



Universidad del sureste
Campus Comitán
Medicina Humana

Urgencias Medicas
Dr. Avendaño Santiago Alexis Aldair
8°A

Alumna:

- Rosario Lara Vega

Comitán de Domínguez Chiapas a 11 Octubre de 2025

MANEJO INICIAL

MONA (modificado):

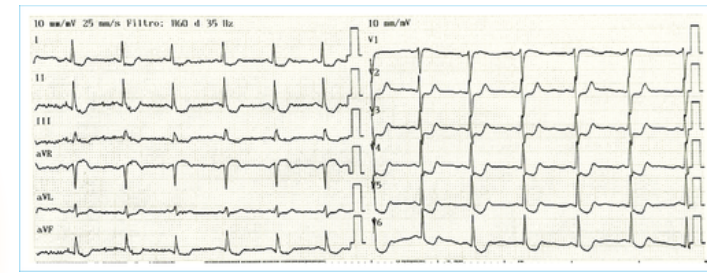
- Morfina: si dolor refractario
- Oxígeno: si $\text{SatO}_2 < 90\%$
- Nitratos: si no hay hipotensión ni uso de sildenafil
- AAS: 160-325 mg masticado
- Clopidogrel o ticagrelor: dosis de carga

Anticoagulación:

- Heparina no fraccionada o enoxaparina

Evaluación para reperfusión:

- Tiempo meta:
 - o Fibrinólisis: si no hay acceso a hemodinamia en ≤ 120 min
 - o Intervención coronaria percutánea (ICP): < 90 min desde el ingreso



ESTRATEGIA DE REPERFUSIÓN

Si centro con hemodinamia disponible:

- ICP primaria (< 90 min desde llegada o < 120 min desde diagnóstico)

Si centro sin hemodinamia:

- Fibrinólisis (tenecteplasa, alteplasa) < 30 min desde diagnóstico
- Evaluar traslado a ICP de rescate si falla fibrinólisis

Post-reperfusión:

- ECG de control
- Troponinas seriadas
- Beta bloqueadores, IECA/ARA II, estatinas
- Control glucémico y presión arterial
- Monitoreo por arritmias

SEGUIMIENTO INTRAHOSPITALARIO Y ALTA

Monitoreo en UCI cardiología (24-48 h):

- ECG continuo
- Control de dolor, arritmias, insuficiencia cardiaca

Rehabilitación y educación:

- Dejar tabaco, dieta, ejercicio
- Control de factores de riesgo (HTA, DM, dislipidemia)

Tratamiento al alta:

- AAS + inhibidor P2Y12 (doble antiagregación 12 meses)
- Betabloqueador
- IECA / ARA II
- Estatina de alta intensidad

DIAGNÓSTICO Y ESTRATIFICACIÓN (SOSPECHA DE IAMCEST)

Pruebas diagnósticas:

- ECG seriados cada 5-10 min si no concluyente
- Troponinas (T o I) → elevadas o dinámicas
- Laboratorios básicos: BH, QS, PFH, TP/TPT, CK-MB

Diagnóstico confirmado:

- Síntomas + elevación ST o BCRI nuevo + troponinas ↑

Clasificación / Estratificación:

- Tiempo de inicio de síntomas < 12 h → candidato a reperfusión inmediata
- > 12 h pero con dolor persistente o inestabilidad → evaluar intervención
- Shock cardiogénico o arritmias → prioridad alta

PACIENTE CON DOLOR TORÁCICO → INGRESO A URGENCIAS

Evaluación inicial (0-10 min):

- Signos vitales
- Monitoreo cardíaco continuo
- O_2 si $\text{SatO}_2 < 90\%$
- ECG en los primeros 10 min
- Acceso venoso periférico
- Historia clínica rápida (FRAMINGHAM / factores de riesgo)

Tamizaje / Escrutinio de IAM:

- Dolor opresivo retroesternal > 20 min
- Irradiación (brazo, mandíbula, epigastrio)
- Náuseas, diaforesis, disnea

