

Emergencias en el consultorio dermatológico

Medical emergencies in the dermatology office

Natasha Alexandra Medina-Vicent,¹ Eduardo Corona-Rodarte,² Alejandro García-Irigoyen,³ Alejandro Barrera-Godínez⁴ y Michelle Gatica-Torres⁵

¹ Departamento de Medicina Interna, Fundación Clínica Médica Sur y Residente de Dermatología, Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, ISSSTE

² Departamento de Medicina Interna, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

³ Departamento de Dermatología, Hospital General Manuel Gea González

⁴ Departamento de Dermatología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

⁵ Departamento de Dermatología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

RESUMEN

La práctica dermatológica ha crecido en los últimos años, y es cada vez más frecuente la realización de procedimientos quirúrgicos, así como el uso de terapias farmacológicas novedosas en el tratamiento de enfermedades cutáneas. A pesar de que la mayoría de los procedimientos y medicamentos administrados se consideran de bajo riesgo, siempre existe la posibilidad de que algún tipo de emergencia médica se presente en el consultorio dermatológico. Se hizo una revisión del abordaje y tratamiento oportuno de las principales emergencias médicas a las que un dermatólogo se puede enfrentar en el consultorio.

PALABRAS CLAVE: emergencia, consultorio dermatológico, RCP.

ABSTRACT

The dermatological practice has grown in recent years, with the frequent performance of novel surgical procedures, and the use of new pharmacological therapies in the treatment of skin diseases. Despite the low risk of adverse events and complications of most procedures, the possibility of a medical emergency at the dermatology office is always present. This is a review of the most frequent medical emergencies a dermatologist may face at their office with its timely approach and assessment.

KEYWORDS: emergency, dermatologist office, CPR.

Introducción

La práctica dermatológica se ha desarrollado de manera exponencial a lo largo de los últimos años. Los procedimientos quirúrgicos en dermatología han adquirido mayor presencia en el tratamiento de enfermedades dermatológicas, y cada vez son menos invasivos con instrumentos novedosos. Por otro lado, cada vez surgen nuevas terapias farmacológicas, como las terapias blanco para el tratamiento de enfermedades inmunológicas y neoplásicas.

Aun cuando son poco frecuentes, las urgencias médicas se pueden presentar en la consulta dermatológica, por tanto, los dermatólogos son el primer contacto ante ellas, por lo que estar familiarizados ante estos escenarios es imperativo para brindar un manejo inicial apropiado y oportuno. De esta manera, todo el personal de salud, incluido el dermatólogo, debe ser capaz de reconocer las urgencias médicas más comunes, con el objetivo de llevar a cabo un abordaje y tratamiento sistematizado y, de ser

necesario, una rápida referencia a algún servicio de urgencias. Asimismo, hacemos énfasis en que todo personal de salud debe de tener conocimientos sobre resucitación cardiopulmonar (RCP) básica y, como especialistas, también de resucitación cardiopulmonar avanzada.

El objetivo de este artículo es hacer una revisión acerca de las principales urgencias médicas que pueden presentarse en la consulta dermatológica cotidiana.

Equipo para atención de urgencias en el consultorio

No es posible atender debidamente una emergencia médica si no se cuenta con el equipo mínimamente requerido para hacerlo, por lo que resulta esencial que éste siempre se encuentre disponible. Es responsabilidad del médico conocer las comorbilidades de sus pacientes para ser capaz de atender las posibles complicaciones que se puedan presentar.

CORRESPONDENCIA

Dra. Michelle Gatica-Torres ■ gatica.michelle@gmail.com ■ Teléfono: 55 2563 3174
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Vasco de Quiroga 15, Col. Belisario Domínguez, Sección XVI, C.P. 14080, Alcaldía Tlalpan, Ciudad de México

Tabla 1a. Equipo mínimo para atención de emergencias en el consultorio

EQUIPO BÁSICO Y ABORDAJE INICIAL	VENTILACIÓN Y VÍA ÁEREA	RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR	ACCESO INTRAVENOSO
Guantes libres de látex Mascarilla facial Toma de signos vitales <ul style="list-style-type: none"> • Estetoscopio • Esfigmomanómetro • Termómetro • Pulsoxímetro • Monitor Glucómetro	<ul style="list-style-type: none"> • Tanque de oxígeno • Cánula nasal o mascarilla • Bolsa-válvula-mascarilla • Cánula orofaríngea • Nebulizador para medicamentos inhalados 	<ul style="list-style-type: none"> • Desfibrilador externo automático 	<ul style="list-style-type: none"> • Catéter intravenoso • Mangueras, extensores y conectores en T • Jeringas • Solución de NaCl 0.9% y glucosa al 5%

Nota: equipo con presentaciones y tamaños que varían entre pacientes pediátricos y adultos.

