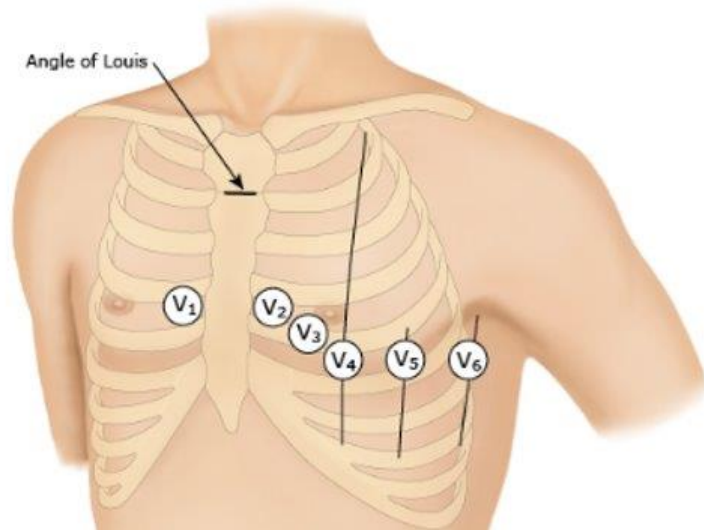


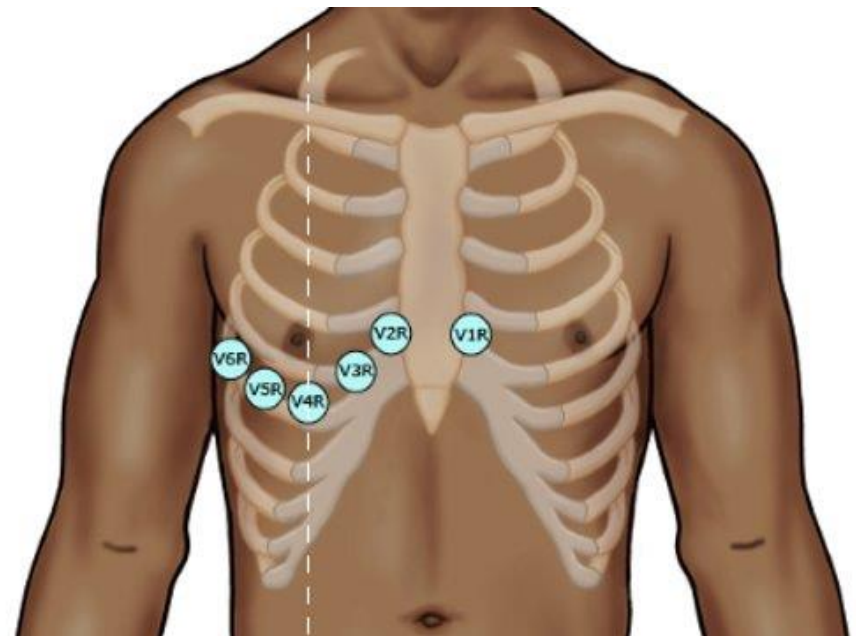
Anatomía coronaria en el electrocardiograma

PAREDES	DERIVADAS
Lateral alta	DI, AvL
Lateral baja	V5, V6
Anterior	V2, v3, v4
Septal	V1, v2
Inferior	DII, DIII, avF
Dorsal	V7, V8, V9
Derechas	V1R A V6R.

