



TEMA:  
MAPAS CONCEPTUALES IAMCEST Y EVC ISQUEMICO

MATERIA:  
URGENCIAS MEDICAS

ALUMNA:  
DANIELA ELIZABETH CARBAJAL DE LEÓN

GRADO Y GRUPO:  
OCTAVO "A"

DOCENTE:  
DR. ALEXIS ALDAIR AVENDAÑO SANTIAGO

# Protocolo IAMCEST



## ACCIONES INMEDIATAS

- TOMAR SIGNOS VITALES.
- OXÍGENO SI SATO<sub>2</sub> < 90%.
- CANALIZACIÓN VENOSA Y MONITORIZACIÓN CARDIACA.
- REALIZAR ELECTROCARDIOGRAMA DE 12 DERIVACIONES EN LOS PRIMEROS 10 MINUTOS.



DOLOR TORÁCICO OPRESIVO, INTENSO >20 MIN



## ACOMPAÑADO DE

- DOLOR IRRADIADO A BRAZO MANDÍBULA
- DIAFORESIS
- NÁUSEAS
- DISNEA



En mujeres sospechar infarto agudo de miocardio con o sin dolor precordial que presentan dolor de hombro y brazo.



## LABORATORIOS COMPLEMENTARIOS

- TROPONINA I O T: PRINCIPAL BIOMARCADOR DEL DAÑO MIOCÁRDICO; CONFIRMA NECROSIS CARDIACA.
- CK-MB: PARA DETECTAR REINFARTO.
- HB, HTO: EVALÚAN OXIGENACIÓN TISULAR
- LEUCOCITOS: INFLAMATORIA AL INFARTO O POR INFECCIÓN
- BNP O NT-PROBNP (OPCIONAL): FUNCION VENTRICULAR O IC

## CONSIDERACIONES

- SOSPECHA DE INFARTO POSTERIOR USAR DERIVACIONES POSTERIORES (V7, V8, V9).
- SOSPECHA DE INFARTO DE VENTRÍCULO DERECHO USAR LAS DERIVACIONES DERECHAS (V3R Y V4R).



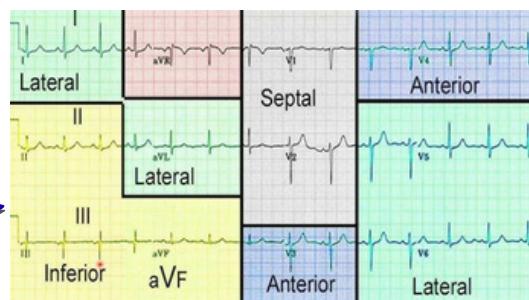
## ELEVACIÓN SEGMENTO ST



## CRITERIOS DIAGNÓSTICOS POR EKG

- ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST  $\geq$  1 MM EN  $\geq$  2 DERIVACIONES CONTIGUAS (o  $\geq$  2 MM EN DERIVACIONES PRECORDIALES V2-V3).

## BUSCAR CARA AFECTADA

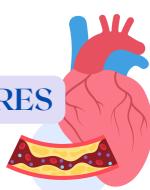


## EKG no concluyente

SI EL DIAGNÓSTICO ES INCERTO, DEBE CONSIDERARSE LA ECOCARDIOGRAFÍA URGENTE ANTES DE LA CORONARIOGRAFÍA.

## CÓDIGO INFARTO

- ADMINISTRAR OXÍGENO EN PACIENTES CON SAO<sub>2</sub> < 90 O PAO<sub>2</sub> < 60 MMHG
- ADMINISTRAR ÁCIDO ACETILSALICÍLICO 162-325 MG ANTES ICP Y 300 MG DESPUÉS
- TX ANTIPLAQUETARIO CON ASPIRINA DOSIS 75-100 MG O DUAL CON TICAGRELOR O PRASUGREL POR 12 MESES
- ADMINISTRAR CLOPIDOGREL DENTRO DE LAS PRIMERAS 12-24 HRS



## VALORAR FACTORES DE RIESGO

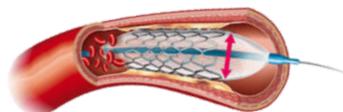
- HIPERTENSIÓN
- TABAQUISMO
- DIABETES
- DISLIPIDEMIA
- SÍNDROME METABÓLICA



NO se recomienda moler de manera rutinaria las tabletas para mejor absorción

## Tamizaje y Clasificación inicial

- <12 HRS: CANDIDATO REPERFUSIÓN INMEDIATA
- 12-24 HRS: CONSIDERAR ICP SI PERSISTEN SÍNTOMAS O HAY EVIDENCIA DE ISQUEMIA
- >24 HRS: MANEJO MÉDICO