Tabla 1b. Medicamentos recomendados para el manejo de emergencias en el consultorio

MEDICAMENTOS RECOMENDADOS Y SUS INDICACIONES
Reacción alérgica <ul style="list-style-type: none"> • Leve: difenhidramina (IM y VO) • Grave: epinefrina
Broncoespasmo <ul style="list-style-type: none"> • Leve: salbutamol (inhalado) • Grave: epinefrina
Angina: nitroglicerina (sublingual)
IAM: aspirina (masticable)
Hipoglucemia: bebidas azucaradas

El equipo sugerido para atender una emergencia en el consultorio médico se resume en la **tabla 1a**. El primer paso en el abordaje debe ser la determinación de signos vitales, así como la medición de glucosa sérica. La administración de oxígeno es una maniobra terapéutica necesaria cuando la SpO_2 es menor de 90% o si ésta no se puede detectar por pulsoximetría. Es fundamental tener un tanque de oxígeno portátil que pueda ser trasladado al lugar del suceso, así como los aditamentos para poder administrarlo (puntas nasales, mascarilla reservorio, bolsa mascarilla). En caso de paro respiratorio se requiere de una bolsa-válvula-mascarilla (ambú). En casos de resucitación cardiopulmonar (RCP), el desfibrilador externo automático es necesario cuando el paciente presenta fibrilación ventricular o taquicardia ventricular sin pulso; su uso en el medio extrahospitalario mejora el pronóstico neurológico. Se recomienda contar con el equipo necesario para establecer un acceso intravenoso para administrar soluciones, así como un nebulizador y mascarillas para su uso cuando se requiera administrar algún medicamento inhalado. Finalmente, es necesario contar con equipo básico para las precauciones estándar, como guantes libres de látex y mascarilla facial o

lentes. En la **tabla 1b** se muestran los medicamentos indispensables para tratar algunas de las emergencias médicas que pueden presentarse en el consultorio.

Valoración inicial del paciente

La toma de signos vitales se debe realizar en toda consulta médica. En esta valoración, que toma sólo unos minutos, es posible detectar emergencias de manera oportuna. Cualquier alteración en los signos vitales y que además esté condicionando algún síntoma como cefalea, mareo, disnea, dolor torácico, náusea, alteraciones sensitivas o motoras y/o alteración en el estado de alerta, requiere de una valoración completa y minuciosa, por lo que el paciente debe de ser referido de manera inmediata a un servicio de urgencias.

Los pacientes atendidos en los consultorios dermatológicos abarcan todos los grupos de edad, y los pacientes ancianos son los más propensos a sufrir algún tipo de urgencia. Los niños suelen presentar urgencias respiratorias, mientras que en los adultos y ancianos predominan las urgencias cardíacas y neurológicas.

Toda consulta médica de primera vez debe incluir la realización de una historia clínica completa. Aspectos importantes que se deben documentar son: edad, antecedentes de alergias o reacciones adversas a medicamentos o a alimentos, enfermedades preexistentes, así como tratamiento farmacológico previo y actual.

Paro cardiorrespiratorio

Es importante conocer la cadena de supervivencia, la cual se basa en un conjunto de acciones coordinadas urgentes que son necesarias para conseguir la mayor tasa de supervivencia en caso de paro cardiorrespiratorio.

Existen dos modelos diferentes: el intrahospitalario (PCIH) y extrahospitalario (PCEH). Considerando el consultorio dermatológico como un ámbito extrahospitalario, nos enfocaremos en el PCEH. En primer lugar se debe recono-

