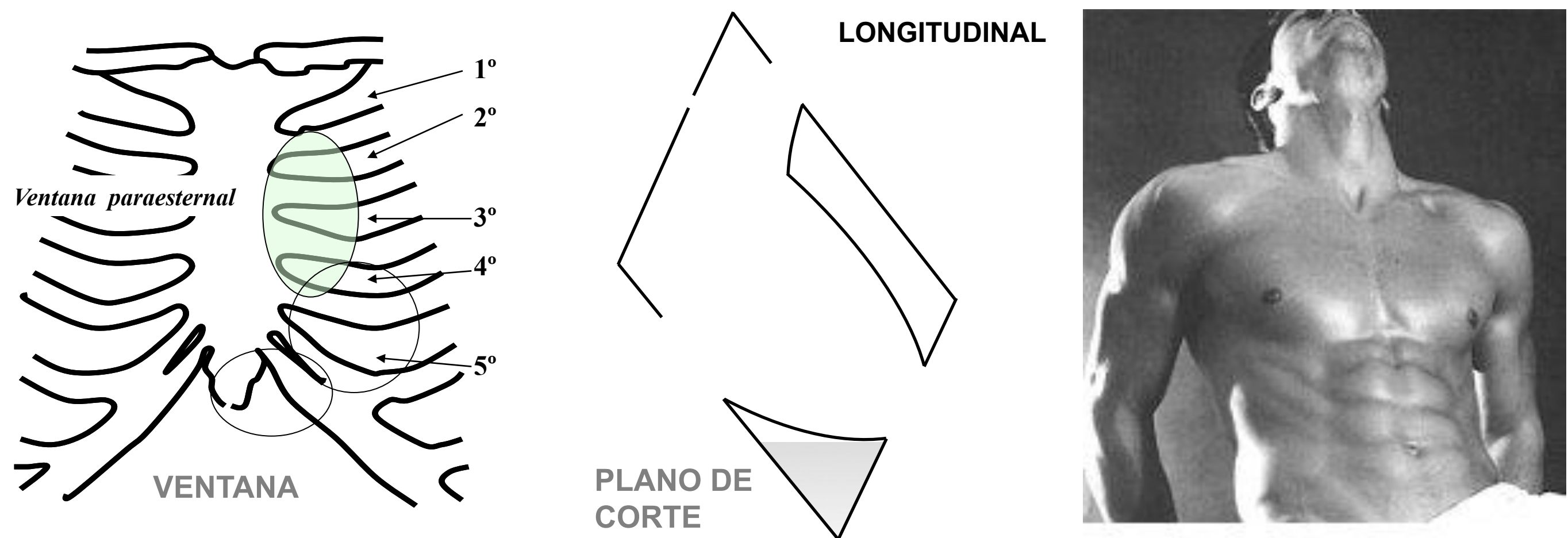
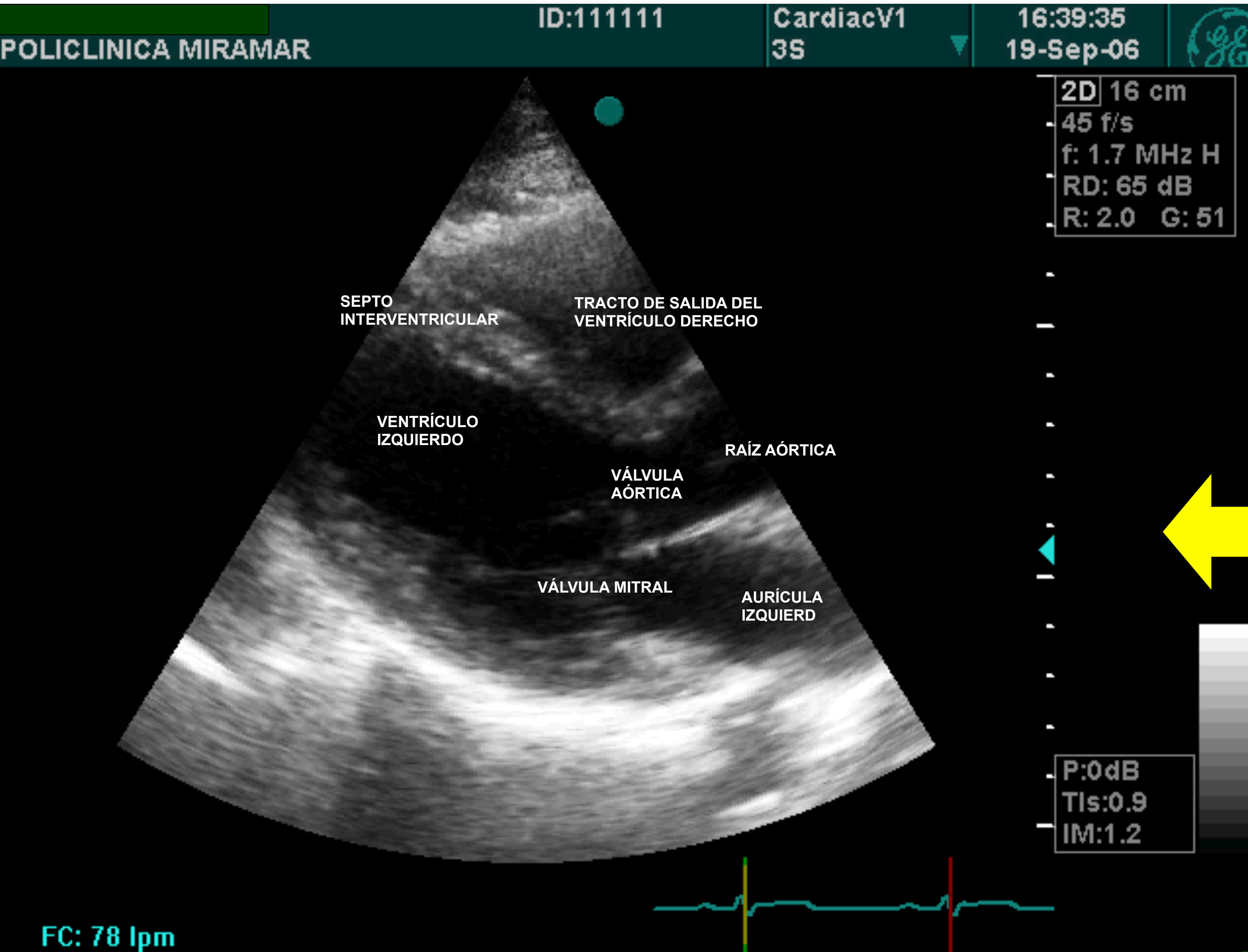
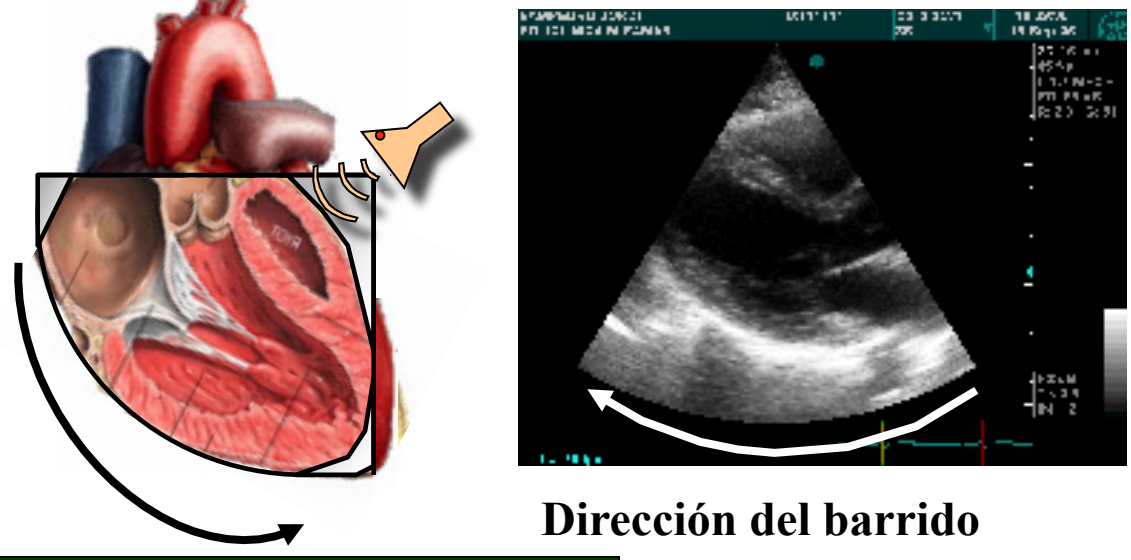


