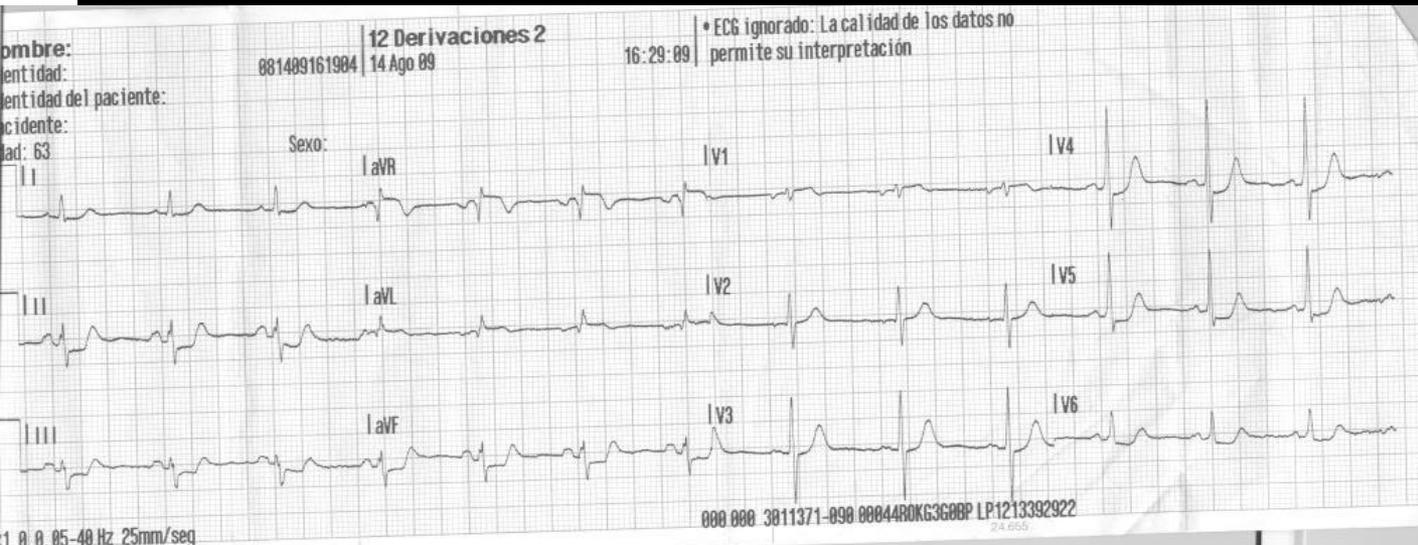
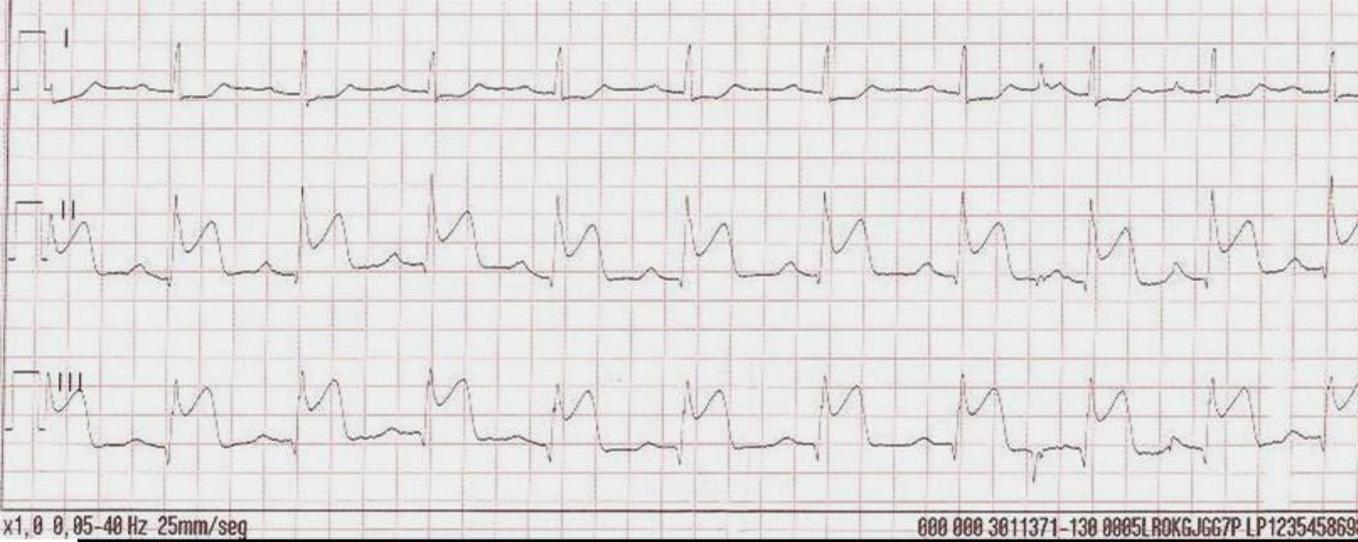


ALGUNAS CONSIDERACIONES ACERCA DE LA LOCALIZACIÓN DE LA LESIÓN CORONARIA..

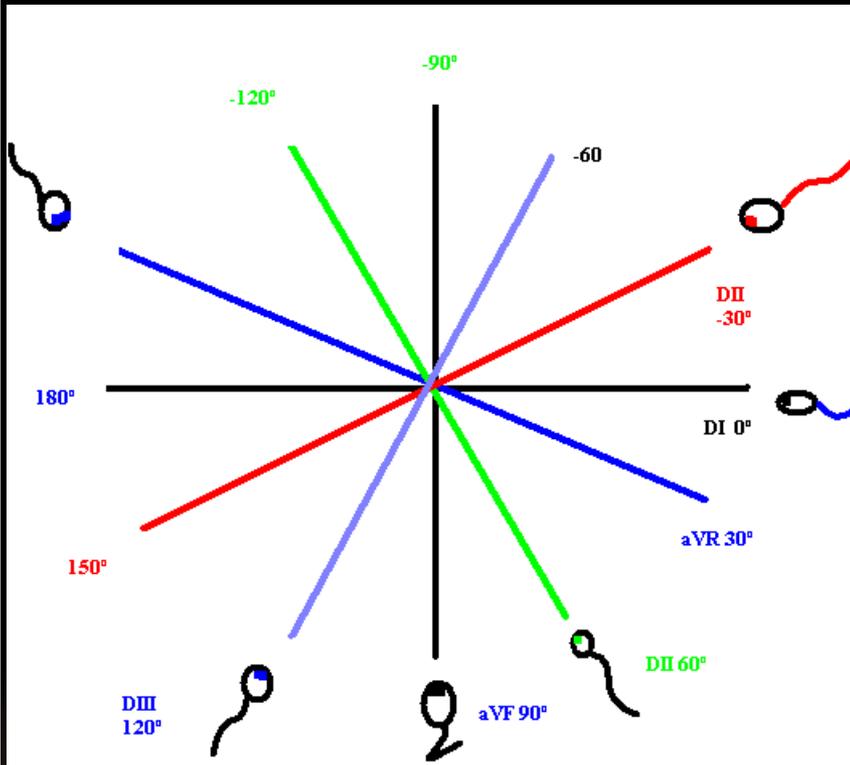
Tal vez no sea necesario conocer todo esto en profundidad, pero el tener cierto nivel de especificidad hará más fácil el diagnóstico grosero

En algunos casos no hará mucha falta, vale..



