



6. EVALUACIÓN MEDIANTE CURVA ROC DEL PUNTO DE CORTE ÓPTIMO DE LA DOSIS ACUMULADA DE HIDROXICLOROQUINA PARA REALIZACIÓN DE ECG EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Jon Zubiaur Zamacola¹, Alba Herrero Morant², Adrián Margarida de Castro¹, Raquel Pérez Barquín¹ y Ricardo Blanco²

¹Cardiología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria), España y ²Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria), España.

Resumen

Introducción y objetivos: La hidroxicloroquina (HCQ) es un fármaco ampliamente utilizado en el lupus eritematoso sistémico (LES) que puede causar alteraciones cardíacas como eventos arrítmicos a corto plazo y miocardiopatía dosis-dependiente a medio y largo plazo. Se desconocen las implicaciones cardiológicas de la acumulación de HCQ en estos pacientes a medio y largo plazo. El objetivo es evaluar el punto de corte óptimo para el ECG en pacientes con lupus eritematoso sistémico en tratamiento con hidroxicloroquina.

Métodos: Estudio observacional en un único hospital universitario de todos los pacientes consecutivos con LES que tuvieron un electrocardiograma (ECG) al inicio y al menos un ECG durante el seguimiento, con un período de al menos 3 meses de tratamiento con HCQ. Se evaluaron nuevas alteraciones de la conducción mediante ECG, definidas como bloqueo auriculoventricular, bloqueo de rama o prolongación del intervalo QT. Los ECG se extrajeron de la historia clínica y se interpretaron al inicio y durante 15,2 años (IC del 95%: 13,24-17,16) de seguimiento. Se definió la HCQ acumulada (HCQc) como el total de gramos de HCQ que se habían administrado. Se realizó un análisis de curva ROC para determinar el punto de corte óptimo para la sensibilidad y la especificidad.

Resultados: Se estudiaron 105 (93 mujeres/12 varones) pacientes con LES con una edad media ($\pm$ DE) de $61,8 \pm 14,9$ años. La dosis media diaria de HCQ en nuestra muestra fue de 256 mg al día (tabla). La curva ROC mostró una capacidad diagnóstica moderada para las nuevas alteraciones de la conducción, con un área bajo la curva de 0,69 (IC95%: 0,59-0,77) (figura). El punto de corte de mayor eficacia fue cHCQ: 4.097 g (sensibilidad 15%; especificidad 100%) y el punto de corte óptimo fue cHCQ: 901 g (sensibilidad 85%; especificidad 52,9%). Este punto de corte se alcanzó con un tratamiento medio con HCQ en nuestra muestra de 9,7 años. Se encontró bloqueo auriculoventricular de alto grado en 5 pacientes, todos ellos con una dosis de cHCQ superior a 901 g.

Características generales

Global (N = 105)

Edad actual (media $\pm$ DE)

$61,8 \pm 14,87$

Años de evolución del LES (media $\pm$ DE)	16,27 $\pm$ 10,26
Sexo, n (%)	93 (88,6)
Diabetes mellitus, n (%)	15 (14,4)
Hipertensión, n (%)	58 (55,2)
Dislipemia, n (%)	47 (45,2)
Insuficiencia renal crónica, n (%)	10 (9,6)
Obesidad, n (%)	8 (7,8)
Consumo de alcohol, n (%)	3 (2,9)
Antecedentes de tabaquismo, n (%)	41 (39,0)
Tratamiento del LES	
Dosis de HCQ en mg/día (media $\pm$ DE)	256 $\pm$ 87,2
Tiempo en HCQ en meses (media $\pm$ DE)	149,82 $\pm$ 111,89
Dosis acumulada de HCQ en gramos (media $\pm$ DE)	1.154,94 $\pm$ 946,10
Dosis acumulada de HCQ en gramos, mediana (IQR)	913,12 (474, 1.473)
Prednisona, n (%)	30 (28,6)
Dosis de prednisona en mg/día (media $\pm$ DE)	17,26 $\pm$ 16,84
Otro inmunosupresor, n (%)	14 (13,3)

DE: desviación estándar; LES: lupus eritematoso sistémico.



Conclusiones: Según nuestro estudio, 901 g de dosis acumulada de HCQ, equivalente a 9,7 años de tratamiento con la dosis media de HCQ en nuestra muestra, es un buen punto de corte para realizar un ECG protocolizado para descartar alteraciones de la conducción cardiaca en pacientes con LES y tratamiento crónico con HCQ.