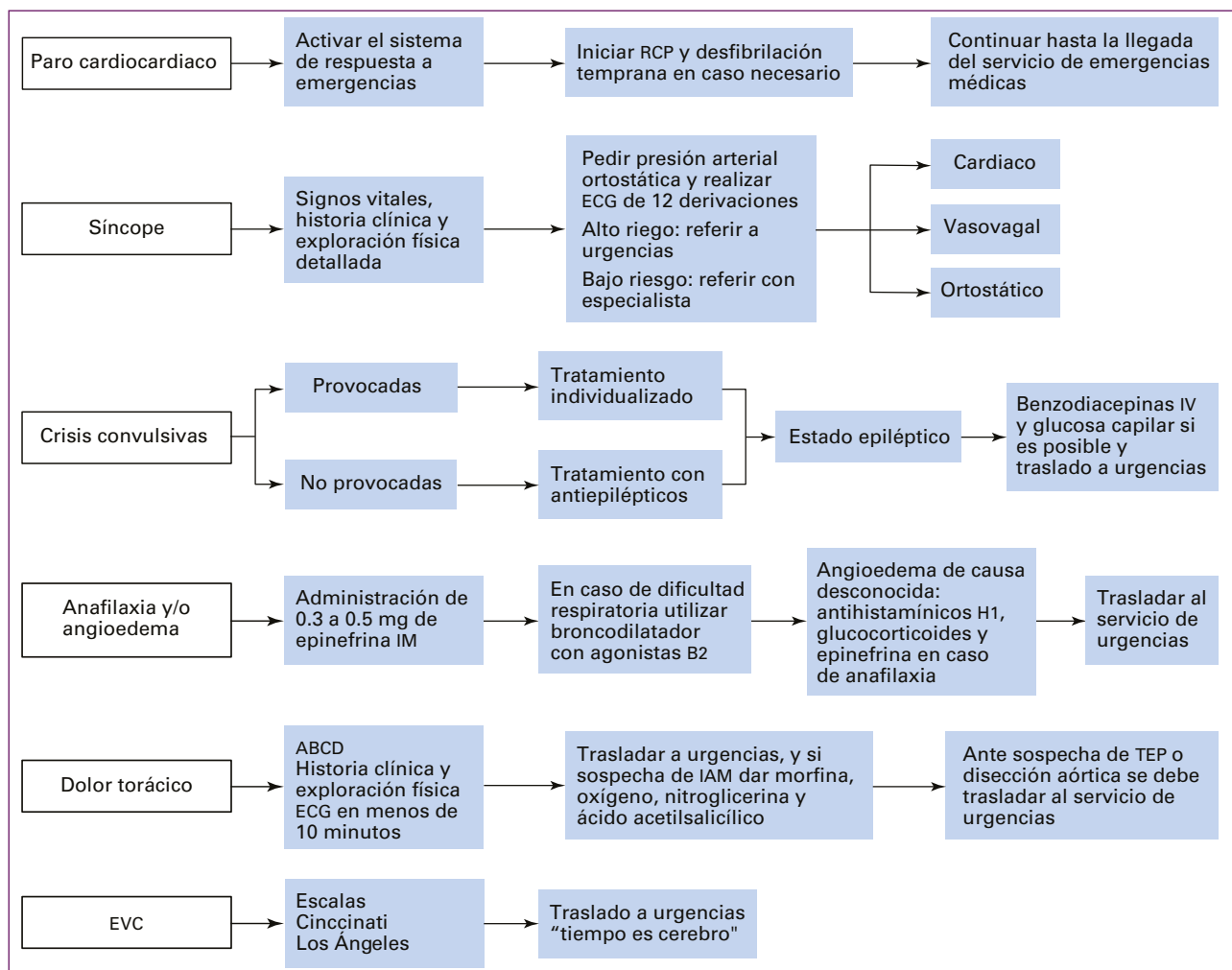


Figura 1. Flujograma de urgencias.

cer el paro cardiaco y activar lo antes posible el sistema de respuesta a emergencias; en segundo lugar, comenzar con RCP y desfibrilar al paciente de manera temprana en caso de ser necesario hasta que un equipo de proveedores del servicio de emergencias médicas entrenados de manera profesional se hagan cargo del cuidado y traslado del paciente. Las compresiones deben ser de alta calidad, deben darse 30 compresiones y dos ventilaciones por un total de dos minutos o cinco ciclos. También se deben minimizar las interrupciones de las compresiones torácicas, realizar las compresiones con frecuencia y profundidad adecuadas, lograr una completa expansión del tórax entre compresiones y evitar las ventilaciones excesivas.¹

Síncope

La American Heart Association (AHA) y el American College of Cardiology (ACC) definen el síncope como un síndrome de inicio súbito y transitorio de pérdida de la

conciencia, con pérdida del tono postural, causado por hipoperfusión cerebral.^{1,2} Antes de iniciar el abordaje diagnóstico de síncope, se deben descartar otras causas de pérdida transitoria de la conciencia (PTC). La European Society of Cardiology (ESC) divide la PTC en causas traumáticas y no traumáticas, el síncope es parte de las causas no traumáticas. La PTC tiene cuatro características clínicas: inicio súbito, pérdida del control motor, pérdida de la reactividad y amnesia anterógrada.³ Ambas guías concuerdan en que el primer paso para abordar el síncope es realizar una historia clínica y una exploración física detallada, donde es esencial la medición de la presión arterial ortostática (supino y en bipedestación) y la variación de la frecuencia cardiaca en los cambios de posiciones sentado-acostado, al ponerse de pie de manera rápida y después de tres minutos en bipedestación. Además de la historia clínica y la exploración física, se debe realizar a la brevedad un electrocardiograma de 12 derivaciones.^{2,3}

El primer paso debe ser identificar la posible etiología del síncope, será importante diferenciar aquéllos de origen cardiaco, ortostático y vasovagal, este último es el más frecuente.³ Los síncope de origen cardiaco conllevan mayor mortalidad.

Los pacientes con bajo riesgo cardiovascular tienen mayor probabilidad de una causa vasovagal u ortostática, por lo que se recomienda referir al experto para continuar el abordaje sin necesidad de acudir al servicio de urgencias. Los pacientes que tengan alto riesgo deben ser trasladados a un servicio de urgencias para su monitorización. En el grupo de pacientes que no cumple con el perfil de bajo riesgo ni con el de alto riesgo, lo más apropiado es la opinión de un experto, sin embargo, ante la ausencia de éste se prefiere la observación en un área de urgencias.³

Crisis convulsivas

Las crisis convulsivas se dan después del síncope, la causa más frecuente de pérdida transitoria del estado de alerta.⁴⁻⁶ Ante un escenario de crisis convulsivas en nuestro consultorio, lo primero que se debe saber es si el paciente tiene diagnóstico previo de epilepsia o si son crisis convulsivas de primera vez.⁶

Un escenario frecuente es el mal apego terapéutico, hábitos cotidianos inapropiados como ingesta de alcohol y disminución de las horas de sueño y/o algún proceso infeccioso concomitante. Se recomienda que, una vez que se haya descartado una infección como causa de descontrol, se envíe con el especialista para ajuste de dosis del antiepiléptico. No se aconseja que un médico sin la experiencia apropiada ajuste la dosis.⁶ Ante el escenario de crisis convulsivas de primera vez, la pregunta inicial a responder es si son crisis provocadas (desequilibrio metabólico o hidroelectrolítico, trauma craneoencefálico o infarto cerebral) o no provocadas. En nuestro contexto, las guías NICE recomiendan que cualquier paciente que tenga crisis convulsivas de primera vez debe ser enviado con un neurólogo en menos de dos semanas para evaluación.⁶

