

333/273 - DISPOSITIVOS MÉDICOS: CUANDO UN FALLO EN LA TECNOLOGÍA PUEDE SER MORTAL

R. Sánchez Rodríguez¹, C. Corugedo Ovies², H. Mendes Moreira³, M. García Estrada⁴, M. Turégano Yedro⁵, E. Cano Cabo⁶.

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitario. Centro de Salud Pola de Siero. Asturias. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pola de Siero. Asturias. ³Médico Residente. Centro de Salud Siero-Sariego. Asturias. ⁴Médico Residente de 2º año. Centro de Salud de Trubia-El Cristo. Asturias. ⁵Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Jorge. Cáceres. ⁶Médico Residente de 4º año. Centro de Salud de Siero-Sariego. Asturias.

Resumen

Descripción del caso: Varón, 78 años, sin alergias conocidas. HTA y DM2. En tratamiento con Enalapril 10 mg (1-0-0) y Metformina 850 mg (1-0-1). Nos solicitan domicilio urgente por mareos con inestabilidad en la bipedestación. Refiere estar asintomático hasta esa mañana que despertó con cinetosis, sin claro giro de objetos. PA: 134/88 mmHg, error en lectura de frecuencia cardiaca. Niega dolor torácico, palpitaciones, disnea, fiebre, cuadro catarral previo y cualquier otra clínica.

Exploración y pruebas complementarias: COC, BEG. Saturación O2: 97%. FC: 60 latidos por minuto. Glucemia capilar 115. PA: 140/85 mmHg. Exploración neurológica compatible con la normalidad. En bipedestación presenta inestabilidad, no focalidad en Romberg. Deambulación muy difícil por la inestabilidad. Mareo con necesidad de aumento de base de sustentación al mirar al techo. No nistagmus. AP: MVC sin ruidos sobreañadidos. AC: RsCsRs, sin auscultarse soplos, auscultamos bradicardia por lo que tomamos pulso arterial radial bilateral: 30 lat./min.

Juicio clínico: Bradicardia sintomática, BAV 3º grado.

Diagnóstico diferencial: Síndrome vertiginoso. Bradicardia secundaria a bloqueo cardiaco.

Comentario final: El pulsioxímetro es un instrumento muy útil en nuestra práctica clínica, nos informa de valores tan importantes como la saturación y la frecuencia cardiaca, pero también a través de la onda de pulso o la variabilidad de la frecuencia podemos identificar arritmias. Esta información debe ser puesta en contexto clínico. En nuestro caso, aunque el pulsioxímetro marcaba 60 latidos por minuto, la auscultación impresionaba de bradicardia severa, constatando una frecuencia cardiaca de 30 latidos por minuto al tomarla manualmente. Finalmente, a la luz del error en la lectura del pulsioxímetro, se canalizó un acceso venoso periférico y se administraron bolos de 0.5 mg de atropina iv hasta llegar al Servicio de Urgencias Hospitalarias, donde se realizó electrocardiograma que evidenciaba un bloqueo auriculoventricular de 3º grado. El bloqueo auriculoventricular de 3º grado (o completo) es potencialmente arritmógeno. Tras ingreso hospitalario en cardiología, se implantó un marcapasos y fue alta domiciliaria con resolución de síntomas.

Bibliografía

Leape LL, Berwick DM, Bates DW. What practices will most improve safety? Evidence-based medicine meets patient safety. *JAMA* 2002;288:501-7.

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

Palabras clave: Mareo. Bloqueo cardíaco. Pulsioxímetro.