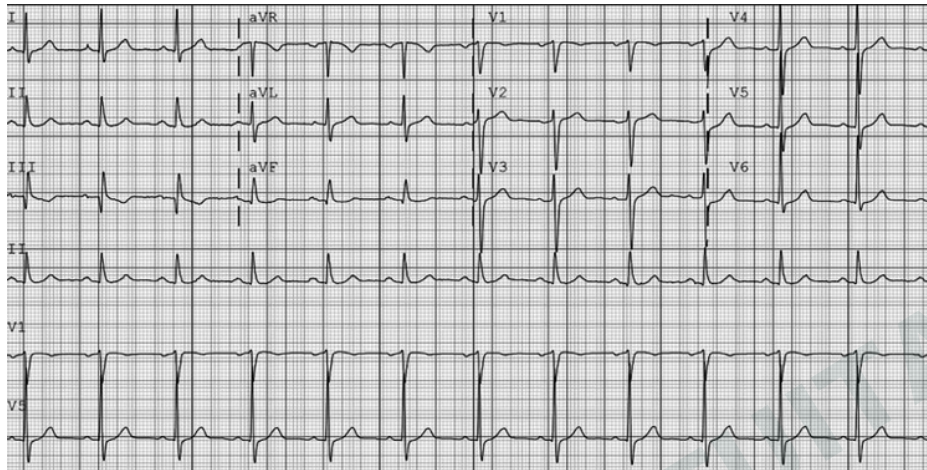


Frecuencia si el ritmo es regular

Mide de R a R; los cálculos de la tabla son ejemplos independientes del ECG.

ECG real: reconocimiento del trazado



ECG real · [19], fig.3: Chavez-Flores et al., 2024. © autores · CC BY 4.0. Figura íntegra; solo redimensionada. Se conservan las marcas del original.

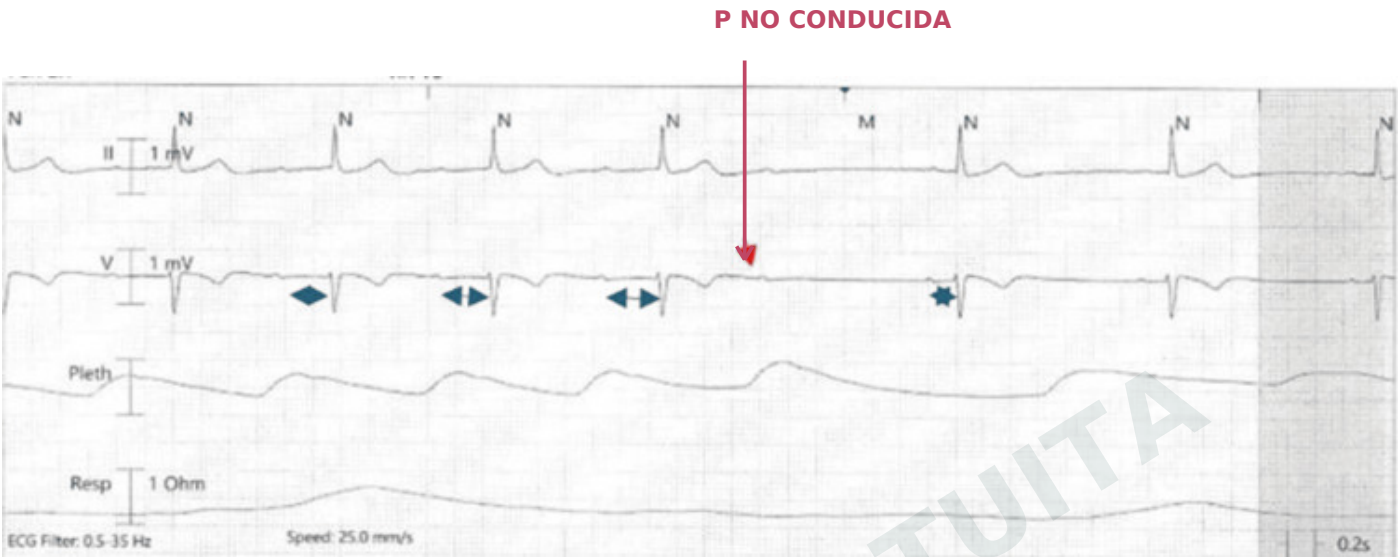
Método a 25 mm/s	Fórmula / ejemplo
Cuadros grandes	$FC = 300 / \text{cuadros grandes entre R.}$ 4 cuadros $\rightarrow 300/4 = 75$ lpm.
Cuadros pequeños	$FC = 1500 / \text{cuadros pequeños entre R.}$ 20 cuadros $\rightarrow 1500/20 = 75$ lpm.
Tiempo exacto	$FC = 60 / \text{RR en segundos.}$ RR 0.80 $\rightarrow 60/0.80 = 75$ lpm.

