

# Contenido

Prefacio .....	ix
----------------	----

*S. Serge Barold*

Aspectos históricos de la electrocardiografía .....	369
---	-----

*Dennis M. Krikler*

Hace 100 años que Augustus Desiré Waller registró el electrocardiograma humano por primera vez, empleando un electómetro capilar. La electrocardiografía no adquirió importancia clínica hasta 1901 cuando Willem Einthoven desarrolló su galvanómetro de cuerda para este propósito. Sir Thomas Lewis fue la figura clave en demostrar la importancia de la electrocardiografía para el diagnóstico de trastornos del ritmo y de la conducción en el corazón, pero muchos otros autores aplicaron la técnica para evaluar las enfermedades orgánicas del corazón, especialmente en caso de isquemia miocárdica. Al conocer el papel y trabajo de todos ellos tendremos una mejor idea acerca del desarrollo de la electrocardiografía en la clínica.

Ondas Q normales y sin infarto .....	377
--------------------------------------	-----

*Ary L. Goldberger*

Las ondas Q profundas no son específicas de infarto del miocardio. Las ondas Q sin infarto pueden deberse a varios mecanismos, incluyendo variantes fisiológicas, trastornos de la conducción ventricular, crecimiento ventricular y lesión o necrosis miocárdica. Si estos patrones de pseudoinfarto no se reconocen, se puede llegar al diagnóstico equivocado de enfermedad coronaria o a que pasen inadvertidos indicios importantes para sospechar estados patológicos tales como una miocardiopatía hipertrófica o una embolia pulmonar, los cuales tienen una implicación terapéutica muy diferente a la de un infarto del miocardio.

Significado de ondas Q transitorias en la enfermedad coronaria .....	387
--	-----

*S. Serge Barold, Michael D. Falkoff, Ling. S. Ong,  
y Robert A. Heinle*

En ausencia de infarto del miocardio pueden producirse ondas Q transitorias en diversas circunstancias, en pacientes con enfermedad coronaria. Excluyendo un trastorno de la conducción intraventricular, las ondas Q transitorias suelen indicar una isquemia miocárdica intensa pero reversible, la cual requiere un tratamiento agresivo para recuperar el miocardio isquémico. Las ondas Q pueden desaparecer meses o años después de infarto del miocardio con ondas Q, pero es raro que desaparezcan en la fase aguda o subaguda de aquél. Las ondas Q transitorias han adquirido una importancia mayor a causa del tratamiento actual del infarto e isquemia del miocardio mediante fármacos trombolíticos, angioplastia y cirugía de revascularización coronaria.

Avances recientes en el diagnóstico de infarto miocárdico .....	401
---	-----

*Robert A. Warner*

Se presenta un método de interpretación del ECG con base en principios de vectocardiografía. Empleando este método, el autor y sus colegas han desarrollado mejo-

res criterios diagnósticos de infarto de la cara inferior, anterior y apical del miocardio, y ponen en duda la validez de algunos conceptos tradicionales en electrocardiografía.

**Diagnóstico de infarto del miocardio en presencia de bloqueo de la rama izquierda..... 413**

*Frans J. Th. Wackers*

Se ha evaluado el significado de los signos electrocardiográficos de infarto del miocardio en presencia de bloqueo completo de la rama izquierda, al comparar los trastornos electrocardiográficos con la localización del infarto según la imagen de perfusión del miocardio con talio-201 en condiciones de reposo. Muchos de los signos electrocardiográficos previamente informados no tienen especificidad ni sensibilidad suficientes para considerarlos de importancia práctica. Los principales criterios electrocardiográficos en el diagnóstico de infarto son: 1) cambios electrocardiográficos sucesivos, 2) cambios transitorios del segmento ST, 3) ondas Q patológicas, 4) el signo de Cabrera y 5) la aparición de R en V<sub>1</sub> y Q en V<sub>6</sub>.

**Diagnóstico electrocardiográfico de infarto del miocardio durante estimulación ventricular.....423**

*S. Serge Barold, Michael D. Falkoff, Ling. S. Ong  
y Robert A. Heinle*

El diagnóstico de infarto miocárdico durante estimulación ventricular se puede hacer en un número importante de pacientes recurriendo a los criterios diagnósticos que se utilizan en presencia de bloqueo completo de la rama izquierda. Existen, sin embargo, excepciones importantes a esta regla general durante la estimulación ventricular, razón por la cual deben reconocerse los patrones de despolarización normal, para evitar el diagnóstico equivocado de infarto del miocardio.

**Significado de las anomalías del ST en el infarto de miocardio..... 439**

*Dan Tzivoni y Adrian Chenzbraun*

Durante la fase aguda del infarto del miocardio, la elevación del segmento ST representa uno de los criterios más importantes para localizar el sitio de la lesión. Estudios recientes han demostrado que cambios del segmento ST en derivaciones alejadas de la zona de infarto o en derivaciones precordiales derechas, pueden ofrecer mayor información acerca del tamaño del infarto y de su extensión al ventrículo derecho.

