cirurgia.¹
- As mulheres devem ser lembradas de usar uma forma adicional de contracepção durante a primeira semana após retomar os contraceptivos orais.¹

4.3 Terapia Hormonal Pós-Menopausa

- O teor de estrogênio nas preparações utilizadas na terapia hormonal é menor do que nas pílulas contraceptivas orais. No entanto, o estrogênio sozinho ou associado à progestina parece aumentar o risco de Tromboembolismo Venoso (TEV).¹³
- Pacientes submetidas a procedimentos com alto risco de TEV devem suspender a terapia hormonal 4 a 6 semanas antes da cirurgia e retomar o tratamento no pós-operatório.¹
- A terapia pode ser continuada em procedimentos com baixo risco de TEV, incluindo o dia da cirurgia.¹

4.4 Moduladores Seletivos de Receptores de Estrógeno

- Tanto o tamoxifeno quanto o raloxifeno aumentam o risco de TEV.¹⁴
- Em pacientes que recebem SERMs para tratamento de câncer ou osteoporose sugere-se interromper esses agentes 6 semanas antes de procedimentos com risco moderado ou alto de TEV e reiniciar quando o perigo de TEV não existir mais.¹
- Em cirurgias de baixo risco, os SERMs podem ser mantidos.¹⁴

4.5 Medicamentos para Doenças da Tireóide

- Os pacientes que recebem terapia com tiroxina crônica (T4) submetidos à cirurgia e não conseguem comer por vários dias não precisam receber T4 parenteralmente.¹
- Caso o paciente não consiga fazer a ingestão oral desses agentes 5 a 7 dias após a cirurgia, o T4 deve ser administrado por via intravenosa ou intramuscular.¹

- A dose parentérica deve ser reduzida a 80% da dose habitual uma vez que para se ter apenas a fração de T4 oral que é absorvida.¹

4.6 Medicamentos para Osteoporose e Osteopenia

- O uso de bisfosfonatos, especialmente em malignidade, tem sido associado à osteonecrose da mandíbula em pacientes submetidos a cirurgia dentária. O risco absoluto é muito baixo, mas a osteonecrose é difícil de gerir.¹
- A duração do efeito dos bisfosfonatos na remodelação óssea é longa e a descontinuação destes agentes durante semanas ou mesmo meses antes da cirurgia não demonstrou diminuir o risco de osteonecrose.¹
 - Do mesmo modo, não há evidência de que a interrupção a curto prazo destes agentes resulte na redução da eficácia do tratamento para a prevenção de fracturas ósseas osteoporóticas.¹

5. Agentes Que Afetam A Homeostase

5.1 Aspirina

- A aspirina pode aumentar a perda sanguínea intra operatória e complicações hemorrágicas.
- O mesmo efeito pode ajudar a prevenir complicações vasculares perioperatórias, em particular complicações cardíacas e tromboembólicas.
- Os benefícios e os riscos perioperatórios da aspirina dependem da indicação do paciente para aspirina e da cirurgia planejada.¹
- Aspirina deve ser descontinuada 7 dias antes da cirurgia.¹

5.2 Outros Agentes Antiplaquetários

- Os bloqueadores do receptor plaquetário P2Y12 clopidogrel, prasugrel, ticagrelor, e ticlopidina devem ter o período mínimo de tratamento completo, com as cirurgias adiadas até que esse período seja alcançado.¹
- Há baixo risco de sangramento com a continuação desses medicamentos, principalmente o clopidogrel e um existente risco de trombose, caso sejam descontinuados.¹⁵
- Caso a cirurgia precise ser feita antes do tempo mínimo de tratamento, é necessário ficar atento aos riscos de sangramento durante e após a cirurgia.¹
- Se o tempo mínimo tenha sido alcançado, o tratamento pode ser descontinuado e retomado assim que possível.¹

- Clopidogrel e ticagrelor devem ser descontinuados 5 dias antes da cirurgia, prasugrel, 7 dias e ticlopidina 10 dias.¹
- O cilostazol deve ser descontinuado de 2 a 5 dias antes da cirurgia. Sintomas de claudicação podem ocorrer com a retirada do medicamento, mas deve normalizar com a retomada do tratamento.¹

