

CASO CLÍNICO 7

CLEVIDIPINO EN EL MANEJO POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA AÓRTICA ABIERTA

Ana María Pérez Bailón
José Damián Herrera Mingorance
Maria Eugenia Poyatos Aguilera
Unidad de Medicina Intensiva
Hospital Universitario San Cecilio de Granada

Resumen

El caso es el de un paciente varón de 58 años hipertenso que tiene tratamiento domiciliario con dos fármacos antihipertensivos, sin otros antecedentes, que ingresa para reparación de aneurisma de aorta abdominal de 10 cm. Ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) para control y optimización en postoperatorio inmediato de bypass aorto-aórtico abierto, sin incidencias destacables pero con hipertensión arterial (HTA) de difícil control, para la que se administra finalmente clevidipino en la UCI en perfusión iv continua. Se le da de alta a planta de Angiología y Cirugía Vascul ar en las primeras 48 horas, con TA 126/70 mmHg en su segundo día de estancia en planta sin necesidad de fármacos antihipertensivos.

Palabras clave

Aneurisma aorta abdominal, clevidipino, control tensional.

Introducción y caso aportado

Introducción: En el contexto perioperatorio de la cirugía de aorta abdominal abierta es de vital importancia un adecuado control de la HTA¹. Durante las primeras horas tras la cirugía, los pacientes deben permanecer con una dieta absoluta como medida adi-

cional para evitar la isquemia intestinal, que es una complicación frecuente tras la cirugía aórtica abierta², y es necesario disponer de medicación antihipertensiva intravenosa para controlar de manera segura las cifras tensionales.

Caso aportado: Nos encontramos ante un paciente joven con HTA de difícil control que necesita dos fármacos administrados en su domicilio de manera crónica. Se le diagnostica de manera incidental un aneurisma de aorta abdominal infrarrenal en rango quirúrgico, por lo que se decide intervención quirúrgica abierta programada (imagen 1).

Durante la cirugía se procede a laparotomía xifopubiana para aneurismotomía con extracción de trombo y realización de *bypass*



Imagen 1: aneurisma de aorta abdominal infrarrenal de 10 cm de diámetro con trombo mural en angioTAC con contraste intravenoso, perioperatorio.

aorto-aórtico con Dacron, bajo clampaje aórtico y que necesita autotransfusión de sangre recuperada, sin incidencias destacables durante el procedimiento. El paciente recibe perfusión intraoperatoria de nitroglicerina debido a la HTA a pesar de administrarse sedoanalgesia profunda durante la anestesia intraoperatoria.

En la UCI se procede a extubación sin incidencias, pero se objetivan cifras tensionales sistólicas de 180 mmHg, mantenidas, por lo que se inicia perfusión de clevidipino a 2 mg/h con lo que se controla a 140 mmHg en los primeros 30 minutos, de este modo no es necesario aumentar la dosis y puede ser suspendido en las primeras 24h sin incidencias. Tras la retirada de clevidipino, destaca una tensión arterial controlada sin necesidad de añadir más medicación a pesar de dejarse pautada.

Estando ya en planta (fue dado de alta en la UCI en las primeras 48 horas por buena evolución global) no fue necesario iniciar su tratamiento antihipertensivo oral de base por objetivarse cifras tensionales de 126/70 mmHg. Fue dado de alta a su domicilio a los 7 días recibiendo ya su medicación oral crónica.

Discusión y conclusiones

Los pacientes intervenidos mediante cirugía abierta para reparación de aorta abdominal requieren de un manejo postoperatorio óptimo basado, entre otros aspectos, en el control estricto de la tensión arterial, para evitar picos hipertensivos en las primeras horas, para lo cual se hace necesario disponer de fármacos con efecto rápido y que se puedan administrar vía intravenosa ya que es necesario mantener a estos pacientes en dieta absoluta en las primeras horas para evitar la isquemia intestinal.

Actualmente existen diferentes opciones terapéuticas para el control de TA con tratamiento intravenoso, no obstante, en este caso se optó por clevidipino con buen resultado y rápido control de TA.

Bibliografía

1. Moll FL, Powell JT, Fraedrich G, et al. Management of abdominal aortic aneurysms clinical practice guidelines of the European society for vascular surgery. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2011 Jan;41 Suppl 1:S1-S58.
2. Perry RJ, Martin MJ, Eckert MJ, et al. Colonic ischemia complicating open vs endovascular abdominal aortic aneurysm repair. *J Vasc Surg.* 2008 Aug;48(2):272-7.