



Revista Clínica Española

www.elsevier.es/rce



CORRESPONDENCIA

Encefalopatía anóxica simulada por sobredosis atropínica durante la reanimación cardiopulmonar



Atropine overdose mimicking anoxic encephalopathy during cardiopulmonary resuscitation

Sr. Director:

Una paciente de 74 años de edad acudió al servicio de urgencias por malestar general de 24h de evolución. La exploración física evidenció sequedad de mucosas. El electrocardiograma (ECG) mostró un ritmo sinusal a 70 lpm con un bloqueo completo de rama derecha. En la analítica sanguínea destacó una creatinina de 4,3 mg/dl. Súbitamente,

la paciente sufrió una parada cardiorrespiratoria (PCR) por bradicardia extrema, iniciándose maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) avanzada, exitosas tras la administración de adrenalina (1 mg) y atropina (3 mg). El ECG mostraba en ese momento un bloqueo aurículo-ventricular (BAV) completo a 25 lpm (fig. 1), por lo que se decidió implantar un marcapasos transitorio (MPT). Entretanto, la paciente sufrió una nueva PCR, administrándose adrenalina (2 mg) y atropina (3 mg). Tras 10 min se consiguió implantar un MPT vía yugular derecha, con punción accidental de arteria carótida. En ese momento la paciente estaba hemodinámicamente estable, con rubefacción facial y en situación de coma neurológico (Glasgow 3) con midriasis arreactiva, postura de descerebración y Babinski positivo bilateral. Se consideraron como causas del coma la anoxia durante la PCR y el ictus embólico tras punción carotídea, si bien, ante la posibilidad de sobredosis por atropina (6 mg en total), se administraron 2 mg de fisostigmina intravenosa. La paciente,

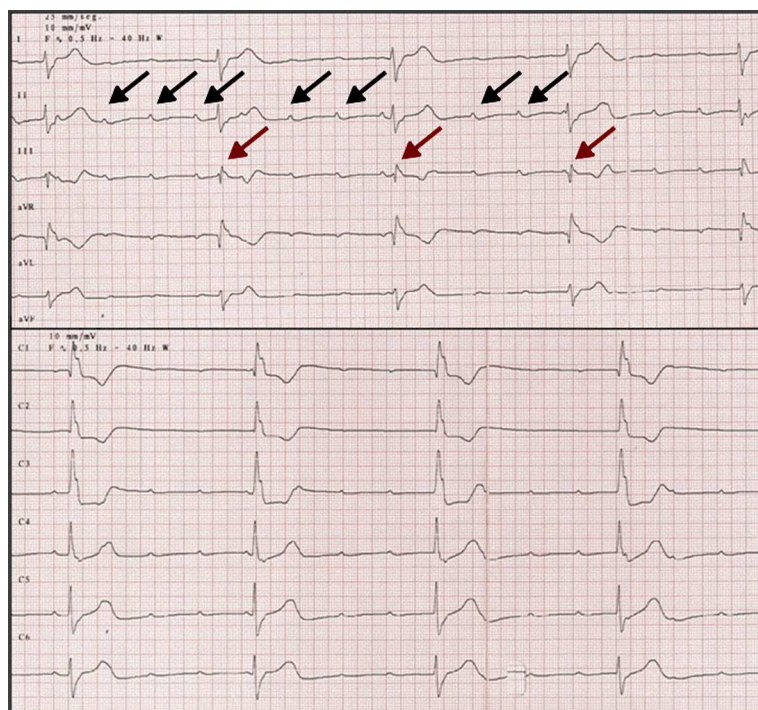


Figura 1 Bloqueo auriculoventricular completo, QRS 180 mseg con imagen de bloqueo completo de rama derecha del haz de His. Se visualiza disociación AV con ritmo auricular sinusal a 95 lpm (flechas superiores) y escape ventricular a 25 lpm (flechas inferiores).

pasados 10 min, recuperó el nivel de conciencia. Durante su estancia hospitalaria persistió el BAV completo, por lo que se implantó un marcapasos definitivo, siendo dada de alta a los 8 días del ingreso.

Los BAV son una causa frecuente de ingreso en los servicios de urgencias y de implante de marcapasos en nuestro medio¹. Las guías de práctica médica actuales no recomiendan el implante de MPT en esta situación, salvo ausencia de escape ventricular con peligro vital². La atropina, un fármaco anticolinérgico derivado de la belladona, es utilizado como taquicardizante, preanestésico o como antídoto en intoxicaciones por organofosforados³. Actualmente ha desaparecido de los algoritmos terapéuticos de la PCR por asistolia, si bien, con dosis de 0,5-1 mg hasta un máximo de 3 mg, sigue siendo de elección en casos de bradicardia extrema². La intoxicación por atropina es una entidad infrecuente observada en ingestas accidentales por hierbas o como intento autolítico⁴, siendo excepcional la sobredosis iatrogénica³. El cuadro clínico secundario al bloqueo muscarínico incluye sequedad de mucosas, hiperemia, midriasis, depresión respiratoria y coma. El tratamiento incluye medidas de soporte básicas, así como la administración de agentes anticolinérgicos. La fisostigmina, por su capacidad de atravesar la barrera hematoencefálica, se considera el agente de elección³⁻⁵.

