



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE
MEDICINA HUMANA
CAMPUS COMITAN**



TEMA:
SCA E INTERPRETACION DE EKG

MATERIA:
CLINICAS MEDICAS COMPLEMENTARIAS

ALUMNA:
DANIELA ELIZABETH CARBAJAL DE LEÓN

GRADO Y GRUPO:
SEPTIMO "A"

DOCENTE:
DR. LUIS FERNANDO MARQUEZ ANZUETO

COMITAN DE
DOMINGUEZ CHIAPAS
09 DE MARZO DEL 2025

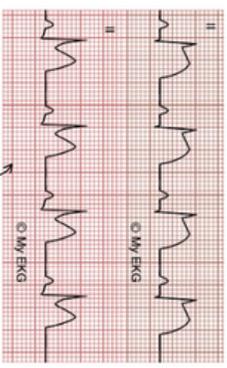
SÍNDROME CORONARIO AGUDO

COMPRENDE UNA GAMA DE CONDICIONES DINÁMICAS ORIGINADAS POR UN FLUJO CORONARIO INADECUADO PARA LA DEMANDA METABOLICA MIOCARDICA

EL SUBGRUPO DE PACIENTES QUE PRESENTAN ELEVACION DEL SEGMENTO ST (SCASTE) REFLEJA AQUELLOS EN LOS QUE SE ESTÁ PRODUCIENDO UN INFARTO DE MIOCARDIO (IM)

LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES (ECV) AFECTAN AL 9,8% DE LA POBLACION MUNDIAL (52,6% MUJERES Y 47,4% HOMBRRES)

- LESIONES ATEROESCLERÓTICAS
- FLAS
- FRAGMENTACION DE PLACA
- ATEROESCLERÓTICA
- FORMACION DE TROMBOS
- ESPASMO CORONARIO



ELEVACION PERSISTENTE (>20 MINUTOS) DEL SEGMENTO ST, DEFINIDA POR ELEVACION DEL PUNTO J DE AL MENOS 0,1MV EN 2 O MAS DERIVACIONES CONTIGUAS

- ELECTROCARDIOGRAMA DENTRO DE LOS PRIMEROS 10 MINUTOS
- ECOCARDIOGRAMA: DETERMINAR LA FEVI
- BIOMARCADORES
 - TROPONINA I/T: MAS ESPECIFICO Y SENSIBLE (DURACION EN SANGRE: 7-14 D)
 - CK-MB: UTIL PARA REINFARTO (DURACION EN SANGRE: 2-3 D)
 - MIOGLOBINA: POCO ESPECIFICA (DURACION EN SANGRE 24 H)



DEFINICION

ETIOLOGIA

SCA

CLINICA

EPIDEMIOLOGIA

TRATAMIENTO

- NITROGLICERINA
- BETAQUINADOR
- INHIBIDOR DE P2Y12
- HEPARINAS
- ESTATINAS
- ASA

- OXIGENO SUPLEMENTARIO (SAO2 < 90% O PAO2 < 60 MMHG)
- ACIDO ACETILSALICILICO 100-150 MG AL DIA, DESPUES DE INTERVENCION CORONARIA PERCUTANEA
- ASPIRINA 300 MG Y CLOPIDOGREL 600 MG (TX INICIAL, PREHOSPITALARIO Y HOSPITALARIO)
- RECOMIENDA ENOXAPARINA SOBRE HEPARINA NO FRACCIONADA (BOLO DE 30 MG I.V. SEGUIDO A LOS 15 MINUTOS CON 1 MG/KG S.C. CADA 12 HORAS HASTA LA REVASCULARIZACION)
- HEPARINA NO FRACCIONADA: 60 UJ/KG, EN BOLO INTRAVENOSO
- ATORVASTATINA A DOSIS ALTAS (≥80 MG)
- FIBRINOLISIS: TENECTEPLASA BOLO UNICO IV 0,5 MG/KG (MAX 50 MG) O ACETEPPLASA BOLO 15 MG, LUEGO 0,75MG/KG POR 30 MIN (MAX 50MG) SEGUIDO DE 0,5 MG/KG IV DURANTE 60 MIN (MAX 35MG)

SE VAN A PRODUCIR DISTINTOS GRADOS DE NECROSIS DEL MÚSCULO CARDIACO QUE DEPENDERAN DEL TIEMPO DE ISQUEMIA ESTABLECIDA Y DE LA EXTENSION DE LA REGION DEPENDIENTE DE LA ARTERIA RESPONSABLE



- DOLOR, SENSACION DE MUERTE INMINENTE IRRADIANTE
- PRESION O ARDOR A EQUIVALENTES COMO DISNEA,
- DOLOR EPIGÁSTRICO, MANDIBULAR
- NÁUSEAS
- DIAFORESIS
- SINCOPE
- MAREOS

ATÍPICO
TÍPICO

La reevaluación coronaria periódica primaria es el método idóneo de repetición en el contexto del infarto de miocardio con elevación del segmento ST. Se recomienda realizarla en un periodo no mayor de 120 minutos, ya que es en este tiempo cuando se alcanza su mayor utilidad comparada con la trombolisis.