PROYECCIONES ECOCARDIOGRÁFICAS

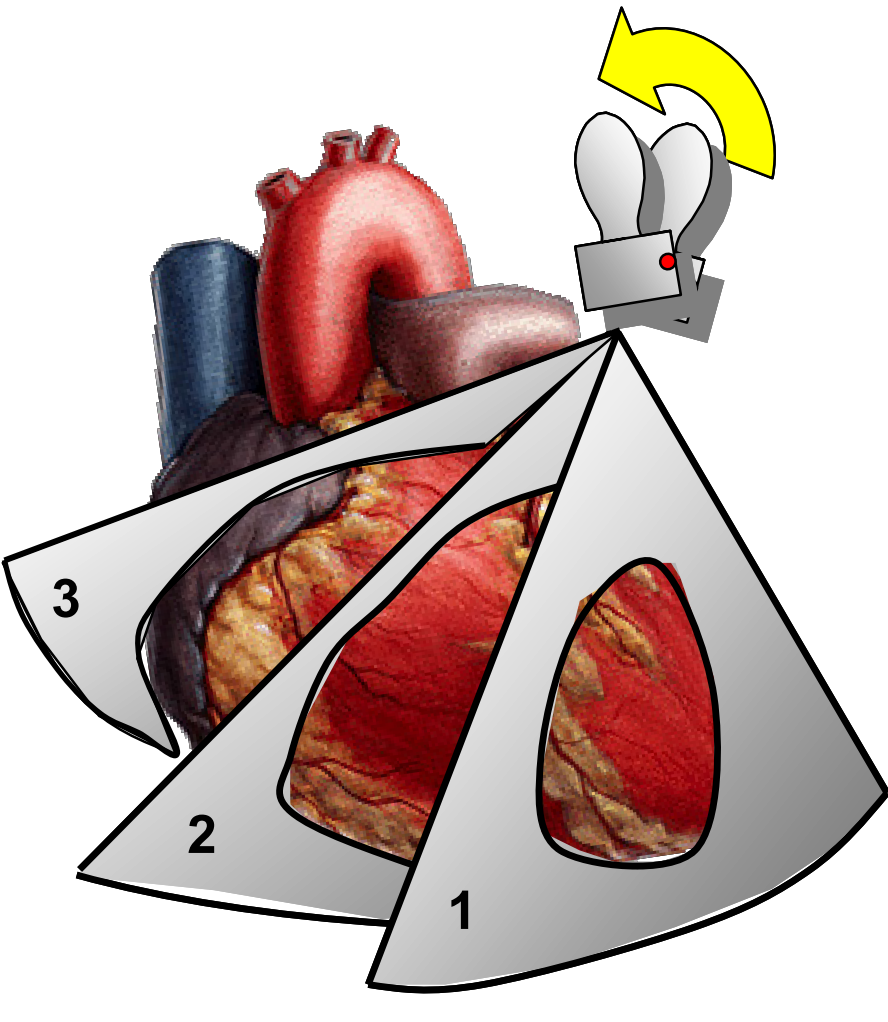


PROYECCIÓN PARAESTERNAL LONGITUDINAL

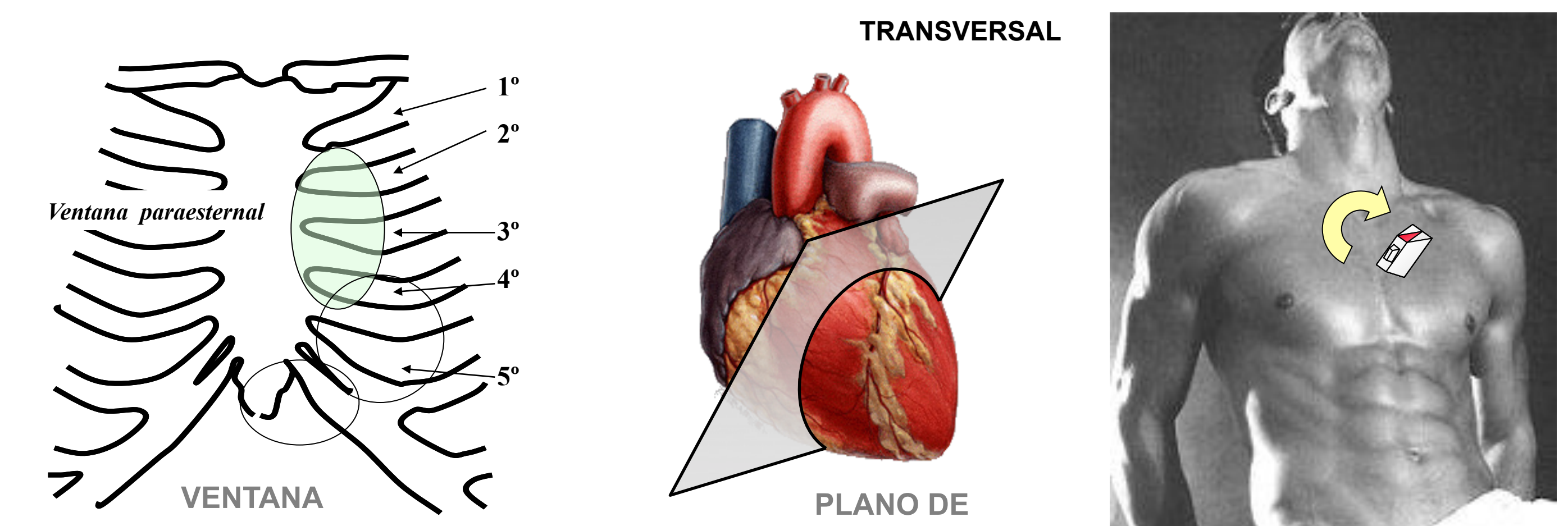
Para conseguir una proyección paraesternal (VENTANA) longitudinal (PLANO) es necesario aplicar el transductor al 2º-3º ó 4º espacio intercostal izquierdo con la muesca que señala la dirección de barrido (marcada como una flecha roja en el dibujo) apuntando en la dirección del hombro contrario



Por convención, en la pantalla se muestra siempre el vértice del sector en posición superior y el extremo por el que comienza el barrido a la derecha