5.3 Anti-Inflamatórios Não-Esteroidais

- Podem aumentar o risco de sangramento, porém também diminuem os riscos de eventos vasculares.¹
- Em geral, é recomendado a descontinuação desses agentes. Porém, em pacientes em que a dor é aliviada principalmente com inibidores seletivos de COX-2, a continuação dos mesmos pode ser levada em consideração, tendo em vista que pouco interferem na função das plaquetas.¹

5.4 Anticoagulantes

- Descontinuar anticoagulantes pode aumentar temporariamente o risco de trombose. Continuar o tratamento com anticoagulantes podem aumentar o risco de sangramento. Esses dois fatores devem ser sempre levados em consideração e o risco de sangramento deve ser comparado com o risco de tromboembolia, a fim de determinar se o tratamento deve ser mantido ou interrompido.¹
- O tempo para a interrupção e retomada do medicamento depende do agente em questão:
 - ✓ Edoxabana, apixabana, rivaroxabana, dabigatran: descontinuado 2 a 3 dias antes da cirurgia (depende do risco de sangramento), retomado no pósoperatório, assim que a hemostase tiver sido restabelecida. É recomendado que espere de 2 a 3 dias caso tenha sido realizado uma cirurgia de alto risco de sangramento.¹
 - ✓ Varfarina: descontinuado 5 dias antes da cirurgia, observando o TP/INR no dia da cirurgia. A retomada do tratamento com varfarina pode ocorrer de 12 a 24h após a cirurgia.¹

6. Agentes Psicotr3picos

Antidepressivos Tric3clicos E Tetrac3clicos

- A continua33o pode aumentar as chances de arritmia, em combina33o com anest3sicos, e uma retirada abrupta pode causar ins3nia, n3useas, dor de cabe3a, saliva33o e sudorese.¹⁶
- Em pacientes com altas doses e com baixo risco card3aco, 3 recomendado a continua33o do medicamento, em pacientes com baixas doses, 3 recomendado retirar o medicamento num per3odo de 7 a 14 dias antes da cirurgia, tendo em vistas um aumento do risco de arritmia.¹
- Caso o risco de arritmia seja elevado e a necessidade da continua33o do medicamento tamb3m, 3 necess3rio que a equipe e o anestesista monitorem a arritmia do paciente.¹

6.2 Inibidores Seletivos da Recapta33o da Serotonina

- ISRSs podem aumentar o risco de sangramento, principalmente quando utilizado junto com agentes antiagregantes plaquet3rios. Por3m, sua retirada pode piorar as desordens de humor do paciente.¹⁷
- A continua33o ou retirada do medicamento deve ser avaliada junto com o risco de sangramento da cirurgia.¹
- O uso de agentes antiagregante plaquet3rios devem ser descontinuados, caso o paciente fa3a uso de algum.¹

6.3 Inibidores Seletivos Da Recapta33o Da Norepinefrina E Bupropiona

- Poucos estudos e poucos achados na literatura. H3 um estudo que relaciona essa classe com disfun33o renal e prolonga33o da ventila33o, mas n3o h3 relato de aumento do sangramento.¹⁸
- A decis3o em continuar ou descontinuar o tratamento deve ser igual a dos ISRS.¹

6.4 Inibidores da Monoaminoxidase (Mao)

- O uso concomitante de inibidores da MAO e agentes simpatomim3ticos pode causar uma grande libera33o de norepinefrina e causar uma crise hipertensiva.
- A administra33o de anticolin3rgicos pode resultar em uma rea33o de s3ndrome serotonin3rgica.¹⁹
- Inibidores da MAO inibem enzimas relacionadas com o metabolismo de opio3ides, resultando em um ac3mulo de narc3ticos, aumentando a seda33o, depress3o respirat3ria e colapso cardiovascular.²⁰ Quando utilizar morfina ou fentanil, 3 necess3rio monitorar para efeitos

depressivos no sistema nervoso central.