# Protocolo IAMCEST



Terapia fibrinolitica

- ALTEPLASA (TPA):** BOLO IV DE 15 MG 0.75 MG/KG DURANTE 30 MIN (HASTA 50 MG) SEGUIDOS DE 0.5 MG/KG IV DURANTE 60 MIN (HASTA 35 MG)
- TENECTEPLASA (TNK-TPA):** BOLO IV UNICO PESO <60 KG=30 MG, PESO 60-69KG=35 MG, PESO 70-79KG= 40 MG PESO 80-89KG= 45 MG, PESO>90KG=50 MG.



RECOMENDADA EN LAS PRIMERAS 12 HRS CUANDO LA ICP NO SE PUEDA REALIZAR EN LOS PRIMEROS 12 O MIN DESDE EL DX IAMCEST



## Contraindicaciones

### ABSOLUTAS

- ✓ HEMORRAGIA INTRACRANEAL DE ORIGEN DESCONOCIDO
- ✓ ACV ISQUEMICO EN LOS ULTIMOS 6 MESES
- ✓ TRAUMA/CIRUGIA/LESION CRANEO RECIENTE 3 SEMANAS
- ✓ DISECCION AORTICA.

### RELATIVAS

- ✓ HTA REFRACTARIA
- ✓ ULCERA PEPTICA ACTIVA
- ✓ GESTACION/TRA SEMANA POSPARTO



ICP



METODO PREFERIDO DE REPERFUSION EN EL CONTEXTO DE IAMCEST



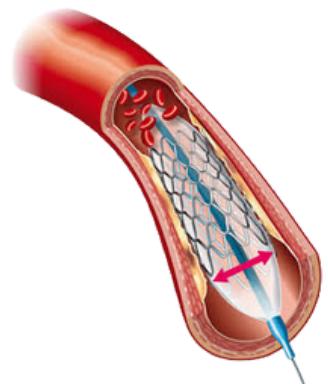
## ESTATINAS

- ATORVASTATINA** DOSIS ALTA >80 MG
- OBJETIVO DE LDL <55 MG/DL O UNA REDUCCIÓN>50%



## REPASO TX

- ASPIRINA:** 150-300 MG VO O 162-325 MG ANTES ICP
- CLOPIDOGREL CARGA:** 600 MG VO
- ANTICOAGULANTE:** ENOXAPARINA O HEPARINA NO FRACCIONADA
- ESTATINAS:** ATORVASTATINA 80 MG VO
- OXÍGENO:** SOLO SI SAO2 <90%
- MORFINA O NITRATOS:** SEGÚN DOLOR Y ESTABILIDAD HEMODINÁMICA

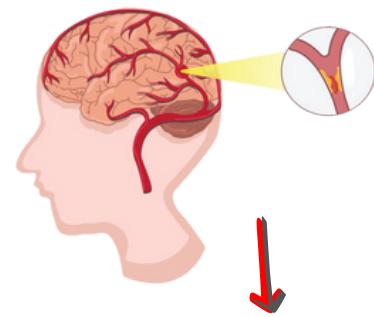
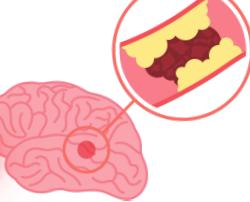


## MONITOREO



- CONTROL DE RITMO Y SIGNOS DE COMPLICACIONES**
- REPETIR ECOCARDIOGRAMA SI FEVI <40%**
- PREVENIR Y TRATAR ARRITMIAS, IC, CHOQUE CARDIOGENICO**

# Protocolo EVC ISQUEMICO



**DEFICIT NEUROLÓGICO SUBITO**

**ACOMPAÑADO DE**

- DESVIACIÓN FACIAL
- DEBILIDAD EN UN LADO DEL CUERPO
- ALTERACIÓN DEL HABLA O VISIÓN



**HISTORIA CLINICA ENFOCADA AL PADECIMIENTO ACTUAL ASI COMO APP Y MEDICAMENTOS CON RIESGO A HEMORRAGIA**

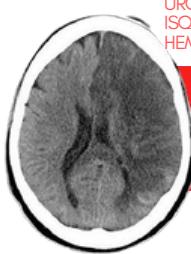
**SÍNTOMAS MÁS COMUNES**

- AFECCIÓN MOTORA Y SENSITIVA
- DISFASIA O AFASIA
- ALTERACIONES VISUALES
- DIPLOPIA
- VERTIGO
- ATAXIA
- HEMIOPSIA
- CUADRANTOPSIA



