

5015-3. INFLUENCIA DEL TRATAMIENTO EMPLEADO EN PACIENTES INGRESADOS POR NEUMONÍA COVID-19 EN EL INTERVALO QT Y LA SUPERVIVENCIA. REGISTRO PROSPECTIVO

Daniel García Rodríguez, Eusebio García-Izquierdo Jaén, Paloma Remior Pérez, Jorge Toquero Ramos, Sara Lozano Jiménez, Víctor Castro Urda, Darwin Veloza Urrea, 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 pandemia por SARS-CoV-2 ha supuesto un reto terapéutico. Se han empleado fármacos con riesgo de efectos secundarios como prolongación del intervalo QT y un potencial riesgo arritmogénico. Nuestro objetivo fue determinar el riesgo arritmico asociado al QT largo farmacológico y su impacto en la supervivencia de pacientes ingresados por neumonía COVID-19.

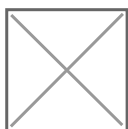
Métodos: Registro prospectivo de pacientes ingresados del 1 al 21 de marzo de 2020, con ECG basal y a las 48h. Intervalo QTc (Bazett) medido automáticamente (DXL ECG Algorithm, TMV, Philips), confirmado por dos cardiólogos independientes en caso de duda. Se registraron características basales y fármacos asociados a prolongación del QT, previos al ingreso y durante el mismo (tanto específicos para SARS-CoV-2 como otros con riesgo de prolongar el intervalo QT). Se consideró grupo de mayor riesgo aquellos que prolongaron ≥ 60 ms o con QTc > 460 ms en ECG de 48h. Las dosis empleadas fueron: Hidroxicloroquina (HCQ) 400 mg/12h primeras 24h y posteriormente 200 mg/12h. Lopinavir-ritonavir (LPV/RTV) 400-100 mg/12h. Azitromicina 500 mg/24 h.

Resultados: Se registraron 161 pacientes (65% varones, edad media 64 ± 15 años). Prevalencia de hipertensión arterial 35%, diabetes mellitus 12%, dislipemia 30%, obesidad 19% y enfermedad pulmonar obstructiva crónica 16%. El régimen terapéutico específico más frecuente fue la combinación de HCQ y LPV/RTV (tabla). La prevalencia de fármacos prolongadores del QT previo al ingreso fue de 22,4%, destacando neurolépticos, antidepresivos y amiodarona. Aumentaron 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 levofloxacin. La mediana de seguimiento fue de 12 días (RIC 7-23). 19 pacientes (12%) fallecieron durante el ingreso, ninguno por causa arritmica. 37 pacientes (23%) presentaron QTc ≥ 460 ms o prolongaron > 60 ms a las 48h (grupo de riesgo). Al mes de seguimiento, la supervivencia fue similar entre los pacientes considerados de mayor riesgo arritmico y los que no (81 vs 83%; $p = 0,882$).

Características basales y terapia específica

Hipertensión arterial		56 (35%)
Diabetes mellitus		19 (12%)
Dislipemia		48 (30%)
Obesidad		31 (19%)
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica		26 (16%)
	Monoterapia: HCQ o LPV/RTV	12 (7,5%)
Régimen terapéutico	Doble terapia: HCQ y LPV/RTV	111 (68,9%)
	Triple terapia: HCQ, LPV/RTV y azitromicina	30 (18,6%)

Se expresan resultados como número de pacientes y porcentaje respecto al total. HCQ: hidroxicloroquina. LPV/RTV: lopinavir/ritonavir.



Curva de supervivencia.

Conclusiones: La utilización de combinaciones de fármacos potencialmente prolongadores del intervalo QT fue elevada al inicio de la pandemia COVID-19. A pesar de ello, no hubo mortalidad por causa arrítmica ni diferencia significativa de mortalidad en pacientes que prolongaron de forma significativa el intervalo QT.