- Para pacientes que não podem descontinuar o uso de inibidores da MAO, uma técnica de anestesia segura foi desenvolvida²¹, que envolve a não utilização de meperidina e dextrometorfano e o uso apenas de agentes simpaticomiméticos intravenosos de ação direta.
- A descontinuação ou continuação dos inibidores de MAO deve ser avaliada pelo anestesiologista e psiquiatra. Caso o uso da anestesia segura seja confirmada pelo anestesiologista ou o psiquiatra acredita que a retirada dos inibidores de MAO causarão síndromes depressivas, o medicamento deve ser continuado. Caso contrário, deve ser descontinuado.¹

6.5 Agentes Estabilizadores do Humor (Lítio e Valproato)

- Ambos medicamentos devem ser continuados, visto que são necessários para o tratamento de doenças mentais severas.¹
- A continuação do lítio deve ser acompanhada com o monitoramento de fluidos e eletrólitos, além de uma checagem da tireóide antes da cirurgia.¹
- O lítio deve ser descontinuado temporariamente em pacientes que não possam receber medicamento via oral. Se o uso for resumido dentro de 24h da descontinuação, não há necessidade para utilização de outro medicamento para cobrir os efeitos do lítio.¹
- Caso o paciente não possa receber medicamentos via oral, é recomendado a utilização de valproato parenteral ou antipsicóticos de segunda geração (como a risperidona).¹

6.6 Antipsicóticos

- Os antipsicóticos, tanto típico quanto atípico, aumentam o intervalo QT, podendo causar em mortes súbitas devido ao aumento da arritmia.²²
- Os antipsicóticos devem ser retirados caso o eletrocardiograma do paciente revele aumento do intervalo QT.²²
- Antipsicóticos administrados via parenteral podem interagir com diversos medicamentos utilizados no período perioperatório, aumentando o risco de sedação, hipotensão e prolongamento do intervalo QT.¹
- A retirada abrupta pode causar, raramente, sintomas de retirada e psicose de rebote.¹

6.7 Agentes Ansiolíticos

- A retirada abrupta de benzodiazepínicos de uso crônico pode levar a um estado excitatório com hipertensão, agitação, delírio e convulsões.¹
- Portanto, é recomendado que as benzodiazepinas ou buspironas usadas cronicamente para efeitos ansiolíticos ou sedativos continuem perioperatoriamente.¹

6.8 Psicoestimulantes

- Medicamentos psicoestimulantes podem aumentar o risco de hipertensão e arritmias, além de interagir com medicamentos necessários no período perioperatório (ex. vasopressinas). A retirada não apresenta efeitos adversos.¹
- É recomendado que o medicamento seja interrompido no dia da cirurgia e retornado assim que o paciente estabilizar.¹

Referências bibliográficas

1. MULUK, V. Perioperative medication management. In: **UpToDate**. Disponível em: <<http://www.uptodate.com>>.. Acesso em: 10 mai. 2017.
2. PONTÉN, J. et al. Beta-Receptor blockade and neurolept anaesthesia. Withdrawal vs continuation of long-term therapy in gall-bladder and carotid artery surgery. **Acta Anaesthesiol Scand**, v. 26, n. 6, p. 576, 1982.
3. HART, G. R.; ANDERSON, R. J. Withdrawal Syndromes and the Cessation of Antihypertensive Therapy. **Arch Intern Med**, v. 141, n. 9, p. 1125-1127, 1981.
4. FINNEGAN, B. A. Pharmacokinetics of Diltiazem in Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Grafting. **Ther Drug Monit**, v. 14, n. 6, p. 485-492, 1992.
5. TURAN, A. Angiotensin converting enzyme inhibitors are not associated with respiratory complications or mortality after noncardiac surgery. **Anesth Analg**, v. 114, n. 3, p. 552-560, mar. 2012.
6. FLEISCHER, L. A. 2014 ACC/AHA guideline on perioperative cardiovascular evaluation and management of patients undergoing noncardiac surgery: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. **Circulation**, v. 130, n.242, p. e278, 2014.
7. LEE, S. M.; TAKEMOTO, S.; WALLACE, A. W. Association between Withholding Angiotensin Receptor Blockers in the Early Postoperative Period and 30-day Mortality: A Cohort Study of the Veterans Affairs Healthcare System. **Anesthesiology**, v. 123, n. 2, p. 288-306, ago. 2015.
8. KROENKE, K.; GOOBY-TOEDT, D.; JACKSON, J. L. Chronic medications in the perioperative period. **South Med J**, v. 91, n. 4, p. 358-364, 1998.
9. POLANCZYK, C. A. et al. Supraventricular arrhythmia in patients having noncardiac surgery: clinical correlates and effect on length of