El inicio de antiepilépticos ante crisis convulsivas de primera vez no provocadas (CCPVNP) se debe decidir de manera individualizada. Ante crisis convulsivas provocadas, también conocidas como crisis agudas sintomáticas, el inicio del tratamiento antiepiléptico dependerá de la causa primaria. En caso de que la crisis sea secundaria a una lesión estructural (enfermedad vascular cerebral, traumatismo craneoencefálico, neuroinfecciones o encefalopatía anóxica), se recomienda el tratamiento antiepiléptico.⁴ Sin embargo, en casos de desequilibrio electrolítico o metabólico (hipoglucemia), en la mayoría de los casos se sugiere tratar la causa sin necesidad de utilizar

Tabla 2. Benzodiacepinas de primera línea en el tratamiento de estatus epiléptico

MEDICAMENTO	DOSIS	DOSIS MÁXIMA
Acceso intravenoso		
• Lorazepam	0.1 mg/kg IV	Máximo 2 mg/minuto
• Diazepam	0.15 mg/kg IV	Máximo 5 mg/minuto
Sin acceso intravenoso		
• Midazolam	10 mg IM (peso >40 kg)	

antiepilépticos. La clasificación clínica de la epilepsia realizada por la International League Against Epilepsy (ILAE) en 1989, y actualizada en 2017, guía al médico sobre la elección del fármaco antiepiléptico.^{5,6}

El estado epiléptico se define como una crisis convulsiva de más de cinco minutos o más de dos crisis convulsivas sin recuperación del estado de conciencia entre ellas.⁷⁻⁹ Se debe realizar una exploración neurológica rápida para identificar el tipo de estado epiléptico. Es necesario administrar benzodiacepinas IV como tratamiento de primera línea (tabla 2) o fármacos no benzodiacepínicos como segunda línea.^{8,9} Es importante hacer énfasis en que lo más importante ante nuestro contexto fuera de urgencias, es un pronto traslado con la administración de una dosis de impregnación con el fármaco disponible en nuestro medio (de preferencia benzodiacepinas), obtener un acceso IV y medir la glucosa capilar sin retrasar el traslado.¹⁰

Anafilaxia

La anafilaxia es un estado clínico multisistémico que pone en peligro la vida, afecta principalmente al sistema tegumentario, respiratorio, cardiovascular y gastrointestinal.¹¹ La presentación clínica se caracteriza por un inicio súbito posterior a la exposición de un agente/alérgeno probable o conocido. Los datos clínicos pueden ser variados; sin embargo, existen criterios diagnósticos que se muestran en la tabla 3 establecidos por la Organización Mundial de la Alergia (WAO, por sus siglas en inglés).

Ante un escenario clínico de anafilaxia, el primer paso posterior a su identificación es la administración urgente de 0.3-0.5 mg de epinefrina intramuscular (IM) (1:1 000) en la región medio-lateral del muslo (porción anterolateral del vasto lateral), la dosis puede repetirse cada 5 a 15 minutos.¹⁰ Otras medidas recomendadas son: retirar el estímulo antigénico, mantener en posición supina al paciente y obtener un acceso vascular. En casos de dificultad respiratoria se prefiere que la posición sea la más cómoda para el paciente y se aconseja la administración de broncodilatadores agonistas beta 2 de corta acción, ya sea de

Tabla 3. Criterios diagnósticos de anafilaxia

CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES TRES CRITERIOS SON DIAGNÓSTICOS DE ANAFILAXIA	
Criterio 1	Inicio súbito de los siguientes síntomas: Cuadro clínico con implicación mucocutánea (prurito, rubor, urticaria, angioedema), más uno de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • Complicaciones respiratorias (sibilancias, estridor, hipoxemia/cianosis) • Hipotensión o daño a órgano blanco (encefalopatía, lesión renal aguda, entre otras)
Criterio 2	Inicio súbito de dos o más de los siguientes posterior a la exposición de un alérgeno probable o conocido: <ul style="list-style-type: none"> • Cuadro mucocutáneo (prurito, rubor, urticaria, angioedema) • Complicaciones respiratorias (sibilancias, estridor, hipoxemia/cianosis) • Hipotensión o daño a órgano blanco (encefalopatía, lesión renal aguda, entre otras) • Cuadro gastrointestinal (dolor abdominal, diarrea, vómito)
Criterio 3	Hipotensión súbita luego de la exposición de un alérgeno conocido

forma nebulizada (2.5 a 3 mg en 3 ml de solución nacl 0.9%) o con inhalador (dos disparos cada dos a cuatro horas).¹¹ Una vez realizado el abordaje inicial, debemos trasladar al paciente a un servicio de urgencias para mantenerlo en monitorización.

Angioedema

El angioedema se define como el edema de piel o mucosas, incluidas las del tracto respiratorio y gastrointestinal. La mayoría de los casos se resuelve en 72 horas. Éste ocurre por aumento de la permeabilidad de los capilares mucosos, submucosos y de vénulas poscapilares, con la consiguiente extravasación del plasma. Existen diferentes tipos: el histaminérgico, hereditario, por inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, mediados por bradiquininas y el angioedema no histaminérgico idiopático.