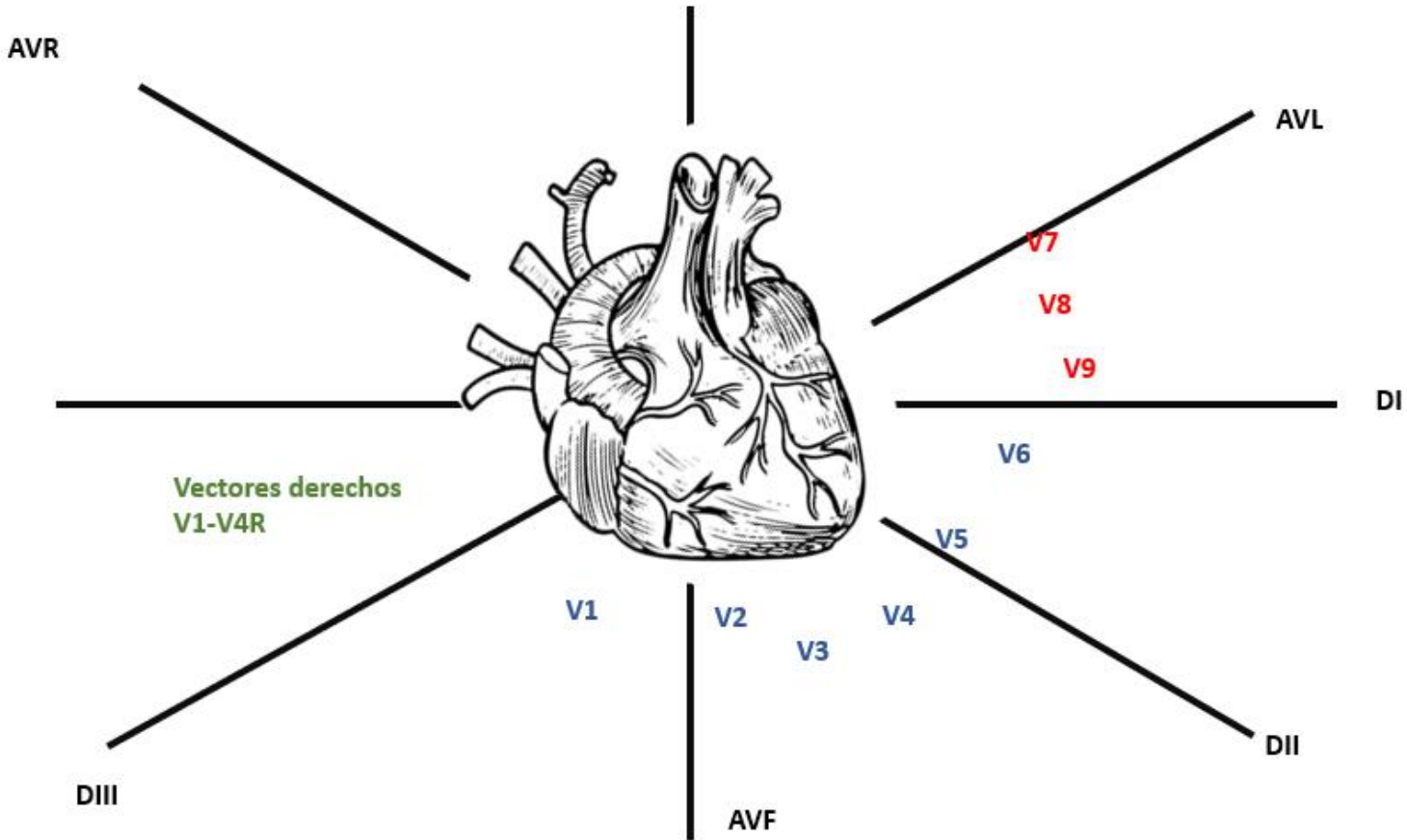
Elaboración propia



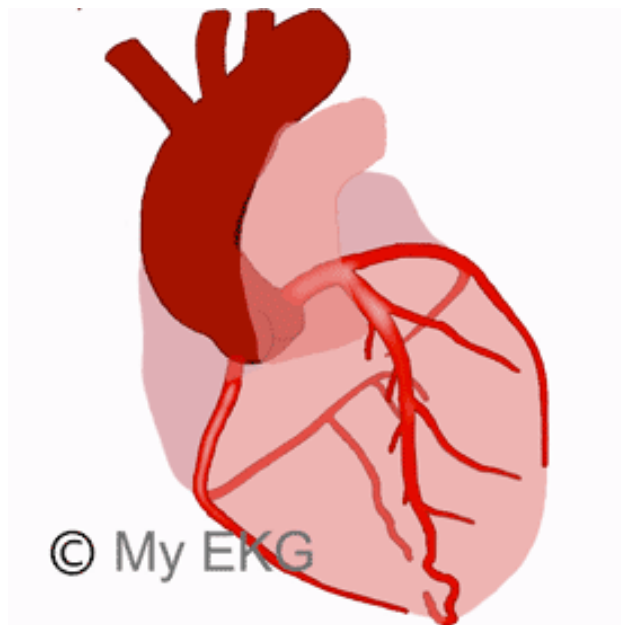
EKG CONVENCIONAL



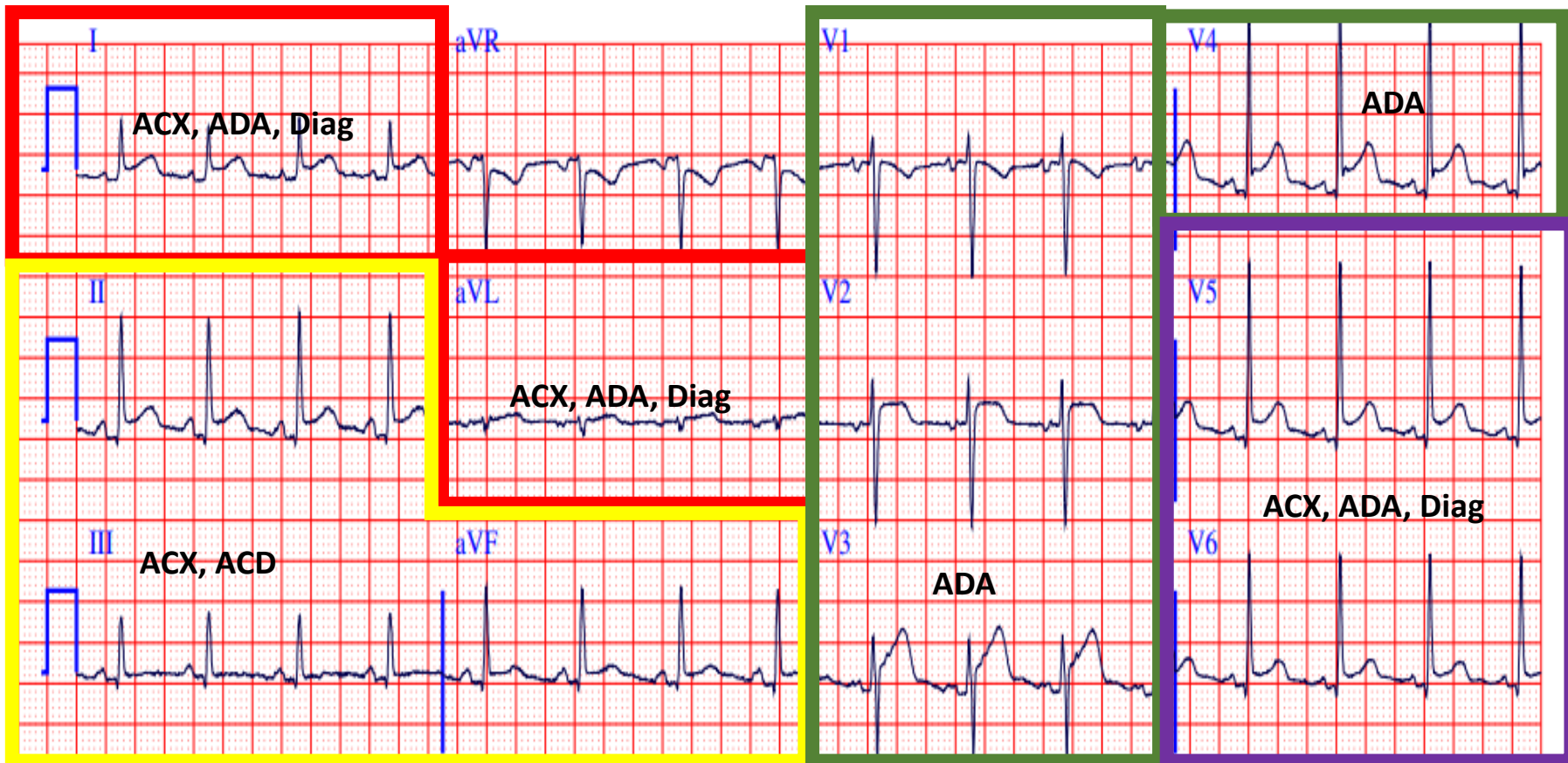
EKG CON DERIVACIONES DERECHAS



Territorios coronarios

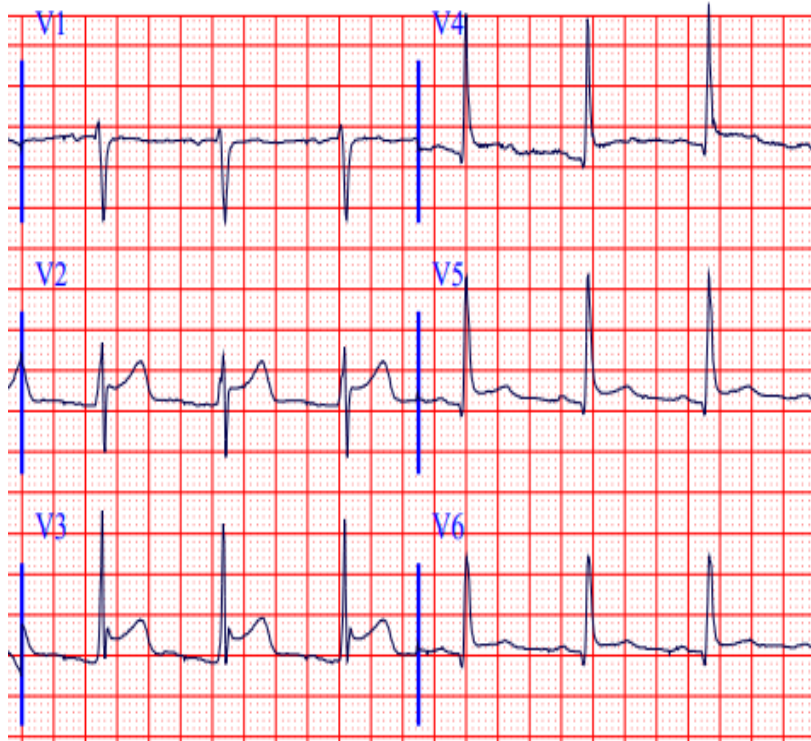


Cara	Arteria coronaria.
DI y AVL (Lateral Alta)	Arteria coronaria: >>Circunfleja. >>Diagonal >>Descendente anterior.