**LABORATORIOS**

- GLUCOSA EN SANGRE
- ELECTROLITOS CON PFR
- BH
- ENZIMAS CARDIACAS
- TIEMPOS DE PROTROMBINA
- INR
- TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ACTIVADA



**TAC**

URGENTE: CONFIRMA ISQUEMIA Y DETECTA HEMORRAGIA

24 HRS POST  
TROMBOLIZACIÓN O  
DETERIORO NEUROLÓGICO  
POST PRIMERA TAC

**ACCIONES INMEDIATAS**

- ACTIVAR CODIGO CEREBRO
- EVALUAR VÍA AÉREA, VENTILACIÓN Y PERFUSIÓN
- GLUCOMETRIA CAPILAR INMEDIATA (DESCARTAR HIPOGLUCEMIA)
- REGISTRAR HORA DE INICIO DE SINTOMAS



**REALIZAR ESCALA DE CINCINNATI**

PUNTAJE >1 ACTIVAR CODIGO CEREBRO



Desviación de la comisura labial      Debilidad de la extremidad superior      Alteración en el habla

IDENTIFICA PACIENTES QUE SON CANDIDATOS A TRATAMIENTO TROMBOLÍTICO

**REALIZAR ESCALA DE FAST**



CARA CAÍDA AL SONREIR      LEVANTA LOS BRAZOS UNO SE BAJA LENTAMENTE      HABLA PARO O ARRASTRA LA VOZ      INMEDIATO A URGENCIAS

**TRATAMIENTO DENTRO DE LOS PRIMEROS 60 MIN**



**DETERMINAR VENTANAS TERAPÉUTICAS**

- **<4.5 HRS** CANDIDATO A TROMBOLISIS ENDOVENOSA
- **4.5-9 HRS** O ICTUS AL DESPERTAR CONSIDERAR VENTANA EXTENDIDA POR NEUROIMAGEN AVANZADA
- **6-24 HRS** VALORAR TROMBECTOMIA MECÁNICA (TM) SI HAY OCLUSIÓN VASCULAR PROXIMAL (OVP)

**CLÍNICA (SÍNTOMAS APOLÉTICOS)**

**ARTERIA CEREBRAL MEDIA**

- OBSTRUCCIÓN TOTAL: HEMIPLÉJIA, HEMIANESTESIA, HEMIANOPSIA, HOMÓNIMA CONTRA LATERAL, AFASIA
- OBSTRUCCIÓN PARCIAL: PERDIDA FUERZA DE MANO Y BRAZO, AFASIA DE BROCA (FRONTAL Y PARIETAL), AFASIA DE WERNICKE (TEMPORAL)

**ARTERIA CEREBRAL ANTERIOR**

- PARESIA O PARAPLEJIA CRURAL

**ARTERIA COROIDEA ANTERIOR**

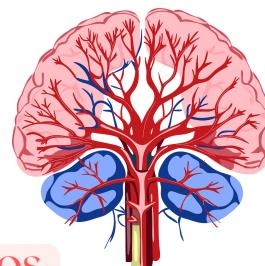
- HEMIPLÉJIA CONTRA LATERAL

**CARÓTIDA INTERNA**

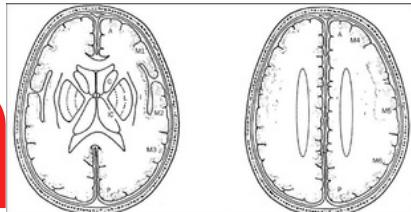
- ASINTOMÁTICO SI POLÍGONO DE WILLIS ESTÁ COMPLETO; AMAUROSIS

**ARTERIA CEREBRAL POSTERIOR**

- HEMIANOPSIA HOMÓNIMA CONTRA LATERAL, AGNOSIA VISUAL Y MALA MEMORIA



**ESCALA ASPECTS**



EVALÚA LA EXTENSIÓN DEL DAÑO ISQUEMICO (PUNTUACIÓN ALTA INDICA POCO DAÑO Y BAJA UN DAÑO MÁS EXLENDO)