El tratamiento del angioedema depende de su causa de base, sin embargo, siempre se debe de realizar el ABCD mencionado antes. Es necesario hacer la evaluación del estado de conciencia y tomar los signos vitales. Se debe intentar diferenciar de un edema histaminérgico de uno no histaminérgico; la presencia de urticaria sugiere fuertemente un origen histaminérgico y, por el contrario, su ausencia nos guía a que es causado por bradicinina. Cuando un paciente presenta angioedema histaminérgico o angioedema de etiología desconocida, el tratamiento de primera línea debe ser con antihistamínicos H1, glucocorticoides y epinefrina en caso de anafilaxia. La dosis recomendada de cetirizina es de hasta 20 mg vía oral dos veces al día; de fexofenadina de hasta 540 mg vía oral al día, 360 en la mañana y 180 mg en la tarde; y difenidramina 25 a 50 mg cuatro veces al día. Se recomienda prednisona 40 a 60 mg vía oral diarios. Si se trata de angioedema crónico, se deben utilizar 10 mg de prednisona al día. Epinefrina intramuscular 0.3 a 0.5 ml que se puede repetir cada cinco a 20 minutos.

Si se sospecha que la causa del angioedema es por inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), se deben suspender y en este tipo de casos se prefiere el uso de glucocorticoides, ya que se ha demostrado que inducen la expresión de ECA, acelera el metabolismo de bradicinina y mejora el angioedema.^{12,13}

Dolor torácico

El dolor torácico es una de las principales causas de consulta en el servicio de urgencias, representa aproximadamente el 10% de éstas. Por fortuna, la mayoría de los casos son por una causa no cardíaca y alrededor de la mitad de los casos que acuden a urgencias no requieren hospitalización. Entre 2 y 3% de los casos corresponden a síndrome coronario agudo (SCA) o tromboembolismo pulmonar.

Para abordar un dolor torácico, el primer paso posterior a la valoración ABCDE es realizar una historia clínica y una exploración física dirigida. Se debe hacer un electrocardiograma de 12 derivaciones dentro de los primeros 10 minutos. En caso de tener un síndrome isquémico coronario agudo (SCA) con elevación del segmento ST (SICACEST) con menos de 12 horas de inicio, se debe trasladar al paciente a una unidad de cuidados coronarios, ya sea para una intervención percutánea (ICP) siempre y cuando se realice en menos de 120 minutos, o si no es posible la llegada en este tiempo, se recomienda la administración de fibrinolítico para el traslado posterior. Los conceptos tiempo puerta-balón: 90 minutos y tiempo puerta-aguja: 10 minutos se aplican una vez que el paciente llega a algún servicio de urgencias.^{14,15}

Los pacientes con más de 12 horas se deben llevar a un servicio de urgencias para observar posibles complicaciones, o en caso de tener factores de alto riesgo (persistencia de síntomas de isquemia, taquicardia ventricular, inestabilidad hemodinámica o insuficiencia cardíaca), considerar la realización de ICP.^{14,15} La AHA recomienda iniciar

tratamiento general en pacientes con sospecha de infarto agudo al miocardio. Este tratamiento consiste en oxigenoterapia únicamente si la saturación de oxígeno es menor de 90%, ácido acetilsalicílico en dosis de carga masticable (160-325 mg), nitratos en caso de dolor intenso, como nitroglicerina con un comprimido sublingual de 0.4 mg en intervalos de tres a cinco minutos con un total de tres dosis máximo. Este último está contraindicado en pacientes hemodinámicamente inestables (hipotensión TAS <90 mmHg), bradicardia <50 lpm, taquicardia >100 lpm, sospecha de infarto del ventrículo derecho, uso reciente de inhibidores de la fosfodiesterasa en las últimas 24 horas y tadalafilo en las últimas 48 horas.^{13,14} Debemos recordar que ante un infarto agudo de miocardio (IAM) de la cara anterior (derivaciones DII, DIII, aVF), previo a la administración de nitratos, debemos descartar un IAM del ventrículo derecho con derivaciones electrocardiográficas derechas. En caso de tener un SICASEST sin elevación del ST (SICASEST), se debe trasladar al paciente a un servicio de urgencias con la intención de un abordaje preciso para la estratificación y tratamiento del paciente con biomarcadores cardiacos y escalas de riesgo. En el Servicio de Dermatología se deben seguir los pasos ya descritos siempre y cuando tengamos al personal capacitado y el equipo para realizarlo, nunca se debe demorar el traslado del paciente a urgencias.¹⁵

Aunque el electrocardiograma (ECG) en el SICASEST puede ser normal hasta en 30% de los casos, los criterios para SICASEST que podemos encontrar son: depresión del ST >.05 mV en dos o más derivaciones contiguas, nueva inversión de las ondas T >0.1mV, relación R/S>1. Un grupo especial de alto riesgo son aquellos pacientes que tienen una depresión del ST en combinación con elevación transitoria del ST.¹² Actualmente, la definición de un SICASEST se basa en los siguientes criterios: dolor anginoso prolongado (más de 20 minutos en reposo), angina de nueva aparición (clase 2 o 3 de la clasificación canadiense), desestabilización reciente de una angina previamente estable con características de clase 3 (angina *in crescendo*) o angina post-IAM.^{13,14}

Las características clínicas del dolor torácico tienen un valor limitado para el diagnóstico de IAM. Presentaciones atípicas con disnea aislada o dolor epigástrico se observan con mayor frecuencia en mujeres, y ante diabetes, enfermedad renal crónica y demencia.¹⁴ Durante la exploración física de un dolor de tipo anginoso, existen algunos datos clínicos que nos hacen sospechar en un peor pronóstico: hipotensión e ingurgitación yugular de nueva aparición, entre otros.¹⁴