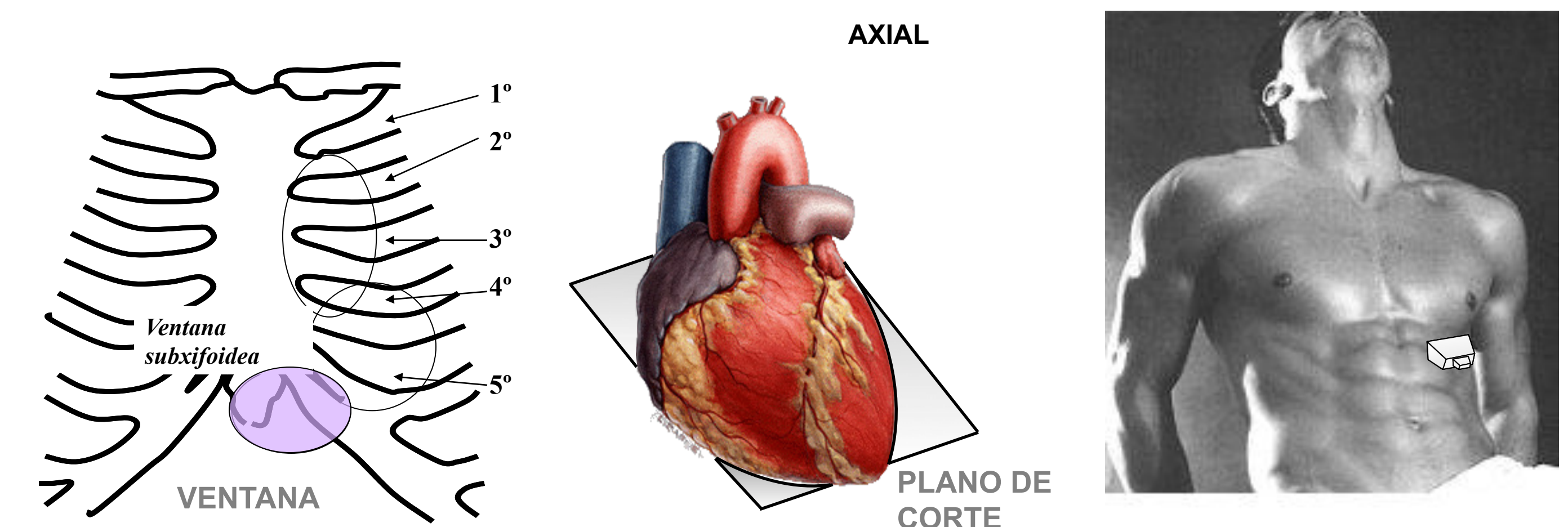
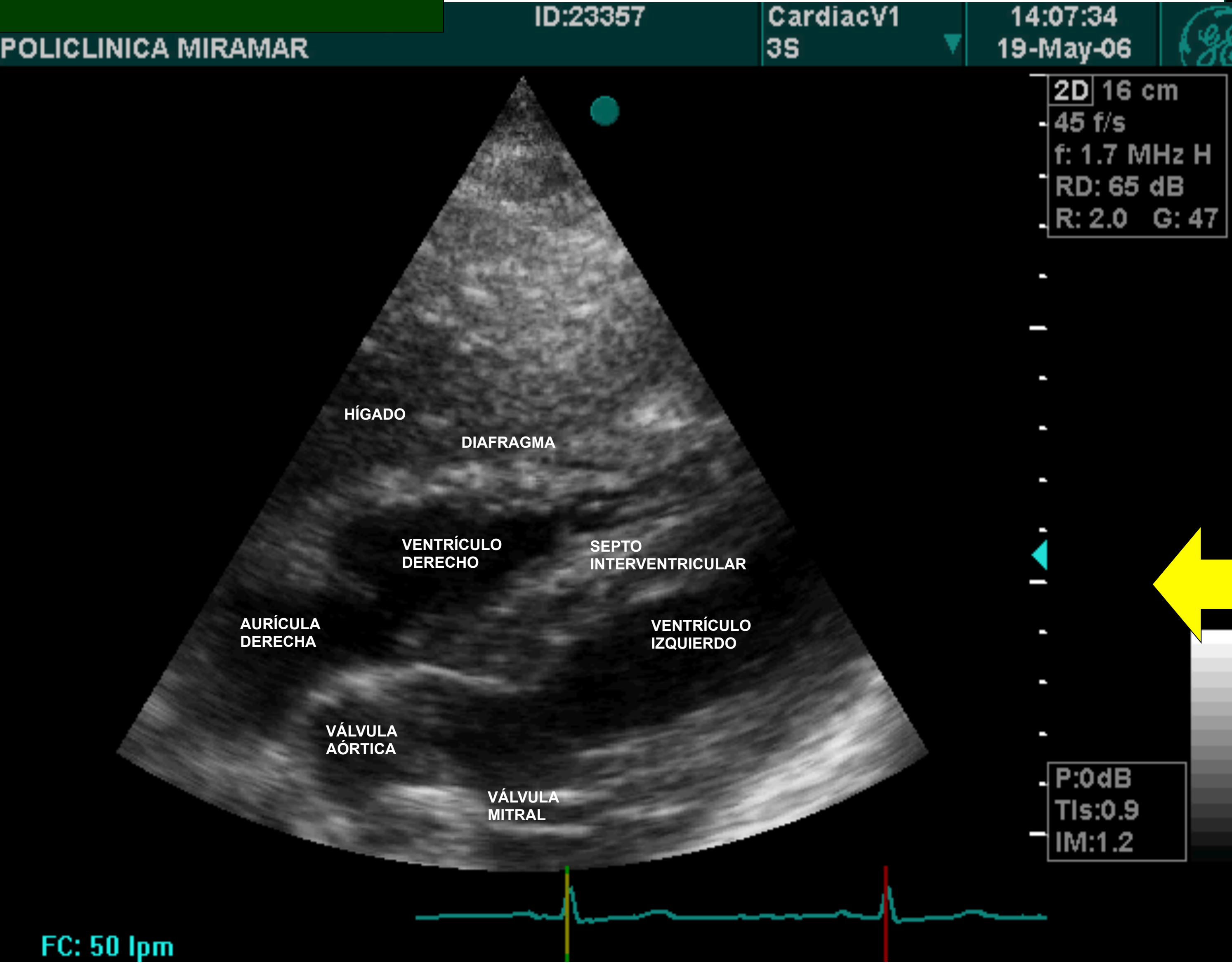