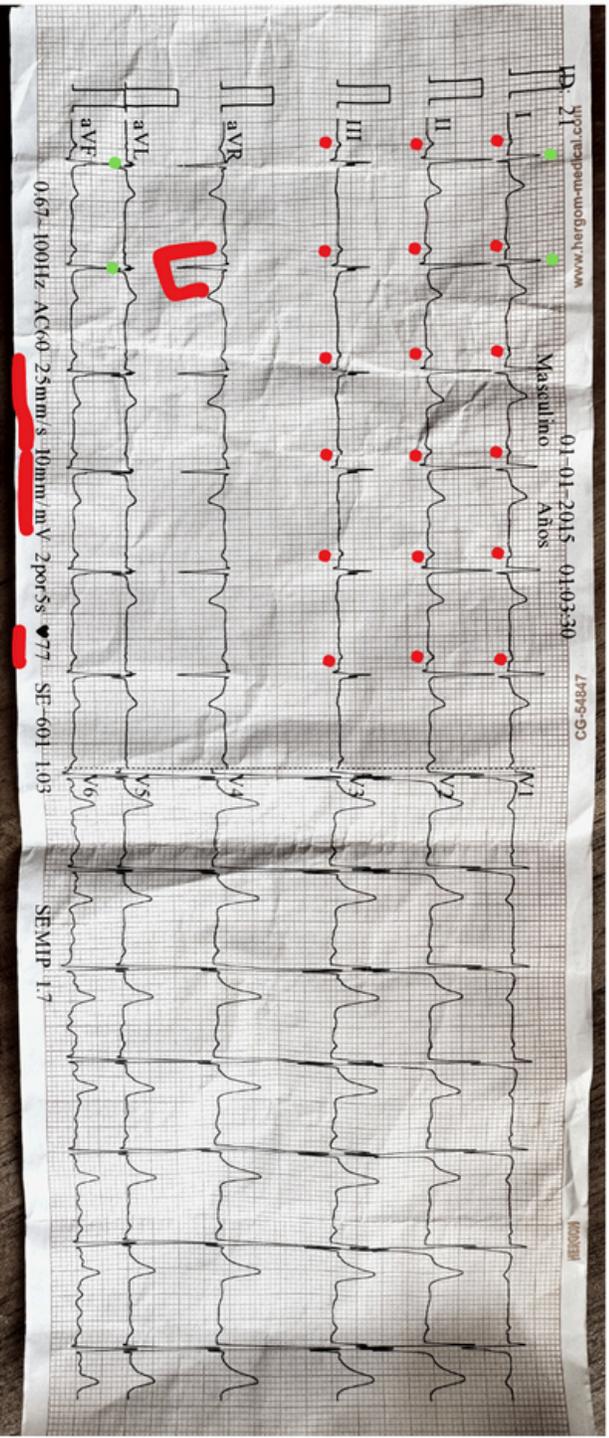
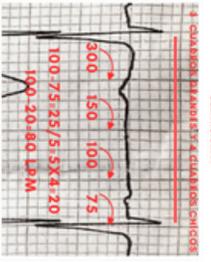
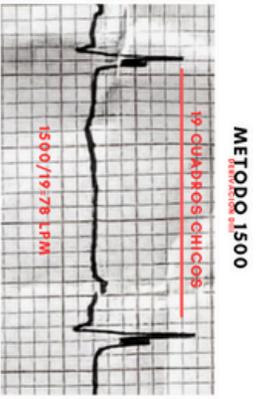




INTERPRETACION EKG

• NOMBRE: ELIZABETH CARBAJAL
• EDAD: 23 AÑOS
• SEXO: FEMENINO

- SE TOMA UN ELECTROCARDIOGRAMA DE 12 DERIVACIONES. BIEN CALIBRADO A VELOCIDAD ESTANDAR 25 MM/S (1 MM=0.04 S, 5MM=0.20 S) SOBRE AMPLITUD 10MM/MV (1MM=0.1MV). COMPLEJO QRS NEGATIVO EN AVR SUGIERE UNA BUENA TOMA DEL EKG.
- SE ENCUENTRA CON RITMO SINUSAL, RITMICO (COINCIDE EN SU MAYORIA EL INTERVALO P-R) CON FRECUENCIA CARDIACA DE 78 LPM CON EL METODO DE 1500 Y DE 80 LPM CON EL METODO DE 300, ONDA P PRESENTE Y DE MORFOLOGIA NORMAL EN TODAS LAS DERIVACIONES, CON UN INTERVALO P-R DE 0.16 SEGUNDOS. COMPLEJO QRS ESTRECHO <0.12 SEGUNDOS (NORMAL), APARENTEMENTE SIN ONDAS PATOLOGICAS; EJE ELECTRICO NORMAL (QRS EN DI POSITIVO Y EN AVF POSITIVO). SEGMENTO ST SIN ANORMALIDADES



Bibliografía

- Diagnóstico y Tratamiento del Infarto Agudo de Miocardio con Elevación del Segmento ST. Guía de Práctica Clínica: Evidencias y Recomendaciones. México, CENETEC; 2021 [fecha de consulta]. Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-IMSS-357-21/ER.pdf>
- Villegas-García, M., Saez-Martín, A., Nieto-López, A., Fajardo, J. J. T., & Zafra, I. J. (2023). Síndrome coronario agudo. FMC - Formación Médica Continuada En Atención Primaria, 30(6), 285–294. <https://doi.org/10.1016/j.fmc.2022.11.004>
- Llancaqueo, M. (2017). MANEJO DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN EL PACIENTE ADULTO MAYOR. Revista Médica Clínica Las Condes, 28(2), 291–300. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2017.04.018>