

Hojas de Referencia Personal Rápida

(Páginas 333 a la 346)

del libro: **Dubin: Interpretación de ECG**

por: Dr. Dale Dubin, MD

COVER Publishing Co., 12290 Treeline Avenue, Fort Myers, FL 33913, USA

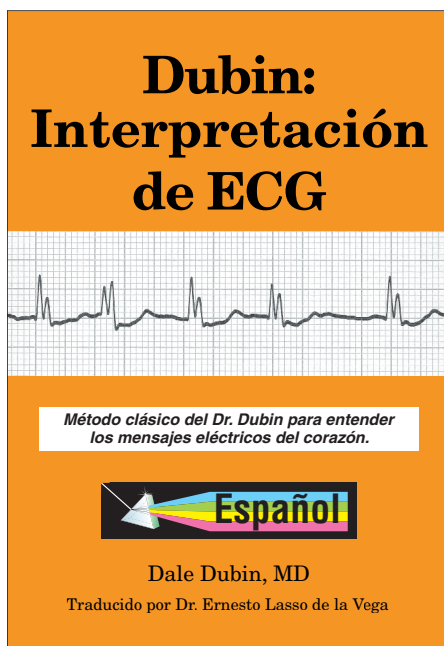
Todos Derechos Reservados

El Sitio Web Para Aprender...
¡Gratis!

www.ECG-hispana.com

Sin Registrarse, Ni Contraseña

Teléfono: 24 horas en español.
239-210-7955



El libro médico importante con un precio
razonable para los estudiantes de medicina.

Que la humanidad se beneficie de su conocimiento.

Dale Dubin

Copyright © 2007 COVER Inc.

Hojas de Referencia Personal Rápida

Método del Dr. Dubin para la Interpretación de ECG

del libro: **Dubin: Interpretación de ECG**

por: Dr. Dale Dubin, MD

COVER Publishing Co., 12290 Treeline Avenue, Fort Myers, FL 33913, USA

Todos Derechos Reservados

1. **Frecuencia** (páginas 65-96)

Diga "300, 150, 100" ... "75, 60, 50"

- pero para bradicardia:
frecuencia = ciclos en segmentos de 6 seg. x 10.

2. **Ritmo** (páginas 97-202)

Identifique el ritmo básico, entonces explore los trazos en búsqueda de signos prematuros, pausas, irregularidades y ondas anormales.

- Inspeccione: P antes de cada QRS.
QRS después de cada P.
- Inspeccione: intervalos PR (para Bloqueos AV).
intervalos QRS (para BRH).
- Si existe Desviación del Eje, sospeche Hemibloqueo.

3. **Eje** (páginas 203-242)

- QRS por encima o por debajo de la línea basal del Cuadrante del Eje (Normal vs. Desviación del Eje D. o I.). Para Ejes en grados, encuentre el QRS isoeléctrico en una derivación de la extremidad del Cuadrante del Eje usando la tabla de "Ejes en Grados".
- La rotación del Eje en el plano horizontal: (derivaciones del pecho) encuentre el QRS "transitorio" (isoeléctrico).

4. **Hipertrofia** (páginas 243-258)

Inspeccione V_1 { onda P para hipertrofia auricular
onda R para Hipertrofia Ventricular Derecha
profundidad de onda S en la V_1 ...
+ altura de la onda R en la V_5 para Hipertrofia Ventricular Izquierda.

5. **Infarto** (páginas 259-308)

Inspeccione todas las derivaciones por:

- ondas Q
- ondas T invertidas
- elevación o depresión de segmento ST

Encuentre la localización de la patología (en el ventrículo Izquierdo), y entonces identifique la arteria coronaria obstruida.

Copyright © 2007 COVER Inc.

Hojas de Referencia Personal Rápida

Frecuencia (páginas 65 a la 96)

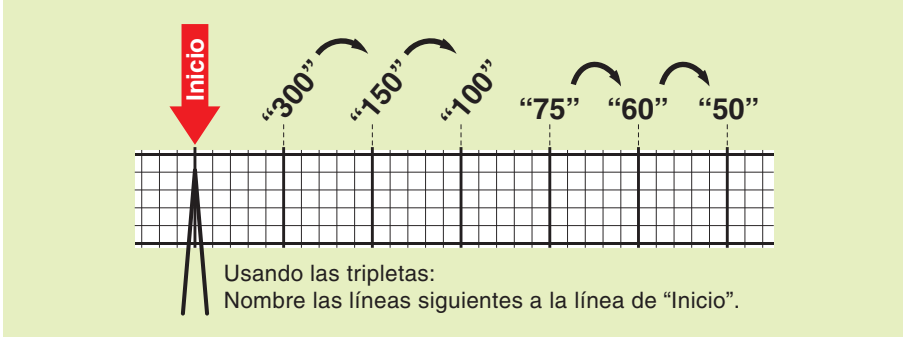
del libro: **Dubin: Interpretación de ECG**

por: Dr. Dale Dubin, MD

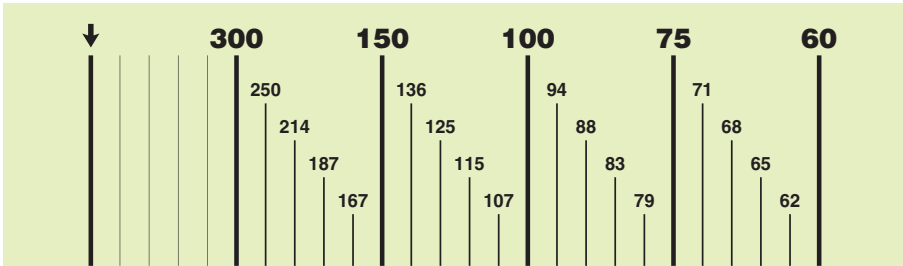
COVER Publishing Co., 12290 Treeline Avenue, Fort Myers, FL 33913, USA

Todos Derechos Reservados

Determine la Frecuencia por Observación (páginas 78-88)



Divisiones finas / frecuencia asociada: referencia (página 89)



Puede ser calculada: $\frac{1500}{\text{mm entre ondas similares}} = \text{Frecuencia}$

Bradycardia (frecuencia lenta) (páginas 90-96)

- Ciclos en trazos de 6 seg. x 10 = Frecuencia.
- Cuando hay 10 cuadros grandes entre ondas similares, la frecuencia es 30/minuto.