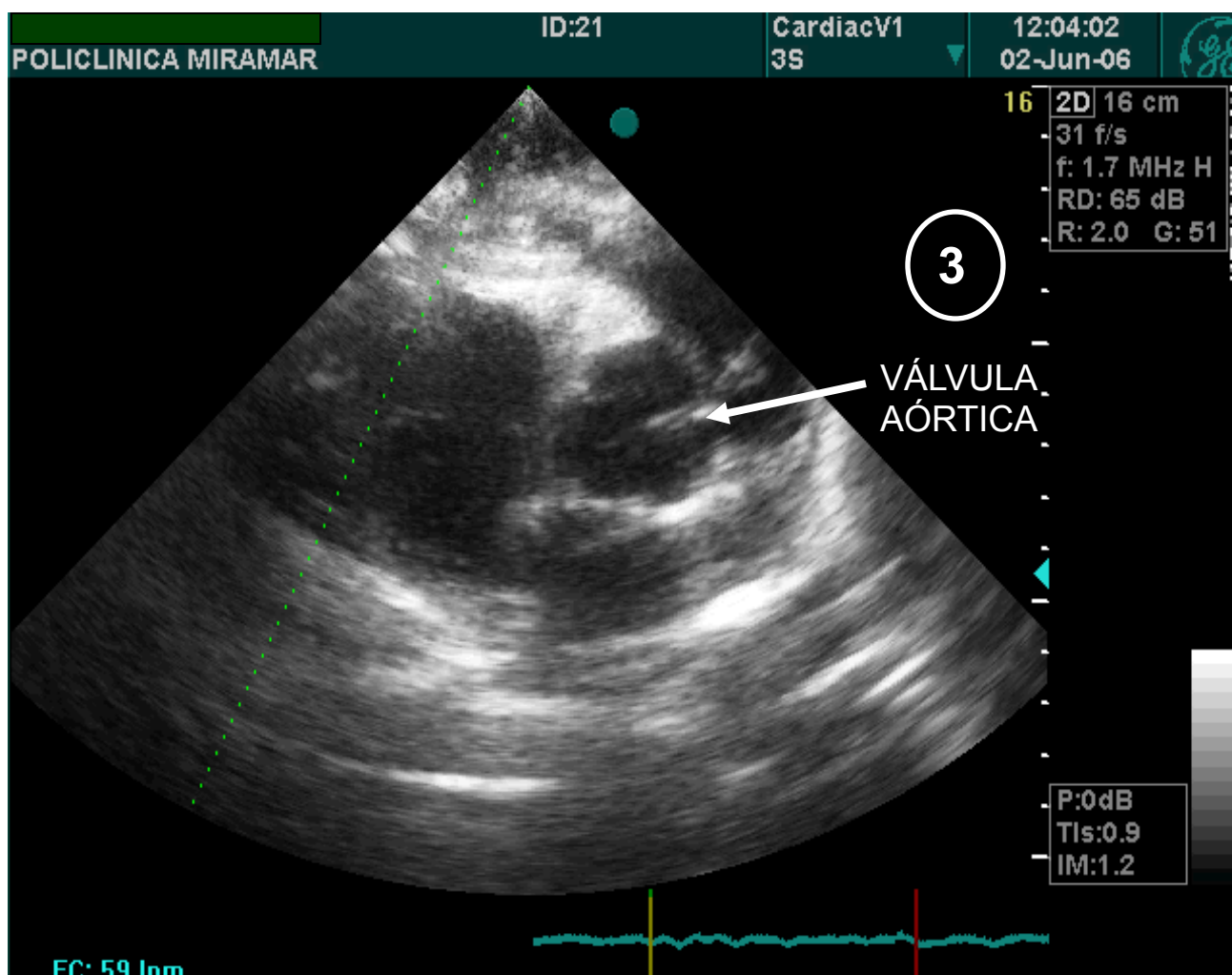
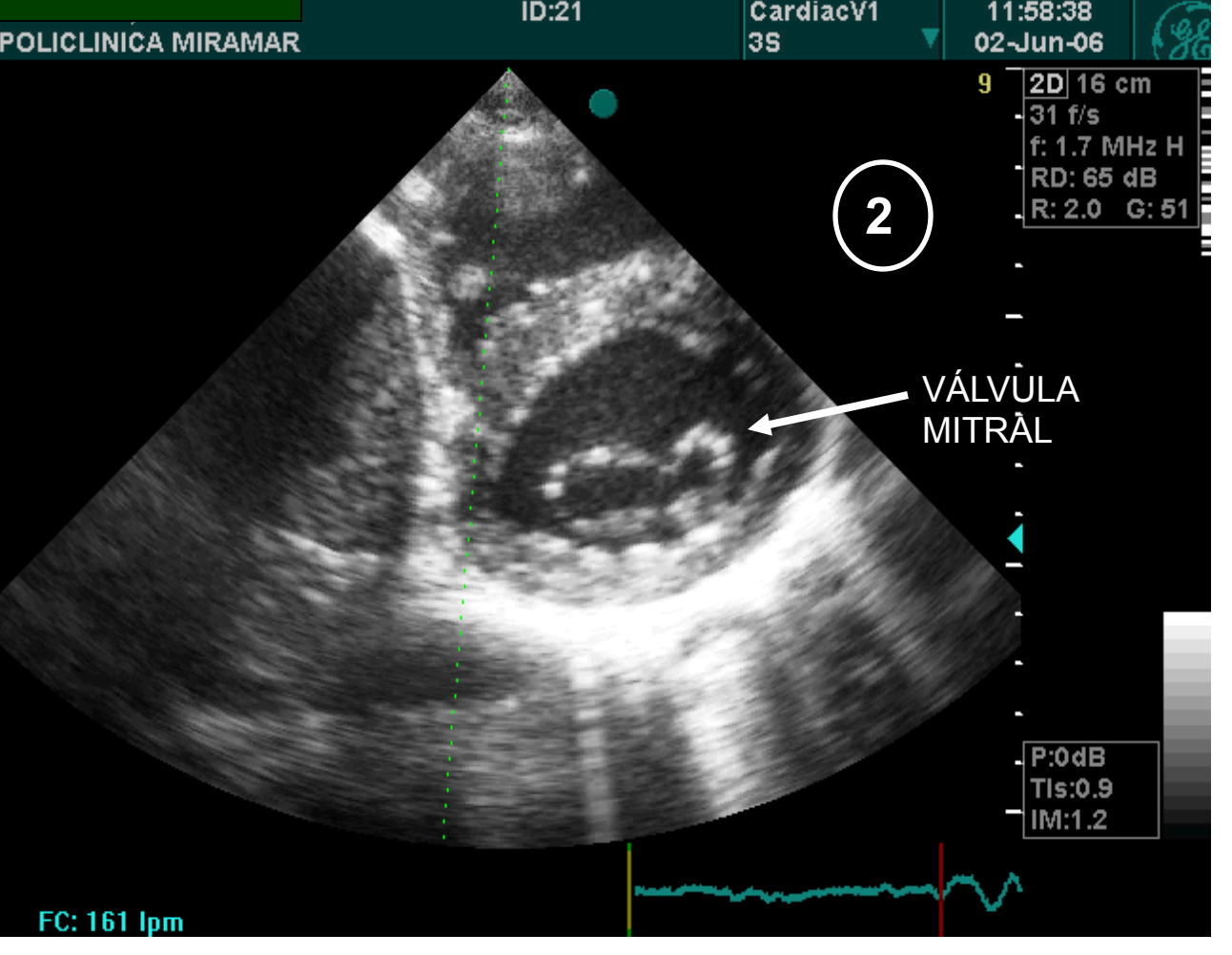