- En otros puede que si..
- Porque a veces el chino de adentro no lee bien..

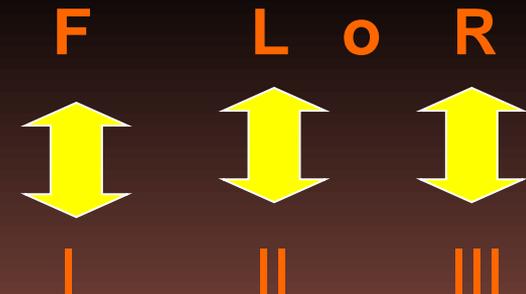
Recuerdos del Eje.



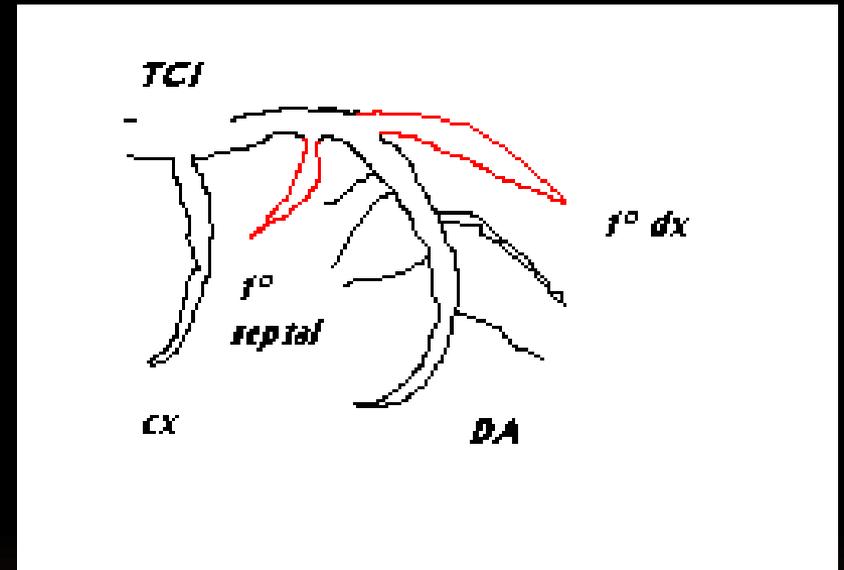
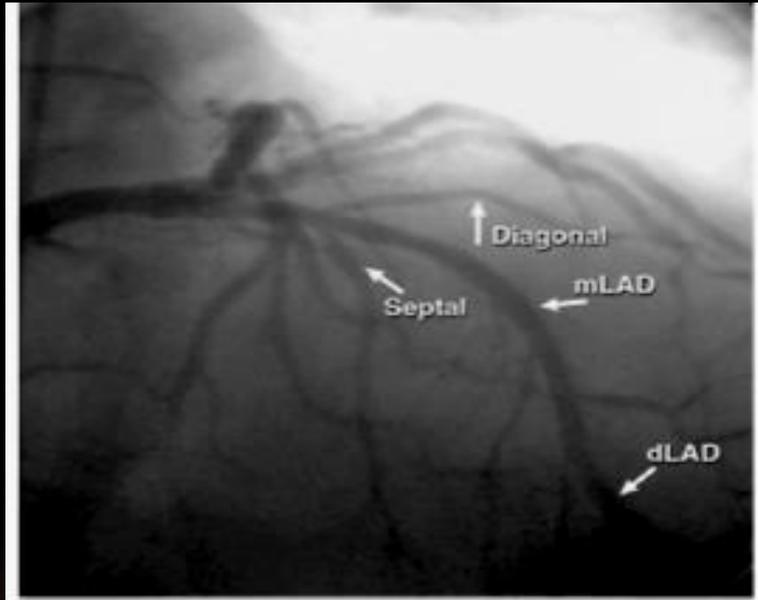
- Cada electrodo nos dirá si el dipolo se “acerca” (- +) o si se aleja (+ -)
- Para orientarnos recordar la palabra
- FLOR
- Son ojitos, no otra cosa.. Eh??