SERIE PARA RECORDAR

1, 2, 3, 4, 5 o 6 cuadros grandes $\rightarrow$ 300, 150, 100, 75, 60 o 50 lpm. Si no es regular, usa un intervalo más largo.

Mobitz I · Wenckebach

Sigue la secuencia, no un solo latido.



ECG real · [30], fig.1: Valdez Thomas et al., 2026. © autores · CC BY 4.0. Figura íntegra; rótulo y guía rojos editoriales añadidos. Flechas y estrella originales conservadas.

Marca del original	Qué debes ver
Flecha roja	P que no conduce a QRS. Es el impulso auricular bloqueado.
Flechas dobles azules	PR progresivamente más largo en los latidos conducidos.
Estrella azul	Latido de escape de la unión después de la P bloqueada; no lo confundas con conducción de esa P.

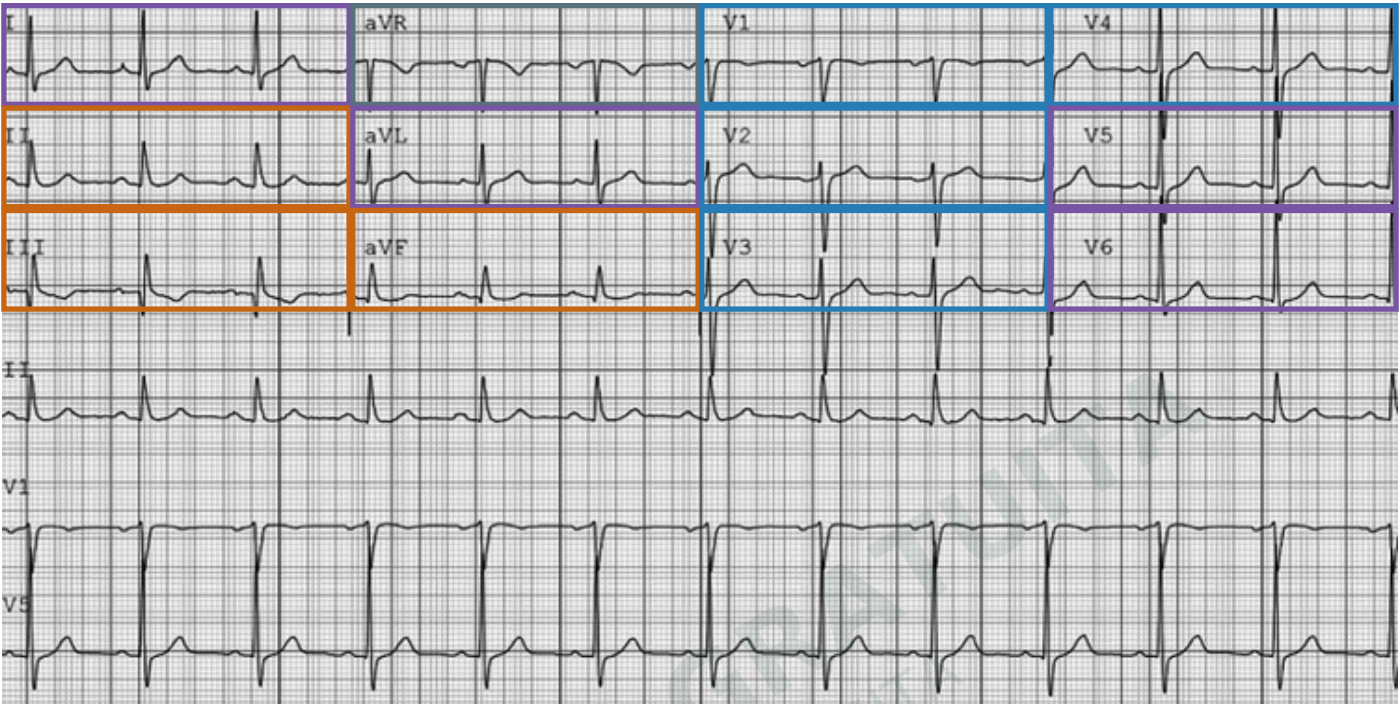
El artículo de 2026 identifica la secuencia como Mobitz I. Sigue el canal V1 central: compara PR sucesivos, localiza la P señalada y busca qué ocurrió después. Una P bloqueada y un escape son fenómenos distintos.