Ritmo Sinusal: el origen es el Nódulo SA ("Nódulo Sinusal"), la frecuencia sinusal normal es de 60 a 100/minuto.

- Frecuencia más de 100/min. = Taquicardia Sinusal (página 68).
- Frecuencia menor de 60/min. = Bradicardia Sinusal (página 67).

Determine cualquier frecuencia co-existente independiente (aurícula/ventricular):

- Ritmos Disociados: (páginas 155, 157, 186-189)
Un Ritmo Sinusal (o ritmos auriculares) puede coexistir con un ritmo independiente de un foco de automaticidad de un nivel inferior. Determine la frecuencia de cada uno.

Ritmos Irregulares: (páginas 107-111)

- Con ritmos irregulares (tales como Fibrilación Auricular) siempre note la frecuencia ventricular general (promedio) (QRS por cada trazo de 6 seg. X 10) o tome el pulso del paciente.

Copyright © 2007 COVER Inc.

Hojas de Referencia Personal Rápida

Ritmo (páginas 97 a la 111)

del libro: **Dubin: Interpretación de ECG**

por: Dr. Dale Dubin, MD

COVER Publishing Co., 12290 Treeline Avenue, Fort Myers, FL 33913, USA

★ Identifique el ritmo básico...

...entonces inspeccione el trazo entero por pausas, pulsos prematuros, irregularidades y ondas anormales.

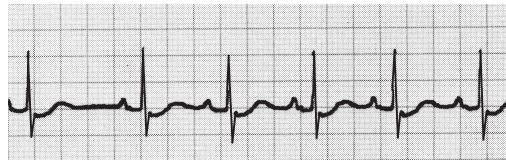
★ Siempre:

- Inspeccione: P antes de cada QRS. QRS después de cada P.
- Inspeccione: intervalos PR (para Bloqueos AV).
Intervalos QRS (para BRH).
- Tiene el Eje del QRS desviado fuera del rango normal? (sospeche Hemibloqueo).

Ritmos Irregulares (páginas 107-111)

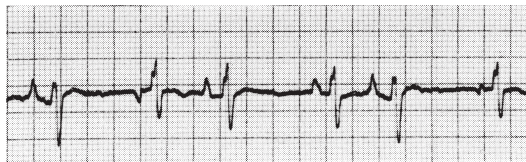
Arritmia Sinusal (página 100)

Ritmo Irregular que varía con la respiración.
Todas las ondas P son idénticas.
Considerado normal.



Marcapaso Migratorio (página 108)

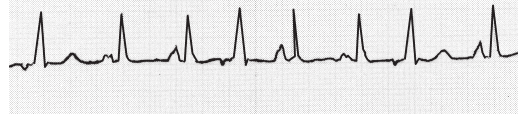
Ritmo Irregular. Las ondas P cambian de forma cuando la localización del marcapaso varía. La frecuencia por debajo de 100/minuto...



...pero si la frecuencia excede 100/minuto, entonces éste se llama.

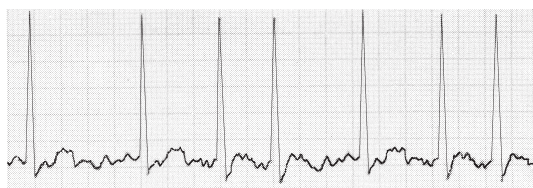
Taquicardia Auricular Multifocal

(página 109)



Fibrilación Auricular (páginas 110, 164-166)

Ritmo ventricular irregular. Picos auriculares erráticos (sin ondas P) de múltiples focos de automaticidad auricular. Las descargas auriculares pueden ser difíciles de ver.



Hojas de Referencia Personal Rápida

Ritmo continuación (páginas 112 a la 145)

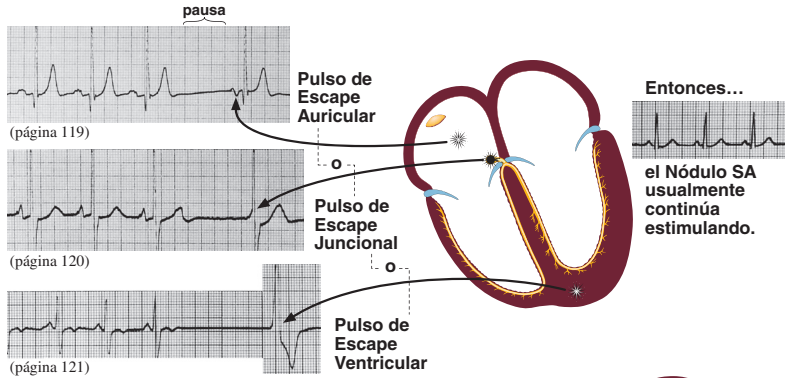
del libro: **Dubin: Interpretación de ECG**

