



6005-71. EVOLUCIÓN DEL INTERVALO QT EN RELACIÓN CON LA TERAPIA FARMACOLÓGICA ESPECÍFICA Y NO ESPECÍFICA EN PACIENTES INGRESADOS POR NEUMONÍA COVID-19

Paloma Remior Pérez, Eusebio García-Izquierdo Jaén, Daniel García Rodríguez, Jorge Toquero Ramos, Sara Lozano Jiménez, Víctor Castro Urda, Darwin Veloza Urrea, Cristina Aguilera Agudo, Joel David Morillo Díaz, Diego Jiménez Sánchez, Chinh Pham Trung e Ignacio Fernández Lozano

Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid).

Resumen

Introducción y objetivos: La terapia farmacológica empleada en pacientes afectados por SARS-CoV-2 presenta un potencial riesgo arritmogénico asociado a la prolongación del intervalo QT. Nuestro objetivo fue analizar la evolución del intervalo QT a las 48 h en relación al tratamiento específico y sintomático de pacientes ingresados por neumonía COVID-19.

Métodos: Registro prospectivo de pacientes ingresados por COVID-19 en Marzo 2020 con electrocardiograma basal y a las 48 h. Se midió QTc (Bazett) de forma automática (DXL ECG Algorithm, TMV, Philips). Se registró la medicación habitual y la empleada durante el ingreso, con especial atención a fármacos con riesgo de prolongación de QT (FQT). Se consideraron pacientes de alto riesgo: QTc > 460 ms y/o incremento QTc (iQTc) > 60 ms a las 48h.

Resultados: Se incluyeron 161 pacientes (edad media 64 ± 15 años, 65% varones). Las características basales y tratamiento recibido se especifican en la tabla. El tratamiento específico más utilizado fue la doble terapia (68,9%) con hidroxyclorequina y lopinavir/ritonavir. El 22,4% tomaban FQT previamente al ingreso, porcentaje que aumentó hasta el 37,9% a las 48h (incremento 15,5%; IC95% 5,7-25,3; $p = 0,003$), siendo los más frecuentes metoclopramida, ondansetrón, loperamida y levofloxacino. Globalmente a las 48 h el QTc se prolongó significativamente (435 ± 25 basal vs 443 ± 30 ms; $p = 0,001$) y 27 pacientes (23%) presentaron un QTc > 460 ms y/o iQTc > 60 ms. No hubo diferencias en cuanto a QTc e iQTc a las 48 h entre las distintas combinaciones de terapia específica ($p = 0,633$; $p = 0,407$). La utilización de otros FQT durante el ingreso se asoció a QTc más prolongado a las 48h (449 ± 33 vs 440 ± 28 ms; $p = 0,064$) y mayor iQTc (13 ± 28 vs 4 ± 28 ms; $p = 0,066$). A las 48 horas, el 54% de los pacientes de alto riesgo habían recibido otros FQT, frente al 33% en el resto de pacientes ($p = 0,018$) (fig.).

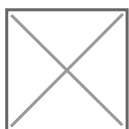
Características basales y terapia específica COVID-19

Características basales

n (%)

Hipertensión arterial	56 (35%)
Diabetes mellitus	19 (12%)
Dislipemia	48 (30%)
Obesidad (IMC > 30)	31 (19%)
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	26 (16%)
Terapia específica COVID 48h	
Triple terapia: HCQ + LPV/RTV + AZT/quinolona	30 (18,6%)
Doble terapia: HCQ + LPV/RTV	111 (68,9%)
Monoterapia AZT o LPV/RTV	12 (7,5%)
Otras combinaciones	8 (5%)

AZT: azitromicina; HCQ: hidroxiclороquina; IMC: índice masa corporaLPV/RTV: lopinavir/ritonavir.



Comparación sobre el porcentaje de FQT no específicos recibidos en el grupo de alto riesgo ($QT_c > 460$ ms o incremento $QT_c > 60$ ms) frente al resto.

Conclusiones: En nuestra cohorte de pacientes ingresados por neumonía COVID-19 observamos un aumento significativo del QT_c a las 48 h, sin diferencias entre las distintas combinaciones farmacológicas del tratamiento específico. El uso otros FQT mostró una tendencia a prolongar el intervalo QT_c a las 48 h y se relacionó con la presencia de un $QT_c > 460$ ms y un $iQT_c > 60$ ms a las 48h.