

**Universidad del Sureste  
Campus Comitán  
MEDICINA HUMANA**

**Alumno:**

Esthephany Michelle Rodríguez López

**Materia:**

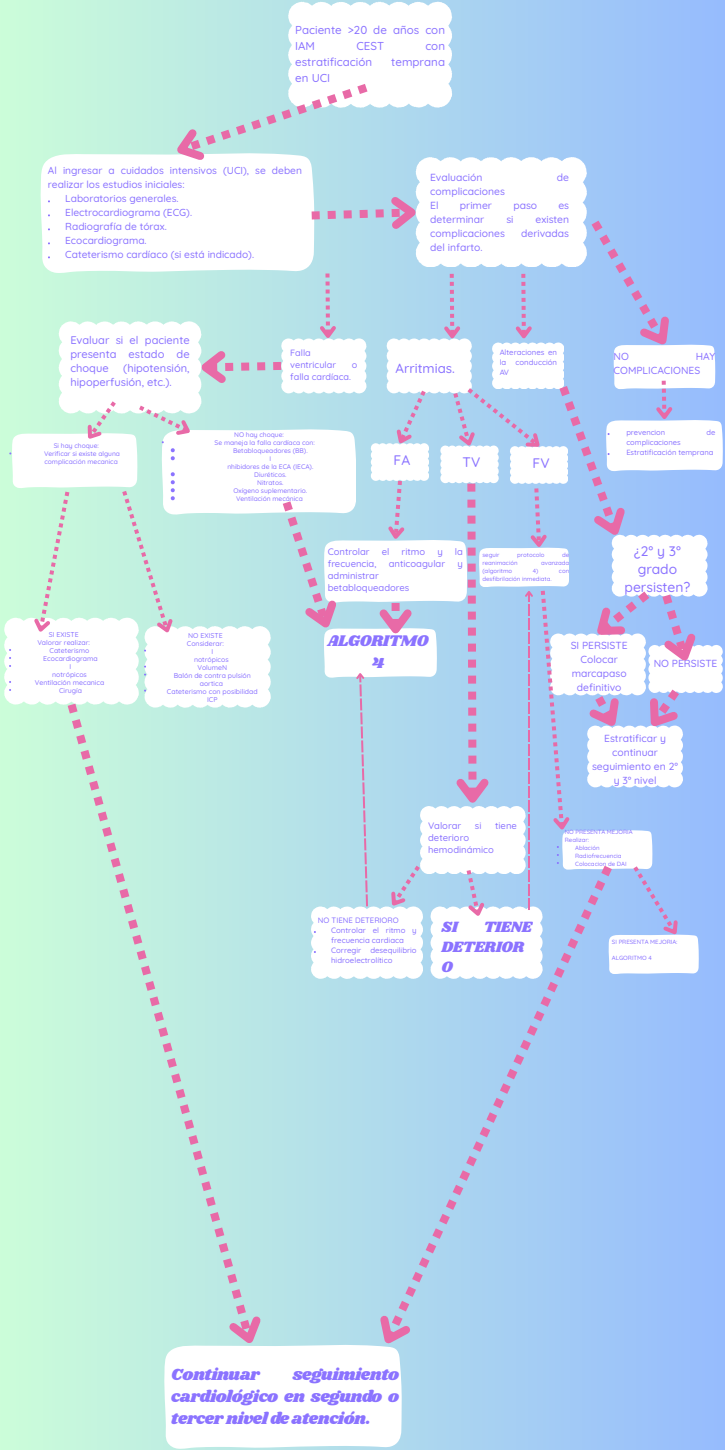
**URGENCIAS MÉDICAS**

**Dr. Alexis Aldair Avendaño**

**Grado: 8 Grupo: A**

**Comitán de Domínguez a 06 de octubre del 2025**

Estratificación del IAM con elevación del ST



# Tratamiento del IAM con elevación del ST en hospitalización

Paciente >20 de años estable con IAM CEST que ingresa a hospitalización

Cuando un paciente mayor de 20 años con diagnóstico confirmado de IAM con elevación del ST (CEST) es ingresado al hospital, se inicia una valoración clínica integral. Infarto Agudo al Miocardio con Elevación del ST (IAM CEST)

El médico tratante o residente debe revisar:

- El expediente clínico completo.
- Las necesidades específicas del paciente, basándose en:
  - Estudios de laboratorio.
  - Gabinete (electrocardiograma, ecocardiograma, etc.).
  - Interconsultas con otras especialidades cuando se requiera

Simultáneamente, se comienza el manejo hospitalario con:

- Terapia adyuvante (oxígeno, analgésicos, medicamentos antiplaquetarios y estatinas).
- Prevención secundaria para evitar nuevos eventos cardíacos.
- Incorporación al programa de rehabilitación cardíaca temprana.

## EVALUAR ESTABILIDAD ELÉCTRICA Y HEMODINÁMICA

Una vez realizada la valoración, se determina si el paciente está estable desde el punto de vista eléctrico y hemodinámico.