Si sospechamos de tromboembolismo pulmonar (TEP), los síntomas que mayormente se identifican según el gru-

po de Investigación Prospectiva de Diagnóstico en Embolecismo Pulmonar (PIOPED, por sus siglas en inglés), son los siguientes en orden de frecuencia: disnea en reposo o con esfuerzo (73%), dolor pleurítico (66%), tos (37%), ortopnea (28%), dolor/inflamación en los miembros inferiores (44%), sibilancias (21%) y hemoptisis (13%).²² Si realizamos un ECG, el dato más común que encontraremos es una taquicardia sinusal. Otros hallazgos son bloqueo de rama derecha, desviación del eje a la derecha, inversión de ondas T en derivaciones V1-V4 y patrón S1Q3T3.¹⁶⁻¹⁸ Siempre debemos procurar la instalación de accesos vasculares para un soporte hemodinámico a la llegada del paciente a urgencias, y si se confirma el diagnóstico, administrar el tratamiento fibrinolítico sin retraso.

Otra causa de dolor torácico con alta mortalidad es la disección aórtica. Debemos sospecharla ante pacientes con antecedente de hipertensión arterial sistémica o factores predisponentes de alto riesgo (colagenopatías, antecedente familiar de disección aórtica, aorta bivalva, coartación aórtica, instrumentación previa de aorta) que comienzan con un dolor desgarrante o lancinante de intensidad 10/10 de inicio súbito. El dolor torácico es el síntoma más frecuente (90%) y suele ser centrotorácico con o sin irradiación interescapular en disección de la aorta ascendente (Stanford A) y en zona interescapular (Stanford B). Durante la exploración física lo más característico es una disminución en la intensidad de los pulsos arteriales periféricos y una diferencia de >20 mmHg entre la TA del brazo derecho en comparación con el brazo izquierdo.^{18,19} Otros datos clínicos son un soplo de insuficiencia aórtica, síncope, hipotensión, déficit neurológico focal, síndrome de Horner (si comprime el ganglio simpático cervical superior), ronquera (por compresión del nervio laríngeo recurrente).^{20,21}

Evento vascular cerebral

La enfermedad vascular cerebral (EVC) es la tercera causa de mortalidad y la primera de discapacidad en el adulto mayor. En el espectro de un evento vascular cerebral existen dos grandes tipos: isquémico (80%) y hemorrágico (15 a 20%). Un tercer grupo de EVC menos frecuente es la trombosis venosa cerebral (1 a 5%). La clasificación más utilizada para determinar el mecanismo de la enfermedad vascular cerebral de tipo isquémico es la de TOAST (**tabla 4**).^{22,23} Aun cuando un EVC puede manifestarse con diferentes cuadros clínicos dependiendo del territorio arterial afectado, se debe sospechar ante la pérdida súbita de la movilidad de un lado completo del cuerpo (hemiparesia hemicorporal), desviación de la comisura labial (parálisis facial central), alteraciones del habla o lenguaje.²³

Tabla 4. Clasificación de TOAST

ETIOLOGÍA DEL EVENTO VASCULAR CEREBRAL DE TIPO ISQUÉMICO
Aterosclerosis de grandes vasos
Cardioembolismo
Enfermedad de pequeño vaso cerebral
Infarto cerebral por otra etiología determinada
Infarto cerebral de etiología no determinada: >2 causas posibles identificadas, evaluación negativa, evaluación incompleta

Existen escalas extrahospitalarias para la identificación rápida de un EVC, entre éstas la más conocida es la de Cincinnati. Por otro lado, las escalas de gravedad como el NIHSS son de uso intrahospitalario, y se requiere de un mayor entrenamiento para su uso.^{22,23} En un escenario de probable EVC en un entorno extrahospitalario, lo más importante es el pronto traslado del paciente a una unidad de ictus (tiempo es cerebro). El primer paso es obtener, dentro de los primeros 25 minutos del ingreso, una imagen de tomografía computarizada de cráneo simple para descartar hemorragia. Si se confirma un evento isquémico y se encuentra dentro de las primeras 4.5 horas de la última vez visto sano (*last-seen well*, LSW), se procede a realizar trombolisis con alteplasa.²³ En el caso de los pacientes que no se sabe la hora LSW o que ya ha pasado más de la ventana de 4.5 horas, quedan dentro de un área gris cuyo tratamiento es motivo de debate.

Ante un cuadro de cefalea súbita descrita en “estallido” de intensidad 10/10 que el paciente describe como “la peor de su vida”, acompañado de náusea, vómito, fotofobia y alteración del estado de conciencia, el primer diagnóstico que debemos descartar es una hemorragia subaracnoidea (HSA). En la exploración física podemos encontrar compromiso del III o del VI nervio craneal, hemorragias subhialoideas en el fondo del ojo, paraparesia, pérdida de control de esfínteres y/o rigidez nucal. El 40% de los casos tienen una “cefalea centinela” en días-semanas previas.^{24,25}

Ante la sospecha de una HSA, es vital el traslado rápido del paciente debido a su gran morbimortalidad. A diferencia de la hemorragia intraparequimatosas, en la HSA las guías de la AHA/ASA recomiendan mantener TA <160/110 mmHg para evitar el riesgo de resangrado; sin embargo, todavía es controversial.¹

Conclusiones

Los dermatólogos debemos ser capaces de identificar las principales urgencias médicas y comenzar un manejo oportuno y apropiado, principalmente por el desenlace

que un diagnóstico temprano tiene en la supervivencia. El consultorio médico dermatológico no está exento de tener emergencias, por lo que se debe contar con el personal capacitado y los protocolos de tratamiento inicial con sus respectivos equipos y fármacos. Debemos recordar que en la mayoría de los casos, la medida más importante es identificar la causa de la urgencia médica y su pronto traslado a un servicio de urgencias.