Nuestro caso ilustra una complicación iatrogénica grave secundaria a sobredosificación de atropina en el seno de una PCR. Resulta de especial interés por tratarse de un contexto frecuente en la práctica clínica de nuestro medio, apoyando la necesidad de un estricto control de las dosis administradas. Conocer esta posible complicación permite

un diagnóstico y tratamiento precoz de una entidad potencialmente mortal.

Bibliografía

1. Coma Samartín R, Cano Pérez O, Pombo Jiménez M, Spanish Pacemaker Registry. Eleventh Official Report of the Spanish Society of Cardiology Working Group on Cardiac Pacing (2013). *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. 2014;67:1024-38.
2. Neumar RW, Otto CW, Link MS, Kronick SL, Shuster M, Callaway C, et al. Part 8: Adult advanced cardiovascular life support: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 2010;122 Suppl 3:S729-67.
3. Martínez-Mora B, Cristobo-Sáinz P, Nevado-Portero J, Domínguez-Petit A. A case of acute iatrogenic atropine poisoning. *Rev Esp Cardiol*. 2011;64:345 [Article in Spanish].
4. Glatstein M, Alabdulrazzaq F, Scolnik D. Belladonna Alkaloid Intoxication: The 10-Year Experience of a Large Tertiary Care Pediatric Hospital. *Am J Ther*. 2013 [Epub ahead of print].
5. Moore PW, Rasimas JJ, Donovan JW. Physostigmine is the antidote for anticholinergic syndrome. *J Med Toxicol*. 2014.

F. Díez-del Hoyo*, I. Sousa, P. Díez-Villanueva, M. Juárez y F. Fernández-Avilés

Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: felipediezdelhoyo@hotmail.com

(F. Díez-del Hoyo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2015.02.005>

Burnout en médicos residentes de dos áreas de salud de una misma ciudad



Burnout in medical residents in two health districts of the same city

Sr. Director:

El Burnout es un trastorno adaptativo asociado al estrés crónico producido por el contacto con los clientes¹. «Estar quemado» interfiere en la labor asistencial del médico que realiza su cometido en íntimo contacto con los pacientes². Este concepto ha sido muy estudiado en el ámbito sanitario, tanto en atención primaria^{2,3}, como en el segundo nivel asistencial^{4,5}. El colectivo de Médicos Internos Residentes (MIR) es un grupo que por sus características puede considerarse como muy vulnerable a desarrollar este síndrome⁶⁻⁸. El hecho de que médicos, en general jóvenes y que están iniciando su labor asistencial presenten rasgos de Burnout debe hacernos plantearnos si realmente lo están haciendo de una forma equilibrada⁹; algunos estudios afirman que más de la mitad de los mismos pueden llegar a presentarlo^{6,7}, siendo el número total de guardias realizadas el único

factor que se asocia claramente a su desarrollo⁷. En los últimos años ha habido importantes cambios laborales y económicos en nuestro país, como son el desarrollo de la jornada laboral de 48 h semanales¹⁰ y las medidas de recortes económicos generalizadas, no existiendo estudios que hayan investigado la situación actual y los factores asociados en los MIR.

El objetivo de este estudio es conocer el grado de Burnout y los factores asociados al mismo entre los MIR de 2 áreas de salud diferentes dentro de una misma ciudad: Valladolid. Se entregó un cuestionario a todos los residentes que cursaban la especialidad en dicha población, entre marzo y junio de 2014; compuesto por: encuesta Maslach Burnout Inventory (MBI)¹ y datos sociolaborales (edad, género, especialidad, año de residencia, horas de guardias mensuales y libranza). En Valladolid existen 2 áreas sanitarias diferentes: Área Este (AE) y Área Oeste (AO), cuyos hospitales de referencia son: Hospital Clínico Universitario (HCU) y Hospital Universitario Río Hortega (HURH) respectivamente. El MBI valora 3 subescalas: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal. Se definió existencia de Burnout como en otros estudios⁶: puntuaciones altas en cansancio emocional y/o despersonalización.

Se empleó SPSS® v.22.0 para el análisis estadístico de los datos. Se realizó un análisis de la muestra total y desglosada