F L o R

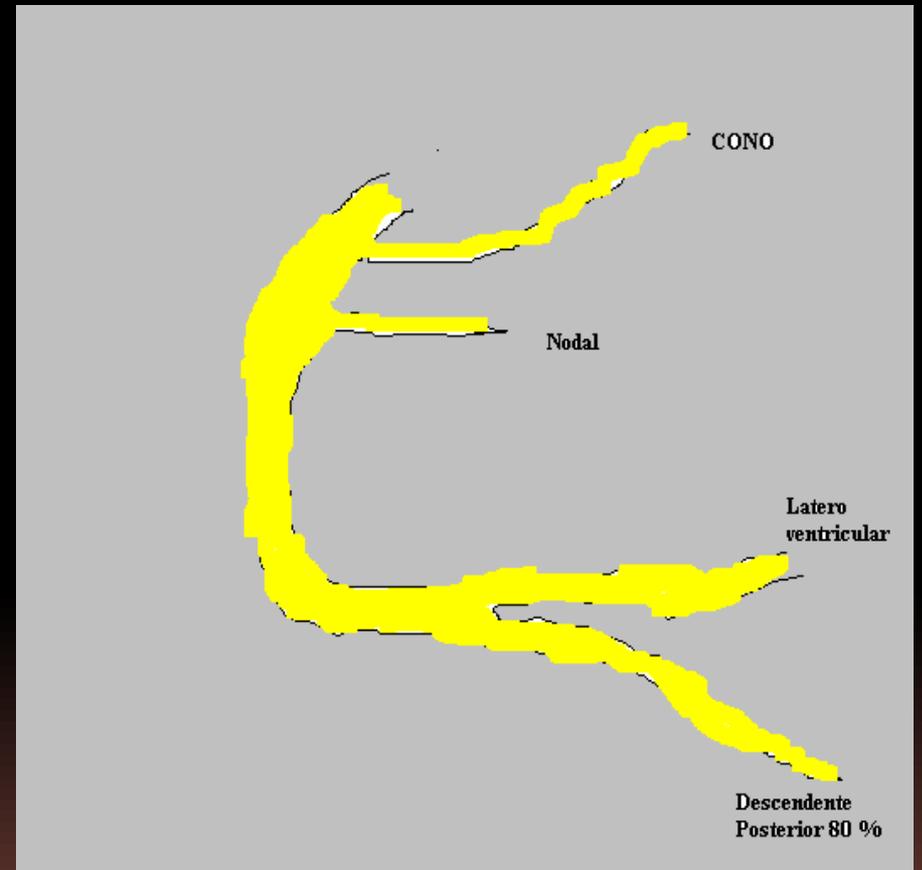
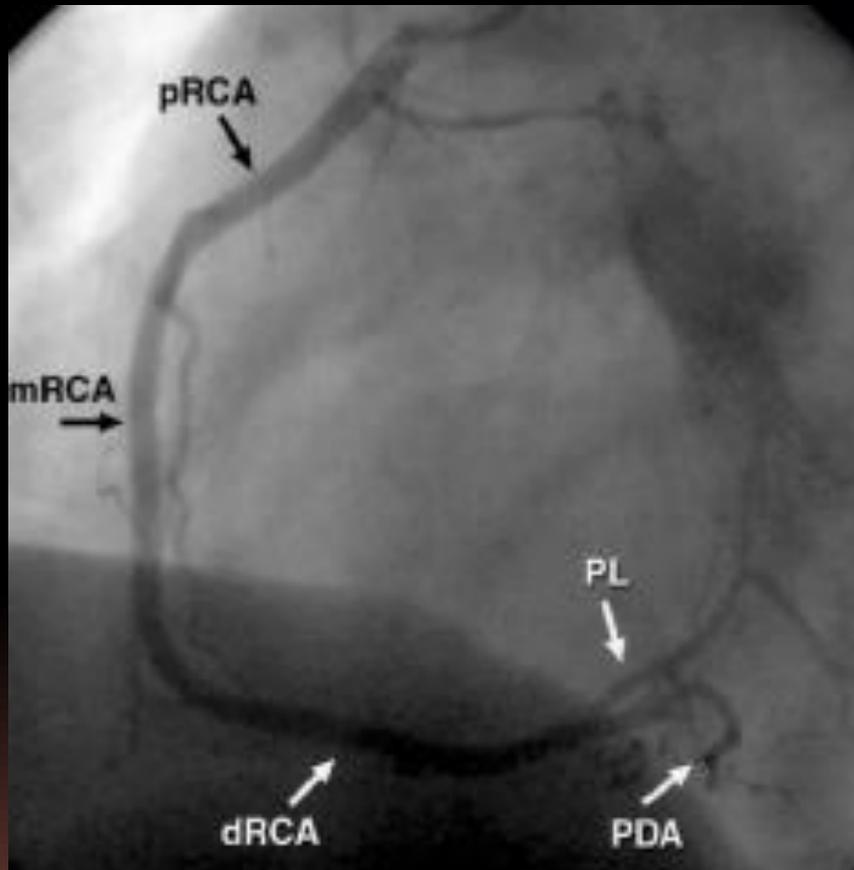
I II III



Coronaria Izquierda



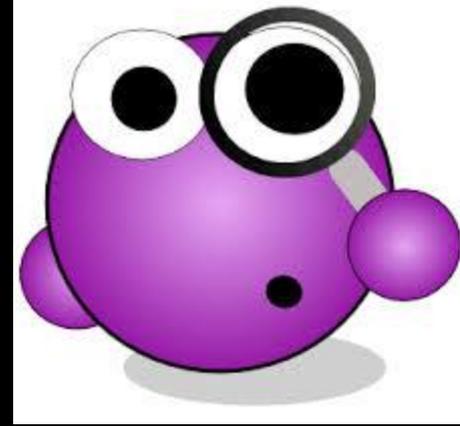
Coronaria Derecha



Antes de comenzar..

- El vector de Isquemia “apunta” a la zona comprometida
- Esa dirección nos permitirá “predecir” con cierta exactitud la coronaria culpable y la localización del trombo.
- Estos mismos elementos nos darán seguridad sobre el diagnóstico.
- Existen, si bien casi no se usan, “criterios de gravedad eléctrica” .
- Conocer algunos antecedentes específicos nos puede ayudar –incluso antes de ver el electro-

1º lo primero



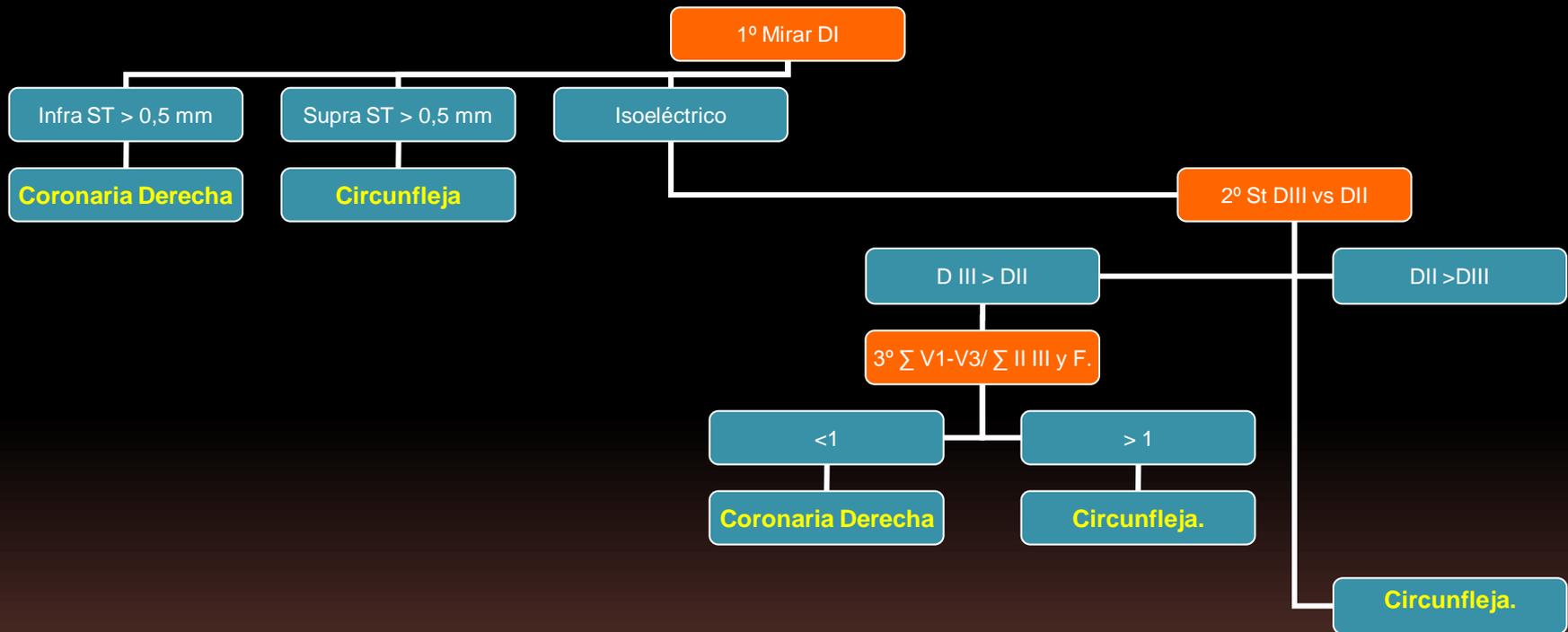
- Localizar la elevación del segmento ST.
- Buscar las distintas imágenes “en espejo”
- Tener en cuenta las ondas Q y relacionarlas con el tiempo de evolución
- Preguntar por el dolor –PQRST- clasificar una intensidad –sobre 10-
- Puntuación > 12 mm se corresponde con un área isquémica de consideración