- stay. **Ann Intern Med**, v. 129, n. 4, p. 279-285, 1998.
10. NISHINA, K. et al. A comparison of rabeprazole, lansoprazole, and ranitidine for improving preoperative gastric fluid property in adults undergoing elective surgery. **Anesth Analg**, v. 90, n. 3, p. 717-721, 2000.
 11. SU, F. W. et al. Low incidence of complications in asthmatic patients treated with preoperative corticosteroids. **Allergy Asthma**, v. 25, n. 5, p. 327-333, 2004.
 12. REISS, T. F. et al. Montelukast, a once-daily leukotriene receptor antagonist, in the treatment of chronic asthma: a multicenter, randomized, double-blind trial. Montelukast. Clinical Research Study. **GroupArch Intern Med**, v. 158, n. 11, p. 1213-1220, 1998.
 13. MILLER, J.; CHAN, B. K.; NELSON, H. D. Postmenopausal estrogen replacement and risk for venous thromboembolism: a systematic review and meta-analysis for the U.S. Preventive Services Task Force. **Ann Intern Med**, v. 136, n. 9, p. 680-690, 2002.
 14. CUMMINGS, S. R. et al. The effect of raloxifene on risk of breast cancer in postmenopausal women: results from the MORE randomized trial. Multiple Outcomes of Raloxifene Evaluation. **JAMA**, v. 281, n. 23, p. 2189-2197, 1999.
 15. STONE, D. H. Clopidogrel is not associated with major bleeding complications during peripheral arterial surgery. **J Vasc Surg**, v. 54, n. 3, p. 779-784, set. 2011.
 16. DEPAULO, J. R.; BARKER, L. R. Affective disorders. In: BARKER, L. R.; BURTON, J. R.; ZIEVE, P. D. (Ed.). **Principles of Ambulatory Medicine**. Baltimore: Williams and Wilkins, 1995. p.166.
 17. LABOS, C. et al. Risk of bleeding associated with combined use of selective serotonin reuptake inhibitors and antiplatelet therapy following acute myocardial infarction. **CMAJ**, v. 183, n. 16, p. 1835-1843, 2011.
 18. TULLY, P. J. et al. Selective serotonin reuptake inhibitors, venlafaxine and duloxetine are associated with in hospital morbidity but not bleeding or late mortality after coronary artery bypass graft surgery. **Heart Lung Circ**, v. 21, n. 4, p. 206-214, 2012.
 19. HUYSE, F. J. et al. Psychotropic drugs and the perioperative period: a proposal for a guideline in elective surgery. **Psychosomatics**, v. 47, n. 1, p. 8-22, 2006.
 20. MASON, P. J.; MORRIS, V. A.; BALCEZAK, T. J. Serotonin syndrome: presentation of 2 cases and review of the literature. **Medicine (Baltimore)**, v. 79, n. 4, p. 201-209, 2000.
 21. STACK, C. G; ROGERS, P.; LINTER, S. P. Monoamine oxidase inhibitors and anaesthesia: a review. **Br J Anaesth**, v. 60, n. 2, p. 222-227, 1988.
 22. RAY, W. A. et al. Atypical antipsychotic drugs and the risk of sudden cardiac death. **N Engl J Med**, v. 360, n. 3, p. 225-235, 2009.