BIBLIOGRAFÍA

- Rank W, AHA update: BLS, ACLS, and PALS, *Nursing* 2021; 51(6):22-7. DOI: 10.1097/01.NURSE.0000751340.92329.ae.
- Benditt DG y Adkisson WO, Approach to the patient with syncope: venues, presentations, diagnoses, *Cardiol Clin* 2013; 31(1):9-25. DOI: 10.1016/j.ccl.2012.09.002.
- Shen WK, Sheldon RS, Benditt DG, Cohen MI, Forman DE, Goldberger ZD, Grubb BP, Hamdan MH, Krahn AD, Link MS, Olshansky B, Raj SR, Sandhu RK, Soraja D, Sun BC y Yancy CW, 2017 ACC/AHA/HRS Guideline for the Evaluation and Management of Patients with Syncope: executive summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society, *Circulation* 2017; 136(5):e25-59. DOI: 10.1161/CIR.0000000000000498.
- Brignole M, Moya A, De Lange FJ, Deharo JC, Elliott PM, Fanciulli A, Fedorowski A, Furlan R, Kenny RA, Martín A, Probst V, Reed MJ, Rice CP, Sutton R, Ungar A y Van Dijk JG, ESC Scientific Document Group, 2018 ESC Guidelines for the diagnosis and management of syncope, *Eur Heart J* 2018; 39(21):1883-1948. DOI: 10.1093/eurheartj/ehy037.
- Krumholz A, Wiebe S, Gronseth GS, Gloss DS, Sánchez AM, Kabir AA, Liferidge AT, Martello JP, Kanner AM, Shinnar S, Hopp JL y French JA, Evidence-based guideline: management of an unprovoked first seizure in adults. Report of the Guideline Development Subcommittee of the American Academy of Neurology and the American Epilepsy Society, *Neurology* 2015; 84(16):1705-13. DOI: 10.1212/WNL.0000000000001487.
- Scheffer IE, Berkovic S, Capovilla G, Connolly MB, French J, Guilhoto L, Hirsch E, Jain S, Mathern GW, Moshé SL, Nordli DR, Perucca E, Tomson T, Wiebe S, Zhang YH y Zuberi SM, ILAE classification of the epilepsies: position paper of the ILAE Commission for Classification and Terminology, *Epilepsia* 2017; 58(4):512-21. DOI: 10.1111/epi.13709.
- Galizia EC y Faulkner HJ, Seizures and epilepsy in the acute medical setting: presentation and management, *Clin Med (London)* 2018; 18(5):409-13. DOI: 10.7861/clinmedicine.18-5-409.
- Betjemann JP y Lowenstein DH, Status epilepticus in adults, *Lancet Neurol* 2015; 14(6):615-24. DOI: 10.1016/S1474-4422(15)00042-3.
- Pichler M y Hocker S, Management of status epilepticus, *Handb Clin Neurol* 2017; 140:131-51. DOI: 10.1016/B978-0-444-63600-3.00009-X.
- Johnson EL y Kaplan PW, Status epilepticus: definition, classification, pathophysiology, and epidemiology, *Semin Neurol* 2020; 40(6):647-51. DOI: 10.1055/s-0040-1718722.
- LoVerde D, Iweala OI, Eginli A y Krishnaswamy G, *Anaphylaxis Chest* 2018; 153(2):528-43. DOI: 10.1016/j.chest.2017.07.033.
- Depetri F, Tedeschi A y Cugno M, Angioedema and emergency medicine: from pathophysiology to diagnosis and treatment, *Eur J Intern Med* 2019; 59:8-13. DOI: 10.1016/j.ejim.2018.09.004.
- Cardona V, Ansotegui IJ, Ebisawa M, El-Gamal Y, Fernández Rivas M, Fineman S, Geller M, González-Estrada A, Greenberger