Tenemos el ansiado electro y comenzamos

- Mantener la Calma
- Prioridad al Supradesnivel
- El infradesnivel será tomado
- Como espejo hasta que no se vea otra cosa



Algoritmo de Ups and Downs



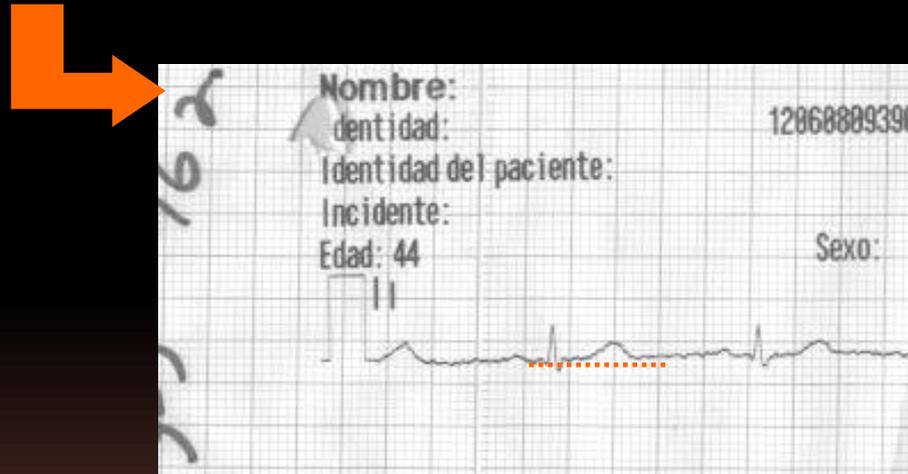
Bayes de Luna et al

Infarto inferior

- Clave: ¿Coronaria derecha o Circunfleja?
- Tras identificarlo mirar 3 puntos:
- 1º DI (Supra ST, nada, Infra ST)
- 2º Medir la elevación de DII y Compararla con DIII.
- 3º Medir los "infras de V₁;V₂ y V₃. y sumarlos. Medir los supras de II, III y F y sumarlos también.

1º D1

- Si en D1 hay Supra ST corresponde a CX
- Si en D1 hay Infra ST corresponde a CD
- Si en D1 isoeléctrico continuar con el algoritmo.



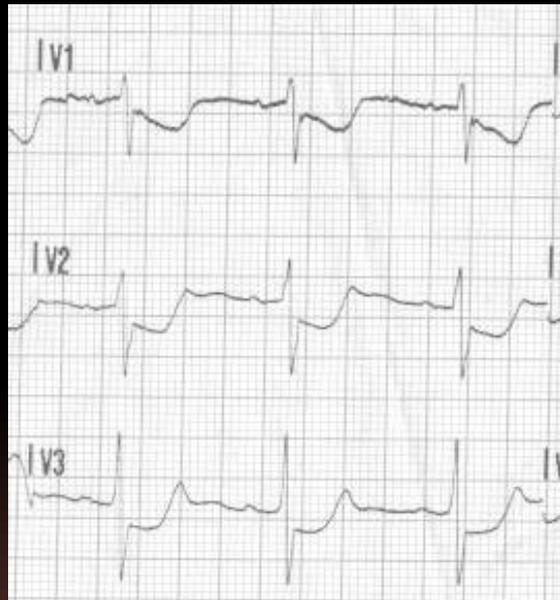
2º Comparar DII vs DIII

(a 80 msec del punto J -lo que viene siendo dos cuadraditos)

- Si DIII > DII = Probable CD
- Si DII > DIII = CX
- Si son iguales.. Vayamos al siguiente paso
- Regla Mnemotécnica: " 3 es mayor a 2, como CD es mas probable que cx.. "

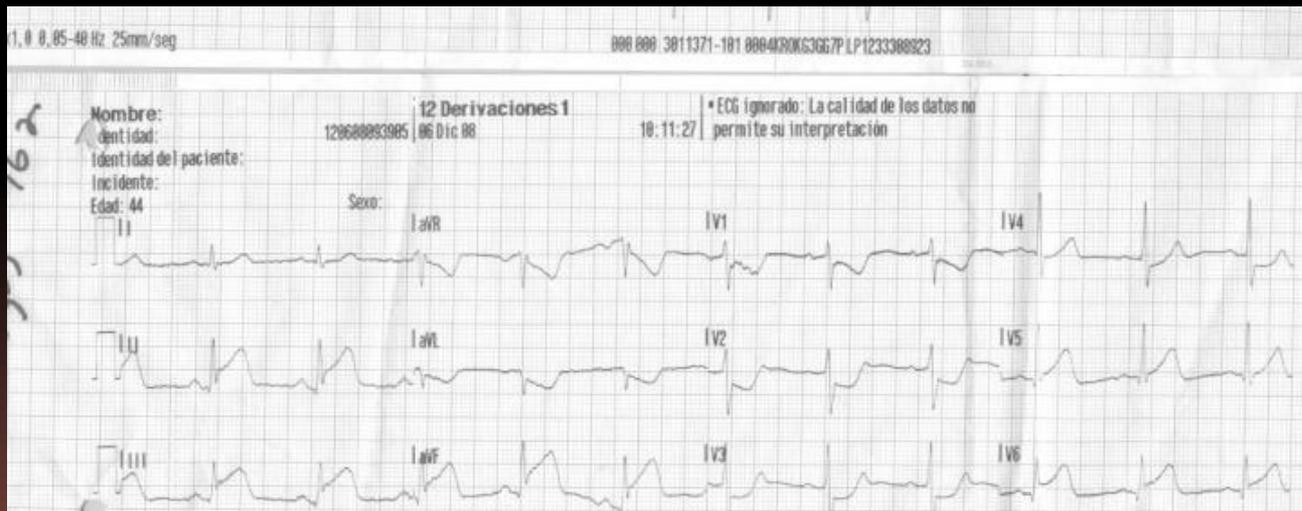


3º sumar los infras de V1+V2+V3
Sumar los supras de II, III y F.

