



4020-6. EFECTO DE LA HIDROXICLOROQUINA, AZITROMICINA Y LOPINAVIR/RITONAVIR EN EL INTERVALO QT EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR COVID-19

Julio Echarte-Morales, Carlos Minguito-Carazo, Samuel del Castillo-García, Javier Borrego-Rodríguez, Miguel Rodríguez Santamarta, Enrique Muñoz-Sánchez, Clea Gonzáles-Maniega, Rubén García-Bergel, Paula Menéndez Suárez, Silvia Prieto-González, Carmen Palacios Echevarren, Guisela María Flores Vergara, Tomás Benito-González y Felipe Fernández-Vázquez

Complejo Asistencial Universitario de León.

Resumen

Introducción y objetivos: El tratamiento con hidroxiclороquina (HCQ) y azitromicina (AZ) en pacientes con enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) prolonga el intervalo QT corregido (QTc). El efecto y la seguridad de lopinavir/ritonavir (LpV/r) añadido a estas terapias no se ha estudiado. El objetivo primario del estudio fue evaluar los cambios en el QTc en pacientes que reciben doble (HCQ + AZ) y triple terapia (HCQ + AZ + LpV/r). Los objetivos secundarios fueron la incidencia de arritmias ventriculares, mortalidad por todas las causas y muerte súbita cardíaca.

Métodos: Estudio unicéntrico y observacional, en el que se incluyeron de forma prospectiva y consecutiva pacientes ingresados por COVID-19, y que estuvieran bajo tratamiento con doble (DT) y triple terapia (TT). Se realizaron electrocardiogramas seriados para medir el intervalo QTc al inicio y durante la terapia.

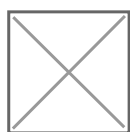
Resultados: Se incluyeron 168 pacientes ($66,2 \pm 14,9$ años, 59% hombres): el 32,1% recibió DT y el 67,9% recibió TT. El QTc medio basal fue de $410,33 \pm 33,9$ ms. El intervalo QTc se prolongó en los pacientes con DT y TT respecto a los valores basales ($p < 0,001$), sin diferencias significativas cuando ambos grupos fueron comparados entre sí ($p = 0,748$). Del total de pacientes incluidos, 33 (19,6%) presentaron un QTc máximo ≥ 500 ms y/o un aumento QTc ≥ 60 ms respecto al valor basal; objetivándose una mayor incidencia en el subgrupo que presentó hipopotasemia ($p = 0,003$). La mortalidad por todas las causas fue similar entre ambos grupos de estrategia ($p = 0,093$) y la prolongación de QTc de alto riesgo no estuvo relacionada con eventos clínicos en esta serie. No hubo incidencia de arritmias ventriculares ni muerte súbita cardíaca.

Hallazgos electrocardiográficos en pacientes con doble o triple terapia

	Total de pacientes (n = 168)	Doble terapia (n = 54)	Triple terapia (n = 114)	Valor- p
Ritmo sinusal (%)	153,0 (91,1)	46,0 (85,2)	107,0 (93,9)	0,083

Fibrilación auricular (%)	15,0 (8,9)	8,0 (15,8)	7,0 (6,1)	0,083
Bloqueo de rama del haz de His (%)	18,0 (10,7)	5,0 (9,3)	13,0 (11,4)	0,675
Frecuencia cardiaca (lpm)	84,9 ± 20,5	85,1 ± 24,0	84,8 ± 18,8	0,926
QTc basal (ms)	410,3 ± 33,9	408,0 ± 34,0	411,3 ± 34,0	0,558
QTc prolongado (%)	18,0 (10,7)	5,0 (9,3)	13,0 (11,4)	0,675
QTc pico (ms)	440,6 ± 36,3	439,2 ± 38,2	441,2 ± 35,5	0,748
? QTc (ms)	30,3 ± 34,6	31,2 ± 30,6	29,8 ± 36,5	0,813
Prolongación de QTc ? 60 ms (%)	27,0 (16,1)	6,0 (11,1)	21,0. (18,4)	0,228
QTc pico ? 500 ms (%)	9,0 (5,4)	2,0 (3,7)	7,0 (6,1)	0,720
QTc de alto riesgo (%)	33,0 (19,6)	7,0 (13,0)	26,0 (22,8)	0,134

QTc de alto riesgo: QTc ? 500 ms o aumento QTc ? 60 ms.



QTc basal previo al inicio del tratamiento y QTc pico durante el tratamiento.

Conclusiones: La doble y triple terapia en pacientes con COVID prolongaron el QTc. El LpV/r añadido a HCQ y AZ no aumentó el intervalo QTc en comparación con DT. El riesgo de arritmias ventriculares y muerte súbita cardiaca parece ser muy bajo en esta población.