por: Dr. Dale Dubin, MD

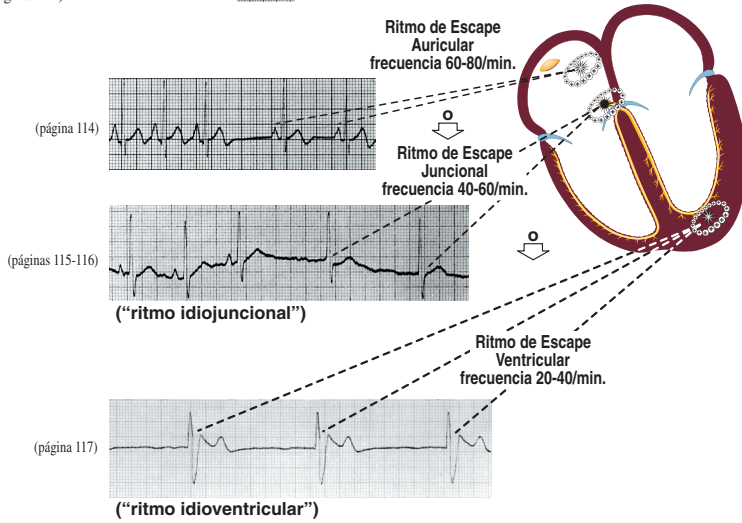
COVER Publishing Co., 12290 Treeline Avenue, Fort Myers, FL 33913, USA

Escape (páginas 112-121) – la respuesta del corazón a una pausa en el estímulo

- Un Nódulo Sinusal (SA) enfermo puede fallar en emitir un estímulo ("Bloqueo Sinusal"); esta pausa puede evocar un latido de escape de un foco de automaticidad.



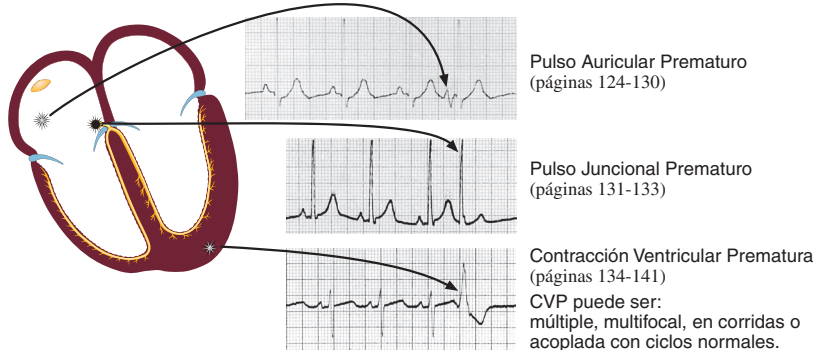
- Pero un Nódulo Sinusal (SA) enfermo puede cesar la estimulación ("Arresto Sinusal")*, causando que un foco de automaticidad "escape" para asumir el estatus de marcapaso.



* También llamado "Para Sinusal."

Pulsos Prematuros (páginas 122-145) – de un foco de automaticidad irritable

- Un foco de automaticidad irritable puede descargarse súbitamente produciendo un:



Hojas de Referencia Personal Rápida

Ritmo continuación (páginas 146 a la 172)

del libro: **Dubin: Interpretación de ECG**
 por: Dr. Dale Dubin, MD
 COVER Publishing Co., 12290 Treeline Avenue, Fort Myers, FL 33913, USA

Taquiarritmias (páginas 146-172), “foco” = foco de automaticidad

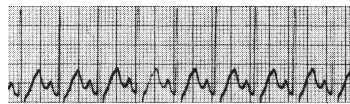
	150	250	350	450
Frecuencias:	Taquicardia Paroxística	Aleteo	350	450
			Fibrilación	
			múltiples focos descargando	

Taquicardia Paroxística (súbita) ...frecuencia: 150-250/min. (páginas 146-163)

“Taquicardia Supraventricular” (página 153)

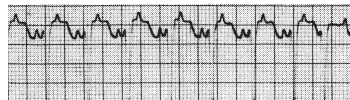
Taquicardia Paroxística Auricular

Un foco auricular irritable descargando a 150-250/min. produce una secuencia de onda normal, si las ondas P' son visibles. (página 149)



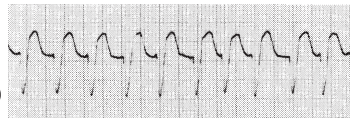
• **T.P.A. con bloqueo**

Igual que la TPA pero sólo cada segunda (o más) onda P' produce un QRS. (página 150)



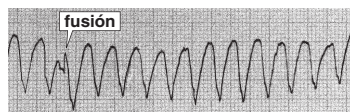
Taquicardia Paroxística Juncional

El foco Juncional AV produce una secuencia rápida de ciclos QRS-T a 150-250/min. El QRS puede ser ligeramente ensanchado. (páginas 151-153)



Taquicardia Paroxística Ventricular

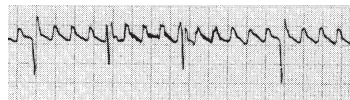
El foco ventricular produce una secuencia rápida (150-250/min.) de complejos ventriculares anchos (parecidos a CVP). (páginas 154-158)



Aleteo ...frecuencia: 250-350/min.

Aleteo Auricular

Una continua secuencia rápida de complejos auriculares desde un foco auricular singular con descargas rápidas. Muchas ondas de aleteo se necesitan para producir una respuesta ventricular. (páginas 159, 160)



Aleteo Ventricular (páginas 161, 162) también vea “Torsades de Pointes” (páginas 158, 345)

Una serie rápida de ondas sinusales desde un foco ventricular singular con descargas rápidas; usualmente en una corta descarga que llevan a una Fibrilación Ventricular.



