

Uso del intervalo HV como variable predictora de bloqueo auriculoventricular en pacientes con trastornos de la conducción postimplante de prótesis valvular aórtica transcatéter

Miguel González Montes(1), Raquel Vázquez García(1), Domingo López Vázquez(1), Pablo Fernández de Aspe(1), Jorge L. Rodríguez Garrido(1), Edison Omar Boada Lincango(1), Ignacio Mosquera Pérez(1), Carmen Vidau Getán(1), Gabriel González Barbeito(1) y Enrique Ricoy Martínez(1) de (1)Servizo de Cardioloxía. Complexo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña - España

Introducción: En los últimos años se han desarrollado estrategias para estratificar el riesgo de bloqueo auriculoventricular (AV) y así definir las indicaciones de las terapias de estimulación en pacientes sometidos a implante de prótesis valvular aórtica transcatéter (TAVI).
El protocolo local del Hospital de A Coruña utiliza un algoritmo de trabajo que prevé la realización de un estudio electrofisiológico (EEF) en aquellos pacientes que presentan prolongación del PR y/o QRS post-TAVI ?20ms, utilizando la medición del intervalo HV con punto de corte de ?70ms para definir la indicación de estimulación en este contexto.
Nuestro objetivo principal es evaluar la capacidad predictiva de bloqueo AV del intervalo HV en este escenario clínico.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo y unicéntrico a través del análisis de datos de los pacientes tratados con TAVI en nuestro centro entre enero de 2023 y agosto de 2025 que fueron sometidos posteriormente a EEF para medición del intervalo HV.

Resultados: El análisis de nuestra cohorte retrospectiva de 153 pacientes mostró una moderada capacidad discriminativa del intervalo HV como variable predictora en este contexto (AUC 0'876), con mejores resultados en el subgrupo de pacientes con prolongación del intervalo PR (AUC 0'955). Se identificó como mejor punto de corte global un HV ? 71ms, muy similar al dispuesto en nuestro protocolo para el que se evidenció un valor predictivo negativo (VPN) del 95'4% y un valor predictivo positivo (VPP) del 60%, siendo la sensibilidad del 84'4% y la especificidad del 86%.
El análisis de regresión multivariable identificó el intervalo PR ?200ms a las 24 horas y el tamaño valvular como predictores independientes del intervalo HV; no se evidenció asociación con el intervalo de tiempo hasta realización del EEF, con el tipo de prótesis empleada ni con el incremento relativo del intervalo PR.
El BRDHH se identificó como predictor independiente de una mayor carga de estimulación en seguimiento.

Conclusiones: El uso de la medición del intervalo HV con el punto de corte de ?70ms ha mostrado un buen equilibrio estadístico y un perfil discriminativo adecuado para la toma de decisiones en este escenario clínico. No obstante, persisten dudas sobre los beneficios clínicos de las terapias de estimulación en estos pacientes y necesitamos una mayor evidencia científica que dote de fundamentos sólidos a nuestros protocolos de actuación.

