



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 242/4357 - ATROPINA COMO PRUEBA DIAGNÓSTICA EN LAS BRADICARDIAS SINTOMÁTICAS

X. Romaní Faro<sup>a</sup>, P. Fernández García<sup>b</sup>, M. Prieto Sánchez<sup>c</sup> y A. Pérez Pérez<sup>d</sup>

<sup>a</sup>FEA Medicina Intensiva. Hospital La Línea. La Línea de la Concepción. Cádiz. <sup>b</sup>FEA Cardiología. Hospital La Línea. La Línea de la Concepción. Cádiz. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital La línea. La Línea de la Concepción. Cádiz. <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud de San Roque. Cádiz.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 54 años derivada del centro de salud por malestar general con episodios presincopales, en centro de salud se detecta bradicardia arrítmica a 42 lpm (no aporta electrocardiograma). Derivada a Hospital de la Línea para valoración. A su llegada Se realiza nuevo electrocardiograma donde se evidencia bradicardia con alternancia de ondas p y ritmo de la unión. Se consulta tanto con cardiologa de guardia como con intensivista. Que recomiendan test de atropina con la paciente monitorizada para diagnóstico final. A la realización del test de la atropina la paciente aumenta frecuencia cardíaca hasta 92 lpm sin observarse ondas p bloqueadas. Volviendo posteriormente a su electrocardiograma de base. Finalmente la paciente sube a UCI para implantación de marcapasos definitivo.

**Exploración y pruebas complementarias:** Paciente consciente y orientada, ligeramente angustiada. Buena coloración de piel y mucosas, eupneica en reposo. AP: murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos, SatO2 del 99% en aire ambiente. TA 170/70, FC: 42 lpm, impresiona de arrítmica, no soplos, roces o extratonos. Abdomen blando y depresible, no doloroso. Extremidades con buena perfusión, inferiores sin edema o señales de trombos. Bioquímica: creatinina 0,89 mg/dl, urea 50 mg/dl, glucosa 146 mg/dl, Na+ 138 mEq, K+ 4,2 mEq, calcio iónico 1,12, magnesio 1,82 mg/dl, fósforo 3,5 mg/dl. Hemograma: hemoglobina en 12,3 g/dl, Hto 37%, leucocitos en 9.600 (neutrófilos 70%), plaquetas 191.000. Rx tórax: sin hallazgos significativos. Electrocardiograma: bradicardia a 42 lpm con alternancia de ondas p y ritmo de la unión.

**Juicio clínico:** Síndrome del nodo sinusal enfermo.

**Diagnóstico diferencial:** Síndrome del nodo sinusal enfermo vs bloqueo aurículo-ventricular de 3<sup>er</sup> grado.

**Comentario final:** La atropina actúa bloqueando los efectos de las descargas nerviosas vagales. Las zonas del corazón no inervadas por el nervio vago no responderán a la atropina. Por lo tanto, la atropina no está indicada para el bloqueo cardíaco de tercer grado, con latidos de escape ventriculares anchos ni para el bloqueo de segundo grado Mobitz tipo II. Acelerar la frecuencia auricular y provocando mayor bloqueo en el nódulo aurículo-ventricular (AV). No se produce aumento de la frecuencia ventricular.

### Bibliografía

1. Vogler J, Breithardt G, Eckardt L. Bradicardias y bloqueos de la conducción. Rev Esp Cardiol. 2012;65(7):656-67.

**Palabras clave:** Síndrome del nodo sinusal enfermo. Atropina.