**RESULTADOS**

NO SE RECOMIENDA TRATAMIENTO DE TROMBOLISIS EN PX QUE ABARQUE EL DAÑO UN TERCIO DEL TERRITORIO DELA ARTERIA MEDIA

# Protocolo EVC ISQUEMICO



## PASO 1:

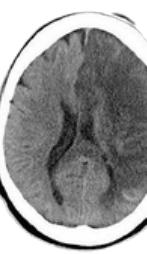
### MEDIDAS GENERALES DE ATENCIÓN

- ASEGURAR LA PERMEABILIDAD DE LA VÍA AÉREA Y LA FUNCIÓN VENTILATORIA DEL PACIENTE



## PASO 2

TRAS OBTENER LA TC CRANAL SIN CONTRASTE SE REQUIERE UNA INTERPRETACIÓN PRELIMINAR DE MENOR A 45 MINUTOS TRAS LA LLEGADA DEL PACIENTE



2. TOMA DE VÍA VENOSA PERIFÉRICA PREFERIBLMENTE EN EL MIEMBRO SUPERIOR QUE NO PRESENTA ALTERACIONES NEUROLÓGICAS



3. MONITORIZACIÓN CARDÍACA EN LAS PRIMERAS 48 HORAS



4. MONITORIZACIÓN DE LA OXIGENACIÓN MEDIANTE PULSÍMETRÍA



### 5. MANEJO DE LA PRESIÓN ARTERIAL

- SI EL PACIENTE TIENE UNA TA >220/120 SE DEBE DE INICIAR INCREMENTAR EL TRATAMIENTO HIPERTENSIVO Y REDUCIR DE FORMA CAUTELOSA NO MÁS DE 10 A 20%
- INICIAR TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO PREEEXISTENTE



## PASO 3:

### TROMBOLISIS

ACTIVADOR TISULAR PLASMINÓGENO (RT-PA): ALTEPLASA

DOSIS: 0.9 MG/KG HASTA DOSIS MAXIMA <90 MG

- EL 10% DE LA DOSIS TOTAL DEBE SER ADMINISTRADA COMO UN BOLO DE DURANTE UN PERÍODO DE UN MINUTO, MIENTRAS QUE EL 90% RESTANTE EN INFUSIÓN CONTINUA DURANTE UN PERÍODO DE 60 MINUTOS



## TERAPÉUTICA ADICIONAL



### ANTITROMBÓTICOS

- ÁCIDO ACETILSALICÍlico (AAS): 325 MG LAS PRIMERAS 24-48 HORAS DEL INICIO DEL ICTUS ISQUÉMICO POSTERIORMENTE SE PODRÁ REDUCIR A 81 MG/DÍA



### ANTICOAGULANTES

- HEPARINA NO FRACCIONADA: PARA TRATAMIENTO DEL INFARTO DE ORIGEN CARDIOMBÓLICO NO EXTENSO LA DIGESTIÓN ARTERIAL Y LA ENDOCARDITIS TROMBÓTICA NO BACTERIANA



### TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

- RESECCIÓN QUIRÚRGICA DEL TEJIDO INFARTADO: INFARTO CEREBELOSO CON COMPORTAMIENTO PSEUDOTUMORAL
- HEMICRANIECTOMIA DESCOMPRESIVA EXTENSA: DISMINUYE LA MORTALIDAD DEL INFARTO MALIGNO DE LA ARTERIA CEREBRAL MEDIA

### INDICACIONES



- DIAGNÓSTICO DE ICTUS ISQUÉMICO QUE PRESENTE DÉFICITS NEUROLÓGICO Y TC CRANEAL SIN CONTRASTE QUE DEMUESTRA AUSENCIA DE HEMORRAGIA
- Y TUS ISQUÉMICOS CON MENOS DE 3 HORAS TRAS EL INICIO DE LOS SÍNTOMAS
- EDAD DE 18 A 80 AÑOS

### CONTRAINDICACIONES

- EVIDENCIA DE HEMORRAGIA INTRACRANEALES
- SUSPECHA DE HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA
- CIRUGÍA INTRACRANEALES RECIENTE O PREVIO
- HIPERTENSIÓN CONTROLADA NO NEOPLASIA INTRACRANEALES



# Bibliografía

---

- Diagnóstico y Tratamiento del Infarto Agudo de Miocardio con Elevación del Segmento ST. Guía de Práctica Clínica: Evidencias y Recomendaciones. México, CENETEC; 2021
- Diagnóstico y tratamiento temprano de la enfermedad vascular cerebral isquémica en el segundo y tercer nivel de atención. Secretaría de Salud, Ciudad de México, 16/03/2017.
- Pabón, J. H. (s.f.). Protocolo clínico: Guía rápida (Edición especial). Medbook. ISBN 978-84-09-14845-5