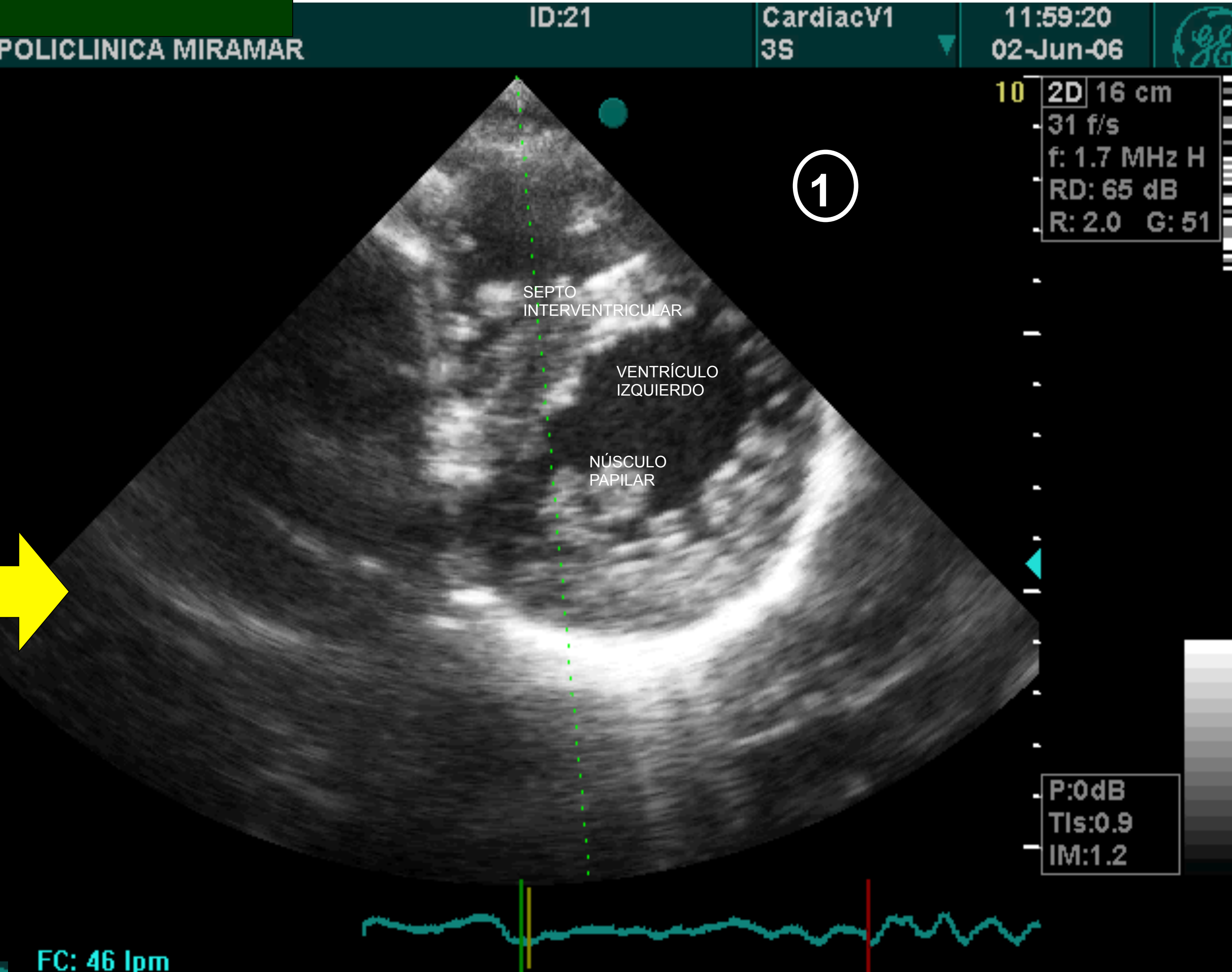
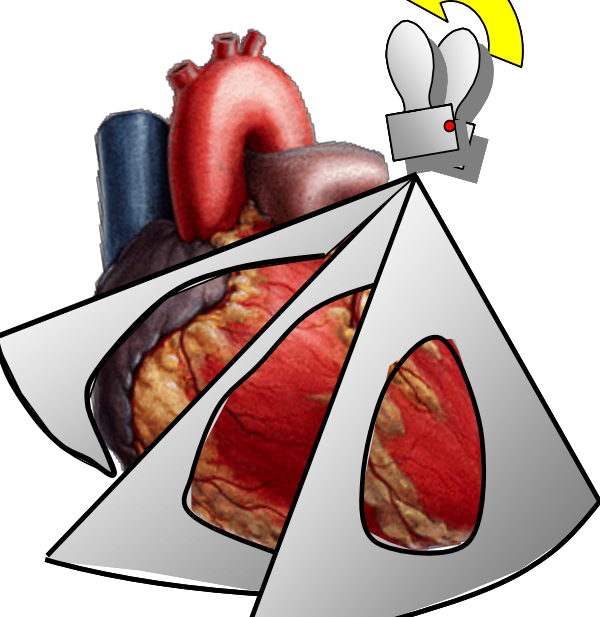