NO CONFUNDIR

Una P prematura bloqueada puede parecer una P sin conducción. Comprueba su momento y morfología. Un QRS estrecho o ancho, aislado, no define Mobitz I o II.

Mapa coronario por colores

Un ECG real como soporte; los colores son una anotación didáctica.



ECG real · [19], fig.3: Chavez-Flores et al., 2024. © autores · CC BY 4.0. Anotación editorial: marcos de color añadidos; señal sin cambios.

Código / derivaciones	Territorio y arteria probable
AZUL · V1-V4	Anterior / anteroseptal: descendente anterior (DA), según extensión y anatomía.
MORADO · I, aVL, V5-V6	Lateral: circunfleja y marginales obtusas, o diagonales de DA.
NARANJA · II, III, aVF	Inferior: coronaria derecha o circunfleja según dominancia.
GRIS · aVR	Vista global/complementaria: no asignar a una sola arteria culpable.

Los marcos se aplican a los paneles de las 12 derivaciones, no a las tiras largas inferiores. El ECG de fondo es sinusal: los colores no representan lesiones de ese paciente. No hay una arteria exclusiva para cada derivación.

Fuentes médicas · 1/5

Bibliografía clínica y procedencia de las figuras.

[1] 2025

Rao SV et al. ACC/AHA/ACEP/NAEMSP/SCAI Guideline for the Management of Patients With Acute Coronary Syndromes.

ECG inicial, criterios de STEMI y evaluación de SCA. [Consultar fuente](#)

[2] 2023

Byrne RA et al. ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes.

Isquemia, derivaciones adicionales y contexto clínico. [Consultar fuente](#)

[3] 2022

Kontos MC et al. ACC Expert Consensus Decision Pathway on the Evaluation and Disposition of Acute Chest Pain in the Emergency Department.

Patrones de oclusión, Sgarbossa modificado y ECG no diagnóstico. [Consultar fuente](#)

[4] 2025

Wigginton JG et al. Part 9: Adult Advanced Life Support. American Heart Association Guidelines for CPR and ECC.

Ritmos de paro, taquicardia y seguridad de la terapia eléctrica. [Consultar fuente](#)

[5] 2024

Van Gelder IC et al. ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation.

Confirmación electrocardiográfica y enfoque de FA. [Consultar fuente](#)

[6] 2022

Zeppenfeld K et al. ESC Guidelines for ventricular arrhythmias and prevention of sudden cardiac death.

TV, QT prolongado y evaluación de riesgo. [Consultar fuente](#)

Fuentes médicas · 2/5

Bibliografía clínica y procedencia de las figuras.

[7] 2021

Glikson M et al. ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy.

