Rev Esp Cardiol. 2020;73(Supl 1): 352

Revista Española de Cardiología

# 5015-6. AUSENCIA DE PROLONGACIÓN CLÍNICAMENTE RELEVANTE DEL INTERVALO QT EN PACIENTES ESTABLES CON COVID19 TRATADOS CON HIDROXICLOROQUINA, AZITROMICINA Y/O INHIBIDORES DE LA PROTEASA

Ricardo Rubini-Costa[1], Juan Jiménez-Jáimez[1], Rosa Macías-Ruiz[1], Francisco José Bermúdez-Jiménez[1], Jessica Ramírez Taboada[2], Paula García Flores[3], Juan Diego Mediavilla García[2], Concepción Morales García[3], Rosario García García[4], Miguel Álvarez López[1] y Luis Tercedor Sánchez[1]

[1]Servicio de Cardiología [2]Servicio de Medicina Interna. [3]Servicio de Neumología. [4]Servicio de Urgencias, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

## Resumen

**Introducción y objetivos:** La pandemia mundial producida por el SARS-CoV-2 está causando una rápida e importante morbimortalidad. Existen datos de que el tratamiento combinado con hidroxicloroquina (HQ), azitromicina (AZT) e inhibidores de la proteasa (IP) aumenta el riesgo de prolongación del intervalo QT. Nuestro objetivo fue estudiar el comportamiento del intervalo QT en una cohorte de pacientes con infección por SARS-CoV-2 estables no monitorizados.

**Métodos:** Se seleccionaron retrospectivamente los pacientes ambulatorios o ingresados por SARS-CoV-2 que recibieron tratamiento con HQ, AZT y/o IP y se realizó un ECG a las 48h del inicio del tratamiento. Se analizó la magnitud de prolongación del intervalo QTc, entre otros datos electrocardiográficos, mediante dos electrofisiólogos acreditados. Asimismo, se registraron las características basales, datos analíticos y otros fármacos administrados. Se realizó un análisis bivariado tomando como punto de corte un intervalo QTc a las 48h del inicio del tratamiento de 460 ms para detectar posibles variables predictoras de prolongación del intervalo QTc. Se excluyeron los pacientes que ingresaron en la Unidad de Cuidados Intensivos.

**Resultados:** Se incluyeron 219 pacientes (edad media 63,6 ± 17,4), 48,9% mujeres y 16,4% pacientes ambulatorios. La media del intervalo QTc fue de 416 (IQR 404-433) y 423 ms (405-438) (p 0,001) al inicio y a las 48h en tratamiento, respectivamente (figura 1). La mayoría de pacientes presentaron un intervalo QTc 460 ms a las 48h (n = 188, 85,8%), mientras que una minoría obtuvo un intervalo QTc > 460 ms (n = 31, 14,2%). Estos últimos presentaron mayor edad, más comorbilidad cardiovascular y gravedad de la infección y mayor porcentaje de tratamiento con antidepresivos y neurolépticos (tabla). El análisis multivariante demostró la edad avanzada (OR: 1,05; IC95% 1,009-1,094; p = 0,0015), intervalo QTc basal prolongado (OR: 1,06; IC95% 1,032-1,091; p 0,001) y niveles bajos de potasio (OR: 0,30; IC95% 0,095-0,964; p = 0,043) como factores de riesgo independientes de prolongación del intervalo QTc.

Características basales, clínicas y electrocardiográficas de los pacientes dependiendo de la duración del intervalo QT a las 48h del inicio del tratamiento

| | QTc ? 460 ms (n = 188) | QTc > 460 ms (n = 31) | p |
|---|---|---|---|
| Características basales-no. (%) | | | |
| Edad-media (DE), años | 61,3 (17,0) | 77,3 (2,9) | 0,001 |
| Sexo masculino | 99 (52,7) | 13 (41,9) | 0,268 |
| Pacientes ambulatorios | 35 (18,6) | 1 (3,2) | 0,032 |
| HTA | 87 (46,3) | 22 (71,0) | 0,011 |
| Cardiopatía estructural | 20 (10,6) | 13 (41,9) | 0,001 |
| IECA/ARAII | 66 (35,1) | 17 (54,8) | 0,046 |
| Betabloqueante | 31 (16,5) | 5 (25,8) | 0,209 |
| ECG basal-mediana (IQR) | | | |
| Intervalo QRS,ms | 90 [80-100] | 100 [90-122] | 0,001 |
| Intervalo QTc, ms | 414 [400-427] | 446 [433-476] | 0,001 |
| Características clínicas-mediana (IQR) | | | |
| Troponina I ultrasensible-pg/ml | 5,0 [2,0-13,0] | 22,4 [9,4-69,0] | 0,001 |
| DD-mg/L | 0,9 [0,5-1,9] | 1,4 [0,8-13,5] | 0,008 |
| K+-mEq/L | 4,1 [3,8-4,4] | 3,7 [3,4-4,3] | 0,087 |
| Ca+2-mg/dL | 9 [8,6-9,4] | 8,5 [8,3-9,0] | 0,009 |
| Antidepresivos-no. (%) | 16 (8,5) | 11 (35,5) | 0,001 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Neurolépticos-no. (%) | 13 (6,9) | 6 (19,4) | 0,035 |
| Exitus-no. (%) | 10 (5,3) | 5 (16,1) | 0,027 |

DE: desviación estándar; HTA: hipertensión arterial; IECA: inhibidor de la enzima conversora de angiotensina; ARAII: antagonista del receptor de la aldosterona II; ECG: electrocardiograma; IQR: rango intercuartílico; DD: dímero D.

*Variación del intervalo QTc basal y a las 48h de inicio del tratamiento.*

**Conclusiones:** Los pacientes con SARS-CoV-2 estables tratados con HQ, AZT y/o IP muestran una prolongación del intervalo QTc de manera significativa, pero no clínicamente relevante. La edad avanzada, el intervalo QTc basal prolongado y niveles bajos de potasio son factores de riesgo independientes de prolongación del intervalo QTc.