



7004-10. ¿SON APLICABLES LOS ALGORITMOS DE DIAGNÓSTICO ELECTROCARDIOGRÁFICO DE TAQUICARDIA REGULAR DE QRS ANCHO EN PACIENTES SIN CARDIOPATÍA ESTRUCTURAL?

Carlos Álvarez Ortega, Óscar González Fernández, José Luis Merino Lloréns, Óscar Salvador Montañés y Rafael Peinado Peinado de Unidad de Arritmias del Servicio de Cardiología, Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: Existen varios criterios y algoritmos electrocardiográficos para diferenciar el origen (ventricular o supraventricular) de las taquicardias regulares de QRS ancho (TQRSA). Sin embargo, se basan en estudios en los que no se incluyeron, o estuvieron muy poco representados, los pacientes con taquicardias ventriculares monomórficas sostenidas en ausencia de cardiopatía estructural (TVidio). El objetivo de este estudio fue analizar la precisión diagnóstica de los criterios y algoritmos diagnósticos de TQRSA en estos pacientes.

Métodos: Se estudiaron retrospectivamente 35 ECG de TQRSA de pacientes sometidos a estudio electrofisiológico y ablación de TVidio. Se compararon con 35 ECG de 32 pacientes, sin cardiopatía estructural, sometidos a ablación de taquicardia paroxística supraventricular (TPSV). Dos cardiólogos que desconocían el origen de la taquicardia analizaron los ECG de forma independiente. Se estudiaron los algoritmos de Brugada y Vereckei en aVR, los criterios individuales incluidos en ellos y el criterio de Pava (tiempo a pico de R en II $\geq$ 50 ms) en la derivación II. En caso de discordancia se realizó un tercer análisis por un electrofisiólogo. Se estudiaron la precisión diagnóstica, sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo positivo (VPP) y valor predictivo negativo (VPN) de los algoritmos y de los criterios individuales. También se evaluó la concordancia interobservador.

Resultados: Se analizaron 20 TVidio de origen en tracto de salida ventricular, 7 fasciculares y 7 de otras localizaciones y se compararon con 19 taquicardias intranodales comunes y 16 taquicardias ortodrómicas con bloqueo de rama funcional. La edad media y el sexo fueron similares en ambos grupos: 48 ± 15 años en el grupo de TVidio y 48 ± 21 en el de TPSV ($p = 0,9$) y 23 frente a 25 varones respectivamente ($p = 0,6$). No existieron diferencias en la longitud de ciclo de las taquicardias (350 ± 57 ms frente a 329 ± 64 respectivamente; $p = 0,5$). La anchura del QRS fue de 135 ± 14 ms y 129 ± 13 ($p = 0,06$). 21 taquicardias tenían morfología de BRI en el grupo de TV y 10 en el grupo de TSV ($p = 0,007$). La precisión diagnóstica, S, E, VPP y VPN se muestran en la tabla.

Resultados

Algoritmo/Criterio	Precisión	Sensibilidad	Especificidad	VPP	VPN	Kappa
--------------------	-----------	--------------	---------------	-----	-----	-------

Brugada	70%	0,71	0,69	0,71	0,69	0,43
Vereckei (aVR)	78,5%	0,77	0,8	0,79	0,78	0,63
Pava	85,7%*	0,74	0,97*	0,96*	0,79	0,67
Sensibilidad, especificidad, VVP: Valor predictivo positivo, VVN: Valor predictivo negativo, coeficiente kappa de concordancia y precisión diagnóstica de los diferentes criterios de diagnóstico diferencia del taquicardias de QRS ancho. *p 0,01.						

Conclusiones: El criterio de tiempo a pico de R en II ? 50 mseg tiene mayor precisión diagnóstica, especificidad, VPP y una mejor concordancia interobservador que los criterios de Brugada y de Vereckei en pacientes con TVidio.