

## CASO CLÍNICO 5

# CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL TRAS CESÁREA URGENTE POR PRECLAMPSIA

Arantzazu Server Martínez

Unidad de Cuidados Intensivos

Hospital Universitario San Juan de Alicante

### Resumen

Paciente de 38 años gestante de 31 semanas que presenta preeclampsia con mal control de la tensión arterial (TA) a pesar de labetalol iv a dosis altas por lo que se decide fin de gestación mediante cesárea urgente. Ingresa en la UCI para control postoperatorio inmediato con FC de 45 lpm por lo que se decide suspender labetalol y se inicia tratamiento con clevidipino asociado a hidralazina vo. Se consigue control satisfactorio de cifras tensionales pudiéndose retirar clevidipino en las primeras 24h, dándose el alta a la paciente de la unidad.

### Palabras clave

Clevidipino, HTA, preclampsia.

### Introducción y caso aportado

La preeclampsia y la eclampsia se asocian a alto riesgo de complicaciones y muerte tanto para la madre como para el feto. Tiene una incidencia que oscila entre el 1-10 %. En España la incidencia es algo menor (2-4 %), aunque varía entre las diferentes regiones. La preeclampsia se define como TAS  $\geq 160$  mmHg o TAD  $\geq 110$  mmHg, o TAS  $\geq 140$  mmHg o TAD  $\geq 90$  mmHg en dos ocasiones en tomas separadas 4h en paciente con TA previamente normal después de la semana 20 de embarazo.

Adicionalmente, una de las siguientes debe estar presente: proteinuria, trombocitopenia, disfunción hepática, reagudización de insuficiencia renal o insuficiencia renal aguda, edema agudo de pulmón o alteraciones cerebrales o visuales<sup>1</sup>.

Nuestro caso es el de una mujer de 38 años sin antecedentes patológicos de interés excepto endometriosis grado IV diagnosticada hace 15 años. Embarazo por inseminación artificial con semen de donante (IAD) de 31 semanas de gestación. Dos intentos previos de inseminación artificial sin éxito. Presenta un índice de masa corporal (IMC) pregestación de 31, y una ganancia ponderal de 9 kg. Acude a urgencias de Obstetricia por cefalea de 12 horas de evolución refractaria a paracetamol, con una TA de 200/95 mmHg sin signos funcionales asociados. La exploración física es normal, así como la ecografía Doppler fetal. AS destaca Hb 11.6 g/dL, proteinuria 10.18 g / 24 h, uricemia 5.71 mg/dL, LDH 231 U/L. Plaquetas, transaminasas y creatinina normales. Se inicia tratamiento con labetalol 100 mg vo/12 h con buena respuesta inicial consiguiendo mantener la TAD < 80 mmHg durante las primeras 24 h.

Al segundo día, tras reaparición de cifras de TAD superiores a 90 mmHg, se inicia perfusión de labetalol iv a dosis de 40 mg/h. Se administra betametasona para maduración pulmonar. La paciente refiere cefalea persis-

tente sin fotopsias, ni epigastralgia ni otra clínica que sugiera eclampsia. Se mantiene tratamiento con labetalol iv a dosis crecientes (máximas 60 mg/h) sin conseguir control de cifras tensionales, asociado a aumento importante de los edemas en MMII y proteinuria, por lo que se decide el fin de la gestación mediante cesárea urgente el 5.º día de ingreso. Se inicia infusión de sulfato magnesio. La TA al inicio del procedimiento es de 200/100 mmHg. Bajo la anestesia intradural con Bupivacaina 0,5 %, hiperbárica 9 mg, más Fentanilo 10 mcg, se procede a intervención quirúrgica. El recién nacido es un varón de 1620 g, APGAR 7/9. No incidencias reseñables. La paciente pasa a la UCI para control postquirúrgico inmediato. A su llegada a la UCI presenta TA 160/85 mmHg, bradicardia sinusal a 40 lpm por lo que se decide suspender perfusión de labetalol e iniciar clevidipino a 5 ml/h asociado a Hidralacina 50 mg vo / 8h. Tras la primera hora de tratamiento la paciente no presentó nuevos picos de hipertensión manteniendo TAD por debajo de 80 mmHg y FC de 70-75 lat/min. A las 24 h de estancia en la unidad se suspende perfusión de clevidipino y se inicia tratamiento oral con amlodipino 10 mg/día que se mantiene durante los 4 días siguientes de estancia en planta y al alta hospitalaria, asociado a Hidralacina 25 mg / 8h. Primer control en el centro de especialidades a los 20 días tras el alta, manteniendo buen control de cifras tensionales.

## Discusión y conclusiones

Hasta recientemente, labetalol o hidralacina iv son considerados fármacos de primera línea en el tratamiento de la HTA asociada a preeclampsia<sup>1</sup>. La necesidad de dosis elevadas de labetalol en nuestra paciente provocó la aparición de bradicardia sinusal sin un buen control de la tensión arterial. El uso de nifedipino oral fue recomendado en 2017 por el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología como alternativa a los fármacos de primera línea<sup>2</sup>. La posibilidad de utilizar un fármaco como clevidipino por vía iv de rápido on/off que pueda ser titulado proporciona considerables ventajas frente hidralacina y labetalol. Su posible efecto sobre el aumento del gasto urinario y efectos secundarios como cefalea o taquicardia deben ser investigados en grandes estudios controlados.

## Bibliografía

1. Watson K, Broscious R, Devabhakthunoi S, Noel ZR. Focused Update on Pharmacologic Management of Hypertensive Emergencies. *Curr Hypertens Rep.* [Internet]. 2018 [feb 2019]; 20:56. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11906-018-0854-2>
2. Committee Opinion No. 692. Emergent therapy for acute-onset, severe hypertension during pregnancy and the postpartum period. *Obstet Gynecol.* 2017;129(4):e90-e5.