- PA, Sánchez Borges M, Senna G, Sheikh A, Tanno LK, Thong BY, Turner PJ y Worm M, World Allergy Organization Anaphylaxis Guidance 2020, *World Allergy Organ J* 2020; 13(10):100472. DOI: 10.1016/j.waojou.2020.100472.
14. Stepinska J, Lettino M, Ahrens I, Bueno H, García-Castrillo L, Khoury A, Lancellotti P, Mueller C, Muenzel T, Oleksiak A, Petrino R, Guimenez MR, Zahger D, Vrints CJ, Halvorsen S, De Maria E, Lip GY, Rossini R, Claeys M y Huber K, Diagnosis and risk stratification of chest pain patients in the emergency department: focus on acute coronary syndromes. A position paper of the Acute Cardiovascular Care Association, *Eur Heart J Acute Cardiovasc Care* 2020; 9(1):76-89. DOI: 10.1177/2048872619885346.
 15. Stepinska J, Lettino M, Ahrens I, Bueno H, García-Castrillo L, Khoury A, Lancellotti P, Mueller C, Muenzel T, Oleksiak A, Petrino R, Guimenez MR, Zahger D, Vrints CJ, Halvorsen S, De Maria E, Lip GY, Rossini R, Claeys M y Huber K. Diagnosis and risk stratification of chest pain patients in the emergency department: focus on acute coronary syndromes. A position paper of the Acute Cardiovascular Care Association, *Eur Heart J Acute Cardiovasc Care* 2020; 9(1):76-89. DOI: 10.1177/2048872619885346.
 16. Shopp JD, Stewart LK, Emmett TW y Kline JA, Findings from 12-lead electrocardiography that predict circulatory shock from pulmonary embolism: systematic review and meta-analysis, *Acad Emerg Med* 2015; 22(10):1127-37. DOI: 10.1111/acem.12769. Epub: 22 de septiembre de 2015.
 17. Konstantinides SV, Meyer G, Becattini C, Bueno H, Geersing GJ, Harjola VP, Huisman MV, Humbert M, Jennings CS, Jiménez D, Kucher N, Lang IM, Lankeit M, Lorusso R, Mazzolai L, Meneveau N, Ní Áinle F, Prandoni P, Pruszczyk P, Righini M, Torbicki A, Van Belle E y Zamorano JL, ESC Scientific Document Group. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of acute pulmonary embolism developed in collaboration with the European Respiratory Society (ERS), *Eur Heart J* 2020; 41(4):543-603. DOI: 10.1093/eurheartj/ehz405.
 18. Ceylan N, Tasbakan S, Bayraktaroglu S, Cok G, Simsek T, Duman S y Savaş R, Predictors of clinical outcome in acute pulmonary embolism: correlation of CT pulmonary angiography with clinical, echocardiography and laboratory findings, *Acad Radiol* 2011; 18(1):47-53. DOI: 10.1016/j.acra.2010.08.024.
 19. Gottlieb M, Manchanda S y Patel KA, What is the accuracy of the aortic dissection detection risk score?, *Ann Emerg Med* 2020; 76(5):e113-5. DOI: 10.1016/j.annemergmed.2020.04.005.
 20. Gottlieb M, Manchanda S, Patel KA, What is the accuracy of the aortic dissection detection risk score?, *Ann Emerg Med* 2020; 76(5):e113-5. DOI: 10.1016/j.annemergmed.2020.04.005.
 21. Rimbau V, Böckler D, Brunkwall J, Cao P, Chiesa R, Coppi G, Czerny M, Fraedrich G, Haulon S, Jacobs MJ, Lachat ML, Moll FL, Setacci C, Taylor PR, Thompson M, Trimarchi S, Verhagen HJ, Verhoeven EL, Esvs Guidelines Committee, Kolh P, De Borst GJ, Chakfé N, Debus ES, Hinchliffe RJ, Kakkos S, Koncar I, Lindholt JS, Vega de Ceniga M, Vermassen F, Verzini F, Document Reviewers, Kolh P, Black JH 3rd, Busund R, Björck M, Dake M, Dick F, Eggebrecht H, Evangelista A, Grabenwöger M, Milner R, Naylor AR, Ricco JB, Rousseau H y Schmidli J, Editor's Choice: Management of descending thoracic aorta diseases: clinical practice guidelines of the European Society for Vascular Surgery (ESVS), *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2017; 53(1):4-52. DOI: 10.1016/j.ejvs.2016.06.005.
 22. Evangelista A, Isselbacher EM, Bossone E, Gleason TG, Eusanio MD, Sechtem U, Ehrlich MP, Trimarchi S, Braverman AC, Myrmet T, Harris KM, Hutchinson S, O'Hara P, Suzuki T, Nienaber CA y Eagle KA, IRAD Investigators. Insights from the international registry of acute aortic dissection: a 20-year experience of collaborative clinical research, *Circulation* 2018; 137(17):1846-60. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.117.031264.
 23. Mendelson SJ y Prabhakaran S, Diagnosis and management of transient ischemic attack and acute ischemic stroke: a review, *JAMA*, 2021; 325(11):1088-98. DOI: 10.1001/jama.2020.26867.
 24. Thomalla G, Simonsen CZ, Boutitie F, Andersen G, Berthezene Y, Cheng B, Cheripelli B, Cho TH, Fazekas F, Fiehler J, Ford I, Galinovic I, Gellissen S, Golsari A, Gregori J, Günther M, Guibernau J, Häusler KG, Hennerici M, Kemmling A, Marstrand J, Modrau B, Neeb L, Pérez de la Ossa N, Puig J, Ringleb P, Roy P, Scheel E, Schonewille W, Serena J, Sunaert S, Villringer K, Wouters A, Thijs V, Ebinger M, Endres M, Fiebich JB, Lemmens R, Muir KW, Nighoghossian N, Pedraza S y Gerloff C, Wake-up investigators. MRI-guided thrombolysis for stroke with unknown time of onset, *N Engl J Med* 2018; 379(7):611-22. DOI: 10.1056/NEJMoa1804355. Epub: 16 de mayo de 2018. PMID: 29766770.
 25. Connolly ES Jr, Rabinstein AA, Carhuapoma JR, Derdeyn CP, Dion J, Higashida RT, Hoh BL, Kirkness CJ, Naidech AM, Ogilvy CS, Patel AB, Thompson BG, Vespa P, American Heart Association Stroke Council, Council on Cardiovascular Radiology and Intervention, Council on Cardiovascular Nursing, Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia, Council on Clinical Cardiology, Guidelines for the management of aneurysmal subarachnoid hemorrhage: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association, *Stroke* 2012; 43(6):1711-37. DOI: 10.1161/STR.0b013e3182587839.