Fibrilación ...descargas rápidas erráticas a 350-450/min. (páginas 167-170)

Fibrilación Auricular (páginas 110, 164-166)

Múltiples focos auriculares descargan rápidamente produciendo una línea basal áspera de pequeños picos. La respuesta ventricular (QRS) es irregular, excepto cuando hay un Bloqueo AV.



Fibrilación Ventricular (páginas 167-170)

Múltiples focos ventriculares descargan rápidamente produciendo un ritmo ventricular totalmente errático sin ondas identificables. Necesita tratamiento **inmediato**.



Todos Derechos Reservados

Copyright © 2007 COVER Inc.

Hojas de Referencia Personal Rápida

Ritmo: bloqueos (“corazón”) (páginas 173 a la 202)

del libro: **Dubin: Interpretación de ECG**

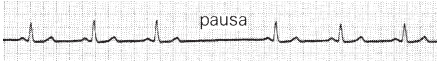
por: Dr. Dale Dubin, MD

COVER Publishing Co., 12290 Treeline Avenue, Fort Myers, FL 33913, USA

Todos Derechos Reservados

Bloqueo Sinusal (SA) (página 174)

Un Nódulo Sinusal (SA) enfermo pierde uno o más ciclos (pausa sinusal)...



el Nódulo Sinusal usualmente continúa la estimulación, pero la pausa puede producir una respuesta de “escape” de un foco de automaticidad. (páginas 119-121).

Bloqueo AV (páginas 176-189)

Los bloqueos que retrasan o previenen los impulsos auriculares de alcanzar los ventrículos.

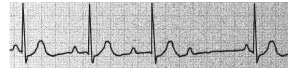
Bloqueo AV de 1° ...algunas ondas P sin respuesta QRS (páginas 176-178).

El intervalo PR es más prolongado de .2 seg. (un cuadro grande).

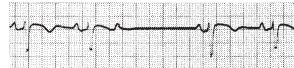


Bloqueo AV de 2° ... algunas ondas P sin respuesta QRS (páginas 179-185)

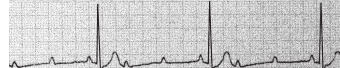
Wenckebach ...PR gradualmente se alarga con cada ciclo hasta la última onda P en las series que no producen QRS.



Mobitz ...algunas ondas P no producen una respuesta QRS. Si es “intermitente”, un QRS ocasional se pierde.



Bloqueos Mobitz más avanzados pueden producir un patrón (AV) 3:1 o aun una ración AV más alta (página 181).

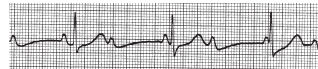


Bloqueo AV 2:1 ... puede ser Mobitz o Wenckebach. La longitud PR y el ancho del QRS o la maniobra vagal puede ayudar en la diferenciación.

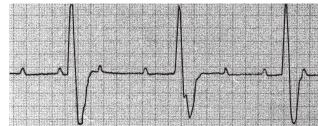


Bloqueo AV de 3° (“completo”) ...ninguna onda P produce una respuesta QRS (páginas 186-190)

Bloqueo de 3°: Las ondas P – originadas en el Nódulo SA. El QRS – si es angosto, y si la frecuencia ventricular es 40 a 60 por min., entonces el origen es un foco Juncional.



Bloqueo de 3°: Las ondas P – originadas en el Nódulo SA. El QRS – si parece una CVP, y si la frecuencia ventricular es de 20 a 40 por min., entonces el origen es un foco Ventricular.



★ Siempre inspeccione: los intervalos PR, ¿son menores de un cuadro grande? • ¿Está cada onda P seguida de un QRS?

Bloqueo del Haz de la Rama ...encuentre la R,R' en las derivaciones del pecho derecho o izquierdo (páginas191-202)

★ Siempre inspeccione:
• ¿Está la QRS dentro de 3 pequeños cuadros?

BHR Derecho (páginas 194-196)



QRS en V₁ o V₂

Con un Bloqueo del Haz de la Rama los criterios para una hipertrofia ventricular no son seguros.

BHR Izquierdo (páginas 194-197)



QRS en V₅ o V₆

Cuidado: Con un BHR Izquierdo un infarto es difícil de determinar en un ECG.

Copyright © 2007 COVER Inc.

Hemibloqueo ...bloqueo del fascículo Anterior o Posterior del Haz de la Rama Izquierda. (páginas 295-305)

★ Siempre Inspeccione:
• ¿El Eje ha cambiado fuera del rango Normal?

Hemibloqueo Anterior

El Eje cambia hacia la Izquierda, DEI
Busque los Q, S₃
(páginas 297-299).

Hemibloqueo Posterior

El Eje cambia hacia la Derecha, DED
Busque los S, Q₃
(páginas 300-302).

Ejes (páginas 203 a la 242)

del libro: **Dubin: Interpretación de ECG**

por: Dr. Dale Dubin, MD

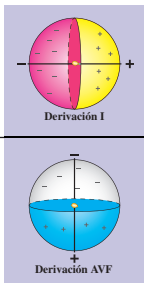
COVER Publishing Co., 12290 Treeline Avenue, Fort Myers, FL 33913, USA

Determinación General de Ejes Eléctricos (páginas 203-231)

¿Es el QRS positivo (⌋) o negativo (⌋) en las derivaciones I y AVF?

