



4015-3. RENDIMIENTO DEL SA-VA PARA DIFERENCIAR LA TAQUICARDIA POR REENTRADA NODAL DE LA TAQUICARDIA ORTODRÓMICA EN UNA GRAN COHORTE DE PACIENTES CONSECUTIVOS

Finn Akerström¹, Marta Pachón¹, F. Javier García-Fernández², Ricardo Salgado², Alberto Puchol¹, Luis Rodríguez-Padial¹ y Miguel Ángel Arias¹ de la ¹Unidad de Arritmias y Electrofisiología Cardíaca, Servicio de Cardiología, Hospital Virgen de la Salud, Toledo y ²Unidad de Arritmias, Servicio de Cardiología, Complejo Asistencial de Burgos.

Resumen

Introducción y objetivos: La diferencia entre el SA y el VA (SA-VA) representa una maniobra diagnóstica simple para distinguir entre una taquicardia por reentrada nodal (TIN) y una taquicardia ortodrómica (TO) durante el estudio electrofisiológico. Sin embargo, su utilidad ha sido exclusivamente evaluada exclusivamente en subgrupos seleccionados de pacientes. El objetivo del presente trabajo fue evaluar prospectivamente el rendimiento del SA-VA respecto a diferentes maniobras diagnósticas usualmente utilizadas, en una gran cohorte de pacientes consecutivos.

Métodos: Se incluyeron prospectivamente pacientes con taquicardia supraventricular inducible que pudieron ser encarriladas desde el ápex de ventrículo derecho durante un estudio electrofisiológico invasivo. Pacientes con taquicardia auricular inducida fueron excluidos. Se calcularon los siguientes intervalos en cada paciente: Intervalo SA-VA; HA en encarrilamiento menos HA en taquicardia (?HA); el ciclo de retorno corregido por AH.

Resultados: Un total de 456 pacientes fueron incluidos, en los que el estudio electrofisiológico reveló 265 TIN comunes, 38 TIN no comunes, y 54 y 108 TO mediadas por una vía accesoria septal o de pared libre, respectivamente. Un SA-VA > 99 ms identificó la TIN en todos los pacientes con una sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo del 97,7%, 96,9%, 98,3%, y 95,7%, respectivamente.

	Valores de corte	Sensibilidad	Especificidad	VPP	VPN	Área bajo la curva ROC (IC95%)	Taquicardias por subgrupos
SA-VA	> 99 ms	97,7%	96,9%	98,3%	95,7%	0,994 (0,987-1,0)	
SA-VA	> 85 ms	99,7%	82,1%	91,2%	99,3%	0,994 (0,987-1,0)	

SA-VA (TIN no común & TO vía septal)a	> 85 ms	100%	100%	100%	100%	1,0 (1,0-1,0)	TIN común = 38; TO vía septal = 53
SA-VA (VA >100 ms)a	> 110 ms	100%	100%	100%	100%	1,0 (1,0-1,0)	TIN = 42; TO = 126
cPPI-LC	? 110 ms	97,4%	92,0%	95,8%	94,9%	0,987 (0,978-0,996)	
?HAa	? 0 ms	98,6%	94,5%	95,9%	98,1%	0,997 (0,991-1,0)	TIN = 72; TO = 55
Comparación de distintas maniobras diagnósticas para diferenciar TIN de TO.							

Conclusiones: Los resultados de este trabajo confirman el elevado rendimiento diagnóstico del SA-VA para distinguir TIN de TO de forma sencilla, no solo en subgrupos de pacientes seleccionados, sino en la totalidad de los pacientes cuando se utiliza un valor de SA-VA > 99 ms.