

# Nueva clasificación de los infartos Q - 2008

Dr. Andrés R. Pérez Riera

## I) CLASIFICACIÓN ELECTROCARDIOGRÁFICA DEL INFARTO Q (CONCEPTO ANTIGUO O CLÁSICO)

1) Ántero-septal, estrictamente anterior o de la región media y baja del septo. Onda Q patológica se registra de V1 a V4

1<sup>a</sup>) del tercio medio del septo : Onda Q en V1 y V2

1b) del tercio inferior del septo: V3 y V4

2) Inferior o diafragmático: DII, DIII y aVF

3) Apical o lateral bajo: V5 y V6.

4) Lateral alto o superior: Q en aVI y DI.

5) Dorsal, postero-basal o estrictamente posterior: V7, V8 y V9 . E imagen recíproca en V1y V2 oV3.

Observación: Actualmente los términos posterior y lateral alto son considerados incorrectos y deberían ser cambiados para lateral y ántero-lateral estricto..**(Bayés de Luna A, et al.Am J Cardiol. 2006;97:443-451.)**

6) Anterior extenso V1 to V6 + DI y aVL.

- 7) Anterolateral: V4 to V6 + DI y aVL.
- 8) Septal profundo o ínfero-septal: DII, DIII y aVF + V1 a V3.
- 9) Inferior-lateral: DII, DIII y aVF + V5 y V6 posible DI y aVL.
- 10) Pósterio-Lateral: V7, V8 y V9 + V5 y V6 (posible DI y aVL)
- 11) Pósterio-Inferior: V7, V8 y V9 + DII, DIII y aVF.
- 12) Ínfero-Látero-Dorsal (DII, DIII yaVF + V5 y V6 + V7, V8 y V9).
- 13) No-Q : ausencia de onda Q de 40 ms o mayor em cualquier derivación .
- 14) Infarto del ventrículo derecho: V3R, V4R V5R V6R + CR + V1a V3 + DI.
- 15) Infarto auricular.

**NUEVA TERMINOLOGIA ELECTROCARDIOGRÁFICA PARA LOS INFARTOS Q BASADA EN LA CORRELACIÓN CON LA RESONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA**  
*(Bayés de Luna A, et al. Am J Cardiol. 2006;97:443-451.)*  
*(Bayés de Luna A, et al. Circulation 2006; 114:1755-1760.)*  
*(Bayés de Luna A, et al. J Electrocardiol. 2006; 39 (4 Suppl):S79-81.)*  
*( Bayés de Luna A, et al. J Electrocardiol. 2007;40:69-71.)*  
*( Bayés de Luna A, et al. Ann Noninvasive Electrocardiol. 2007; 12:1-4.)*  
*( Bayés de Luna A, et al. Cardiology Journal 14 : 417-419)*

## **I) ZONA ANTEROSEPTAL**

- 1) **IM Septal: Tipo: A1. Lugar más probable de la oclusión:** arteria descendente anterior (ADA) en sus ramas perforantes  
**Patrón ECG:** Q en V1-V2. **Área de Infarto por la resonancia nuclear magnética cardiaca (RNMC):** 2, 3, 8, 9 y 14. O apenas la 8, 2 y 14. Sensibilidad (SE): 100% Especificidad (SP): 97%.
- 2) **MI ápico-anterior: Tipo: A2. Lugar más probable de la oclusión:** Porción distal de la ADA Q en V1-V2 a V3-V6  
**Área de Infarto por la RNMC:** 13, 14, 15, 16, 17, 7,8, 9. o apenas 13,14,15, 17. SE: 85% SP: 98%.
- 3) **IM anterior extenso: Tipo A3. Lugar mas probable de la oclusión:** ADA distal Q de V1a V6, aVL, y a veces DI. **Área de Infarto por la resonancia nuclear magnética cardiaca (RNMC):** 13, 14, 7, 8, 9, 1, 2, 3. SE: 83% SP: 100%.
- 4) **IM médio anterior: Tipo: A4. Lugar más probable de la oclusión: oclusión de la primera diagonal.** QS en VL, a veces Q en DI, sin onda Q en V5-V6. Eventualmente q en V2-V3. **Área de Infarto por la resonancia nuclear**

**magnética cardiaca (RNMC):** 7 y 13.  
Mínimamente en 1, 12 y 16. SE: 67%  
SP: 100%.

## **II) ZONA ÍNFERO-BASAL**

- 1) **Lateral: Tipo: B1. Lugar más probable de la oclusión:** Arteria circunfleja izquierda u sus rama oblicua marginal **Patrón ECG:** RS en V1-V2 y/o Q en I, VL, V5-V6. Voltaje de R en V6 disminuida. **Área de Infarto por la resonancia nuclear magnética cardiaca (RNMC):** 6, 5, 12, 11, y 16. SE: 67% SP: 99%.
- 2) **Inferior: Tipo: B2. Lugar más probable de la oclusión:** Arteria coronaria derecha y a veces distal de la circunfleja izquierda **Patrón ECG:** Q en II, III, VF. **Área de Infarto por la resonancia nuclear magnética cardiaca (RNMC):** 3, 4, 10, 15 3, y 9. SE: 88% SP: 97%.
- 3) **Inferior-lateral: Tipo: B3. Lugar más probable de la oclusión:** Arteria coronaria derecha o una circunfleja izquierda dominante **Patrón ECG:** signos de infarto inferior (Q in II, II, VF: B2) y/o lateral (RS en V1-V2). SE: 73%; SP: 98%.

SE: Sensibilidad. SP: Especificidad

***El patrón RS en V1 y V1 obedece a infarto lateral y la morfología QS en aVL es debida a infarto medio-anterior y medio-lateral y no a infarto inferior basal (posterior)***

***El término posterior y lateral alto son incorrectos y deberían ser cambiados por lateral e ántero lateral estricto.***