

347/888 - A PROPÓSITO DE LOS COLIRIOS

T. Expósito Montes^a, G. Gómez Jiménez^b, M. Sánchez Ramos^a y A. Matas Lara^c

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José. Jaén. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José. Jaén. ^cMédico Adjunto. Servicio de Urgencias. Hospital San Agustín de Linares. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Paciente diabético de 77 años, intervenido de cataratas y en tratamiento con antidiabéticos orales y colirios de brimonidina y bimatoprost/timolol por glaucoma, solicita asistencia domiciliaria por cuadro sincopal tras administración de uno de los colirios. El paciente es derivado al servicio de urgencias hospitalarias tras la realización de un electrocardiograma donde se objetivaba una bradicardia a 20 lpm con bloqueo aurículo-ventricular completo, administrándole Atropina durante el traslado. A su llegada a urgencias hospitalarias estaba inestable con tensión arterial indetectable y 18 lpm en electrocardiograma. Se realizó una anamnesis rápida al familiar sobre patología concomitante y tratamiento, interconsulta con Unidad de Cuidados Intensivos y se administró isoproterenol (Aleudrina), recuperando el paciente cifras tensionales, quedando consciente y orientado, si bien la frecuencia cardíaca apenas alcanzaba a 28-30 lpm, por lo que se ingresó en UCI. Actualmente se encuentra estable tras la colocación de marcapasos endocavitario.

Exploración y pruebas complementarias: Electrocardiograma: Bloqueo aurículo-ventricular completo a 18 lpm de ritmo infrahisiano. Auscultación cardiorrespiratoria: bradicardia extrema con roncus aislados. Abdomen normal. Frialdad periférica.

Orientación diagnóstica: Bloqueo AV completo con ritmo de escape infrahisiano.

Diagnóstico diferencial: Bloqueo AV.

Comentario final: Se trata de un caso que el médico de Atención Primaria puede encontrarse en consulta como durante la realización de guardias, debiendo realizar una correcta lectura del electrocardiograma, valorar la estabilidad hemodinámica del paciente y la actitud terapéutica a seguir teniendo en cuenta los recursos de los que disponemos. En este caso en concreto, el médico de urgencias extrahospitalarias no disponía de marcapasos transcutáneo ni Aleudrina, por lo que intentó utilizar la Atropina ante la bradicardia extrema sin resultado. Por otro lado, debemos ser cautos en la prescripción desde Atención Primaria de ciertos medicamentos, como el colirio de bimatoprost/timolol, en pacientes añosos especialmente, pues en este caso en concreto fue el causante del bloqueo aurículo-ventricular que provocó el síncope, si bien se trata de un caso atípico tanto por el uso previo prolongado del colirio sin clínica acompañante como por la clase de bloqueo que provocó.

Bibliografía

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias: Guía Diagnóstica y Protocolos de Actuación, 5^a ed. Barcelona: Elsevier; 2014.

Palabras clave: Bloqueo AV completo por fármacos. Timolol. Bradicardia extrema.