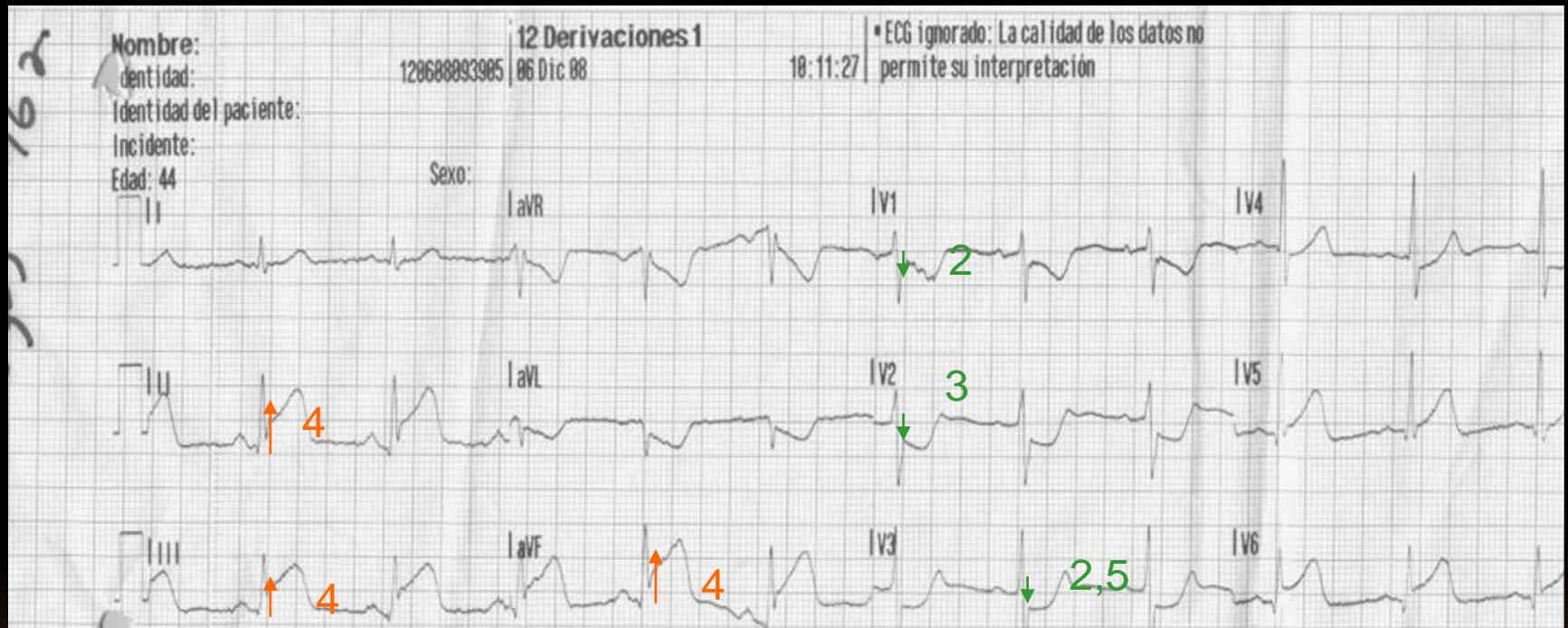


Una vez sumados

- Apuntarlos por algún sitio.
- Luego el resultado de las V lo colocamos arriba
- el de la cara inferior debajo y dividimos.
- Si la división resulta igual a **1 o menor es coronaria derecha**.
Si da **más de 1 será circunfleja**.
- Truco: El **80% de los casos será derecha**



Ejemplo



- $2+3+2,5=7,5$

- $4+4+4=12$

$$7,5/12=0,62$$

Una clave

- Cuando "la culpable" es:
- coronaria derecha:
- El ST "apunta" hacia DIII.

DIII

- Circunfleja:
- El ST "apunta hacia DII"

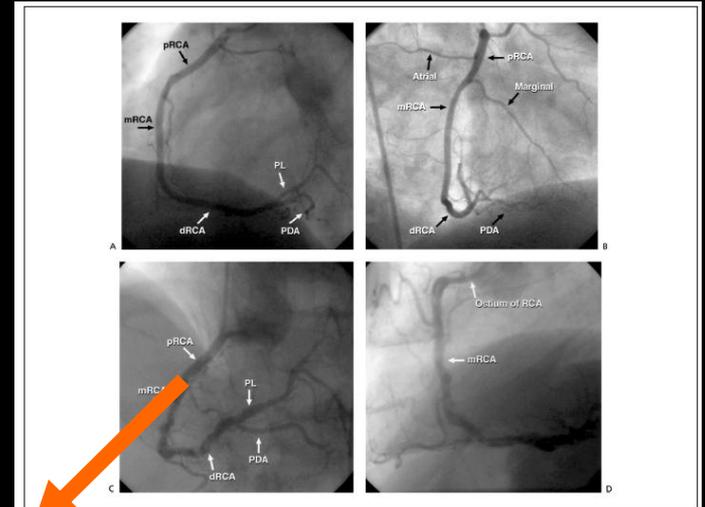


FIGURE 76.2. Normal right coronary artery with segments labeled. A: Left anterior oblique projection. B: Right anterior oblique projection. C: Posteroanterior cranial projection. D: Lateral projection. dRCA, distal right coronary artery; mRCA, mid-right coronary artery; PDA, posterior descending artery branch; PL, posterolateral branch of the right coronary artery; pRCA, proximal right coronary artery.

Copyright © 2007 by Lippincott Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer business.
Textbook of Cardiovascular Medicine, Third Edition by Eric J. Topol.