**Efectos electrocardiográficos de la reperfusión..... 447**

*Gerald C. Timmis*

En este artículo se trata de los efectos electrocardiográficos que pueden suceder después de restablecer el riego sanguíneo en un vaso relacionado con una zona de infarto.

**Utilidad clínica de métodos electrocardiográficos cuantitativos para evaluar isquemia e infarto del miocardio.....467**

*Galen S. Wagner*

Ha habido avances recientes en el empleo del electrocardiograma para evaluar en clínica el riesgo de los pacientes, elegir entre tratamiento agresivo y conservador y evaluar el efecto del tratamiento en cada caso.

**Avances recientes en el diagnóstico electrocardiográfico de hipertrofia ventricular.....475**

*Steven W. Hutchins, Marvin L. Murphy y Ha Dinh*

En este artículo se revisan los criterios tradicionales que se emplean para el diagnóstico electrocardiográfico de hipertrofia ventricular. Se recurre fundamentalmente a comparar los datos anatómicos obtenidos por estudios cuidadosos de necropsia y el desarrollo reciente de criterios simplificados que se usan en la interpretación clínica. Se insiste en las limitaciones del electrocardiograma, sobre todo en presencia de bloqueos de rama. También se menciona la superioridad del ecocardiograma para el diagnóstico de hipertrofia ventricular, en comparación con el electrocardiograma.

**Avances recientes en el diagnóstico de bloqueo fascicular..... 489**

*Agustin Castellanos, Ileana L. Pina, Liaqat Zaman y, Robert J. Myerburg*

Los criterios electrocardiográficos para el diagnóstico de bloqueos fasciculares izquierdos, han sido tema de controversia y especulación. No obstante, mediante el análisis cuidadoso de ciertos estudios electropatológicos, extrapolaciones de experimentos en animales y estudios obtenidos después de una sección inadvertida de los varios fascículos y de los trazados obtenidos en el momento en que aparecen o desaparecen los trastornos de la conducción se ha llegado a obtener patrones característicos. La especificidad y la sensibilidad de los criterios electrocardiográficos del bloqueo fascicular anterior izquierdo y posterior izquierdo necesitan todavía una ulterior confirmación; sin embargo, existen ya algunos métodos que parecen ser promisorios en este aspecto.

**Trastornos pasajeros de la conducción intraventricular..... 511**

*Agustin Castellanos, Liaqat Zaman, Richard M. Luceri, y Robert J. Myerburg*

Los bloqueos inestables de rama pueden ser dependientes de taquicardia, de bradicardia o ser independientes de la frecuencia cardíaca. Cuando se producen con una frecuencia cardíaca "crítica", o una longitud de ciclo "crítica", pueden dar la impresión de ser independientes de la frecuencia cardíaca. Por otra parte, bloqueos "verdaderamente" independientes de la frecuencia cardíaca puede ser reversibles o irreversibles. Resulta difícil saber si el bloqueo independiente de la frecuencia cardíaca puede desaparecer, porque un bloqueo de rama irreversible al parecer se desarrolla por un proceso prolongado, durante el cual se presenta en electrocardiogramas sucesivos un bloqueo dependiente de la frecuencia cardíaca, uno independiente de ésta, o hasta una conducción intraventricular normal.

**Utilidad clínica del electrocardiograma de 12 derivaciones en el síndrome de Wolff-Parkinson-White..... 519**

*Claus Rinne, George J. Klein, Arjun D. Sharma, y Raymond Yee*

Cuando se emplea juiciosamente, el electrocardiograma de 12 derivaciones ofrece una gran información útil en pacientes con el síndrome de Wolff-Parkinson-White. El electrocardiograma de 12 derivaciones durante una taquicardia suele ofrecer indicios excelentes acerca del mecanismo de ésta, siendo el elemento de mayor utilidad la relación de la onda P con el complejo QRS. Si se observa desaparición intermitente de la preexcitación o desaparición de la preexcitación con extrasístoles auriculares tardías, debe sospecharse que haya un periodo refractario anterógrado prolongado de la vía accesoria, lo que indica un pronóstico benigno en caso de

producirse fibrilación auricular. El patrón de preexcitación observado en el electrocardiograma también ofrece una primera aproximación acerca del sitio de la vía accesoria, empleando unos cuantos criterios sencillos.

**Diagnóstico de taquicardia ventricular con el electrocardiograma de 12 derivaciones.....531**

*Hein J. J. Wellens y Pedro Brugada*

En este artículo se presenta un método sistemático, con base en cuatro etapas, para el análisis de una taquicardia con QRS ancho. Este enfoque permite diferenciar una taquicardia de origen supraventricular de una ventricular.

**Utilidad diagnóstica de la morfología del QRS en pacientes con taquicardia ventricular.....547**

*Philippe Coumel*

A diferencia de lo que sucede con el estudio de los complejos QRS de origen supraventricular, el de la morfología del QRS de origen ventricular hace posible analizar el avance de la activación miocárdica a través de vías inespecíficas. De esta manera es posible deducir la activación del miocardio, así como el sitio de origen de la despolarización en los ventrículos.

**Índice alfabético ..... 561**