DII DIII y AVF (Inferior).	Arteria coronaria: >>Derecha >>Circunfleja.
V1 a V4 (Antero-Septal).	Arteria coronaria: >>Descendente anterior
V5 a V6 (Lateral baja).	Arteria coronaria: >>Circunfleja. >>Diagonal >>Descendente anterior.
V7 a V9 (Posterior).	Arteria coronaria >>Circunfleja. >>Derecha.

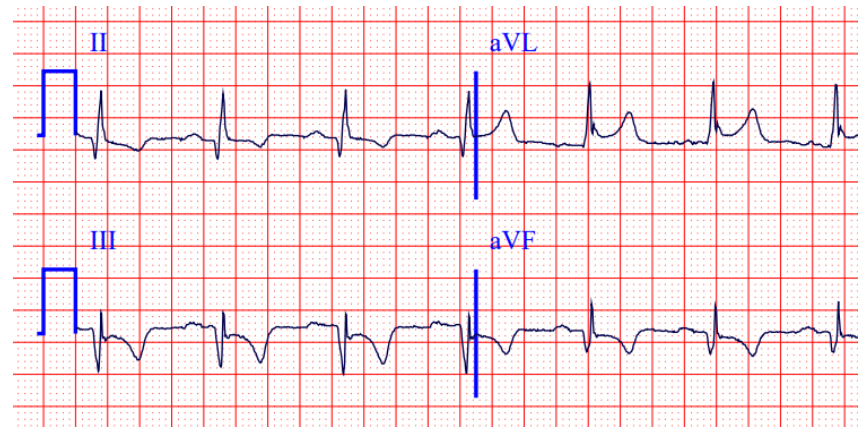


Los cambios recíprocos

- Trastornos y cambios electrocardiográficos vistos en las caras opuestas.



