



**Universidad del Sureste  
Campus Comitán  
MEDICINA HUMANA**

**Alumno:**  
**Esthephany Michelle Rodríguez López**

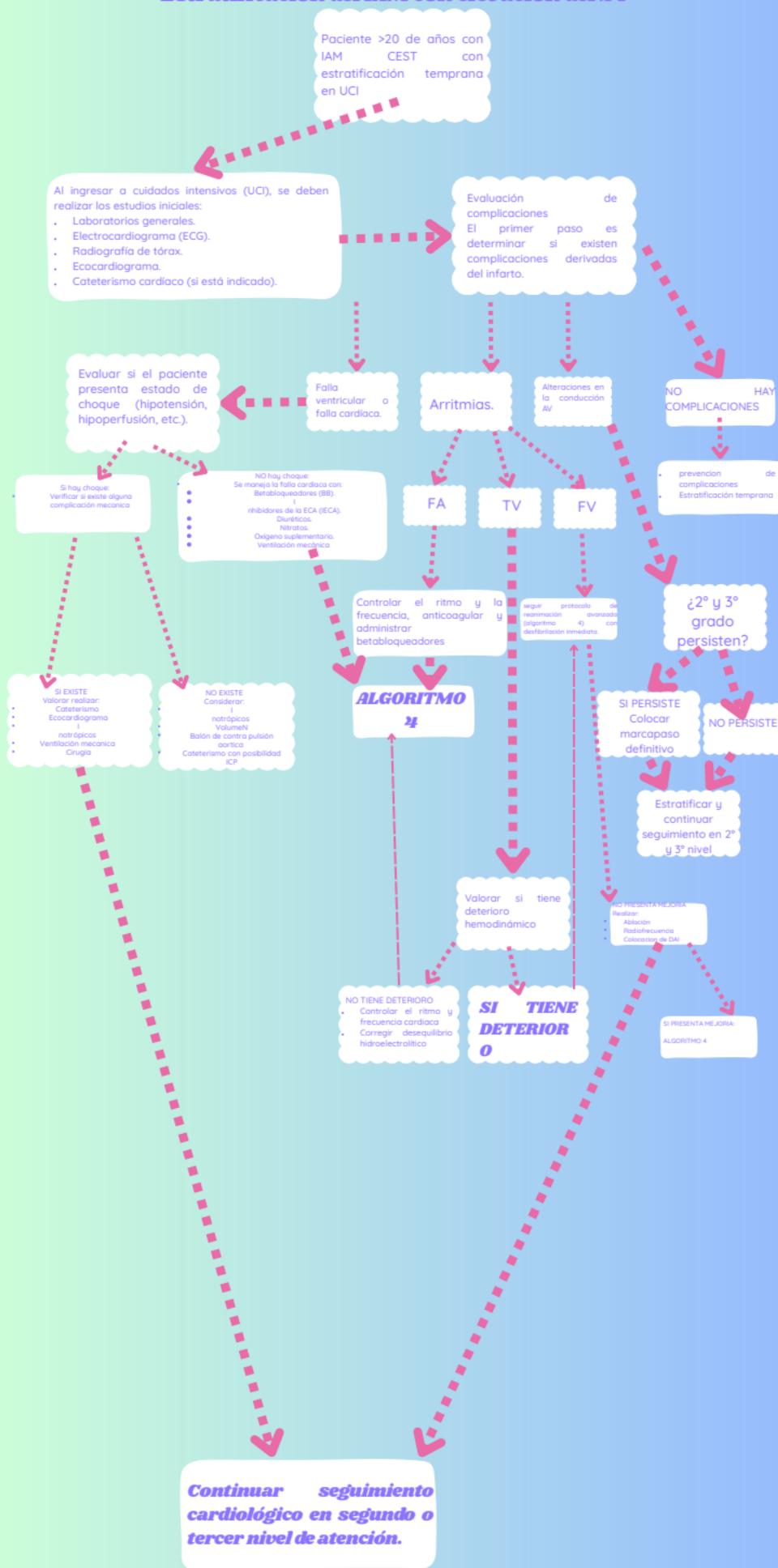
**Materia:**  
**URGENCIAS MÉDICAS**

**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 continua 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:

- 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:

- Ser referido a hospital general de su 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 ALARGO PLAZO DESPUÉS DEL ALTA, EL PACIENTE DEBE CUMPLIR CON LOS SIGUIENTES	
OBJETIVOS	
PARÁMETRO	METAS
LDL (COLESTEROL MALO)	< 100 mg/dL
HbA1c (CONTROL GLUCÉMICO)	< 6.5%
PA (PRESIÓN ARTERIAL)	< 130/80 mmHg
IMC (ÍNDICE MASA CORPORAL)	< 25 kg/m <sup>2</sup>

## 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, hipoglucemias, 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 hipoglucemias, 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 DEFÍCIT 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 trombólítico (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 hipoglucemias.
- 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 trombólítica.
- Si todo está dentro de los parámetros, se pasa al Algoritmo 2: Inicio de la terapia trombólítica (TEV).

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

## EVALUACIÓN INICIAL

- UNA VEZ CONFIRMADO EL DIAGNÓSTICO DE EVC ISQUÉMICO AGUDO, SE DEBE DETERMINAR EL TIEMPO DE INICIO DE LOS SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS

SI EL INICIO DE LOS SÍNTOMAS ES MENOR O IGUAL A 4.5 HORAS, SE APLICA EL PROTOCOLO DE TROMBOLISIS ENDOVENOSA (TEV).

Si el inicio de los síntomas supera las 4.5 horas, se procede a valorar una ventana terapéutica extendida mediante estudios de imagen avanzada.

- Verificar criterios de inclusión
- Confirmar que el paciente cumple criterios de ventana terapéutica ( $\leq 4.5$  horas).
- Corroborar que no existan contraindicaciones absolutas o relativas (según los cuadros de referencia clínicos)

- Protocolo de Ventana Terapéutica Extendida ( $>4.5$  horas)  
Solicitar estudios de imagen avanzada
  - Realizar resonancia magnética (RM) o tomografía computarizada (TC) con perfusión cerebral (Perfusión-RM o Perfusion-TC).
  - Evaluar secuencias DWI y FLAIR para identificar zonas de penumbra isquémica.

## EVALUAR CONTRAINDICACIONES

SI EXISTEN CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS, EL PACIENTE NO ES CANDIDATO A TROMBOLISIS.

- Si las contraindicaciones son relativas, se valorará de forma individualizada en un tercer nivel de atención.

- Si no hay contraindicaciones:  
Se puede iniciar tratamiento trombolítico con alteplasa (rt-PA) a dosis de:
  - 0.9 mg/kg por vía intravenosa (máximo 90 mg).
  - Administrar el 10% en bolo inicial y el resto en infusión durante 60 minutos.En casos seleccionados se puede considerar tenecteplasa (TNK) a dosis de 0.25 mg/kg IV (máximo 40 mg en bolo único).

- Criterios para trombólisis extendida
  - RM con DWI positivo y FLAIR negativo (diferencia que sugiere inicio reciente del evento).
  - Puntuación ASPECTS  $\geq 7$  y NIHSS  $\leq 25$ .
  - No presentar contraindicaciones para trombólisis.

- Evaluación de occlusión vascular proximal (OVP)
  - Si se detecta una occlusión en arteria carótida interna (ACI) o arteria cerebral media (ACM) proximal, considerar tratamiento endovascular

## CUMPLIMIENTO DE CRITERIOS

- Seguimiento
  - Aplicar criterios de suspensión de rt-PA si se presentan complicaciones.
  - Continuar manejo integral: monitoreo metabólico, hemodinámico y neurológico.
  - Iniciar rehabilitación temprana según evolución.

SI EL PACIENTE CUMPLE CRITERIOS PARA VENTANA EXTENDIDA, INICIAR RT-PA (ALTEPLASA) O TENECTEPLASA (TNK) CON LAS MISMAS DOSIS MENCIONADAS.

Si no cumple criterios, continuar con manejo médico general y valoración para terapia mecánica (trombectomía) si está indicada.

### Seguimiento posterior al tratamiento

- Aplicar los criterios de suspensión del fibrinolítico si hay eventos adversos.
- Continuar con monitorización médica continua, control de factores de riesgo y evaluación de etiología.
- Iniciar el proceso de rehabilitación neurológica temprana.