Bloqueos AV y enfermedad de conducción. [Consultar fuente](#)

[8] 2019 / publicación 2020

Brugada J et al. ESC Guidelines for the management of patients with supraventricular tachycardia.

Diferenciación de taquicardias supraventriculares y flutter. [Consultar fuente](#)

[9] 2018 / publicación 2019

Kusumoto FM et al. ACC/AHA/HRS Guideline on Bradycardia and Cardiac Conduction Delay.

Definiciones de bloqueos AV; se contrasta con ESC 2021. [Consultar fuente](#)

[10] 2025

Blondeel M et al. Ventricular Depolarization Abnormalities and Their Role in Cardiac Risk Stratification. Rev Cardiovasc Med 26:25921.

Duración, morfología del QRS, bloqueos y fascículos. [Consultar fuente](#)

[11] 2025

Namjouyan K et al. Precision Medicine for Electrocardiogram Interpretation: Clinical Relevance, Challenges, and Advances. Rev Cardiovasc Med 26:47007.

Método de lectura; no se usa el texto automático como árbitro clínico. [Consultar fuente](#)

[12] 2024

Lashrf A, Salim A. Interpretation of electrocardiogram. InnovAiT 17:488-494.

Introducción práctica a la interpretación. [Consultar fuente](#)

Fuentes médicas · 3/5

Bibliografía clínica y procedencia de las figuras.

[13] 2025

Gotta V, Donner B. QT interval prolongation: clinical assessment, risk factors and quantitative pharmacological considerations.

Medición y corrección del QT, factores de riesgo. [Consultar fuente](#)

[14] 2025

A comparison of the four most commonly used formulae to adjust the QT-interval for heart rate in 22,000 healthy subjects. J Electrocardiol 92:154091.

Las fórmulas de QTc no son intercambiables sin considerar su contexto. [Consultar fuente](#)

[15] 2023

Paul A, Jacob JR. Electrocardiographic lead reversals. Indian Pacing Electrophysiol J 23:205-213.

Errores de cables y sus imitadores electrocardiográficos. [Consultar fuente](#)

[16] 2021

V1 and V2 pericordial leads misplacement and its negative impact on ECG interpretation and clinical care. Ann Noninvasive Electrocardiol.

Colocación de V1-V2 y falsos patrones. [Consultar fuente](#)

[17] 2025

Schulz-Menger J et al. ESC Guidelines for the management of myocarditis and pericarditis.

Inflamación como diferencial de cambios ST-T. [Consultar fuente](#)

[18] 2018

Thygesen K et al. Fourth Universal Definition of Myocardial Infarction.

Definición de lesión e infarto, incorporada por guías de SCA 2023 y 2025. [Consultar fuente](#)

Fuentes médicas · 4/5

Bibliografía clínica y procedencia de las figuras.

[19] 2024

Chavez-Flores V et al. New-Onset Paroxysmal Atrial Fibrillation in a Healthy Male With Post-COVID-19 Painless Thyroiditis: A Case Report. Cureus 16:e66288.

ECG reales: fig.2 (FA) y fig.3 (sinusal). © 2024 autores; CC BY 4.0. Fig.3 también se usa con marcos de color declarados. [Consultar fuente](#)

[20] 2024

Harvey M. Unraveling the intricacies of typical atrial flutter. HeartRhythm Case Reports 10:445-446.

ECG real, figura 1. © 2024 Heart Rhythm Society; Elsevier. CC BY 4.0; reproducción íntegra redimensionada. [Consultar fuente](#)

[21] 2024

Barold SS, Herweg B. Mobitz type II second-degree atrioventricular block: a commonly overdiagnosed and misinterpreted arrhythmia. Front Cardiovasc Med 11:1450705.

Precisiones de Mobitz II y registro real de monitor, fig.7. © Barold y Herweg; CC BY 4.0. [Consultar fuente](#)

[22] 2024

Buntyn RW et al. Complete Heart Block in a Patient Declining Pacemaker Implantation: A Discussion on Patient-Centered Care and Shared Decision-Making. Cureus 16:e75241.

