

Palpitación y mareo en verano

Rubén Esteban Obregón Díaz^{a,*} y Luisa María Guerrero Muñoz^b

^aMédico Adjunto. Servicio de Urgencia. Hospital San Pedro. Logroño. La Rioja. España.

^bEnfermera. Servicio Riojano de Salud. La Rioja. España

*Correo electrónico: robregon@riojasalud.es

Cuestiones para recordar

- La mayoría de los síntomas del golpe de calor son inespecíficos, como debilidad, letargia, mareos, cefalea, calambres musculares.
- La afectación musculoesquelética se relaciona con más frecuencia con el ejercicio físico intenso con depleción de potasio, por el hiperaldosteronismo secundario a la pérdida de sal por el sudor.
- La afectación cardíaca es menos frecuente, habiéndose descrito necrosis miocárdica, dilatación y disfunción ventricular.
- La mayor parte de los pacientes muestran una discreta alteración de la función renal, generalmente se presenta como una insuficiencia renal aguda o prerrenal oligúrica.

Palabras clave: Patología de calor • Taquicardia supraventricular • Rabdomiólisis • Insuficiencia renal aguda.

Presentamos el caso de un varón de 46 años que acudió al servicio de urgencias hospitalarias por palpitaciones, mareo y debilidad en extremidades inferiores que se inició después de la realización de esfuerzo físico intenso durante 90 minutos con una temperatura ambiental cercana a 40 °C, con poca ingesta de líquidos durante el ejercicio.

A su llegada a urgencias presenta las siguientes constantes vitales: tensión arterial: 220/115 mmHg; frecuencia cardíaca: 207 latidos por minuto; saturación de oxígeno: 100%; temperatura: 39 °C; glucemia: 147 mg/dl; electrocardiograma frecuencia cardíaca 207 latidos por minuto, QRS estrechos, (< 120 ms) y regulares (fig. 1).

En los antecedentes del paciente no encontramos alergias farmacológicas conocidas ni enfermedades médicas de interés. Como antecedentes familiares encontramos madre con infarto agudo de miocardio a los 54 años y tíos maternos con diabetes mellitus tipo 2. No hábitos tóxicos.

En la exploración física está consciente, orientado, eufónico, piel seca y caliente, anhidrosis y una temperatura corporal de 39 °C. Auscultación cardíaca con ruidos cardíacos taquicárdicos s/soplos. Auscultación pulmonar sin alteraciones patológicas significativas. Abdomen con exploración dentro de la normalidad. Exploración neurológica: Glasgow 14. Obedece a órdenes verbales. Fuerza muscular, sensibilidad, pares craneales, reflejos osteotendinosos normales. No

rigidez de nuca. Tono muscular conservado. Fondo de ojo normal.

Debido al cuadro clínico que presentaba: aumento de temperatura, exposición a ambiente con altas temperaturas, paciente joven que ha realizado ejercicio físico intenso el diagnóstico de sospecha fue golpe de calor, en ausencia aparente de otros procesos que justificaran la clínica del paciente, complicado su curso evolutivo con una taquicardia supraventricular (fig. 1) y con crisis hipertensiva, sabiendo que pueden desencadenar en un fracaso multiorgánico.

Fue pasado al área de reanimación de urgencia donde posterior a la monitorización cardiovascular, canalización de una vía venosa periférica, administración de oxígeno por gafas nasales a 2 litros, se realizan maniobras de valsalva y masaje del seno carotideo durante unos minutos, siendo estas fallidas, por lo que se pasó a la administración de adenosina; un primer bolo de 6 mg que no fue efectivo y a los 5 minutos un segundo bolo de 12 mg que fue efectivo, con lo que cede la taquicardia supraventricular, pasando el paciente a un ritmo sinusal sin alteraciones de la repolarización y sin signos de patología aguda en el electrocardiograma (fig. 2) y mejorando la sensación de mareo desde ese momento.

Por presentar cifras elevadas de tensión arterial (220/115 mmHg), se le administra enalapril 10 mg (vía oral) y

perfusión de nitroglicerina a 5 ml/h con medición de la presión arterial cada 30 minutos con lo que se normaliza la tensión arterial a las 6 h de su llegada.

Las pruebas complementarias realizadas en urgencias fueron:

– Laboratorio: urea 59 mg/dl, sodio 139 mmol/L, potasio 4,6 mmol/L, creatinina 2,24 mg/dL, glucosa 273 mg/dl, mioglobina 179 ng/mL, troponina T de hasta 139,1 ng/L, con

creatina quinasa de 308 U/L, Relación Normalizada Internacional 0,92, hemoglobina 15,8 g/dL, hematocrito 47,3%, plaquetas 235.000, leucocitos 12.500. Proteína C reactiva 1,0 mg/L.

– Gasometría arterial: pH 7,33 mmHg, presión parcial de dióxido de carbono 41,0 mmHg, presión parcial de oxígeno 74,0 mmHg, bicarbonato sódico 22,0 mmol/L, dióxido de carbono total 23,0 mmol/L, saturación de oxígeno 94,0%, exceso de base 4,1 mmol/L.

