



## 4029-6. DESARROLLO DE UN NUEVO ÍNDICE PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA CAPTURA DEL SISTEMA DE CONDUCCIÓN EN LA ESTIMULACIÓN DEL ÁREA DE LA RAMA IZQUIERDA DEL HAZ DE HIS

Álvaro Estévez Paniagua, Sem Briongos Figuero, Ana M. Sánchez Hernández y Roberto Muñoz Aguilera

Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** En los últimos 4 años la estimulación del área de rama izquierda del haz de His (LBBAP) ha experimentado un gran desarrollo, publicándose numerosos criterios que definen la captura del sistema de conducción (LBBP). Nuestro propósito fue crear una herramienta que combine criterios sencillos, para conseguir el mayor rendimiento diagnóstico posible.

**Métodos:** Estudio prospectivo en el que se reclutaron de forma consecutiva todos los pacientes a los que se realizó LBBAP en nuestro centro, buscando en todos ellos conseguir LBBP. Se incluyeron para el análisis solo aquellos pacientes que cumplieron el criterio de LBBP de transición de morfología durante las pruebas de umbral. Se realizaron las curvas ROC de diagnóstico de LBBP para cada uno de los criterios analizados: tiempos de activación de ventrículo izquierdo en aVL, aVL-RWPT, y en V6, V6RWPT, e intervalo RV6-RV1. Se creó un índice combinado en el que se asignó una puntuación basada en los puntos de corte de cada uno de los criterios: 2 para el punto de corte de especificidad más próxima al 100%, con la sensibilidad más alta; 1 para el punto de corte óptimo; 0 para todos los valores que quedaran fuera de dichos puntos. El índice se obtuvo sumando la puntuación para los 3 criterios (rango de 0-6 puntos), y se estimó su curva ROC.

**Resultados:** Se reclutaron un total de 188 pacientes, de los cuales 71 presentaron criterios de transición de morfología durante las pruebas de umbral: 32 transición de LBBP no selectiva (NSLBBP) a estimulación septal izquierda (LVSP), 25 de NSLBBP a estimulación selectiva (SLBBP) y 14 ambas. En total, se analizaron 71 registros de LBBP y 46 de LVSP. Las curvas ROC de cada criterio presentaron los siguientes puntos óptimos de corte: V6RWPT de 83 ms (sensibilidad 80,3% y especificidad 91,1%), aVLRWPT de 81 ms (S = 74,2%, E = 81,4%) y RV6-RV1 de 33,5 ms (S = 77,1%, E 84,6%). La puntuación media del índice calculado fue de  $2,6 \pm 2,1$ . La curva ROC para el diagnóstico de LBBP con el índice combinado tuvo un área bajo la curva de 0,915, con un punto óptimo de 2 puntos (S = 90,1%, E = 80,4%).

Precisión diagnóstica del índice combinado de LBBP, según su puntuación

Puntuación Índice LBBP	Sensibilidad	Especificidad
1	94,4%	50%

2	90,1%	80,4%
3	76,1%	97,8%
4	64,8%	97,8%
5	40,8%	100%
6	19,7%	100%



*Curvas ROC para LBBP de cada uno de los predictores, y para el índice combinado de LBBP.*

**Conclusiones:** El rendimiento diagnóstico aislado de los criterios de LBBP más sencillos de determinar durante el procedimiento de LBBAP fue bueno en nuestra muestra, y similar a los publicados. La combinación de dichos criterios en un índice fácil de calcular puede ayudar en la precisión diagnóstica de la LBBP.