

## Hipertensión Arterial en cirugía no cardíaca: ¿Debemos suspender alguna medicación o evaluar el riesgo?

Dr. Manuel Castillo Vazquez

Médico cardiólogo. Presidente de la Sociedad Paraguaya de Hipertensión Arterial y ex presidente de la Sociedad Paraguaya de Cuidados Intensivos Cardiovasculares. Director del Consejo de Salud Pública y Prevención Cardiovascular de la Sociedad Paraguaya de Cardiología y cirugía Cardiovascular. Jefe de servicio de la Unidad Coronaria del Hospital Central. Instituto de Previsión Social. Asunción-Paraguay.



La Hipertensión Arterial (HTA) tiene una elevada prevalencia a nivel global y también en nuestra región, por lo que cuando evaluamos cualquier escenario médico estará presente en un elevado porcentaje.

El volumen anual de cirugías mayores en el mundo es bastante importante, alrededor de 300 millones de personas (cerca del 5% de la población mundial) y está en constante aumento cada año, de éstas, el 85% aproximadamente son cirugías no cardíacas (1). Más de la mitad de los adultos sometidos a cirugías mayores no cardíacas tiene más de un factor de riesgo cardiovascular, siendo la hipertensión arterial la más frecuente.

El riesgo de complicaciones perioperatorias depende de muchos factores, algunos propios de la cirugía (duración, urgencia, tipo y magnitud), y otros como las comorbilidades del paciente y las condiciones clínicas del mismo en el momento de la cirugía.

En la última guía de la Sociedad Europea de Cardiología (2), se hicieron recomendaciones muy claras sobre evaluar principalmente el riesgo de cada individuo en particular de acuerdo con sus comorbilidades, a la estabilidad de éstas, y todo lo referente a la cirugía no cardíaca a ser llevada a cabo y la urgencia de ésta.

Si bien, uno de los puntos críticos en esta guía es evitar la hipotensión arterial en el período perioperatorio, además de grandes fluctuaciones de las cifras de presión arterial. La Hipotensión perioperatoria se asoció a un aumento del riesgo de morbilidad, mortalidad, complicaciones cardíacas y daño renal agudo.

Pero uno de los problemas mayores desde mi punto de vista radica en el muy bajo porcentaje de pacientes con control de la Hipertensión, por ejemplo, en el Paraguay sólo el 21% de los pacientes hipertensos tiene en rango objetivo sus valores de presión (3), representando un riesgo aumentado de complicaciones en el período perioperatorio de cirugía no cardíaca y de mortalidad a los 90 días, considero un punto importante a analizar previo a una cirugía, ya que un alto porcentaje estará en un estadio 2 o incluso 3.

Inicialmente debemos evaluar el riesgo cardiovascular del individuo y conocer si existe o no daño de órgano blanco antes de la intervención quirúrgica. Aquellos pacientes con Hipertensión de grado 1 e incluso 2 sin daño de órgano blanco no deberían representar mayores inconvenientes y se recomienda continuar con la cirugía programada. En casos de grado 3 se los debe catalogar como una urgencia hipertensiva y tratarla como tal debiendo posponerse la cirugía hasta controlar la hipertensión arterial con medicación oral, principalmente calcioantagonistas, y en casos de daño agudo de órgano blanco se recomienda la nitroglicerina endovenosa, el nitroprusiato de sodio o el labetalol ya que se trata de una emergencia hipertensiva.

La guía recomienda con nivel IIa B la suspensión de los fármacos inhibidores del eje renina angiotensina aldosterona el día de la cirugía para prevenir la hipotensión perioperatoria (4) y sus comorbilidades; y con el mismo nivel de recomendación (IIa B) a la suspensión de los diuréticos (5).

Sin embargo, los pacientes del brazo que suspendieron la medicación antihipertensiva en estos estudios (4, 5) tenían como media 142 mmHg de presión arterial sistólica, por lo que se encontraban cerca del objetivo terapéutico y con valores correspondientes a un estadio 1, que no deberían generar mayor inconveniente durante el acto quirúrgico y el postoperatorio.

Con estos datos y evidencias debemos tener el mayor tiempo posible para realizar una mejor evaluación de los pacientes hipertensos que se someterán a una cirugía mayor no cardíaca, determinar el estadio que se encuentran según las cifras de presión arterial, para así evaluar el riesgo que presentan e individualizar la necesidad de seguir la medicación habitual o la suspensión de fármacos que pueden generar hipotensión en el perioperatorio, siendo el juicio médico la mejor herramienta para disminuir las complicaciones que pudiesen acarrear una cirugía no cardíaca, siempre con el apoyo de la evidencia científica obviamente, aunque en muchas ocasiones no es aplicable con exactitud a un individuo del mundo real y cotidiano.

## Referencias:

- 1) Weiser TG, Haynes AB, Molina G, Lipsitz SR, Esquivel MM, Uribe-Leitz T, et al. Estimate of the global volume of surgery in 2012: an assessment supporting improved health outcomes. *Lancet* 2015;385: S11.
- 2) S. Halvorsen, J. Mehilli, S. Cassese, et al. 2022 ESC Guidelines on cardiovascular assessment and management of patients undergoing non-cardiac surgery. *Eur Heart J*,(2022),
- 3) Ortellado J, Paniagua M, Wang W, Poultier N, Castillo M, et al. May Measurement Month 2017-19: an analysis of blood pressure screening results from Paraguay. *Eur Heart J Supplements* (2022), 24, Supplement F, F34-F37.
- 4) Roshanov PS, Rochweg B, Patel A, Salehian O, Duceppe E, et al. Withholding versus continuing angiotensin-converting enzyme inhibitors or angiotensin II receptor blockers before noncardiac surgery: an analysis of the Vascular events In noncardiac Surgery patients cOhort evaluation Prospective Cohort. *Anesthesiology* 2017;126: 16–27.
- 5) McEvoy MD, Gupta R, Koepke EJ, Feldheiser A, Michard F, Levett D, et al. Perioperative Quality Initiative Consensus Statement on postoperative blood pressure, risk and outcomes for elective surgery. *Br J Anaesth* 2019;122: 575–586.