



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 funcionando, 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 consciencia, 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 osteotendinosos 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

1. Flórez J. Farmacología humana, 3ªed. Barcelona

Palabras clave: Atropina. Fisistigmina.