Área afectada	Cambios indicativos	Cambios recíprocos
Cara inferior	DII-DIII-aVF	DI-aVL (V1,V2,V3)
Cara anteroseptal	V1-V2-V3	DII-DIII-aVF
Cara lateral	DI-aVL-V5-V6	V1-V3R-V4R
Cara posterior	V7-V8-V9	V1-V2



Hablemos de infarto

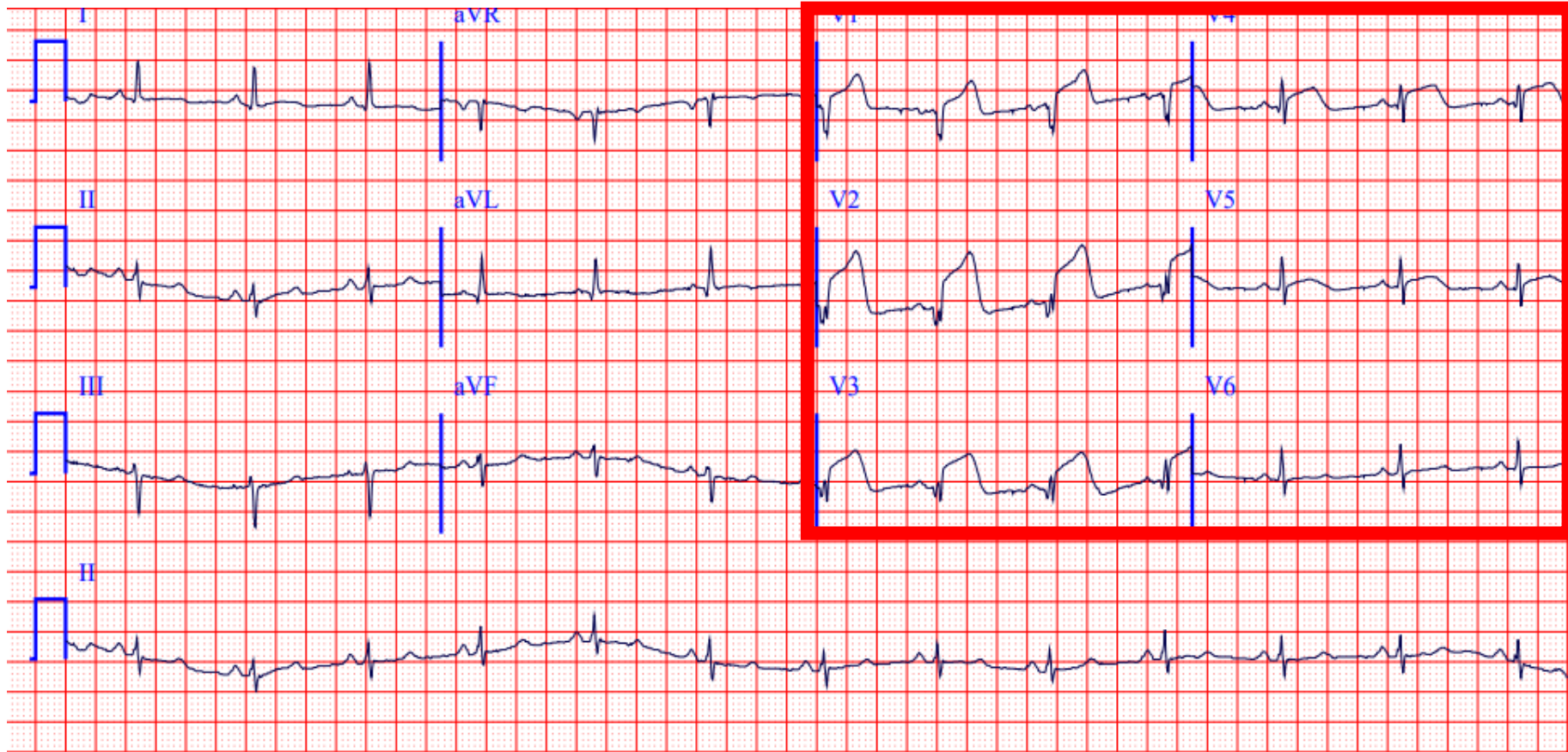
- ✓ Elevación del segmento ST en 2 derivaciones contiguas mayor de 1mm.

En derivación V2 y v3:

- ✓ Si es en mujeres la elevación es mayor a 1.5mm
- ✓ Si es en hombre mayores de 45 años de edad la elevación es de 2mm
- ✓ Si es en hombres menores de 45 años de edad la elevación es de 2.5mm

- ✓ Considere si hay infra desnivel del segmento ST de V1 a V3, realizar V7 a V9 para evaluar infarto de cara posterior. En las derivaciones posteriores y derechas, la elevación es mayor a 0.5mm

- ✓ Considere evaluar los cambios recíprocos de las caras afectadas, aumenta la probabilidad de que se trate de un síndrome coronario agudo.



Infarto con elevación
del segmento ST:

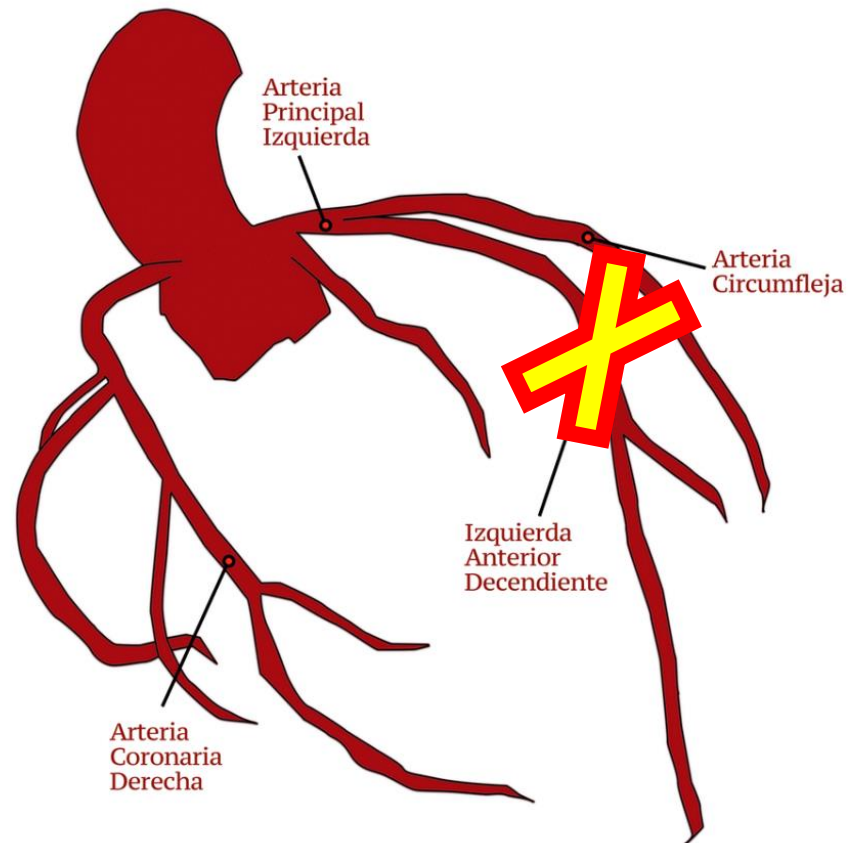
V1 elevación de 2mm

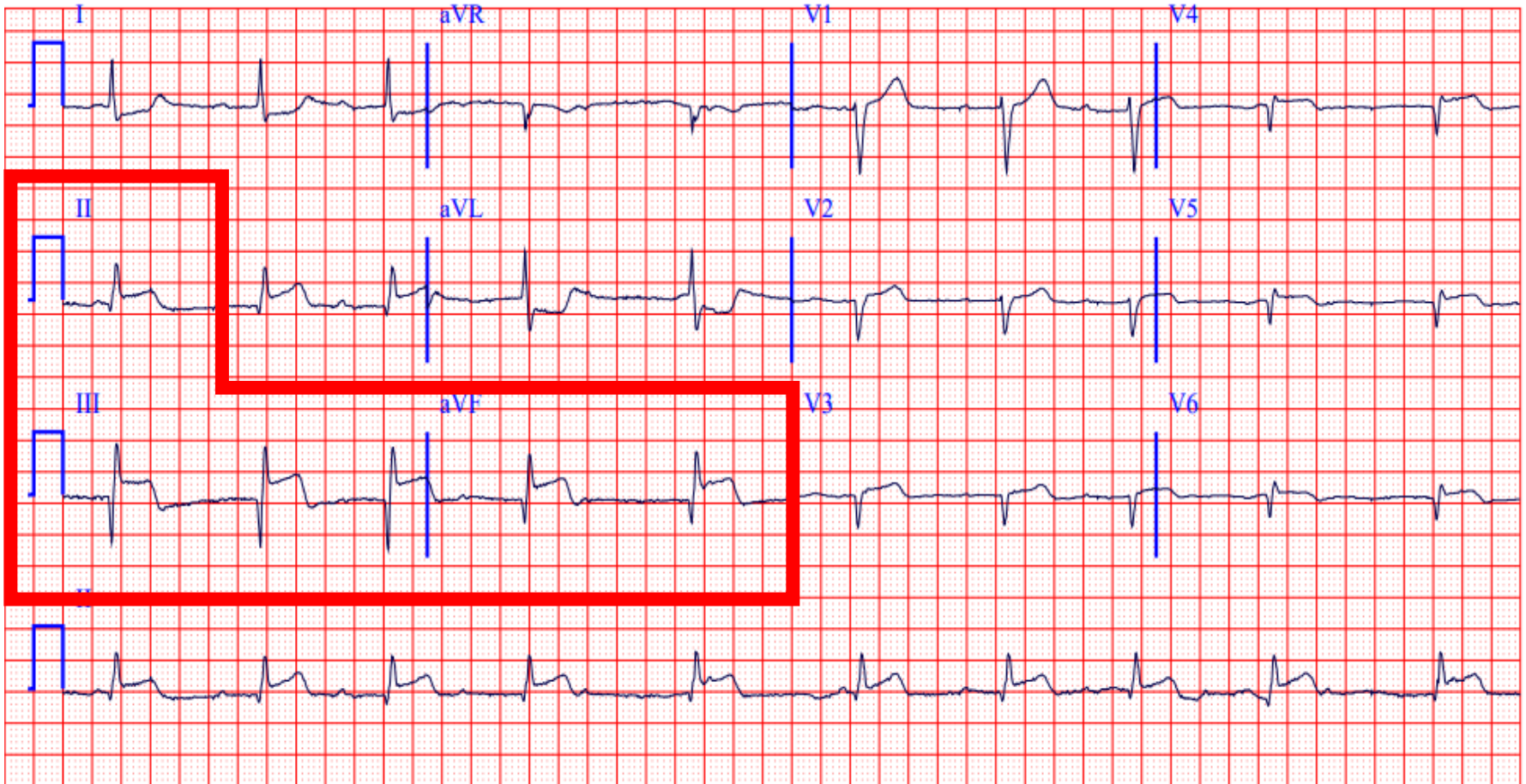
V2 : 6mm

V3: 4mm

V4: 2mm

Compromiso de la
cara anterior del
ventrículo izquierdo.