¿Es el Eje Normal? (página 227)

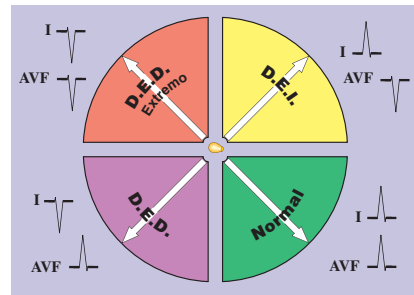
Primero Determine el Cuadrante del Eje (páginas 214-231)



El QRS en la derivación I (páginas 215-222)
...si el QRS es Positivo (principalmente por encima de la línea basal), entonces el Vector apunta al lado positivo (la izquierda del paciente).

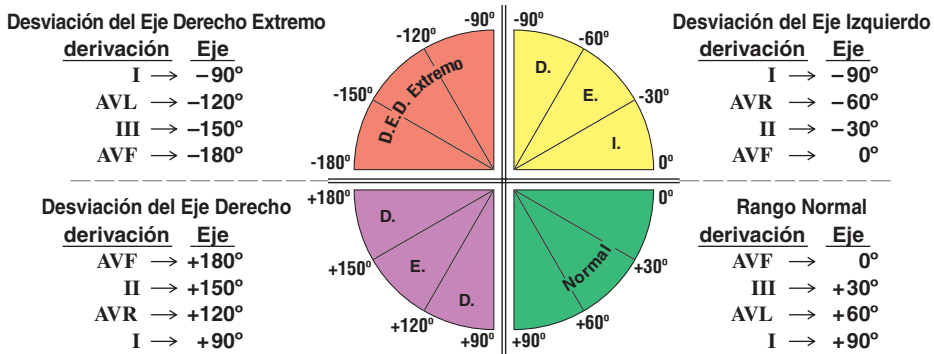
Normal: { El QRS hacia arriba en la I y AVF, el signo de "dos pulgares arriba".

El QRS en la derivación AVF (páginas 223-226)
...si el QRS es principalmente Positivo, entonces el Vector debe apuntar hacia abajo a la mitad positiva de la esfera.



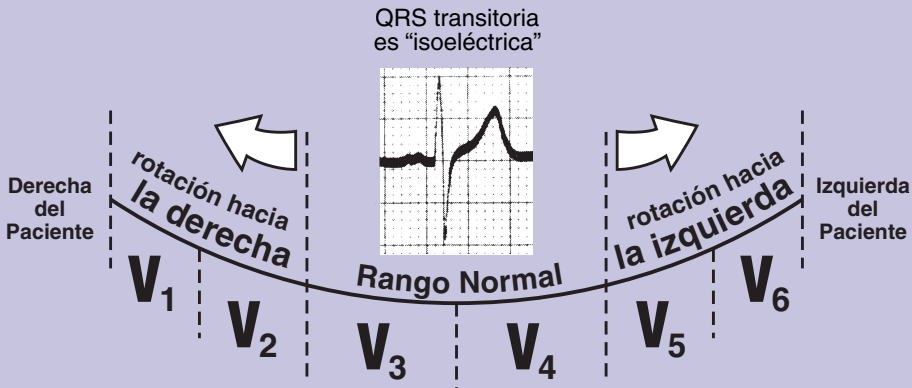
Eje en Grados (páginas 233, 234) (Plano Frontal)

Después de localizar el Cuadrante del Eje, encuentre la derivación de la extremidad donde el QRS es más isoelectrico:



Rotación del Eje (izquierda/derecha) en el Plano Horizontal (páginas 236-242)

Encuentre la QRS transitoria (isoelectrica) en la derivación del **pecho**.



Hojas de Referencia Personal Rápida

Hipertrofia (páginas 243 a la 258)

del libro: **Dubin: Interpretación de ECG**

por: Dr. Dale Dubin, MD

COVER Publishing Co., 12290 Treeline Avenue, Fort Myers, FL 33913, USA

Todos Derechos Reservados

Hipertrofia Auricular (páginas 245-249)

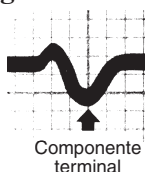
Hipertrofia Auricular Derecha (página 248)

- onda P difásica grande con un componente inicial alto.



Hipertrofia Auricular Izquierda (página 249)

- onda P difásica grande con un componente terminal ancho.



Hipertrofia Ventricular (páginas 250-258)

Hipertrofia Ventricular Derecha (páginas 250-252)

- Onda R mayor que S en V_1 , pero la onda R se vuelve progresivamente más pequeña desde $V_1 - V_6$.
- Onda S persiste en V_5 y V_6 .
- D.E.D. con QRS ligeramente ensanchado.
- Rotación hacia la derecha en el plano horizontal.

Hipertrofia Ventricular Izquierda (páginas 253-257)

Onda S en V_1 (en mm)

+ Onda R en V_5 (en mm)

Suma en mm es mayor de 35 mm con H.V.I.

- D.E.I. con QRS ligeramente ensanchado.
- Rotación hacia la izquierda en el plano horizontal.

Onda T invertida:
inclinada hacia
abajo gradualmente,



pero hacia arriba
rápidamente.

Copyright © 2007 COVER Inc.

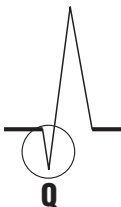
Infarto (páginas 259 a la 308)

del libro: **Dubin: Interpretación de ECG**

por: Dr. Dale Dubin, MD

COVER Publishing Co., 12290 Treeline Avenue, Fort Myers, FL 33913, USA

Onda Q = **Necrosis** (sólo Q significativa) (páginas 272-284)



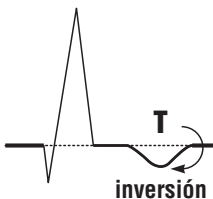
- Onda Q significativa es un milímetro de ancho (un cuadro pequeño), el cual es .04 seg. de duración... ..o es una onda Q 1/3 de la amplitud (o más) del complejo QRS.
- Note aquellas derivaciones (omita AVR) donde las Q son significativas...vea la próxima página para determinar la localización del infarto, y para identificar la vena coronaria envuelta.
- Infartos antiguos: ondas Q significativas (como daños de infarto) permanecen toda la vida. Para determinar si un infarto es agudo, vea a continuación.

