



4042-2. ESPECIFICIDAD DE CRITERIOS ELECTROCARDIOGRÁFICOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE TAQUICARDIA VENTRICULAR EN PACIENTES CON QRS ANCHO BASAL

Tomás Datino Romaniega¹, Jesús Almendral², Pablo Ávila¹, Esteban González-Torrecilla¹, Felipe Atienza¹, Ángel Arenal¹, Loreto Bravo¹ y Francisco Fernández-Avilés¹ del ¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid y ²Grupo Hospitales Madrid, Universidad CEU, San Pablo, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: Los criterios electrocardiográficos para el diagnóstico de taquicardia ventricular (TV) están escasamente validados en pacientes con QRS ancho por trastorno de conducción intra-ventricular (TCIV) basal. El presente estudio pretende estudiar la validez de los distintos criterios de TV establecidos en este tipo de pacientes

Métodos: Primero estudiamos de forma prospectiva 69 pacientes consecutivos con QRS ancho en ritmo sinusal por TCIV (“muestra de aprendizaje”). En estos pacientes realizamos estimulación auricular rápida a frecuencias crecientes para simular la presencia de taquicardia supra-ventricular (TSV) y analizamos la especificidad de los criterios diagnósticos de TV a la frecuencia de estimulación máxima con conducción aurículo-ventricular (AV) 1:1. Posteriormente, analizamos la validez de los criterios con especificidad $\geq 0,9$ en un grupo prospectivo de 53 pacientes (“grupo de validación”) con taquicardias de QRS ancho (24 TVs y 29 TSVs) y QRS ancho basal.

Resultados: En el grupo de aprendizaje, sólo 10 de los 20 criterios analizados mostraron una especificidad $\geq 0,9$ a la frecuencia de estimulación auricular rápida máxima con conducción AV 1:1. La especificidad de estos criterios se confirmó en el grupo de validación (tabla), en donde objetivamos que el criterio aislado con mayor precisión diagnóstica fue el recientemente descrito “tiempo pico ≥ 50 ms en la onda R de la derivación II (RWPT)”; el algoritmo que ofreció mayor precisión diagnóstica en este grupo de pacientes surgió tras aplicar de forma consecutiva los criterios “RWPT ≥ 50 ms en derivación II” y la “Ausencia de RS en precordiales” (especificidad del 0,97; IC95%: 0,89-1,04; y sensibilidad 0,88; IC95%: 0,73-1,02).

Especificidad y sensibilidad de criterios diagnósticos de TV en el grupo de validación (se muestran los 10 criterios seleccionados con especificidad $\geq 0,9$ en la muestra de aprendizaje)

Criterio	Especificidad para TV (IC95%)	Sensibilidad para TV (IC95%)
Todos los casos (n = 53)		

Patrón concordante en precordiales	0,97 (0,89-1,04)	0,25 (0,06-0,44)
Ausencia de RS en precordiales	1,00	0,38 (0,17-0,58)
Onda R en aVR	0,93 (0,83-1,03)	0,33 (0,13-0,54)
Muesca en el descenso de la onda S en aVR	0,86 (0,73-1,00)	0,13 (-0,02-0,27)
vi/vt ? 1 en aVR*	0,93 (0,83-1,03)	0,67 (0,46-0,87)
RWPT ? 50 ms en II	0,97 (0,89-1,04)	0,67 (0,46-0,87)
En casos de bloqueo de rama izquierda (n = 20)		
Cualquier onda q en derivación V6	1,00	0
En casos de bloqueo de rama derecha (n = 33)		
Eje superior derecho (-90 a -180°)	0,88 (0,69-1,06)	0,41 (0,15-0,67)
QRS en V6 tipo QS, QR or R	1,00	0,65 (0,39-0,90)
QRS Trifásico (Rsr' en V1)	1,00	0,05
*vi/vt ? 1 en aVR = medición de la excursión vertical (en milivoltios) registrada en el ECG durante los 40 ms iniciales (vi) y terminales 40 (vt) del complejo QRS en la derivación aVR; vi/vt ? 1 se consideró diagnóstico de taquicardia ventricular.		

Conclusiones: En pacientes con QRS ancho basal por TCIV la especificidad de los criterios diagnósticos de TV es baja en un modelo de estimulación auricular rápida. La validación en pacientes con taquicardias muestra como mejor algoritmo la aplicación consecutiva de “tiempo pico ? 50 ms en la onda R de la derivación II” y la “ausencia de RS en precordiales”.