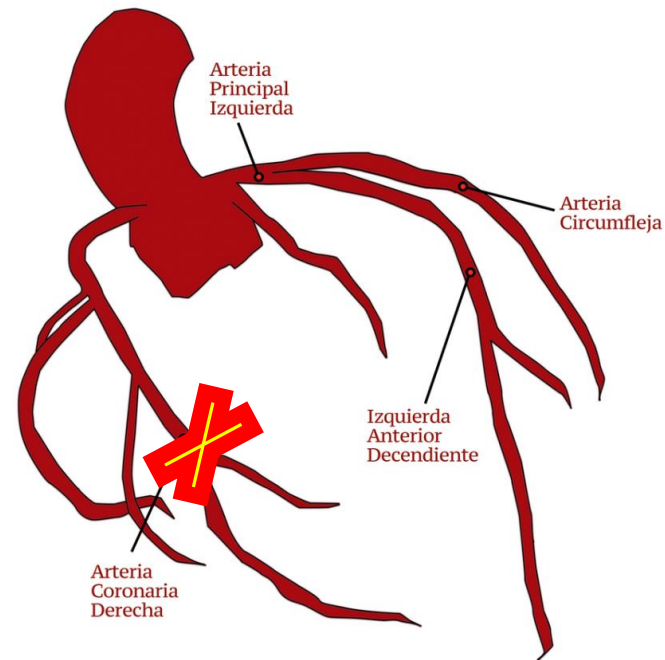
- Si hay mayor elevación en DIII que en DII, sugiere que el compromiso es de la arteria coronaria derecha.

Infarto agudo al miocardio con elevación del segmento ST.

En DII: Elevación de 2mm.

En DIII: Elevación de 4mm.

Probable compromiso de la arteria coronaria derecha o circunfleja.



FC 97 - Edad no introducida, se consideran 30 años a efectos de interpretación del ECG
 PR 153 - Ritmo sinusal.....eje P normal, Pao-V 50-99
 QRS 91 - EVI con cambios secund. en espol.....múltiples crestas de EVI, cambios en ST-T
 QT 347 - Infarto inferoposterior, agudo (exteoria CD).....ST>0.1 inferior, <-0.1 anterior
 QTc 441 - Infarto anterolateral, agudo.....ST>0.20mV. en V2-V6, I, aVL
 - Probable afectación VD, se sugiere registrar derivaciones precordiales derechas

--EJEO--

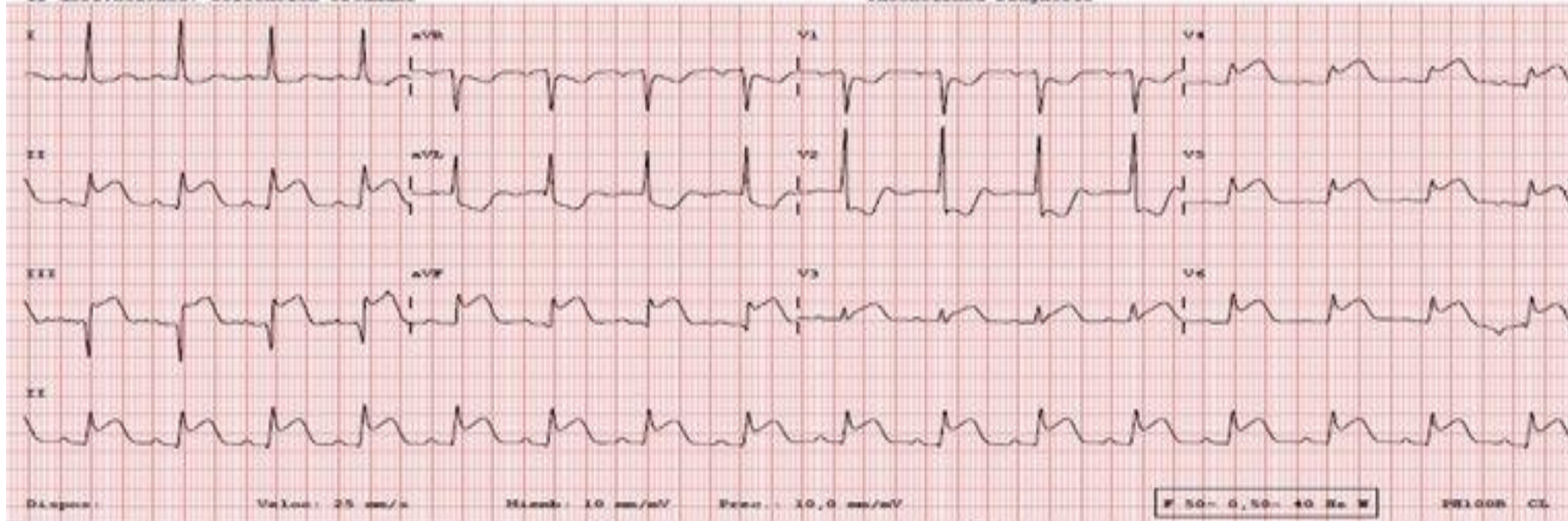
P 31
 QRS 22
 T 92

ECG ANORMAL

III agudo

Unconfirmed Diagnosis

12 derivaciones, colocación estándar



Elevación del segmento ST

Cara inferior:

DII: 4mm

DIII: 4mm

Cara lateral :