Elevación ST (segmento) = **Daño** (agudo) (páginas 266-271) (también Depresión)



- Significa un proceso agudo, el segmento ST regresa a la línea basal con el tiempo.
- La elevación ST está asociada a ondas Q significativas indicando un infarto agudo (o reciente).
- Un pequeño “infarto sin onda Q” aparenta como segmento de elevación ST significativa sin Q asociadas. Localícelas identificando las derivaciones en las cuales la elevación ST ocurre (siguiente página).
- La depresión ST (persistente) puede representar un “infarto subendocardial”, el cual envuelve una pequeña área justo debajo del endocardio que cubre el ventrículo izquierdo. Ésta es también una variedad de “infarto sin onda Q”. Localícelas en la misma forma como en la localización del infarto (siguiente página).

Inversión de la onda T = **Isquemia** (páginas 264, 265)



- Una onda T invertida (de isquemia) es simétricamente (la mitad izquierda y la mitad derecha son imágenes especulares). Normalmente la onda T está hacia arriba cuando el QRS está hacia arriba, y viceversa.
- Usualmente en la misma derivación que muestra signos de infarto agudo (ondas Q y elevación ST).
- Isquemias aisladas (sin infarto) pueden también ser localizadas; note aquellas derivaciones donde ocurre la inversión de la onda T, entonces identifique cuál vena coronaria es angosta (siguiente página).

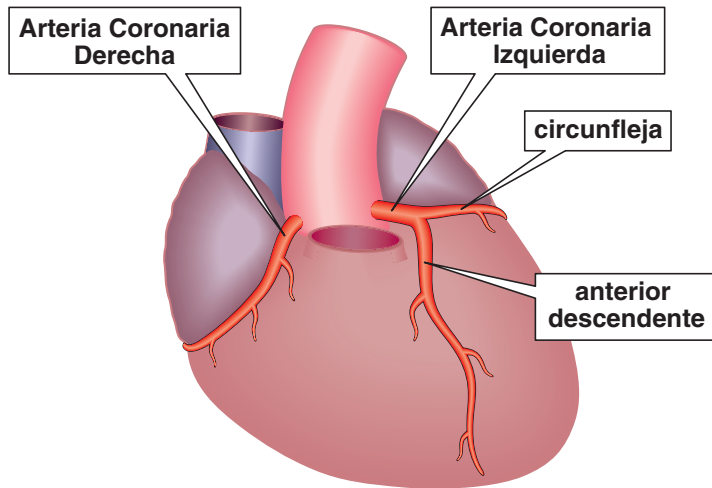
NOTA: Siempre obtenga ECG previos del paciente para comparación.

Hojas de Referencia Personal Rápida
Localización del Infarto
 — y —
Vasos Coronarios Envueltos
 (páginas 259 a la 308)

Todos Derechos Reservados

del libro: **Dubin: Interpretación de ECG**
 por: Dr. Dale Dubin, MD
 COVER Publishing Co., 12290 Treeline Avenue, Fort Myers, FL 33913, USA

Anatomía de la Arteria Coronaria (página 291)



Localización del Infarto/ Vasos Coronarios Envueltos (páginas 278-294)

Posterior

- R grandes con depresión ST en V₁ y V₂
 - examen de espejo o examen de trans-iluminación revertida (Arteria Coronaria Derecha)
- (páginas 282-286)

Lateral

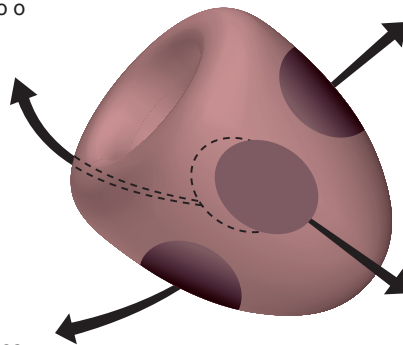
Q en la derivación lateral I y AVL (Arteria Coronaria Circunfleja)
 (páginas 280, 292)

Inferior

(diafragmática)
 Q en las derivaciones inferiores II, III y AVF (Arteria Coronaria Derecha o Izquierda)
 (páginas 281, 294)

Anterior

Q en V₁, V₂, V₃, y V₄ (Arteria Coronaria Descendente Anterior)
 (páginas 278, 292)



Copyright © 2007 COVER Inc.

Hojas de Referencia Personal Rápida

Misceláneos (páginas 309 a la 328)

del libro: **Dubin: Interpretación de ECG**
 por: Dr. Dale Dubin, MD
 COVER Publishing Co., 12290 Treeline Avenue, Fort Myers, FL 33913, USA

Embolismo Pulmonar (páginas 312, 313)

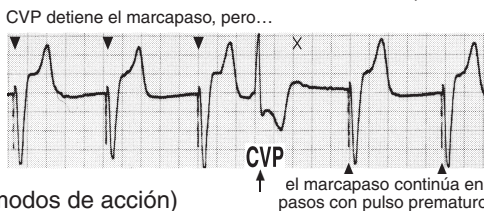
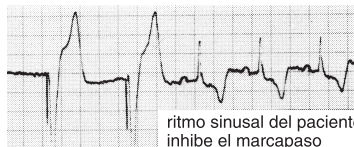
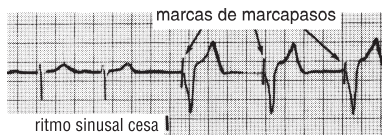
- S₁Q₃I₃ – S ancha en la I, Q grande y T invertida en la III.
- BHR Derecha aguda (transitoria, a menudo incompleta)
- D.E.D.
- ondas T invertidas V₁ → V₄ y depresión ST en II.

