

6117-3. INTERPRETACIÓN CLÍNICA Y EVOLUCIÓN DEL INTERVALO QTc EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR

Williams Hinojosa Camargo¹, Isabel López Alacid², Rafael Prieto de Francisco², Alejandro Cruz Utrilla², Irene Martín de Miguel², Nicolás Maneiro Melón², Teresa Segura de la Cal², Pedro Daniel Perdiguero Martín¹, Nuria Ochoa Parra², María Lorena Coronel Gilio² y M. Pilar Escribano Subías²

¹Hospital Nuestra Señora de Sonsoles, Ávila, España y ²Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La prolongación del intervalo QTc es un hallazgo inespecífico en la hipertensión arterial pulmonar (HAP), existiendo pocos datos del significado clínico, su capacidad de modificarse en la evolución de la enfermedad y la utilidad en la estratificación pronóstica.

Métodos: Se incluyeron 213 pacientes diagnosticados de HAP desde enero de 2010 hasta marzo de 2022 con al menos 2 electrocardiogramas en el seguimiento. Se analizó la asociación entre el intervalo QTc según la fórmula de Bazett y variables de valor pronóstico en la HAP, los cambios en la longitud en el seguimiento y su impacto en la mortalidad.

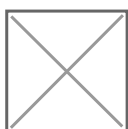
Resultados: La prolongación del intervalo QTc estuvo presente en 57 pacientes (26,7%), asociándose con niveles más elevados de NT-proBNP, mayores resistencias pulmonares y peor índice de acoplamiento ventrículo arterial con respecto a los pacientes con QTc normal (tabla). El intervalo QTc tuvo una correlación directa con la resistencia pulmonar ($r = 0,32$ $p = 0,001$), NT-proBNP ($r = 0,16$ $p = 0,009$) y una correlación inversa con el índice TAPSE/PSAP ($-0,25$ $p = 0,01$). La prolongación del QTc en el seguimiento partiendo de un QTc normal se asoció a un mayor riesgo de mortalidad 4,1 (2,1-7,9) $p = 0,001$.

Características basales de los pacientes de acuerdo a la prolongación del intervalo QTc.

	Total (n = 213)	QTc normal (n = 156)	QTc prolongado (n = 57)	p
Sexo (mujeres)	160 (75,1)	115 (74,7)	44 (77,2)	0,67
Edad (años)	47 (37,8-61,0)	46,5 (37,0-60,0)	51,0 (40,3-61,5)	0,40

PAPm, mmHg (n: 113)	49,0 [40,0-57,0]	47,0 [39,0-57,0]	51,5[41,2-57,7]	0,26
PAD, mmHg (n: 109)	7 [5-10]	7 [5-10]	5 [5-10]	0,57
GC L/min (n: 100)	4,3 [3,3-5,1]	4,5 [3,7-5,3]	3,8 [3,1-4,7]	0,02
RVP, UW (n: 107)	9,4 [6,5-12,4]	8,9 [6,1-11,6]	11,2 [7,2-14,0]	0,007
NT-proBNP, pg/ml	320,0 [95,5-1.069,0]	230 [84,0-935,0]	531,5 [205,0-1.270]	0,01
Potasio sérico	4,2[3,9-4,5]	4,24 [4,0-4,6]	4,2 [3,9-4,4]	0,66
Hipokalemia	6 (3,9)	3 (2,8)	3 (6,4)	0,29
TAPSE (n = 143)	19 [16,0-22,0]	20 [16,0-22,1]	16,5 [15,0-19,0]	0,001
TAPSE/PSAP (n = 121)	0,27 [0,17-0,38]	0,27 [0,21-0,41]	0,22 [0,15-0,32]	0,01
Frecuencia cardiaca (lpm)	77 [68-89]	75 [66-84]	84 [75-95]	0,004
Diuréticos de ASA	93 (46,0)	65 (44,9)	27 (49,1)	0,95
Antidepresivos	21 (10,1)	16 (10,7)	5 (8,8)	0,68
Antiarrítmicos	7 (3,4)	6 (4,1)	1 (1,8)	0,42

GC: gasto cardiaco; PAD: presión de aurícula derecha; PAPm: presión arterial pulmonar media; RVP: resistencia vascular pulmonar.



Curva de supervivencia de acuerdo a la evolución del intervalo QTc en el seguimiento.

Conclusiones: El intervalo QTc es un parámetro no invasivo con características dinámicas que podría reflejar los cambios de adaptación del ventrículo derecho a la post carga, su prolongación en el seguimiento es un factor asociado a un peor pronóstico en pacientes con HAP.