



**Universidad del Sureste
Campus Comitán
MEDICINA HUMANA**

Alumno:

Orlando Gamaliel Méndez Velazco

Docente:

Dr. Alexis Aldair Avendaño Santiago

Materia:

Urgencias Médicas

Tema:

Mapas Conceptuales de SCCEST (IAM)

Grado: 8vo

Grupo: A

Comitán de Domínguez a 12 de octubre del 2025

1. Identificación del paciente

- Paciente mayor de 20 años con diagnóstico de IAM CEST (infarto con elevación del segmento ST).
- Se debe realizar una estratificación temprana en una unidad de cuidados intensivos (UCI).

2. Evaluar si existen complicaciones
Si el paciente tiene alguna complicación, seguir las siguientes rutas:

Falla ventricular

Evaluar si hay estado de choque

Si hay choque:

Evaluar si existe complicación mecánica (como ruptura del tabique o válvula)

Si existe, considerar:

- Cateterismo
- Ecocardiograma
- Inotrópicos y volumen
- Balón de contrapulsación aórtica o soporte ventricular
- Cirugía si está indicada

No existe considerar:

- Inotrópicos y volumen
- Balón de contrapulsación aórtica
- Soporte ventricular
- Cirugía si está indicada

Arritmias

Fibrilación auricular:

- Controlar el ritmo o la frecuencia cardíaca.
- Anticoagulación.
- Uso de betabloqueadores (BB) o inhibidores del factor Xa.

No hay choque:

Manejar la falla cardíaca con:
Betabloqueadores (BB)
Inotrópicos (mejoran la contracción del corazón)
Diuréticos (eliminan exceso de líquido)
Nitratos (dilatan vasos)
Oxígeno
Ventilación mecánica si es necesario

Taquicardia ventricular o Fibrilación ventricular:

- Realizar cardioversión eléctrica.
- Administrar antiarrítmicos como amiodarona o lidocaína.
- Corregir desequilibrios de potasio o magnesio.
- Usar vasopresores intravenosos si hay hipotensión.
- Si hay deterioro hemodinámico

Evaluar si presenta mejoría:

Si presenta mejoría:
CONTINUAR CON ALGORITMO
"Tratamiento del IAM con elevación del ST en hospitalización"

NO presenta mejoría:
• Ablación
• Radiofrecuencia
• Colocación de DAI

Alteraciones en la conducción (bloqueos AV)

Alteraciones en la conducción (bloqueos AV)

1. Evaluar si hay bloqueo AV de 2° o 3° grado persistente:
- Si: colocar marcapasos definitivo.
 - No: continuar vigilancia.

Estratificar y continuar seguimiento en segundo y tercer nivel.

Si el paciente presenta mejoría, continuar con seguimiento en segundo y tercer nivel (hospital especializado).

1. Ingreso del paciente

- Paciente mayor de 20 años, con IAM CEST estable, que ingresa al hospital

2. REVISIÓN CLÍNICA INTEGRAL

El médico tratante y el residente deben realizar una evaluación completa, que incluya:

- Revisión del expediente clínico.
- Actualización de estudios necesarios:
 - Laboratorio.
 - Estudios de gabinete (ECG, eco, etc.).
 - Valoración por otras especialidades si es necesario.

3. Evaluar la estabilidad del paciente

Si está estable:

Verificar éxito del tratamiento previo.
¿El procedimiento (como angioplastia o ICP) fue exitoso y el paciente no presenta síntomas?

SI: Plan de alta hospitalaria. Una vez estable y sin complicaciones:

- Dar alta al hospital o enviar a su unidad de referencia (HGZ o domicilio).
- Continuar seguimiento médico.
- Incluir al paciente en el programa de rehabilitación cardíaca.

NO: Pasar a evaluación de búsqueda intencionada.

- Angina postinfarto
- Estudios de inducción de isquemia positivos
- Complicaciones mecánicas

Realizar una nueva evaluación médico-quirúrgica, para decidir si se requiere:

- Nuevo cateterismo con fines de intervención coronaria (ICP).
- Cirugía (bypass coronario u otro procedimiento).

No esta estable:

Realizar una nueva evaluación médico-quirúrgica, para decidir si se requiere:

- Nuevo cateterismo con fines de intervención coronaria (ICP).
- Cirugía (bypass coronario u otro procedimiento).

Algoritmo "Estratificación del IAM con elevación del ST"

Metas de seguimiento posterior
Después del alta, el paciente debe mantener:

- Colesterol LDL menor de 55 mg/dL.
- Hemoglobina glicosilada (HbA1c) menor de 6%.
- Índice de masa corporal (IMC) menor de 25.

Algoritmo 1: Diagnóstico de EVC

Inicio: Cuando un paciente presenta síntomas que hacen sospechar un evento vascular cerebral (EVC), se realiza una valoración médica inmediata buscando signos neurológicos anormales.

Escala pediagógica para sospecha

- Escala rápida como FAST o Cincinati para confirmar la posibilidad del evento.

