

**Nombre de alumnos: Oded Yazmin
Sánchez Alcázar**

**Nombre del profesor: Dr. Suarez
Martínez Romeo**

Nombre del trabajo: unidad

Materia: Urgencias medicas

PASIÓN POR EDUCAR

Grado: 8°

Grupo: A

Comitán de Domínguez Chiapas

IAM

Se define por la presencia de daño al miocardio agudo junto con evidencia de isquemia aguda

↑ o ↓ Triponina Cardíaca
↓ de los valores ↑ de LSR
• Isquemia ECG, Q patológica
o H. contractibilidad, tamaño coronario

Sin elevación del ST (SCAEST)

Manifestación

- Infradesnivelación segmento ST > 1mm en 2 o más derivaciones
- Inversión onda T
- Ausencia alt. electro

Infarto agudo al miocardio

Criterios Clínicos

típico

dolor queazon precede a presión irradiación cuello miembro superior izquierdo

Inicio repaso a los enfermos
Intensidad es ↑ SACA
Duración > 30 min

Atípico

dolor en cuello, mandíbula brazos espalda epigastrio muñeca.

Síntomas vegetativos palidez mareo náusea vomito sudoración, diabetes

Criterios ECG

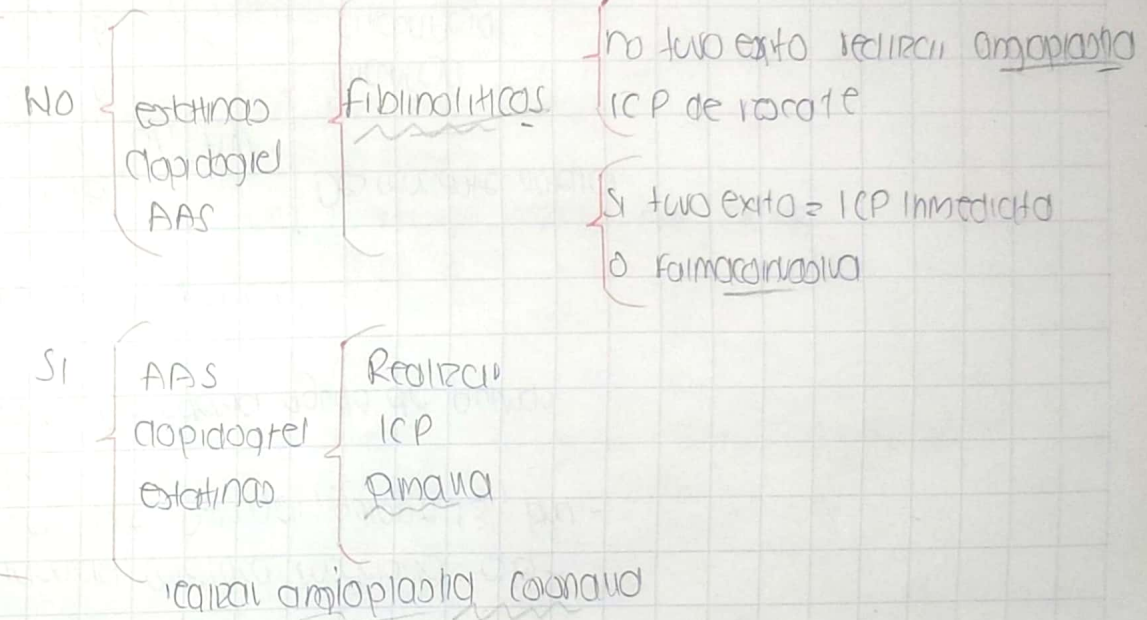
- Es normal 50% dolor 90% Cambios en ST y T
Puede ser reversible a la desaparición del dolor
- Depresión ST > 0.5 mm, Inversión Onda T
 - elevación No transitoria o persistente ST > 0.5

Criterios enzimáticos

- A partir de 4-6 horas ↑ = necrosis en organo está normal pero infarto ↑
- Isquemia (PK-Mb) pero también se eleva durante la angina
- Triponina T o I = necrosis miocárdica pero también se eleva con ICC IR

- al inicio de los síntomas se le solicita ECG en los primeros 10 minutos.

