



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/3075 - IBA LENTA HASTA QUE ME PUSE MALA

K. Yanez Cabrera^a, B. Márquez García^b, R. Rodríguez Valenzuela^c y R. Guerrero Tejada^a

^aMédico de Familia. Centro de Salud Tórtola. Valladolid. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Magdalena. Valladolid. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Valladolid.

Resumen

Descripción del caso: Paciente que consulta por bradicardia y debilidad generalizada aguda. Enfermedad actual: mujer de 87 años con antecedentes de HTA, DI, IAM antiguo lateral alto, FA paroxística, IRC con riñón derecho no funcionante, síndrome ansioso-depresivo. Tratamiento actual: acenocumarol 4 mg según pauta, atorvastatina 10 mg, ibersartan + hidroclototiazida, diltiazem 180 mg, alprazolam 0,5 mg. Acude a su SCS por bradicardia de 40-50 lpm, astenia y debilidad generalizada, tras realizar ECG se objetiva FC de 40 lpm y FA, por lo que administran atropina IV para revertir la FC lenta; instantes después la paciente presenta de forma brusca disartria que alterna con afasia, obnubilación y pérdida de conciencia, se añade en forma progresiva desaturación de oxígeno en torno al 90% por lo que es derivada a urgencias en UVI móvil.

Exploración y pruebas complementarias: TA 145/98 mmHg, FC 150 lpm, FR 30 RPM taquipneica hiperventilando, SP02 100% VMK 31% 6 Lt, T^a 36 °C. AC: Tonos irregulares sin soplos. AP: MVC en ambos campos pulmonares, con sibilantes bilaterales y marcado trabajo respiratorio a 30 rpm. NRL: Glasgow 10-11. Pupilas midriáticas y arreactivas, con reflejos corneales y oculocefálicos conservados. Flacidez generalizada con reflejo de retirada al dolor, no rigidez de nuca. Marcha no valorable, reflejo cutáneo plantar indeterminado y reflejos osteotendinosas disminuidos. Analítica con hemograma, glucemia, ionograma, hepática, PCR, marcadores cardiacos normales, función renal en su basal. Rx tórax y TAC cerebral sin hallazgos relevantes.

EKG (en el SCS): FA bloqueada a 40 lpm, sin alteraciones de la repolarización, EKG (en el Hospital): Ritmo nodal.

Juicio clínico: Intoxicación por atropina.

Diagnóstico diferencial: ACV, síndrome del seno enfermo, síndrome de Stoke Adams.

Comentario final: Se plantea el cuadro como reacción adversa a atropina, tras dos dosis de fisostigmina la paciente mejora el trabajo respiratorio y Glasgow pasando de 10/15 a 14/15 en los 30 minutos siguientes. Los efectos secundarios de la atropina descritos a nivel central descritos son síntomas de ansiedad, alucinaciones, sedación. Ojo con el uso de atropina para revertir la bradicardia sobre todo en pacientes polimedicados.

Bibliografía

- Flórez J. Farmacología humana, 3^aed. Barcelona

Palabras clave: Atropina. Fisistigmina.