

Pendiente ascendente y descendente de V6 durante la estimulación fisiológica: validación externa de un nuevo criterio morfológico

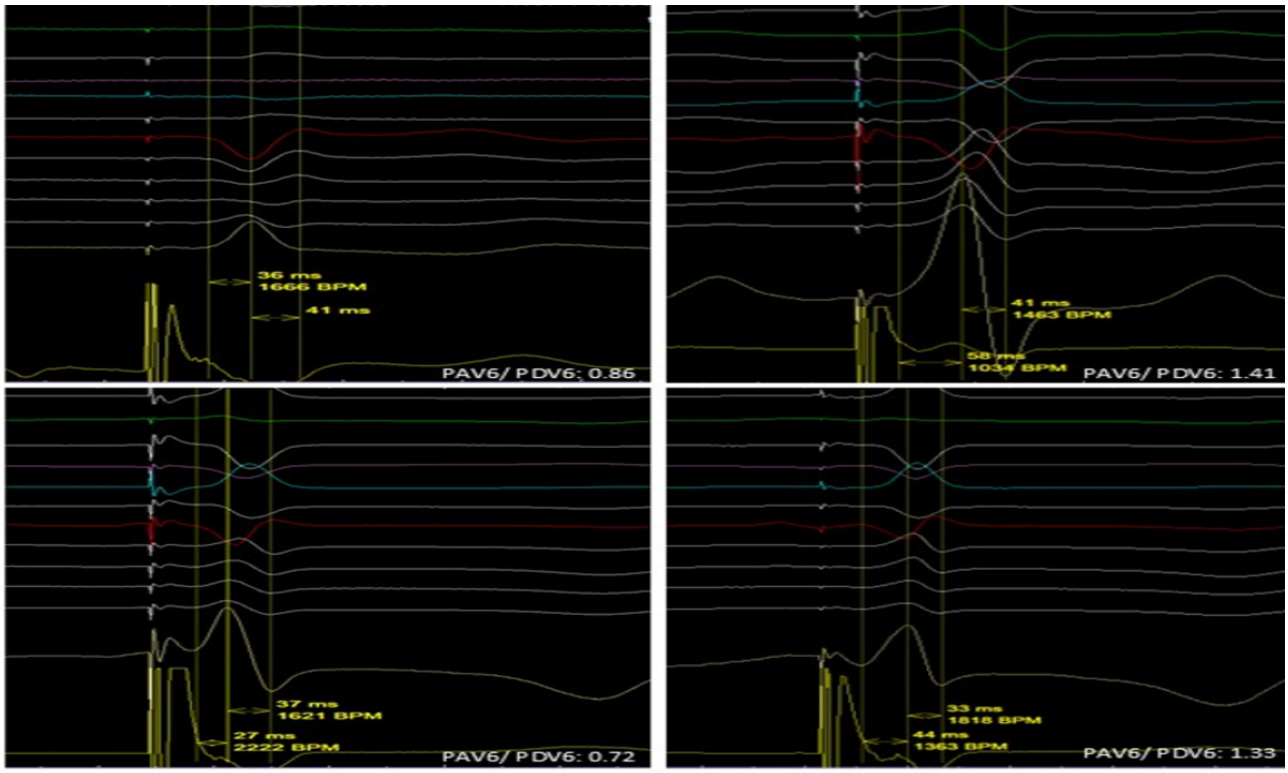
Miguel Gutiérrez Muñoz(1), Martín Negreira Caamaño(1), Agustín Pastor Fuentes(1), Nuria Gil Mancebo(1), Paula Rodríguez Montes(1), Miguel de la Serna Real de Asúa(1), Silvia Humanes Ybañez(1), Alberto Vílchez Alcocer(1), Edhisson Fernando Parrales Sánchez(1), Alfonso Fraile Sanz(1), Rebeca Mata Caballero(1), Bárbara Izquierdo Coronel(1), Paula Awamleh García(1), María Jesús Espinosa Pascual(1) y Joaquín Jesús Alonso Martín(1) de (1)Hospital Universitario de Getafe, Getafe (Madrid) - España

Introducción: Recientemente se ha reportado que el análisis de la pendiente ascendente de la derivación V6 (PAV6) y su relación con la pendiente descendente (PDV6) puede resultar de gran utilidad para determinar el tipo de estimulación fisiológica (EF) alcanzada. Nuestro objetivo fue la validación de este criterio en una cohorte independiente de vida real.

Métodos: Estudio observacional prospectivo en el que se incluyeron pacientes consecutivos que recibieron un marcapasos con EF por cualquier indicación. Se consideró estimulación de rama izquierda (ERI) a la presencia de cambios de transición durante el test de umbral o la evidencia de captura de un potencial del sistema de conducción, definiéndose los demás casos como estimulación septal profunda (ESP). Se realizó un análisis de sensibilidad mediante curva COR para determinar la capacidad diagnóstica de la PAV6 y del cociente PAV6/PDV6 y se comparó ésta con los criterios de ERI convencionales.

Resultados: Se analizaron 46 casos (edad 76,8 ± 7,9 años; 41,3% mujeres) en los que se implantó un sistema de EF (54,5% de los casos con criterios de ERI). El principal motivo de implante fue por bloqueo auriculo-ventricular (45,7%) seguido de necesidad de resincronización (19,6%). El QRS basal medio fue de 141,5 ± 33 ms (66,6% con QRS basal ancho). Los casos de ERI presentaron una PAV6 más rápida (41,8 ± 9,1 vs. 56,4 ± 10,7 ms; p<0,001) y un cociente PAV6/PDV6 menor (0,79 ± 0,18 vs. 1,20 ± 0,30; p<0,001). La PAV6 presentó un área bajo la curva (AUC) de 0,88 (0,78 - 0,99); p<0,001 para determinar casos de ERI, siendo el mejor punto de corte 53,5 ms (S: 0,89 ; E: 0,85; VPP 0,93; VPN: 0,81). El cociente PAV6/PDV6 presentó un AUC de 0,86 (0,72-0,99); p<0,001, siendo el mejor punto de corte 1,05 (S: 0,79; E: 0,90; VPP: 0,86; VPN: 0,71). Tanto PAV6 como PAV6/PDV6 presentaron un rendimiento diagnóstico mejor que otros parámetros como el LVAT-V6 [AUC 0,74 (0,57 – 0,90)], el tiempo interpico V1-V6 [AUC 0,65 (0,46 - 0,83)] o el QRS estimulado final [AUC 0,66 (0,49 – 0,84)]. El rendimiento diagnóstico de PAV6 se maximizó en pacientes con QRS basal >130 ms, con un AUC: 0,99 (0,97 – 1,00).

Conclusiones: La PAV6 resultó un parámetro útil para discriminar el tipo de EF alcanzada.


36 ms
1666 BPM
41 ms
PAV6/ PDV6: 0.86
41 ms
1463 BPM
58 ms
1034 BPM
PAV6/ PDV6: 1.41
37 ms
1621 BPM
27 ms
2222 BPM
PAV6/ PDV6: 0.72
33 ms
1818 BPM
44 ms
1363 BPM
PAV6/ PDV6: 1.33

ERI ESP