Centro de cateterismo < 120 minutos



Tratamiento

Oxígeno Sat Oxígeno < 95%
Nitroglicerina IV 2 mg cada hora

Fibrinolíticos NO tiene mas de 75 años o no tiene nefropatia
No tiene Enoxaparina 30 mg IV DU despues 1mg/kg SC (1 hora), Aspirina 300 mg carga VO.
SI tiene Enoxaparina 1 mg/kg SC / 24 horas sin bolo IV aspirina 300 mg carga VO DU V
Continua 150 mg VO c/24 horas Clopidogrel ³⁰⁰ 75 mg VO / 24 horas

NO tiene mas de 75 años Enoxaparina 1mg/kg SC (24 horas Sin bolo IV
nefropatia Aspirina 300 mg carga VO DU continua 150 mg VO c/24 horas
Clopidogrel 75 mg VO c/24 horas.

- fibrinolitico alterado tenersepreparar

S(ACEST

Definición

Pacientes con dolor torácico persistente
Síntomas que indiquen isquemia y ↑ ST
en al menos 2 derivaciones

Causa más común de isquemia
que se rompe forma un trombo
coronario y se cruce como aterotrombosis

manifestaciones

Dolor torácico retroesternal opresivo, intenso
Prolongado > 20 min ECG de ↑ ST, alteraciones bioquímicas ↑ troponinas

Clasificación clínica

Clase I

Infarto no complicado sin signos
y síntomas de insuficiencia cardíaca

Clase II

Insuficiencia cardíaca moderada: estertores en base pulmonar, galope S3, taquicardia.

Clase III

Grave con edema agudo de pulmón

Clase IV

Choque cardiogénico

localización

anterior

V1 a V6.

Descendente anterior

lateral

V5, V6, DI, AVI

Circunflexa

lateral alto

DI, AVL

Circunflexa

lateral bajo

V5, V6

Coronaria derecha (85%)

inferior

DI, D3, AVF

Coronaria derecha

Ventriculo D

V3R, V4B

Coronaria derecha / circunflexa

posterior
dorsal o infe

V7, V8, V9, V1, V2

SCASEST

Tratamiento

Evaluación
Inmediata
(≤ 10 minutos)

Anamnesis

Características del dolor tiempo
Antecedentes, rx previo

ECG

Signos vitales

TA, FC, FR, SatO₂

Vía venosa

SSF o Ringer

Análisis

Urea, creatinina, glucosa, CPK, CK MB

TNI o T

Oxígeno

4 l/min si SatO₂ $< 90\%$

AAS

160-325 mg VO si es alérgico Clopidogrel 300 mg (antiagregante)

NTG sub

Si No hay hipotensión es el tx para analgesia

repetir c/5-10 min hasta que ceda el dolor 3 máximo

Morfina

Indicada si no se alivia con NTG 2-5 mg IV c/5 min max 10-15 mg

Benzodiazepinas

Para la ansiedad

Meloclopiramida

Midazolam amp 15 mg/3 ml

Meloclopiramida

Para náuseas y vómito

Antisquemico

Oxígeno, nitratos (no si hipertensión), Bloqueador Beta

Antiagregante

AAS 75-100 mg/día Clopidogrel 300-600 mg

Anticoagulante

HBPA enoxaparina 1 mg/kg/2 día (NO FcV)is

HNF 50-70 u/kg max 5000 UI infusión 12 u/kg/hr

Fibrinolítico

No se recomienda

Angina de pecho estable e inestable.

Inestable

¿Que es?

Isquemia miocárdica en reposo o mínimo en ausencia de esfuerzo cardiomiocítico.

Junto con IRI SEST son correlacionados estrechamente relacionados pero varían en su gravedad.

Diagnóstico

Clinica compatible mas posibles cambios transitorios en ECG con las curvas de dolor mas enzimas Seridos normales.

estudios: radiografía de tórax electrocardiograma, biomarcadores.