Marcapasos Artificiales (páginas 321-326)

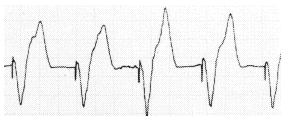
Los marcapasos artificiales modernos tienen capacidades sensoriales y también proveen estímulos marcados regulares. Estos estímulos eléctricos se registran en el ECG como una pequeña marca vertical que aparece justo antes de la “captura” de la respuesta cardíaca.

Marcapasos a Demanda: (página 322)

- son “disparados” (activados) cuando el propio ritmo del paciente cesa o disminuye notablemente.
- son “inhibidos” (cesan de estimular) si el ritmo propio del paciente continúa a una frecuencia razonable.
- “reajustará” el estímulo (a la misma frecuencia) para sincronizar con un pulso prematuro.



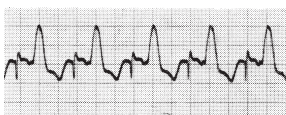
Impulso de Marcapaso (modos de acción)



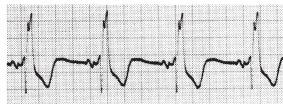
Marcapaso Ventricular (página 323)
(electrodo en el Ventriculo Derecho)



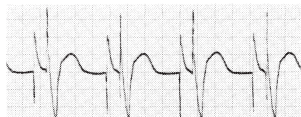
(Asíncronos) Marcapaso Epicardial. Impulsos ventriculares no están ligados a la actividad auricular.



Marcapaso Auricular (página 323)



Marcapaso Auricular Sincrónico (página 323)
Onda P sentida, entonces después de una pequeña demora, el impulso ventricular es descargado.



Marcapaso de Cámara Dual (secuencial AV) (página 323)



Marcapaso Externo No Invasivo (página 326)

Hojas de Referencia Personal Rápida

Misceláneos continuación

del libro: **Dubin: Interpretación de ECG**

por: Dr. Dale Dubin, MD

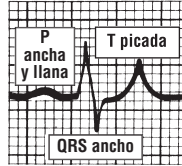
COVER Publishing Co., 12290 Treeline Avenue, Fort Myers, FL 33913, USA

Todos Derechos Reservados

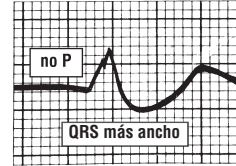
Electrolitos

Potasio (páginas 314, 315)

Incremento de K⁺ (página 314)
(hiperkalemia)

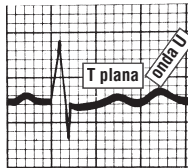


moderado

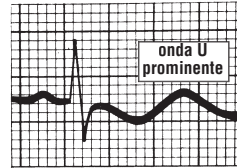


extremo

Disminución de K⁺ (página 315)
(hipokalemia)



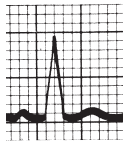
moderado



extremo

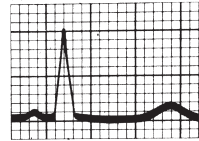
Calcio (página 316)

Hiper Ca⁺⁺



QT corto

Hipo Ca⁺⁺

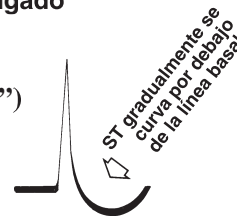


QT prolongado

Digitalis (páginas 317-319)

La apariencia del ECG con digitalis (“efecto digitalis”)

- recuerde Salvador Dalí.
- ondas T deprimidas o invertidas.
- intervalo QT acortado.

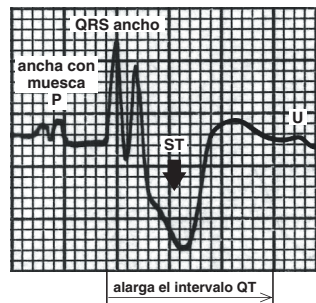


ST gradualmente se curva por debajo de la línea basal

Exceso Digitalis → **Toxicidad Digitalis**

- | | |
|----------------------|---|
| (bloqueos) | (focos irritables disparando rápidamente) |
| • Bloqueo SA | • Fibrilación Auricular |
| • T.A.P. con Bloqueo | • Taquicardia Juncional o Ventr. |
| • Bloqueos AV | • C.V.P. múltiple |
| • Disociación AV | • Fibrilación Ventricular |

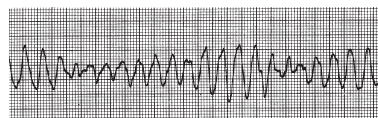
Efecto Quinidina



Quinidina (página 320)

• Apariencia del ECG con quinidina (página 320)

• Exceso de quinidina u otros medicamentos que bloquean los canales de potasio (o disminuyen el potasio del suero) pueden iniciar... (página 158)



Torsades de Pointes

Copyright © 2007 COVER Inc.

Consejos Prácticos

del libro: **Dubin: Interpretación de ECG**

por: Dr. Dale Dubin, MD

COVER Publishing Co., 12290 Treeline Avenue, Fort Myers, FL 33913, USA

Conversión Rápida de Dubin

—para—

Peso de Pacientes de Libras a Kilogramos

Peso del Paciente en Kg. = Mitad del Peso del Paciente (en libras) menos 1/10 de este valor.