1. Corte al nivel de los músculos papilares
2. Corte al nivel de la válvula mitral
3. Corte al nivel de los grandes vasos



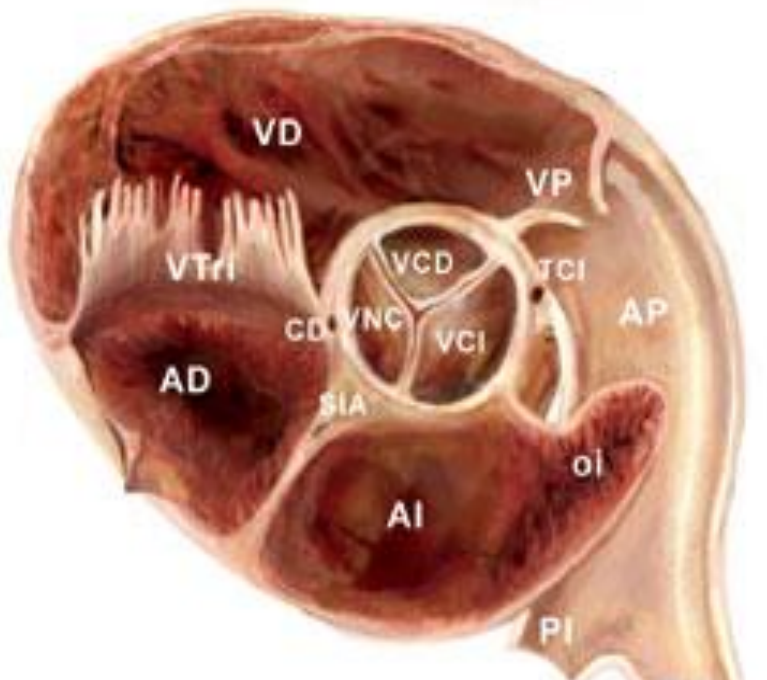
PROYECCIÓN PARAESTERNAL TRANSVERSAL

Para conseguir una proyección paraesternal (VENTANA) transversal (PLANO) hay que partir de la proyección paraesternal longitudinal y girar el transductor 90º en sentido horario hasta que la muesca apunte hacia el hombro izquierdo. Con pequeñas inclinaciones cráneo-caudales del transductor se pueden realizar cortes a diversos niveles.