Tipos.

Inicial o de reciente comienzo

Clinica de menos de 2 meses de evolucion con crisis frecuentes en la actividad diaria.

Progresiva

En el ultimo mes se ha hecho mas frecuente grave y prolongado o que responde menos los nitratos

Prolongada

Por su larga duracion (mas de 20 minutos)

variante o Prinzmetal

Aparición en reposo sin desencadenantes suele darse en la noche ↑ST

Postinfarto

en las primeras 24 horas o durante el primer mes despues IAMI

Reposo

en reposo sin desencadenante claro

Angina de Pecho

Inestable

Diagnostico

Se solicita ECG en los primeros 10 minutos
Biomarcadores disociables (I, CK, MB)
esta elevado o no si No esta elevado
Ver si esta elevada biomarcadores si si
esta elevada o un HPT SEST para diagnositica

Si las biomarcadores
No estan elevados
es una angina
Inestable.

Diferencias
entre angina
estable e inestable

Angina estable
esfuerzo < 20 minutos
responde a Tx antiagregado
habitual, intermitente.

Angina inestable
reposo > 20 minutos
responde a tratamiento
antiagregado habitual, de novo

Tratamiento.

Antiagregantes: Salicilatos AAS 100 mg, ticlopidina 250 mg c/12 horas
c/24 horas, clopidogrel 300 mg seguido 75 mg/24 horas.
Anticoagulantes HNF, HBP Enoxaparina 1 mg/kg/12 horas JC

Fibrinoliticos.

taquicardia
ventricular

- no hay onda P
- Son ritmicos
- QRS ancho
- FC > 150

- el pulso está
ocasionado de
los his

Con presencia de pulso
antiarritmicos procainamida
20-50 mg
amiodrona 150 mg.

Sin presencia de pulso
RCP, desfibrilacion
electrica.

taquicardia
supraventricular

- no hay onda P
- Son ritmicos
- QRS angosto
- FC > 150

- el pulso está
debido a
los his

estable
masaje carotideo,
conversion farmacologica
adenosina 6 mg IV bolo
no mas de 5 min 12 mg

inestable
conversion electrica.

taquicardia
sinusal

- con onda P
- 100-120 bpm

causa hiperactividad
hipoxia

tratamiento o desde 10
causa suficiente

Bicliarritmias.

1 Grado

Prolongación del Intervalo PR
sin pérdida del complejo QRS

PR > 0.20 s toda P se sigue
QRS

Tratamiento sintomático
atropina 1 mg BOLIV c/3-5 min
máximo 3 mg

2 Grado

tipo 1

retraso en el nodo AV
causa la prolongación
del Intervalo hasta que
hay pérdida QRS

- Dopamina Infusión 5-20 mcg/kg/min
- Adrenalina

TIPO 2

Pérdida repentina de
la conducción AV, en
tener prolongación
Intervalo PR

- Monitorización PA, frecuencia
cardíaca, ECG continuo
- Descarta causas farmacológicas,
hiperpotasemia

3 Grado

Falla completa en la conducción
electrica del corazón

- Disociación A-V - P independiente
QRS

Tratamiento marcapaso
como tratamiento definitivo.

Fibrilación Auricular

Ausencia de P
QRS estrecho
ritmo irregular

Clasificación

Alta >100

Modorada 80-100

Baja <60

Estable TA normal paco con
taquicardia

Antitármico 150 iv 10 min

1. 10-15 mg/kg para 24 horas

2. 11 mg/min 6 horas después 1 mg

1 min 18 horas

Inestable
Conversión
Electual.

Fibrilación Ventricular

Complejo ventricular de
homogenea sin eje
electrico

- NO QRS
- Ondas irregulares
- alta frecuencia
>300 por minuto
- ritmo totalmente
caotico.

Tratamiento

- RCP

- Desfibrilación electrica

- Antitármicos

Procainamida 20-50 mg

Amiodarona 150 mg

