



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

CAMPUS COMITÁN

LICENCIATURA EN MEDICINA HUMANA

Alumno(s): GUADALUPE DEL CARMEN
COELLO SALGADO

Acude paciente masculino de 55 años de edad a urgencias refiriendo dolor retro esternal de 50 minutos de evolución que no cede con el reposo. Al interrogatorio presenta DM2 de larga evolución e hipertensión arterial crónica con mal manejo de sus comorbilidades. A la exploración física refiere sensación de muerte inminente, palpitaciones, dolor retro esternal que se incrementa, TA 158/100 mmHg, Fc 104x', Fr 26 x', Sat O2 98%.

¿Cuál es tu sospecha diagnóstica? **INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO**

¿Cuál es el estudio de primer intención en este px?

Se recomienda que en pacientes con sospecha de SCA la toma del ECG se realice en los primeros 10 minutos a su ingreso en urgencias, en búsqueda de isquemia o lesión miocárdica.

¿Qué esperarías encontrar en un EKG?

El infarto de miocardio muestra en el ECG el patrón de lesión, es decir, la elevación del segmento ST. En el infarto se produce una oclusión brusca de la arteria coronaria, que produce primero una isquemia muy severa y después la necrosis del miocardio, que es irreversible.

¿Cuál es el marcador cardiaco mas específico?

CPK-MB

¿Cuál es el tratamiento inicial?

Oxígeno Suplementario. • Nitratos. • Bloqueadores beta.

ENOXAPARINA (1 mg/kg dos veces al día subcutánea) ó Heparina No Fraccionada (bolo inicial de 60-70 UI/kg hasta un máximo de 5000 UI, seguido de infusión de 12-15 UI/kg/hr, hasta un máximo de 1000 UI/hr.) en pacientes con SCA SEST.

¿Cuál es el tratamiento definitivo?

Se recomienda continuar el tratamiento a largo plazo con bloqueadores beta, excepto en el paciente con clase Killip y Kimball III o IV

Antitromboticos

ácido acetil salicílico 150-300mg y de mantenimiento de 75-100mg al día

Clopidogrel 300mg vía oral

Nitroglicerina sublingual (0.4mg/5min hasta 3 dosis