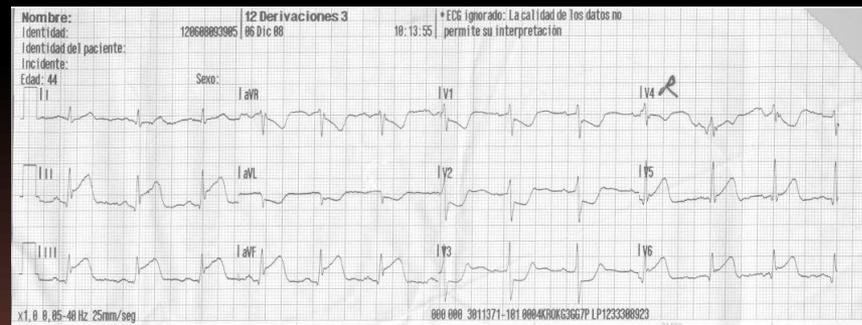
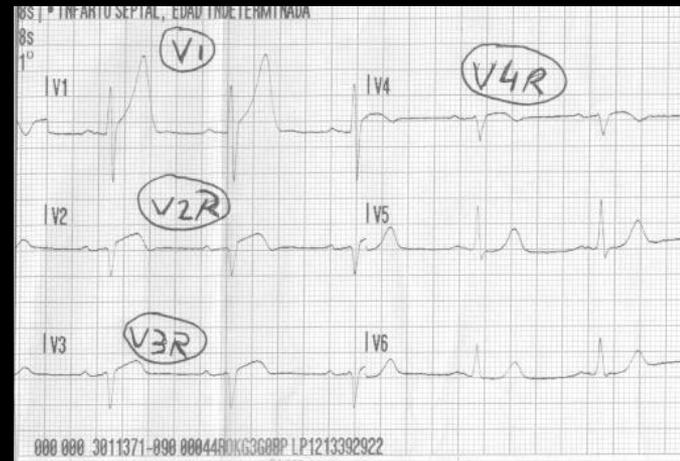
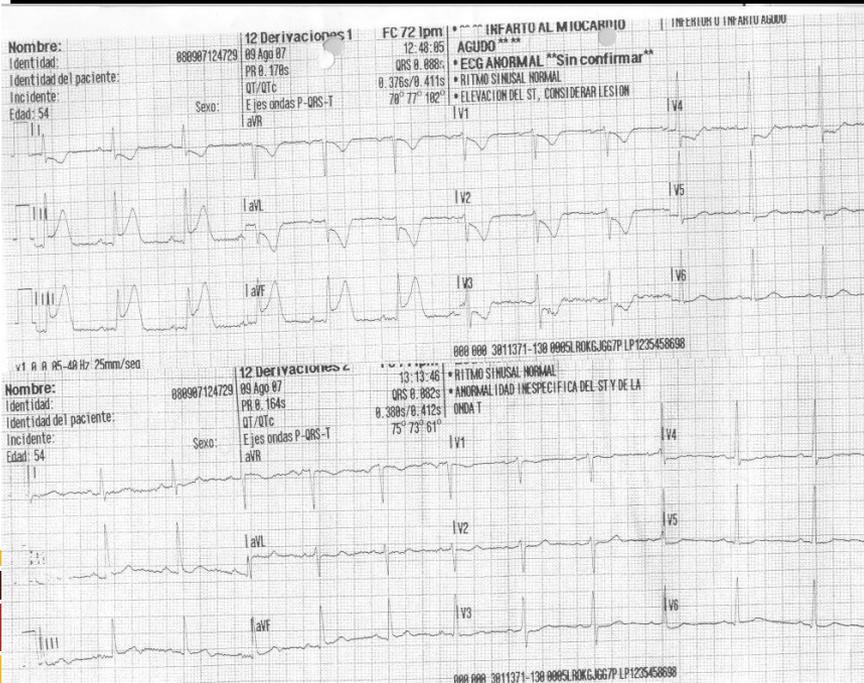
FIGURE 76.1. Normal left coronary artery with segments labeled. A: Shallow right anterior oblique (RAO) caudal projection. B: Left anterior oblique cranial projection. C: Posteroanterior caudal projection. D: RAO cranial projection. AV, atrioventricular continuation of the left circumflex artery; dLAD, distal left anterior descending artery; Lat LCX, lateral branch of the left circumflex artery; LM, left main coronary artery; mLAD, mid-left anterior descending artery; mLCX, mid-left circumflex artery; PL, posterolateral branch of the left circumflex artery; pLAD, proximal left anterior descending artery; pLCX, proximal left circumflex artery.

Copyright © 2007 by Lippincott Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer business.
Textbook of Cardiovascular Medicine, Third Edition by Eric J. Topol.

DII

Otros datos

- “En Todo IAM inferior debería hacerse un ekg completo con derivaciones **Derechas y posteriores**
- O al menos con
- **V₄ r**
- **V₄ r**
- Si supra ST CD proximal
- Si ST isoelec T Positiva CD distal
- Si ST isoelect T negativa CX.



Respecto de los bloqueos

- Los distintos bloqueos en contexto de IAM inferior suelen ser “isquémicos” y por lo tanto reversibles. –La propiedad de ser transitorios, no implica necesariamente, que no puedan matar en el momento agudo-
- Considerar el mp transcutáneo como “puente hasta la revascularización”, para dar soporte hemodinámico.

Repasamos

Coronaria Derecha

- **DI** Infradesnivel ST
- $DIII > DII$
- $V/inf = < 1$
- **V_4R**
- Supra ST CD prox
- ST isoel T + CD distal

Circunfleja

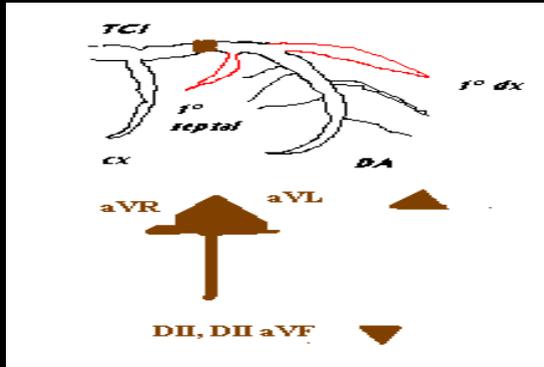
- **DI** Supradesnivel ST
- $DIII < DII$
- $V/inf > 1$
- **V_4R**
- St isoel T - CX



Infarto Anterior

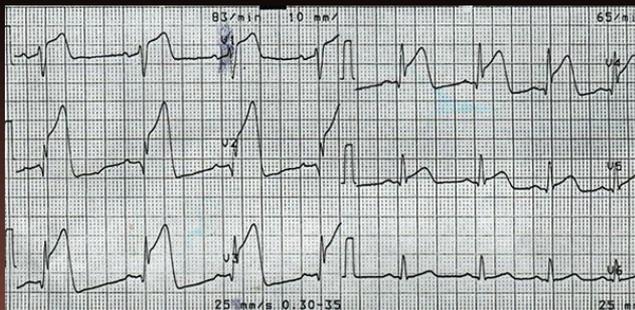
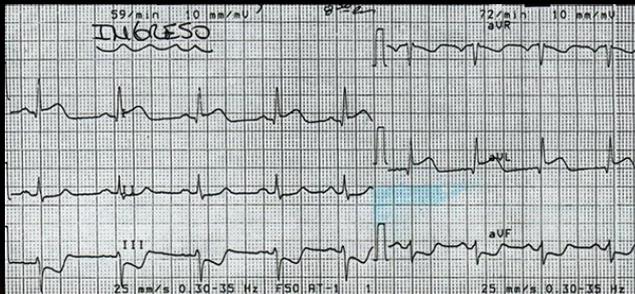
- Descendente anterior.
- Proximal
- Medio
- distal

Proximal a la 1º septal y 1º diagonal.