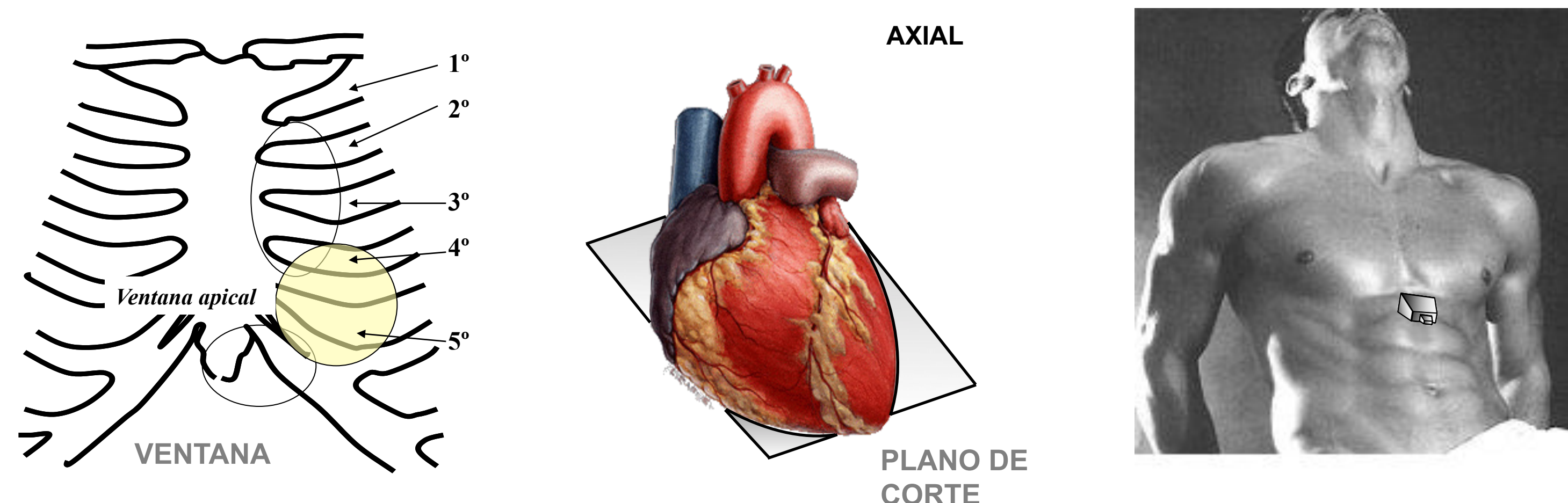


PROYECCIÓN SUBXIFOIDEA O SUBCOSTAL

Para obtener una proyección subcostal (VENTANA) debemos colocar el transductor en el lado izquierdo del apéndice xifoides, manteniendo la muesca apuntando al flanco izquierdo. Con una pequeña angulación del transductor se puede pasar de la proyección de cuatro cámaras (dos aurícula, dos ventrículos) a la de cinco cámaras (dos aurículas, dos ventrículos y el tracto de salida del ventrículo izquierdo). Este es la proyección preferida para diagnosticar los derrames pericárdicos.

