

UN GRAN PODER CONLLEVA UNA GRAN RESPONSABILIDAD

Un caso de intoxicación por betabloqueantes

Puerto Rodrigo T., Veintimilla Escot A., Muñoz Manzanares A., Ridaura Aparisi B., Climent Díaz B., Arnés González S.
Hospital General Universitario de Valencia

MENSAJE CLAVE

En las intoxicaciones por betabloqueantes es crucial la rapidez de actuación para la administración de tratamiento; debido a la gran velocidad de instauración de las complicaciones y la potencial letalidad de las mismas.

INTRODUCCIÓN

Los betabloqueantes son fármacos ampliamente pautados, tanto por sus efectos en patología cardiovascular como por sus beneficios en otras patologías. Su intoxicación es poco prevalente en nuestro medio, pero reseñable.

4 - 5%

de mortalidad

2 h

inicio habitual de la clínica a dosis elevadas (o antes de las 6 h)

2

síntomas principales: bradicardia e hipotensión

De ellos deriva la **gravedad**: bloqueo AV completo, bloqueos intraventriculares, EAP, shock cardiogénico, asistolia y parada cardiorrespiratoria.

OBJETIVO

Revisar la actuación en Urgencias ante la intoxicación por betabloqueantes y describir un caso representativo, destacando la rapidez de actuación y de administración del tratamiento.

MÉTODO

Revisión de la bibliografía en PubMed y de guías de actuación en Urgencias, complementada con la descripción de un caso clínico atendido en Urgencias: datos clínicos, pruebas complementarias y evolución tras tratamiento intensivo en UCI.

RESULTADOS: EL CASO, PASO A PASO

LA PACIENTE

Mujer de 84 años, médica jubilada

En tratamiento crónico con betabloqueantes. Ingesta con intención autolítica.

100 mg

40 comprimidos de bisoprolol 2,5 mg = 5 veces por encima de la dosis tóxica

35 lpm

Bradicardia a la llegada al hospital, con tendencia a la hipotensión mantenida

1

Domicilio · inmediatamente tras la ingesta

Los familiares avisan a los servicios sanitarios, que acuden y realizan **lavado gástrico** y administran **carbón activado (en la 1a hora)**.

2

Llegada a Urgencias

Hallazgo principal: bradicardia a 35 lpm y tendencia a la hipotensión mantenida.

3

Tratamiento en Urgencias

Carbón activado (nueva dosis)

Metoclopramida + ondansetrón

Glucagón: 2 bolos separados 10 min

Gluconato cálcico

Suero glucosado 5 %

4

GRAVEDAD = Ingreso en UCI

Se objetivan hipopotasemia, FA lenta conocida y, posteriormente, prolongación significativa del QT. Se administran **sulfato de magnesio** y **cloruro potásico iv**.

5

Buena evolución

Traslado a planta de Toxicología.

CONCLUSIONES

Convivimos con ellos.

Los betabloqueantes se pautan de forma crónica a gran cantidad de pacientes.

En sobredosis cambian de perfil.

Manejo difícil y complicaciones graves que pueden poner en riesgo la vida.

El tiempo manda.

Los síntomas se instauran con rapidez y pueden ser refractarios: hay que actuar y tratar lo antes posible.