Fig.1: BAV completo (registro 2023); fig.2: bradicardia/BAV I (2016); fig.3: Mobitz I (2018). © autores, CC BY 4.0. [Consultar fuente](#)

[23] 2023

Ghallab M et al. A Rare Case of Transient Second-Degree Mobitz Type II Heart Block Complicating a Saddle Pulmonary Embolism. Cureus 15:e34329.

Se reproduce únicamente fig.1 para BRD, no como prueba de Mobitz II. © autores; licencia Creative Commons Attribution. [Consultar fuente](#)

[24] 2024

Lin KS et al. Myocardial Bridging of Mid-left Anterior Descending Artery (LAD) Presenting As Transient Left Bundle Branch Block During Nuclear Stress Test. Cureus 16:e54654.

Fig.4: BRI transitorio durante prueba farmacológica. © autores; CC BY 4.0. [Consultar fuente](#)

Fuentes médicas · 5/5

Bibliografía clínica y procedencia de las figuras.

[25] 2024

Vela Martín P et al. Ventricular Fibrillation during Optical Coherence Tomography. J Cardiovasc Dev Dis 11:200.

Fig.4: telemetría de FV y presión arterial. © autores; CC BY 4.0. [Consultar fuente](#)

[26] 2024

Rahman I, Sohail M. The Mystery of Electrical Storm: A Case Report. Cureus 16:e57202.

Fig.3: TV monomórfica clínica. © autores; CC BY 4.0. [Consultar fuente](#)

[27] 2024

Szumowski BA et al. Complete Heart Block Induced Torsades de Pointes. Cureus 16:e55169.

Fig.2: episodios de TV polimórfica en contexto de BAV/QT prolongado. © autores; CC BY 4.0. [Consultar fuente](#)

[28] 2024

Vadher A et al. Anomalous Left Circumflex Artery Originating From Right Coronary Cusp as Culprit Vessel in ST-Elevation Myocardial Infarction (STEMI). Cureus 16:e66230.

Fig.1: IAM inferior, culpable circunfleja anómala. © autores; CC BY 4.0. [Consultar fuente](#)

[29] 2024

Warnock J et al. Complete Heart Block and Ventricular Asystole Caused by Vagus Nerve Stimulation Therapy. Cureus 16:e53314.

Fig.1: bloqueo AV y pausa de asistolia ventricular en telemetría. © autores; CC BY 4.0. [Consultar fuente](#)

[30] 2026

Valdez Thomas M et al. Mobitz I Atrioventricular Block Following Combined Opioid and Benzodiazepine Overdose: A Case Report. Cureus 18:e104528.

Fig.1: PR progresivo, P no conducida (flecha roja) y escape de la unión (estrella). © autores; CC BY 4.0. [Consultar fuente](#)

Licencias: las figuras CC BY 4.0 permiten reutilización con atribución y declaración de cambios. El artículo [23] declara Creative Commons Attribution sin versión en el aviso. Cada figura lleva su crédito. [Texto de CC BY 4.0](#). Ninguna licencia implica aval a esta guía.

TU PRÓXIMO REPASO

Guía de ECG paso a paso

Aprende a leer el ECG con un método ordenado, registros clínicos reales, bloqueos señalados, mapa coronario por colores y ejercicios con respuestas.

3 páginas de contenido en esta muestra. La guía completa contiene 47 páginas.

LO QUE ENCONTRARÁS EN LA VERSIÓN COMPLETA

- Frecuencia, ritmo sinusal, eje e intervalos
- FA, flutter y arritmias ventriculares
- Mobitz I y II, bloqueo AV completo y bloqueos de rama
- STEMI, NSTEMI y territorios coronarios por colores
- Ritmos de paro, casos de práctica y hoja de bolsillo

Precio individual: \$160 MXN

Leer versión completa

Abre la ficha de la guía para preparar tu compra. Las promociones vigentes se aplican en el carrito.