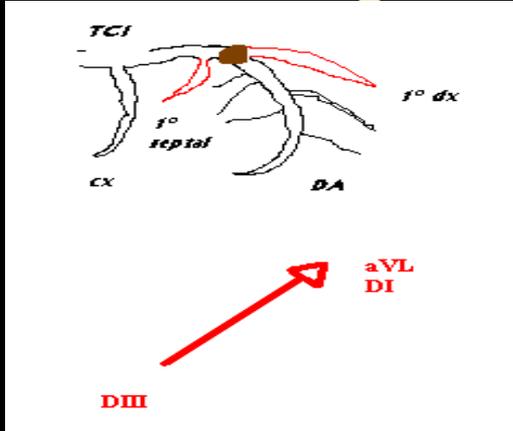


Apunta hacia las zonas basales del corazón
-bien vertical hacia arriba-
Supradesnivel desde V1-V4 en V1 supra > 2 mm.

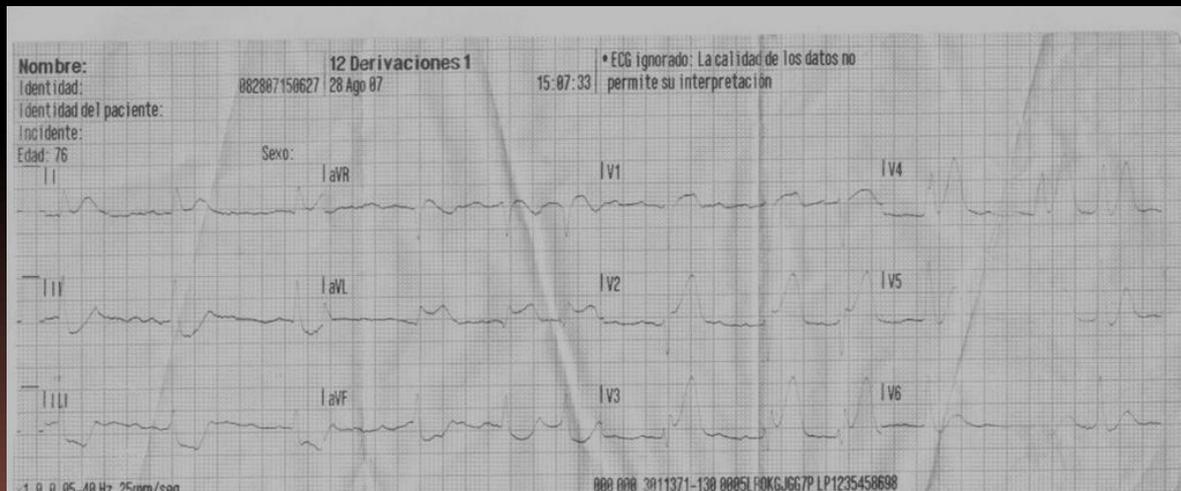
Supra en aVL, aVR
Infradesnivel DII, DIII y aVF.



Distal a la 1º septal pero proximal a la 1º diagonal

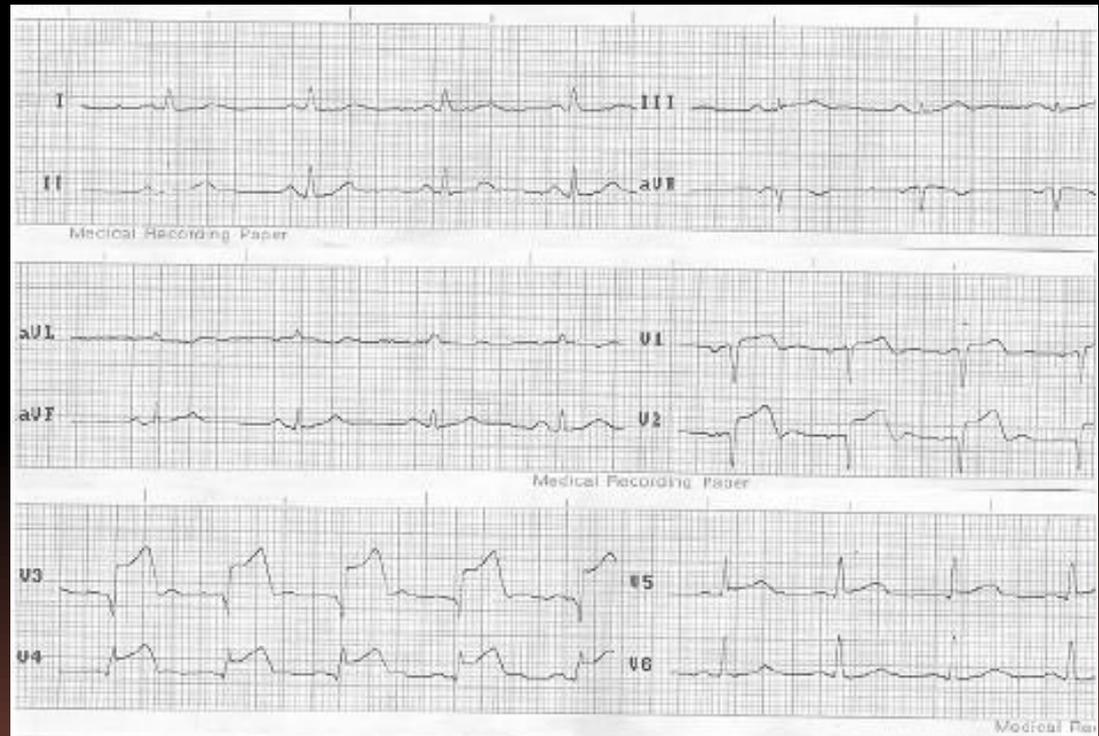


- Supra ST V₂-V₆ pero no en V₁.
- Apunta hacia aVL
- Supra en aVL, DI
- Infra en DIII



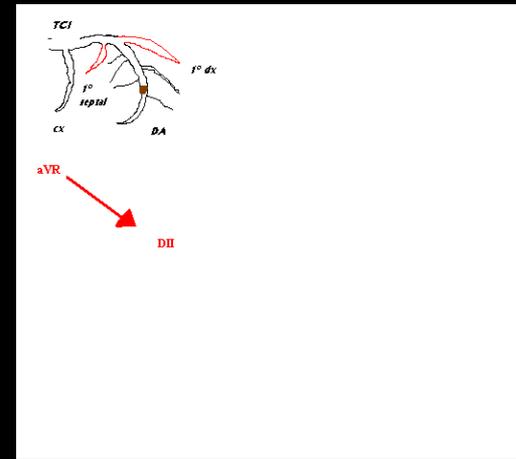
Algunas veces distal a la 1º diagonal, y proximal a la 1º septal.

