



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE
MEDICINA HUMANA
CAMPUS COMITAN**



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

COMITAN DE
DOMINGUEZ CHIAPAS
14 DE OCTUBRE DEL
2025

Protocolo IAMCEST



ACCIONES INMEDIATAS

- TOMAR SIGNOS VITALES.
- OXÍGENO SI $\text{SATO}_2 < 90\%$.
- CANALIZACIÓN VENOSA Y MONITORIZACIÓN CARDIACA.
- REALIZAR **ELECTROCARDIOGRAMA DE 12 DERIVACIONES EN LOS PRIMEROS 10 MINUTOS.**



¡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.



CONSIDERACIONES

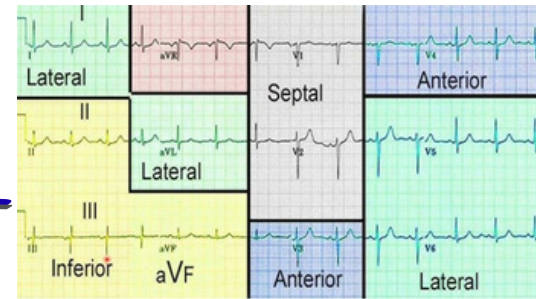
- SOSPECHA DE INFARTO **POSTERIOR** USAR DERIVACIONES POSTERIORES (**V7, V8, V9**).
- SOSPECHA DE INFARTO DE **VENTRÍCULO DERECHO** USAR LAS DERIVACIONES DERECHAS (**V3R Y V4R**).



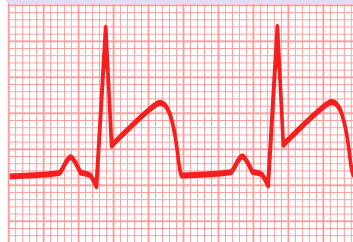
CRITERIOS DIAGNOSTICOS POR EKG

- **ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST ≥ 1 MM EN ≥ 2 DERIVACIONES CONTIGUAS** (≥ 2 MM EN DERIVACIONES PRECORDIALES V2-V3).

BUSCAR CARA AFECTADA



ELEVACIÓN SEGMENTO ST



EKG no concluyente

SI EL **DIAGNÓSTICO ES INCIERTO**; DEBE CONSIDERARSE LA **ECOCARDIOGRAFÍA URGENTE** ANTES DE LA **CORONARIOGRAFÍA**.

CODIGO INFARTO

- ADMINISTRAR **OXÍGENO** EN PACIENTES CON $\text{SAO}_2 < 90$ O $\text{PAO}_2 < 60$ MMHG
- ADMINISTRAR **ÁCIDO ACETILSALICILICO** 162-325 MG ANTES ICP Y 300 MG DESPUÉS
- TX ANTIPLAQUETARIO CON **ASPIRINA** DOSIS 75-100 MG O DUAL CON **TICAGRELOL** O **PRASUGREL** POR 12 MESES
- ADMINISTRAR **CLOPIDOGREL** DENTRO DE LAS PRIMERAS 12-24 HRS

VALORAR FACTORES DE RIESGO

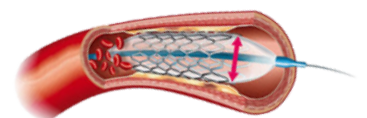
- HIPERTENSIÓN
- TABAQUISMO
- DIABETES
- DISLIPIDEMIA
- SÍNDROME METABÓLICA



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

Tamizaja y Clasificación inicial

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



Protocolo IAMCEST



Terapia fibrinolítica

- **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 ÚNICO PESO <60 KG=30 MG, PESO 60-69KG=35 MG, PESO 70-79KG= 40 MG PESO 80-89KG= 45 MG, PESO>90KG=50 MG.

ANTICOAGULACIÓN EN FIBRINOLOSIS

- **ENOXAPARINA** EN PACIENTES <75 AÑOS: BOLO 30 MG IV SEGUIDO A LOS 15 MINUTOS CON 1MG/KG S.C. CADA 12 HRS MÁXIMO 8 DÍAS, LAS SIGUIENTES DOSIS 100 MG POR INYECCIÓN.
- **ENOXAPARINA** EN PACIENTES >75 AÑOS: NO DAR BOLO, PRIMERA DOSIS S.C. 0.75 MG/KG CON MÁXIMA DE 75 MG POR DOSIS CADA 12 HRS
- **HEPARINA NO FRACCIONADA:** 60 UI/KG BOLO IV CON MÁXIMO 4,000 UI, SEGUIDO INFUSIÓN DE 12 UI/KG/H CON MÁXIMO DE 1,000 POR 48 HRS



MONITOREO



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



RECOMENDADA EN LAS PRIMERAS 12 HRS CUANDO LA ICP NO SE PUEDE REALIZAR EN LOS PRIMEROS 12 0 MIN DESDE EL DX IAMCEST

ESTATINAS

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



REPASO TX

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

Contraindicaciones

ABSOLUTAS

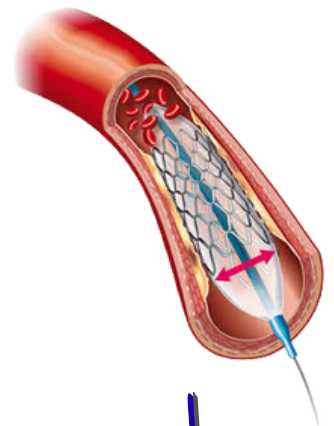
- ✓ HEMORRAGIA INTRACRANEAL DE ORIGEN DESCONOCIDO
- ✓ ACV ISQUEMICO EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES
- ✓ TRAUMA/CIRUGÍA/LESIÓN CRANEAL RECIENTE 3 SEMANAS
- ✓ DISECCION AORTICA