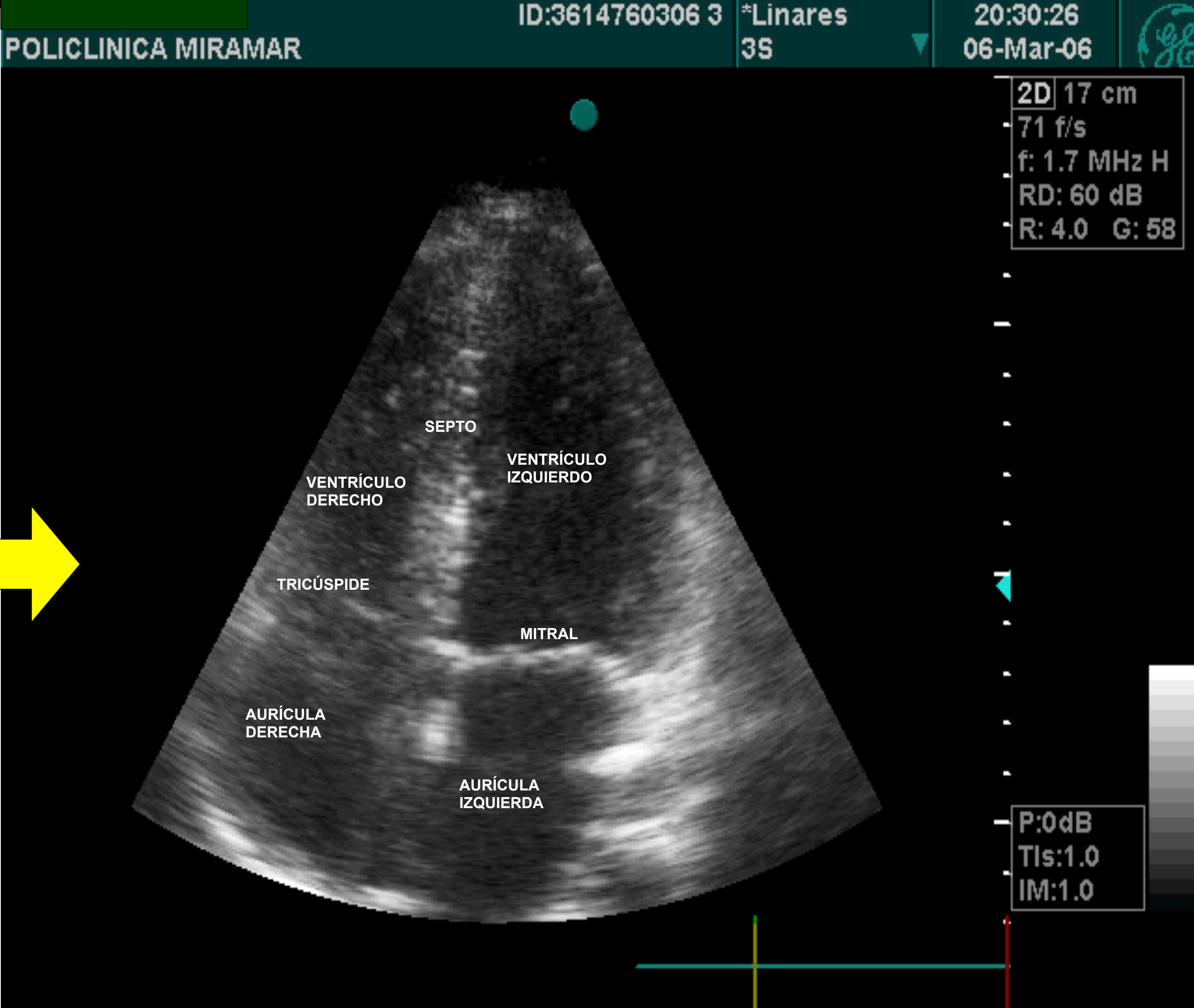
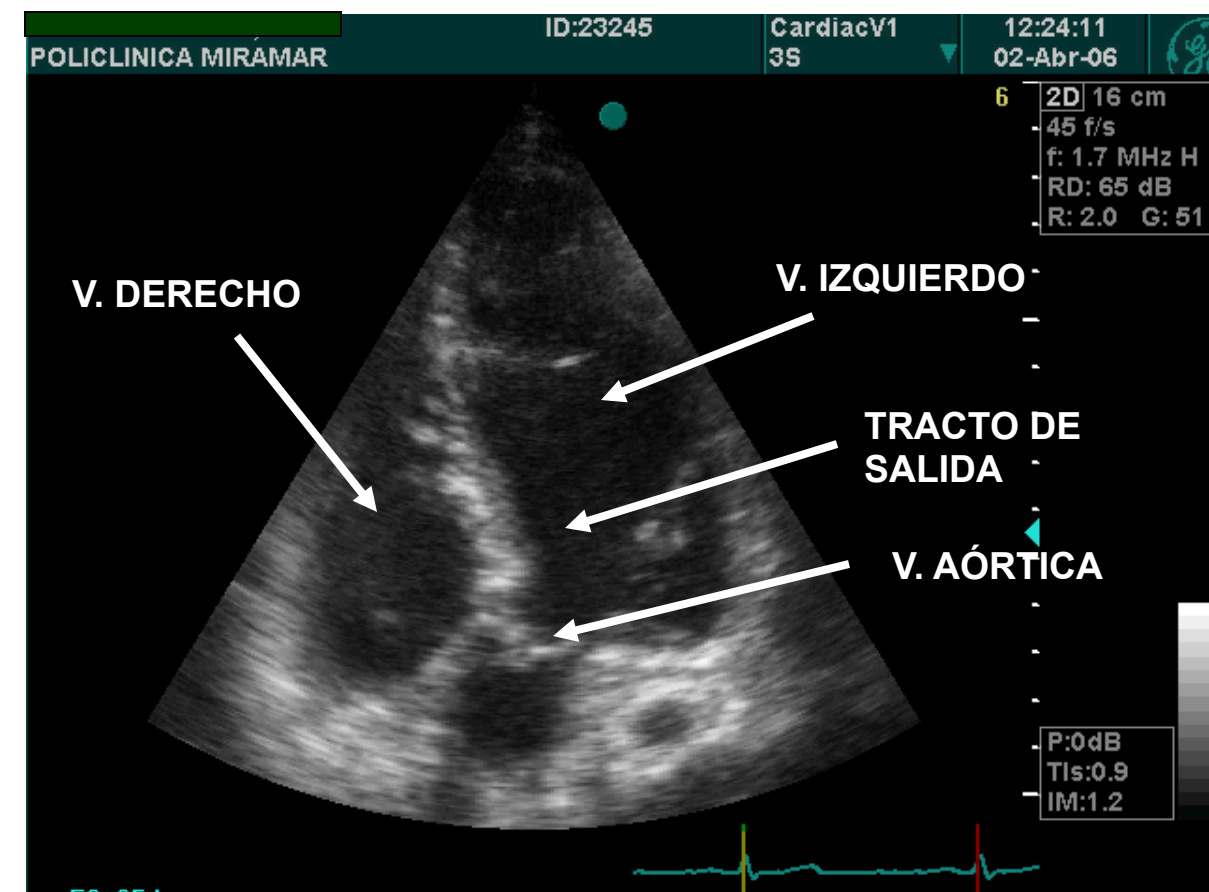


Estructuras anatómicas visibles en la proyección paraesternal transversal de grandes vasos



PROYECCIÓN APICAL DE CUATRO CÁMARAS

Para obtener una proyección apical (VENTANA) hay que situar el transductor en el el ápex, en el punto donde se palpa con mayor fuerza el latido cardíaco (alrededor del 5º espacio intercostal) y con la muesca orientada hacia el flanco izquierdo. La proyección apical puede ser de cuatro cámaras (dos aurículas y dos ventrículos) o de cinco cámaras si además aparece el tracto de salida del VI, éste se consigue mediante una ligera inclinación caudal del transductor. (La llamada 5ª cámara corresponde al tracto de salida del ventrículo izquierdo)



A partir de la proyección apical de cuatro o cinco cámaras, girando el transductor 90º en sentido antihorario, de modo que la muesca que indica la dirección del barrido apunta hacia la cabeza del paciente, obtenemos la proyección apical (VENTANA) longitudinal (PLANO). Esta proyección también se conoce como apical de dos cámaras porque se ven únicamente la aurícula y el ventrículo izquierdos.