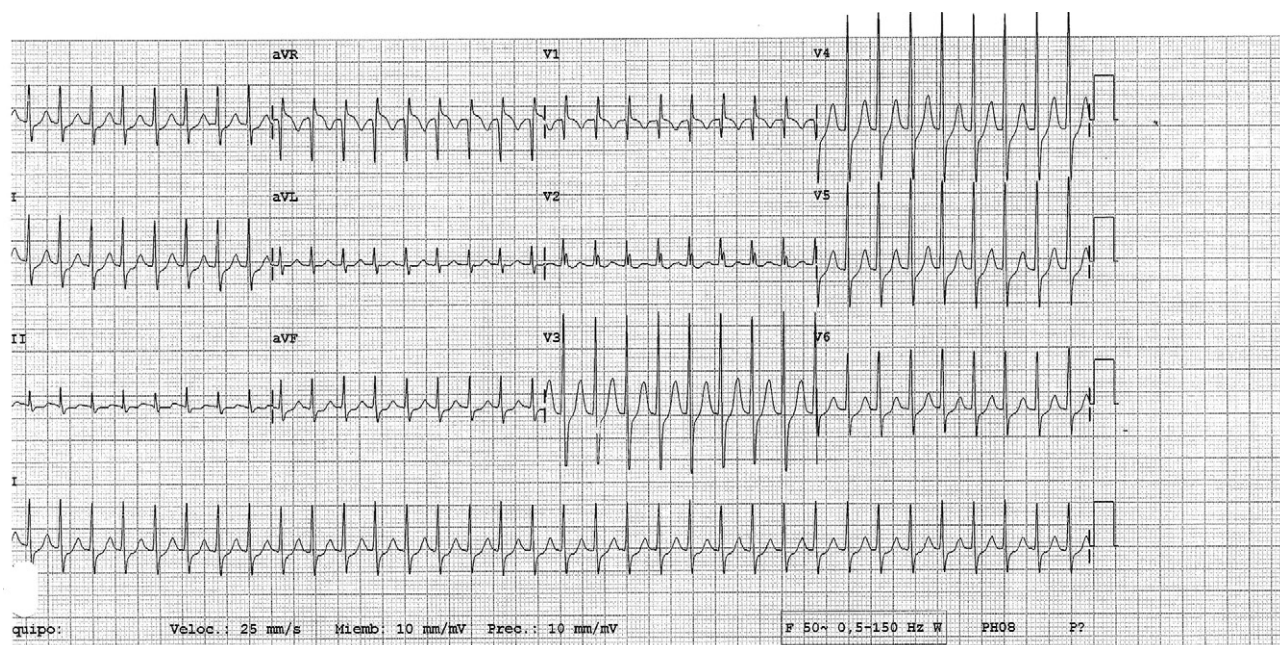


Figura 1. Electrocardiograma con taquicardia supraventricular regular con QRS estrecho y onda P no visible.

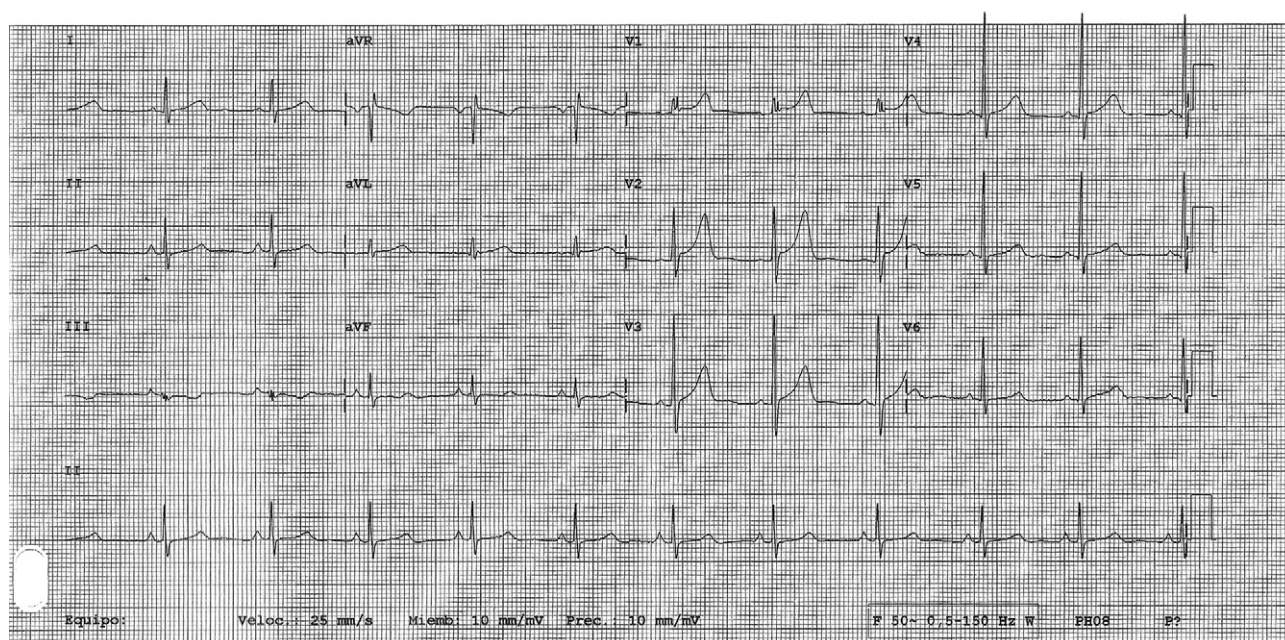


Figura 2. Electrocardiograma en ritmo sinusal.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3470473>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3470473>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)