RELATIVAS

- ✓ HTA REFRACTARIA
- ✓ ÚLCERA PÉPTICA ACTIVA
- ✓ GESTACION/IRA SEMANA POSPARTO

ICP

METODO PREFERIDO DE REPERFUSION EN EL CONTEXTO DE IAMCEST



Protocolo EVC ISQUEMICO

ACCIONES INMEDIATAS

- ACTIVAR CODIGO CEREbro
- EVALUAR, **VIA AEREA**, VENTILACION Y PERFUSION
- **GLUCOMETRIA CAPILAR** INMEDIATA (DESCARTAR HIPOGLUCEMIA)
- REGISTRAR HORA DE INICIO DE SINTOMAS

REALIZAR ESCALA DE CINCINNATI

PUNTAJE >1 ACTIVAR CODIGO CEREbro



IDENTIFICA PACIENTES QUE SON CANDIDATOS A TRATAMIENTO TROMBOTICO

REALIZAR ESCALA DE FAST



CLÍNICA (SX APOPLETICOS))

ARTERIA CEREBRAL MEDIA

- OBSTRUCCION TOTAL: HEMIPLEJIA, HEMIANESTESIA, HEMIANOPSIA HOMONIMA CONTRA LATERAL, AFASIA
- OBSTRUCCION 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

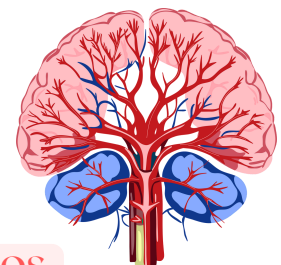
- HEMIPLEJIA CONTRA LATERAL

CAROTIDA INTERNA

- ASINTOMATICO SI POLIGONO DE WILLIS ESTÁ COMPLETO; AMAUROSIS

ARTERIA CEREBRAL POSTERIOR

- HEMIANOPSIA HOMONIMA CONTRA LATERAL, AGNOSIA VISUAL Y MALA MEMORIA



RESULTADOS

NO SE RECOMIENDA TRATAMIENTO DE TROMBOLISIS ENPX QUE ABARQUE EL DAÑO UN TERCIO DEL TERRITORIO DE LA ARTERIA MEDIA

DEFICIT NEUROLÓGICO SUBITO

ACOMPAÑADO DE

- DESVIACIÓN FACIAL
- DEBILIDAD EN UN LADO DEL CUERPO
- ALTERACION 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**



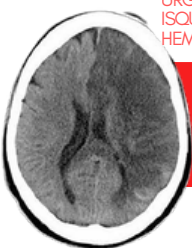
LABORATORIOS

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

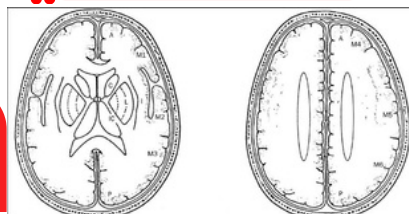
TAC

URGENTE: CONFIRMA ISQUEMIA Y DETECTA HEMORRAGIA

24 HRS POST TROMBOLIZACION O DETERIORO NEUROLÓGICO POST PRIMERA TAC

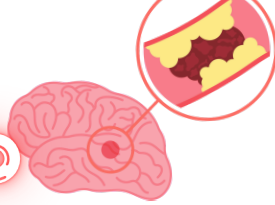


ESCALA ASPECTS



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

Protocolo EVC ISQUEMICO



PASO 1: MEDIDAS GENERALES DE ATENCION

1. ASEGURAR LA PERMEABILIDAD DE LA **VÍA AÉREA** Y LA **FUNCION VENTILATORIA** DEL PACIENTE



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



3. **MONITORIZACIÓN CARDÍACA** EN LAS PRIMERAS 48 HORAS

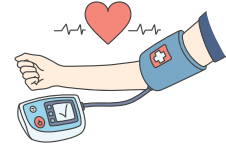


4. **MONITORIZACIÓN DE LA OXIGENACIÓN** MEDIANTE PULSIMETRÍA



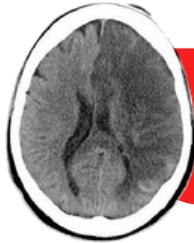
5. **MANEJO DE LA PRESIÓN ARTERIAL**

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



PASO 2

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



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

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 INTRACRANEAL
- SOSPECHA DE HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA
- CIRUGÍA INTRACRANEAL RECIENTE O ICTUS PREVIO
- HIPERTENSIÓN NO CONTROLADA
- NEOPLASIA INTRACRANEAL

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
- HEMICRANIECTOMÍA DESCOMPRESIVA EXTENSA: DISMINUYE LA MORTALIDAD DEL INFARTO MALIGNO DE LA ARTERIA CEREBRAL MEDIA



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