ESCALA POSITIVA

ESCALA NEGATIVA

Prueba de glucosa: Antes de continuar, se realiza una prueba rápida de glucosa capilar para descartar hipoglucemia, ya que puede imitar un EVC.

- Si se confirma hipoglucemia → se trata y se observa la evolución

- Si no hay hipoglucemia → Sospecha alta de EVC, Realizar escala NIHSS

Escala NIHSS: Se aplica esta escala para medir la gravedad del daño neurológico.

- Si el puntaje es mayor a 20, se considera un caso grave.

Estudios de imagen: Se solicitan análisis de laboratorio y estudios de gabinete, principalmente TAC o resonancia magnética (RM) urgente

Si el estudio muestra un EVC hemorrágico, el paciente se valora por Neurocirugía.

Si es EVC isquémico, se determina si es candidato a tratamiento trombolítico o endovascular.

Si tiene menos de 6 horas desde el inicio de síntomas → se considera para trombólisis.

Si tiene más de 6 horas → no es candidato, se continúa con tratamiento médico y prevención secundaria.

MANEJO SEGÚN LA ETIOLOGIA

PUNTAJE MENOR A 20

1. Inicio: Paciente con déficit neurológico compatible con EVC isquémico.

TIEMPO DE EVOLUCIÓN

Menos de 4.5 horas: Se realiza RMN o TAC para buscar zonas de penumbra o isquemia y descartar hemorragia o tumores.

De 4.5 a 6 horas: Se hace TAC para observar datos tempranos de infarto o sangrado.

Más de 6 horas o AIT (Ataque Isquémico Transitorio): Se realiza TAC en las primeras 24 horas y se mantiene vigilancia neurológica

Si no hay hemorragia, se continúa con Trombolisis

Si hay hemorragia o penumbra igual a isquemia, se valora por Neurocirugía o Terapia Intensiva.

Deterioro neurológico, nueva TAC

Continuar con AngioTAC para valorar los vasos cerebrales.

Algoritmo "Tratamiento"

Si muestra estenosis o trombos en arterias cerebrales (como la ACM), se considera tratamiento endovascular.

Si no hay obstrucción, se continúa vigilancia.

Si hay deterioro neurológico: se realiza una nueva TAC para descartar una complicación.

Características de EVC hiperdenso: Se observan signos radiológicos como la hiperdensidad de la arteria cerebral media, borramiento de surcos o pérdida de diferenciación entre sustancia gris y blanca.

1. Inicio: Se determina si el paciente es candidato a tratamiento trombolítico (disolver el coágulo).

Si es candidato: Se considera el tiempo de evolución y se valoran los criterios de exclusión.

Si tiene más de 6 horas de evolución

Menos de 3 horas: Se revisan condiciones que contraindican trombólisis (trauma reciente, sangrado activo, uso de anticoagulantes, etc.).

Entre 3 y 4.5 horas: Se aplican criterios adicionales (edad >80 años, antecedentes de EVC, diabetes con EVC previo, etc.).

Se inicia tratamiento de aspirina

Inicia manejo para isquemia o hemorragia

Vigilancia en Unidad de Ictus o Cuidados Intensivos, dependiendo de la gravedad.

Control de presión arterial (TA):

- Si la TA es mayor de 185/110 mmHg, se administra tratamiento antihipertensivo (labetalol, nitroprusiato o nicardipino).

Si muestra estenosis o trombos en arterias cerebrales (como la ACM), se considera tratamiento endovascular.

Si no hay obstrucción, se continúa vigilancia.

Si hay deterioro neurológico: se realiza una nueva TAC para descartar una complicación.

B) Si el evento tiene entre 3 y 4.5 horas de evolución

Además de los criterios anteriores, se agregan otros factores de exclusión, ya que el riesgo de sangrado aumenta con el tiempo:

1. Edad mayor de 80 años.
2. Uso actual de anticoagulantes orales, aunque el INR sea normal.
3. Antecedente de EVC previo asociado a diabetes mellitus.
4. Cualquier otro criterio de exclusión de los descritos para menos de 3 horas.

A) Si el evento tiene menos de 3 horas de evolución
El paciente no puede recibir trombólisis si cumple alguno de estos criterios:

1. Traumatismo craneal o EVC previo en los últimos 3 meses.
2. Síntomas que sugieren hemorragia subaracnoidea, aunque la TAC sea normal.
3. Punción arterial o venosa en un sitio que no se puede comprimir (por ejemplo, subclavia o yugular) en los últimos 7 días.
4. Hemorragia activa o tendencia al sangrado (por ejemplo, úlcera sangrante o hemofilia).
5. Plaquetas menores de 100,000/mm³ (trombocitopenia).
6. Uso reciente de anticoagulantes orales con INR > 1.7 o TTP anormal.
7. Glucosa menor de 50 mg/dl o mayor de 400 mg/dl, ya que puede simular o agravar el cuadro.
8. Infarto cerebral extenso, cuando afecta más de un tercio del hemisferio cerebral en la TAC.
9. Administración reciente de heparina con prolongación del TTP.
10. Cirugía mayor o sangrado gastrointestinal reciente.