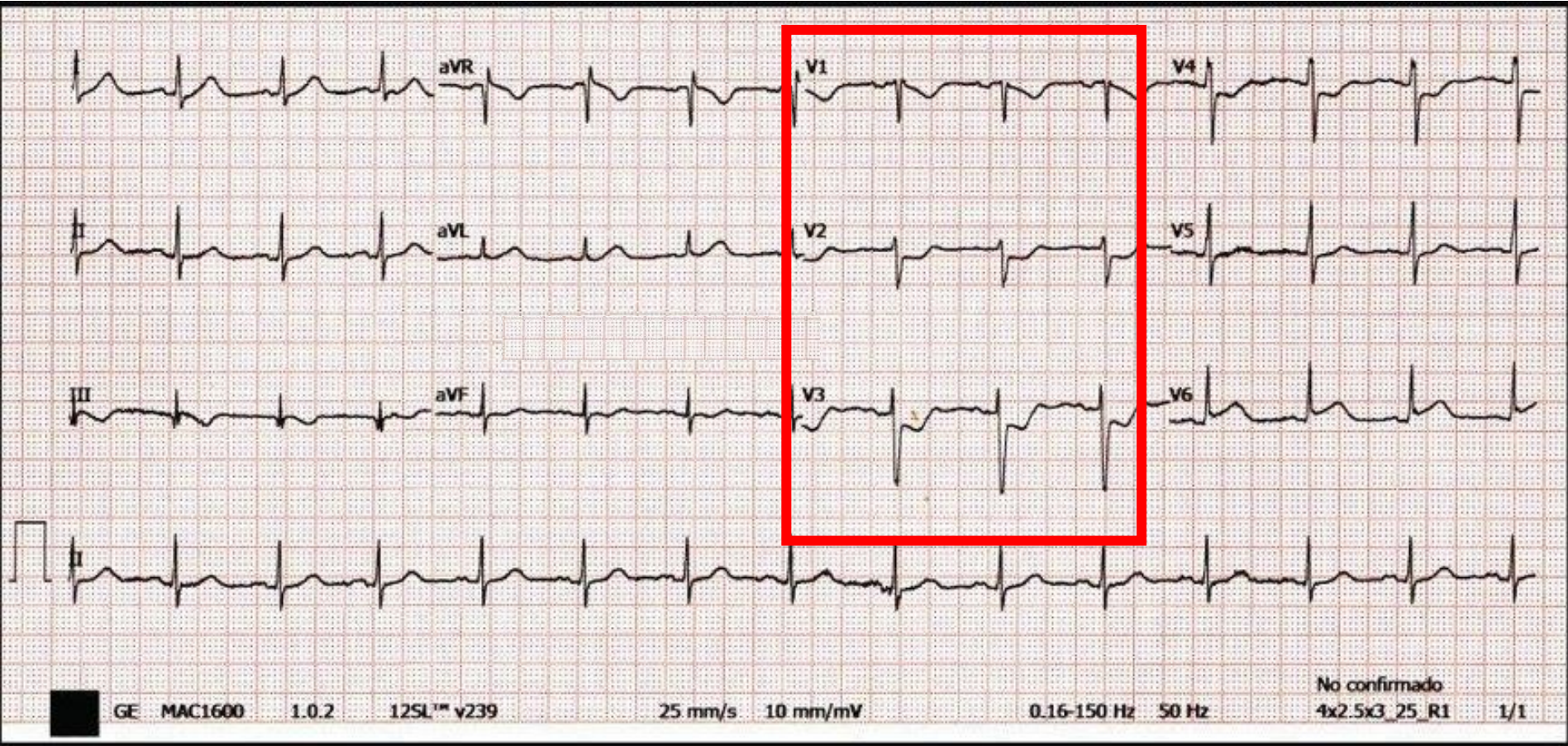
V4: 2mm

V5: 3mm

V6: 3mm

Con el compromiso de la cara inferior y lateral, sugiere circunfleja.

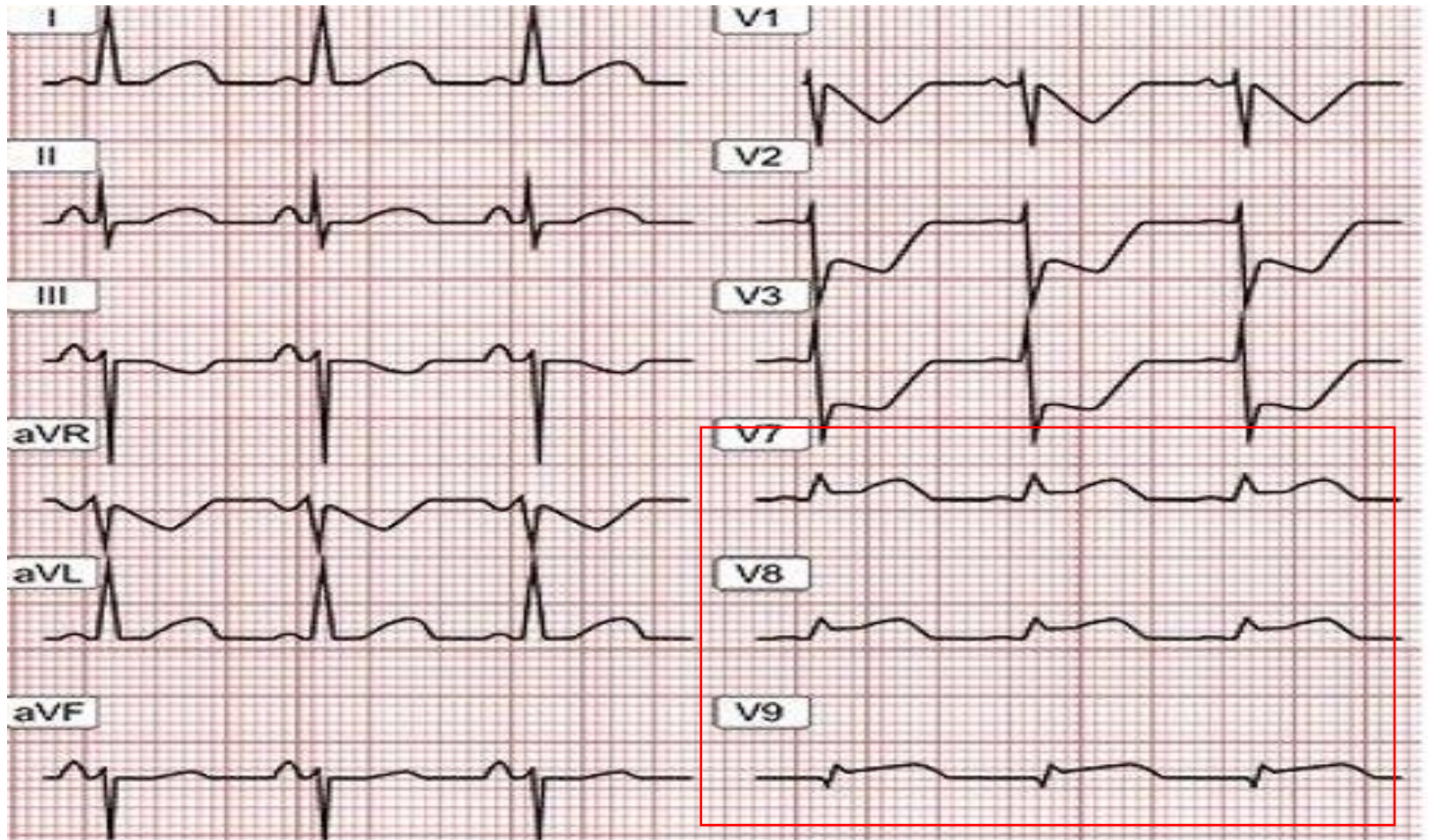
Probable dominancia izquierda que sugiere que la descendente posterior nace de esta arteria.



