

CASO CLÍNICO 4

CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL MEDIANTE CLEVIDIPINO EN EL POSTOPERATORIO DE UN PACIENTE TRASPLANTADO DE PÁNCREAS-RIÑÓN

Laura Cestero Ramírez

Servicio de Medicina Intensiva

Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

Resumen

La hipertensión arterial (HTA) en el postoperatorio inicial puede ocasionar diversas complicaciones y aumentar el riesgo de morbimortalidad. Es por ello que es preciso controlarla de manera eficaz. A continuación, se describe un caso de un paciente trasplantado de páncreas-riñón que precisa de infusión de clevidipino para poder controlar cifras de tensión arterial muy elevadas.

Palabras clave

Hipertensión, clevidipino, trasplante.

Introducción y caso aportado

La HTA que se produce en el periodo posttrasplante renal constituye un problema muy relevante debido no solo a su alta prevalencia, sino también porque puede llegar a ser un factor determinante en lo que respecta a la supervivencia del injerto renal y del propio paciente, ya que puede producir un incremento del riesgo de aparición de eventos cardiovasculares¹. En diversos estudios se demuestra cómo la tensión arterial puede llegar a ser un predictor de la supervivencia del injerto, y la relación de cifras elevadas de tensión con un fallo crónico tardío del injerto². Respecto al origen de la HTA en los pa-

cientes trasplantados, se han incluido varios factores, como la medicación inmunosupresora, la disfunción previa del injerto, que el donante o el receptor presenten HTA primaria o también la existencia en algunos casos de estenosis de la arteria renal del injerto¹. Y debido a esto resulta fundamental un correcto control tensional en el postoperatorio de un trasplante renal, y es por eso que a continuación se presenta un caso de control de hipertensión arterial con clevidipino en el postoperatorio de un trasplante de páncreas-riñón.

Se trata de un paciente de 47 años, hipertenso y con una DM tipo I de larga evolución y enfermedad metadiabética con historia de retinopatía diabética y nefropatía diabética con insuficiencia renal crónica en estadio 5 y recibiendo hemodiálisis desde 2017. El 1 de diciembre de 2018 se realiza trasplante de páncreas y riñón e ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) para control postoperatorio. El paciente ingresa en la unidad hemodinámicamente estable y bajo los efectos de la sedación. Tras descartar complicaciones inmediatas y con una situación respiratoria favorable se procede a despertar al paciente y realizar progresión respiratoria y extubación. Después de retirar la sedación el paciente presenta paulatinamente cifras de tensión arterial sistólica cada vez más elevadas, alcanzando incluso los 190-200

mmHg a pesar de optimizar el tratamiento analgésico. Inicialmente se trata con urapidilo en perfusión continua, pero con muy mal control y precisando dosis crecientes sin conseguir una clara disminución de los valores, por lo que se decide cambiar el antihipertensivo intravenoso a clevidipino. Con dicho fármaco con pequeñas dosis (4 mg a la hora) logramos un buen manejo de tensión arterial con una PAS de 130-140 mmHg y una PAM de 75 mmHg, lo cual permite una correcta perfusión de órgano sin incrementar el riesgo de sangrado y sin perjudicar la funcionalidad del nuevo injerto renal.

La evolución del paciente es favorable, manteniéndose estable hemodinámica y respiratoriamente, con buen funcionamiento del injerto pancreático y buen control glucémico, así como mejoría de las cifras de productos nitrogenados y diuresis en aumento de forma progresiva. Los drenajes quirúrgicos presentaban débito escaso y de características serosas. A las 36 horas de ingreso se comienza con tolerancia oral y a las 48 horas con administración de fármacos por vía oral, con introducción de antihipertensivos, en este caso amlodipino, bisoprolol y doxazosina, pudiéndose retirar paulatinamente el clevidipino y ser dado de alta de la UCI el 4 de diciembre.

Discusión y conclusiones

La HTA es uno de los diagnósticos más habituales en la práctica habitual y a menudo supone un aumento en la aparición de complicaciones y un incremento de morbilidad y mortalidad durante el período perioperatorio³. Pueden surgir diversas complicaciones, con aumento de riesgo principalmente de infarto, accidente cerebrovascular, fallo renal

y sangrado postoperatorio⁴. El clevidipino es un fármaco antagonista del calcio que actúa a nivel del músculo liso arterial, de manera que disminuye la postcarga y las resistencias vasculares periféricas sin afectar al sistema venoso, conservando con ello la precarga. Además, tiene un rápido inicio de acción y su eliminación no se altera en la insuficiencia renal⁵. En nuestro caso uno de los antihipertensivos intravenosos "clásicos" precisó muy altas dosis y aun así no se logró alcanzar unas cifras seguras de tensión arterial. El clevidipino, por otra parte, resultó ser de mucha ayuda gracias a que pudimos conseguir un control más efectivo de la HTA con una dosis baja y sin que ello entrañase aparición de complicaciones.

Bibliografía

1. Domínguez-Gil B, Espejo B, Muñoz MA, Roldicio JL, Morales JM. Hipertensión arterial después del trasplante renal. *Hipertensión* 2002;19(2):80-90.
2. Mange KC, Cizman B, Joffe M, Feldman HL. Arterial hypertension and renal allograft survival. *JAMA* 2000;283 (5):633-8.
3. Espinosa A, Ripollés-Melchor J, Casans-Francis R, Abad-Gurumeta A, Bergese SD, Zuleta-Alarcón A, et. al. Perioperative use of clevidipine: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2016; 11(3):e0150625
4. Rivera A, Montoya E, Varon J. Intravenous clevidipine for management of hypertension. *Dove Press Journal: Integrated Blood Pressure Control* 2010;3 105-111.
5. Murphy C, Brower KI. Safety and efficacy of intravenous clevidipine for the perioperative control of acute hypertension. *Clinical Medicine Insights Therapeutics* 2011;3.