

GLUCAGÓN EN EL TRATAMIENTO POR SOBREDOSIS DE PROPRANOLOL

Marcos Pérez G, Mulet Alberola A, Mejía Recuero, Martí Gil C, Barreira Hernández, Barreda Hernández D.

Servicio de Farmacia. Hospital Virgen de la Luz, Cuenca.

Objetivos

Describir un caso clínico de intento autolítico por un beta-bloqueante (propranolol) que fue tratado con glucagón.

Material y métodos

Revisión retrospectiva de la historia clínica y de la ficha técnica de Sumial® y Glucagón Hypokit®.

Resultados

Mujer de 43 años.

Antecedentes personales: no alergias conocidas, dependencia alcohólica desde hace 4 años, trastorno psiquiátrico controlado por la Unidad de Salud Mental con mala cumplimentación del tratamiento, hepatopatía alcohólica, varices esofágicas y úlcera duodenal. Ha presentado seis intentos autolíticos previos por ingesta medicamentosa.

Tratamiento domiciliario: fluoxetina, olanzapina, propranolol y pantoprazol.

La paciente es encontrada por su familia inconsciente en su domicilio. A la llegada del Servicio de Emergencias al domicilio se objetiva coma sin respuesta a estímulos y tensión arterial sistólica (TAS) 50 mmHg, administrándosele flumazenilo 0,5mg, naloxona 0,4mg y tiamina 100mg. No se logra determinar qué sustancias ha ingerido ni en qué cantidad, pero se sospecha de **intoxicación voluntaria por beta-bloqueantes, alcohol y otros medicamentos sin concretar**. La paciente es trasladada al Servicio de Urgencias del hospital por UVI móvil. En Urgencias se le administra dopamina y glucagón 2 mg intravenoso, logrando alcanzar cifras de TAS de 80 mmHg. A continuación ingresa en UCI presentando hipotermia, hipotensión arterial, bradicardia, mala perfusión generalizada y pulsos apenas palpables. Se le administra glucagón en bolos (3 bolos de 1 mg en 4 horas), seguido de perfusión intravenosa a 1,5 mg/h. Se inicia perfusión de dopamina y atropina, corrección de acidosis con bicarbonato sódico 1M, lavado gástrico repetido con carbón activado a través de sonda nasogástrica, diuresis forzada (furosemida), protección gástrica (omeprazol), cobertura antibiótica (amoxicilina/clavulánico), tiamina, piridoxina y bolo de flumazenilo 0,5 mg, presentando nula respuesta a este último. La paciente evoluciona favorablemente con lenta recuperación de la conciencia y estabilización hemodinámica. En las horas siguientes recuperación plena de la conciencia, sin focalidad neurológica aparente. A las 24 horas se reduce la velocidad de perfusión de glucagón a la mitad (0,75mg/h), manteniéndose dopamina y atropina, disminuyendo hasta suspender los tres fármacos el tercer día de tratamiento tras alcanzar estabilización de la frecuencia cardíaca y tensional. Durante todo el proceso se realiza control glucémico estrecho, precisando sólo tratamiento puntual con insulina el segundo día, no presentado hipoglucemias tras la suspensión del glucagón.

Conclusiones

- ✓ La eficacia de glucagón en la reversión de la bradicardia y la hipotensión ocasionadas por una sobredosis de beta-bloqueante queda demostrada.
- ✓ La monitorización de pacientes que reciben medicamentos con dosis altas fuera de la práctica clínica habitual favorece prácticas de seguridad en relación al uso de medicamentos.
- ✓ Es importante una adecuada gestión de stock para garantizar la disponibilidad del tratamiento completo de antídotos en este tipo de situaciones de urgencia vital.