



5018-5. VALIDEZ Y REPRODUCIBILIDAD DE LA MEDIDA DE LA DURACIÓN DEL QRS EN PACIENTES CON BLOQUEO DE RAMA IZQUIERDA

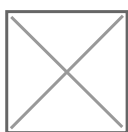
Aurelio Quesada Dorador¹, Eugenia Mateu Gisbert², Cristina Albiach Montañana¹, Bruno Bochard-Villanueva¹, Javier Jiménez Bello¹, Francisco Ridocci Soriano¹, Víctor Palanca Gil¹ y Fernando Gómez Pajares³ del ¹Consortio Hospital General Universitario, Valencia, ²Universidad Católica de Valencia, San Vicente Martir, Valencia, y ³Hospital Arnau de Vilanova, Valencia.

Resumen

Introducción y objetivos: La medida de la duración del QRS (QRSd) en el electrocardiograma (ECG) de superficie es la herramienta principal, junto al bloqueo de rama izquierda (BRI) para la selección de pacientes que se benefician de la terapia de resincronización cardíaca (TRC). Este valor se acepta como una verdad absoluta e inamovible, pero ni las guías ni los ensayos clínicos que sustentan la indicación de la terapia (ni siquiera cada centro o profesional) emplean una medida estandarizada para el análisis del complejo. El presente trabajo pretende estudiar la fiabilidad y la precisión de diferentes formas de medida del QRS.

Métodos: Se analizaron 56 pacientes consecutivos de nuestra consulta de Arritmias con BRI en los que se disponía de un ECG con al menos 6 derivaciones simultáneas. De ellos, 48,2% eran varones (edad media de $69,5 \pm 11,4$ años). Se registraron las QRSd calculadas automáticamente por el electrocardiógrafo y las obtenidas manualmente por 2 observadores distintos empleando 4 formas de medida: a) QRSd de las derivaciones individuales, b) media de V4-6; c) la QRSd de mayor duración y d) la medida global –desde inicio QRS más precoz hasta el punto j más tardío en precordiales, considerada como referencia-. Analizamos el coeficiente de correlación interclase (CCI), los odds ratio diagnósticos (ORD) y las curvas ROC.

Resultados: Los CCI entre QRSd global y los distintos métodos mostraron concordancia buena (nunca excelente) para V2 (0,76, intervalo de confianza-IC: 0,62-0,85), el valor automático (0,74; 0,59-0,85), media V4-6 (0,72; IC: 0,57-0,83) y QRSd mayor (0,69; IC: 0,42-0,75). La concordancia fue moderada/regular para D1 (CCI 0,61; IC: 0,42-0,75) y especialmente D2 (0,58; IC: 0,38-0,73). Tendencias similares se observaron en los CCI interobservador. En las curvas ROC, la medida automática mostró el área mayor bajo la curva (ABC) (0,841) seguida del promedio V4-V6 (0,806), siendo V2 la derivación con mejor CCI (0,78) y D2 la de menor ABC (0,683) para un punto de corte de 130 ms (tabla).



Curvas ROC para los diferentes métodos de medida, con corte de normalidad para 130 ms.

Valores de la curva ROC para los diferentes métodos de medida para 130 ms

Derivaciones	ABC	IC del ABC (95%)	Odds Ratio	IC de OR (95%)
D2	0,683	(0,476-0,889)	1,04	(1,002-1,07)
D1	0,719	(0,521-0,916)	1,03	(1,00-1,07)
QRS mayor	0,720	(0,514-0,927)	1,04	(1,004-1,08)
V2	0,780	(0,585-0,975)	1,07	(1,02-1,12)
V4-V6	0,806	(0,604-1,000)	1,07	(1,02-1,12)
Automático	0,841	(0,688-0,993)	1,10	(1,02-1,18)

Se muestran los valores del ABC y el ORd con sus IC.

Conclusiones: La QRSd varía de forma significativa según la derivación elegida y la forma de medida con el riesgo de excluir de la TRC a pacientes que podrían beneficiarse. Las determinaciones más próximas a la QRSd global serían la automática, la media V4-V6 y V2. El uso rutinario de D2 debe desaconsejarse. La medida de la QRSd debe estandarizarse para mejorar la selección de los candidatos a TRC.