ECG → Interpretación inmediata:

- Elevación ST ≥ 1 mm en ≥ 2 derivaciones contiguas o BCRI nuevo
- → Diagnóstico presuntivo de SCCEST (IAM con elevación del ST)

SÍNDROME CORONARIO CORONARIO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST (SCCEST / IAMCEST)

DIAGNÓSTICO Y ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

Estudios de imagen (dentro de los primeros 20-25 min):

- TAC de cráneo sin contraste (primera elección)
 - Si hay hemorragia → NO trombólisis
 - Si es normal → sospecha EVC isquémico
- RMN cerebral (si está disponible y paciente estable)

Laboratorios urgentes:

- Glucosa
- BH, TP, TPT, INR
- Electrolitos, creatinina
- ECG

Diagnóstico confirmado:

- EVC isquémico agudo → candidato o no a trombólisis

DIAGNÓSTICO Y ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

TAMIZAJE Y EVALUACIÓN NEUROLÓGICA

Tamizaje de EVC:

- Asimetría facial
- Debilidad en brazo
- Alteración del habla

Escala NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale):

- Evalúa nivel de conciencia, lenguaje, fuerza, sensibilidad, coordinación y visión
- Permite clasificar severidad del evento

Valoración complementaria:

- Historia médica (comorbilidades, anticoagulantes)
- Tiempo exacto de inicio de síntomas (última vez visto bien)

Si tiempo de inicio <4.5 h y sin contraindicaciones:

- Administrar rt-PA (alteplasa) 0.9 mg/kg (máx. 90 mg)
 - 10% bolo IV en 1 min
 - 90% infusión en 60 min
- Control estricto de PA (<185/110 mmHg antes de trombólisis)

Si no candidato a trombólisis:

- Manejo médico:
 - AAS 160-325 mg VO
 - Control de PA, glucemia, temperatura
 - Oxígeno si SatO₂ <94%

Si oclusión de gran vaso y tiempo <6 h:

- Evaluar trombectomía mecánica

PACIENTE CON SOSPECHA DE EVC ISQUÉMICO → INGRESO A LA UNIDAD MÉDICA

Valoración inicial (0-10 min):

- Evaluación de signos vitales
- Examen neurológico rápido (Escala de Cincinnati o FAST)
- Determinar hora de inicio de síntomas
- Glucemia capilar inmediata
- Acceso venoso periférico
- Monitoreo cardiaco y saturación O₂

Clasificación inicial:

- EVC probable → continuar protocolo
- Hipoglucemia u otra causa → descartar

EVC ISQUÉMICO

MANEJO HOSPITALARIO Y PREVENCIÓN SECUNDARIA

Monitoreo continuo (UCI neurológica o área de EVC):

- Evaluación neurológica seriada
- Control de TA, temperatura y glucemia
- Evitar hipotensión, fiebre o hipoxia

Prevención secundaria:

- Antiagregantes (AAS ± clopidogrel)
- Anticoagulantes si FA u otra causa cardioembólica
- Control de factores de riesgo:
 - HTA, DM, dislipidemia, tabaquismo
- Rehabilitación temprana

Educación al paciente y familia:

- Signos de alarma
- Adherencia a tratamiento
- Cambios en estilo de vida

AMERICAN HEART ASSOCIATION. (2020). PART 3: ADULT BASIC AND ADVANCED LIFE SUPPORT. 2020 AMERICAN HEART ASSOCIATION GUIDELINES FOR CARDIOPULMONARY RESUSCITATION AND EMERGENCY CARDIOVASCULAR CARE. CIRCULATION.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. (2017). GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO TEMPRANO DE LA ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL ISQUÉMICA EN EL SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN (CATÁLOGO MAESTRO DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA: S-102-08).

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. (2013). GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST EN EL ADULTO MAYOR (GPC-IMSS-357-13). IMSS.