



6045-2. EVALUACIÓN PROSPECTIVA DE UN ALGORITMO HÍBRIDO CLÍNICO Y ELECTROCARDIOGRÁFICO PARA PREDECIR EL ORIGEN DE LAS EV DE TRACTO DE SALIDA. UN ESTUDIO PROSPECTIVO MULTICÉNTRICO

José Miguel Carreño Lineros¹, Alfonso Padilla Escámez¹, Diego Penela Maceda¹, Beatriz Jáuregui Garrido¹, David Soto Iglesias¹, Juan Fernández Armenta², Juan Acosta Martínez³, Augusto Ordóñez España¹, Alfredo Chauca Tapia¹, Claudia Scherer¹ y Antonio Berruezo Sánchez¹

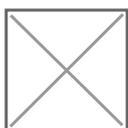
¹Centro Médico Teknon, Barcelona, ²Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz y ³Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

Resumen

Introducción y objetivos: La predicción del sitio de origen (SO) del complejo ventricular prematuro (CVP) antes del procedimiento de ablación tiene importantes implicaciones. Este estudio prospectivo multicéntrico buscó analizar la aplicabilidad y precisión de un algoritmo híbrido sencillo, que incluye información electrocardiográfica y clínica, en una población consecutiva de pacientes con CVP del tracto de salida (CVP-TS) sometidos a ablación con catéter.

Métodos: Se incluyeron pacientes consecutivos con CVP-TS frecuentes e indicación de ablación con catéter, de forma prospectiva, en 4 centros. El acceso vascular (vena femoral frente a arteria femoral) y el primer tracto de salida a mapear se decidieron en base a un algoritmo híbrido de dos pasos (fig.), que incluía información del ECG (la transición R/S del CVP en derivaciones precordiales (TP): TP precoz si ocurre antes de V3; TP tardía si supera V3) e información clínica [las siguientes variables computan 1 punto en una escala clínica: edad (> 50 años); presencia de hipertensión (HTA); y género (masculino)].

Resultados: Se incluyeron 115 pacientes consecutivos [42 (37%) varones, 52 + 15 años]. La carga media de CVP al inicio del estudio fue de $20 \pm 13\%$ y la FEVI media fue $59 \pm 8\%$. El tiempo medio del procedimiento fue de 55 ± 26 min. Se logró la abolición aguda completa del CVP en 110 (96%) pacientes. 84 (73%) pacientes tenían el SO-CVP en el TS de ventrículo (TSVD), mientras que 31 (27%) en el TS de ventrículo izquierdo (TSVI). En comparación con los pacientes con SO-TSVD, aquellos con SO-TSVI eran con mayor frecuencia varones [18 (58%) frente a 24 (29%), $p = 0,004$], padecían con mayor frecuencia de HTA [18 (58%) frente a 15 (18%), $p 0,001$], y tuvieron en una mayor proporción una transición R/S precoz [17 (55%) TP precoz, 3 (10%) TP tardía; vs 4 (5%) TP precoz y 55 (65%) TP tardía en el caso de SO-TSVD, $p 0,001$]. El algoritmo híbrido anticipó con precisión el SO del CVP en 101 (88%) pacientes. En el 90% de los pacientes se logró una reducción de al menos el 80% de la carga de CVP a los 6 meses.



Algoritmo híbrido para localización de CVP-TS.

Conclusiones: El algoritmo híbrido, evaluado de forma prospectiva en un estudio multicéntrico internacional, ha demostrado que permite anticipar con precisión el SO del CVP (localización derecha vs izquierda) en una población consecutiva de pacientes con CVP de TS.