- Vector apunta hacia DIII
- Supra ST V₁-V₄
- Infra en aVL,
- Supra en DIII



Distal

- Supra de V₃-V₆
- Apunta hacia DII
- Infra en Avr, Supra en DII



En orden



ST V1-V4

V1 > 2mm
Supra aVL y aVR
Infra en cara inferior

DA Proximal

Supra DIII
Infra en aVL

Distal 1° dx, prox 1° septal
(raros)

ST V2V6

Supra DI y aVL
Infra DIII
No V1

Da distal 1° septal
Proximal 1° diagonal

ST V3-V6

Infra aVR
Supra DII

DA distal

Ahora la guinda final..

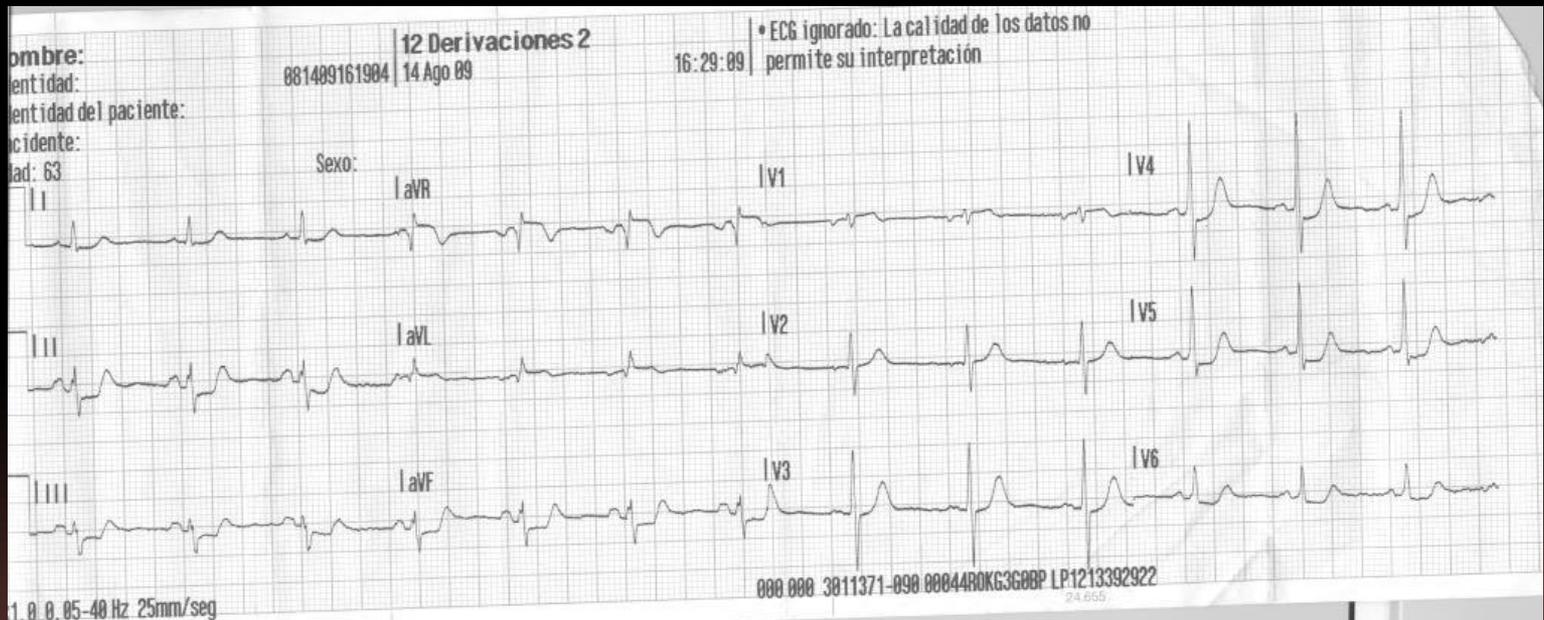
- Solo el 25 % presenta el signo de Yamahi
- El resto no alcanza el sistema sanitario o lo alcanza como muerte súbita



Tronco coronario



- Supra desnivel ST aVR > V1
- Es mejor ir depilando al paciente..



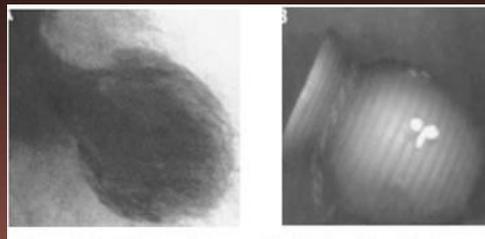
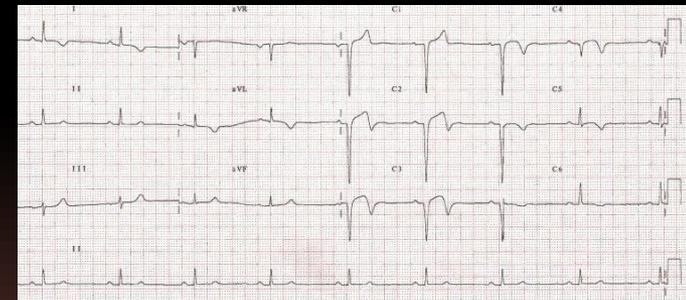
Yamahi et al

Bien depilado...



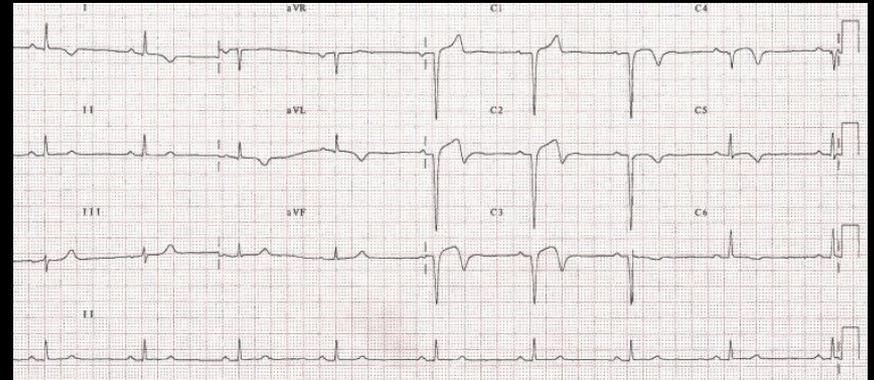
Diagnóstico diferencial

- Otras causas de supra desnivel del ST:
 - Pericarditis
 - Movimiento aneurimático
 - Tako Subo
 - Miocarditis
- No hacer “electromancia”
- Reunir todos los datos posibles
- Ante la duda decidir a favor del IAM.



Conclusiones

- El ekg continúa siendo la prueba diagnóstica más fiable, económica y disponible.
- El conocimiento de las distintas desviaciones del eje nos permitirá predecir el nivel de oclusión con alto grado de probabilidad, pero con toda seguridad.



Si aún estáis despiertos..

Muchas gracias por vuestra atención!

casos