**Si SÍ está estable:**  
Se continúa con la atención hospitalaria bajo vigilancia médica.

**Si NO está estable:**  
Debe reingresar a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) para manejo avanzado y monitoreo continuo

## EVALUAR EL ÉXITO DEL PROCEDIMIENTO DE REPERFUSIÓN

Se revisa si el procedimiento realizado en la arteria responsable del infarto (ICP o trombólisis) fue exitoso y si el paciente mantiene una buena condición general.

Luego se debe realizar nuevo cateterismo y proceder a:

- Intervención coronaria percutánea (ICP) o
- Cirugía cardíaca, según lo determine el equipo médico-quirúrgico.

ALGORITMO 3

Si NO fue exitoso o hay duda:

Se deben buscar causas del problema, como:

- Angina persistente o nuevo episodio isquémico.
- Estudios de imagen o marcadores positivos de daño miocárdico.

Complicaciones mecánicas:

- Disfunción mitral aguda.
- Ruptura de músculo papilar o del tabique interventricular.

Si fue exitoso y el paciente está estable:

Se establecen metas durante la hospitalización:

- Mantener presión arterial menor a 130/80 mmHg.
- Controlar lípidos: LDL < 55 mg/dL.
- Controlar glucosa (HbA1c < 6.5%).
- Iniciar actividad física gradual con el plan de rehabilitación cardíaca.
- Educación sobre nutrición y estilo de vida saludable.

Luego se debe realizar nuevo cateterismo y proceder a:

- Intervención coronaria percutánea (ICP) o
- Cirugía cardíaca, según lo determine el equipo médico-quirúrgico

Una vez que el paciente ha sido estabilizado y cumple las metas clínicas, se puede otorgar el alta hospitalaria con las siguientes indicaciones:

- Continuar seguimiento médico en segundo nivel (hospital general de zona o consulta externa).
- Ser referido a rehabilitación cardíaca para continuar su recuperación funcional.
- Mantener tratamiento farmacológico y cambios en el estilo de vida.

METAS DE SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO  
DESPUES DEL ALTA, EL PACIENTE DEBE CUMPLIR CON LOS SIGUIENTES OBJETIVOS:

PARÁMETROMETRA RECOMENDADA  
LDL (COLESTEROL MALO)

< 55 MG/DL

HbA1C (CONTROL GLUCÉMICO)

< 6.5%

IMC

< 25 KG/M<sup>2</sup>

PA (PRESIÓN ARTERIAL)

< 130/80 MMHG

## Diagnóstico del paciente con sospecha de EVC isquémico agudo

### Evaluación inicial del paciente

- Cuando una persona presenta síntomas que sugieren un EVC (derrame cerebral o infarto cerebral), y estos síntomas tienen pocos minutos u horas de evolución, se debe aplicar la Escala de Cincinnati para valorar la probabilidad de EVC.
- (Esta escala evalúa tres aspectos: caída facial, debilidad en brazos y alteración del habla).

Si el puntaje es mayor o igual a 1:  
Se activa el Código Cerebro (protocolo de atención urgente).  
También se mide la glucosa capilar y se revisa la historia médica del paciente para descartar uso de medicamentos que aumenten riesgo de sangrado.

Si el puntaje es 0:  
Se debe considerar otro diagnóstico y brindar tratamiento específico según la causa (por ejemplo, hipoglucemia, convulsión, etc.).

### Verificación de glucosa

- Se revisa si la glucosa capilar es menor a 60 mg/dL.

### Si la glucosa es normal:

Se continúa con los siguientes pasos diagnósticos.

- Si la glucosa es baja:  
Se trata la hipoglucemia de inmediato (por ejemplo, con glucosa intravenosa).

### Estudios diagnósticos y confirmación

Una vez descartada la hipoglucemia, se realiza:

1. Escala NIHSS para medir la gravedad del EVC.
2. Estudios de laboratorio básicos: Tomografía simple de cráneo, glucosa, biometría hemática, tiempos de coagulación (TP, INR).
3. Se descarta hemorragia intracerebral o causas similares en la tomografía.

### SI REVIERTE EL DÉFICIT NEUROLÓGICO

**Terminar código y continuar con el manejo integral**

### Si se confirma el diagnóstico de EVC isquémico:

- Se registra el tiempo de inicio de los síntomas.
  - Si es menor a 4.5 horas, el paciente puede ser candidato a tratamiento trombolítico (TEV).
  - En algunos casos seleccionados, se puede ampliar hasta 6 horas, según la evaluación y las guías

- **Detectar síntomas sospechosos → aplicar Escala de Cincinnati.**
- **Verificar glucosa capilar → tratar si hay hipoglucemia.**
- **Si no mejora, realizar estudios (TC, NIHSS, labs).**
- **Confirmar diagnóstico → si cumple criterios, iniciar manejo con trombólisis.**

- Se revisan criterios de inclusión o exclusión para la terapia trombolítica.
- Si todo está dentro de los parámetros, se pasa al Algoritmo 2: Inicio de la terapia trombolítica (TEV).

# ALGORITMO DE MANEJO DEL EVC ISQUÉMICO AGUDO CORROBORADO EN LA EVALUACIÓN INICIAL