Ejemplos: Paciente de 180 lbs. Paciente de 160 lbs. Paciente de 140 lbs.
 (se convierte a 90 menos 9) (se convierte a 80 menos 8) (se convierte a 70 menos 7)
 es 81 kg. es 72 kg. es 63 kg.

Derivaciones Modificadas

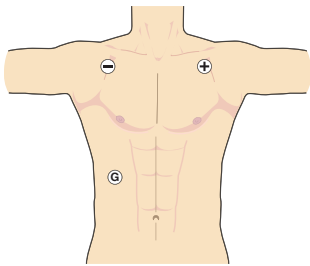
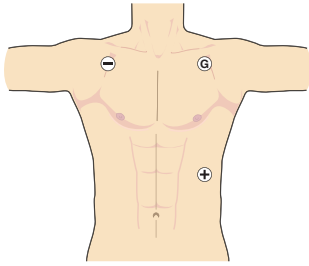
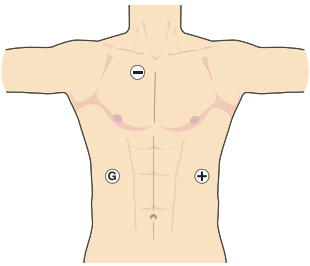
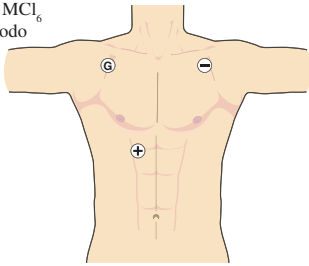
—para—

Monitores Cardíacos

2. Las localidades son aproximadas. Algunos ajustes menores de la posición de los electrodos pueden ser necesarios para obtener los mejores trazos. Identifique la derivación específica en cada tira colocada en el registro del paciente.

Electrodo Sensor	Identificación	
	Letra en inglés	Color (variable)
+	R (o RA)	rojo
-	L (o LA)	blanco
G*	G (o RL)	variable

* Ground, Neutral o Referencia

<p>Derivación I Modificada</p> 	<p>Derivación II Modificada</p> 
<p>Derivación Convencional</p> 	<p>MCI₁</p> <p>Para hacer este MCI₁ mueva el electrodo ⊕ a la V₆ posición sobre el pecho del paciente.</p> 

Hojas de Referencia Personal Rápida

del libro: **Dubin: Interpretación de ECG**

por: Dr. Dale Dubin, MD

COVER Publishing Co., 12290 Treeline Avenue, Fort Myers, FL 33913, USA

Abreviaciones

Abreviación	Definición	Página
ACh	Acetilcolina	56
AD	Aurícula Derecha	7
AESP	Actividad Eléctrica Sin Pulso	169
AI	Aurícula Izquierda	7
AVF	Aumentada Voltaje Foot (pie izquierdo)	40
AVL	Aumentada Voltaje Left (brazo izquierdo)	41
AVR	Aumentada Voltaje Right (brazo derecho)	41
Bloqueo AV	Bloqueo Aurícula-Ventricular	176
BRD	Bloqueo de la Rama Derecha	194
BRH	Bloqueo de las Rama del Haz	191
BRI	Bloqueo de la Rama Izquierda	194
CVP	Contracción Ventricular Prematura	135
DAE	Desfibrilador Automata Externo	170
DCI	Desfibrilador Cardioverter Implantable	170
DED	Desviación del Eje Derecho	221
DED Extremo	Desviación del Eje Derecho Extremo	231
DEI	Desviación del Eje Izquierdo	228
ECG	Electrocardiograma	6
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	109
FA	Fibrilación Auricular	165
FV	Fibrilación Ventricular	167
HVD	Hipertrofia Ventricular Derecha	251
HVI	Hipertrofia Ventricular Izquierda	253
IL	Infarto Lateral	280
IM	Infarto Miocardial	259
N-epi	Norepinefrina	56
Nódulo AV	Nódulo Aurícula Ventricular	102
Nódulo SA	Nódulo Sinusal, Nódulo Sino Auricular	13

Hojas de Referencia Personal Rápida

del libro: *Dubin: Interpretación de ECG*

por: Dr. Dale Dubin, MD

COVER Publishing Co., 12290 Treeline Avenue, Fort Myers, FL 33913, USA

Abreviación	Definición	Página
PAP	Pulso Auricular Prematuro	124
Pd	Onda P donante	327
PJP	Pulso Juncional Prematuro	131
Pn	Onda P nativa	327
PVM	Prolapso de la Válvula Mitral	143
QTc	Intervalo QT corregido	28
RCP	Resucitación Cardio Pulmonar	169
Síndrome LGL	Síndrome Lown-Ganong-Levine	172
Síndrome LQT	Síndrome Intervalo Largo QT	28
Síndrome WPW	Síndrome Wolf-Parkinson-White	171
SNA	Sistema Nervioso Autónomo	55
SSE	Síndrome del Seno Enfermo	175
TAM	Taquicardia Auricular Multifocal	109
TAP	Taquicardia Auricular Paroxística	149
TJP	Taquicardia Juncional Paroxística	151
TRNAV	Taquicardia de la Reentrada del Nódulo AV	152
TSV	Taquicardia Supraventricular	153
TV	Taquicardia Ventricular	141
TV	Taquicardia Ventricular	154
TVP	Taquicardia Ventricular Paroxística	154
Unión AV	Tejido de la unión AV	69
Válvulas AV	Válvulas Aurícula-Ventricular	15
VD	Ventrículo Derecho	7
VI	Ventrículo Izquierdo	7