¿Qué nos debe llamar la atención?

Infradesnivel de 2 a 3mm en las derivaciones v2 y v3.

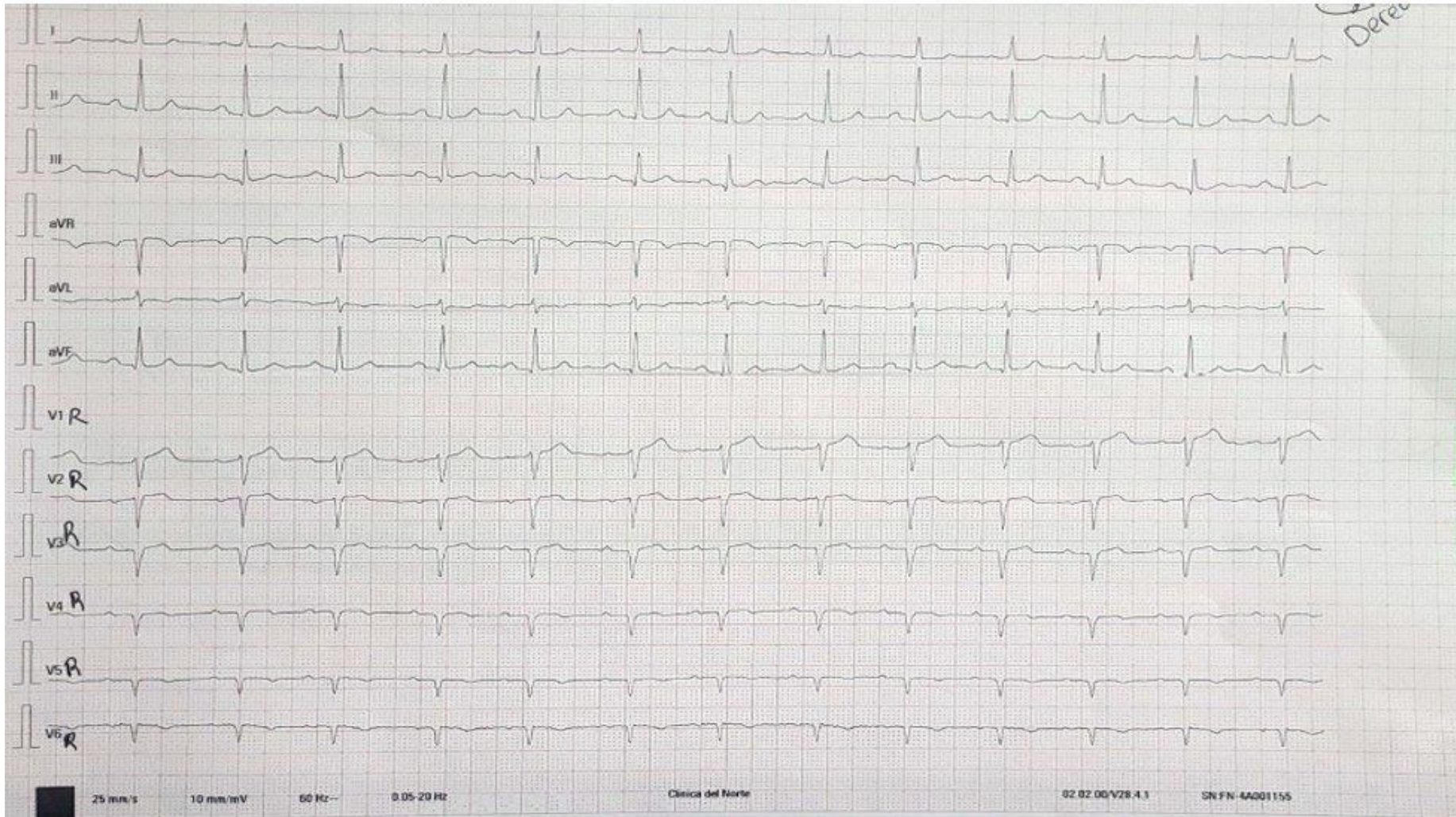
- Siempre que exista un infradesnivel del segmento ST en las derivaciones V1 a V3, Siempre considerar realizar unas derivaciones posteriores.



Diagnóstico

- Síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST de la cara posterior.
- Elevación de más de 0.5mm en las derivaciones V7 a V9.
- Compromiso de la arteria coronaria descendente posterior, puede tener su origen en la arteria coronaria derecha o circunfleja.

Siempre que tengamos un infarto con elevación del segmento ST de las derivaciones inferiores (DII-DIII y AVF), debemos realizar derivaciones derechas para excluir extensión al ventrículo derecho.



- Ya el paciente tenía ondas Q en las derivaciones derechas.

