

^j Junta Directiva de la Sociedad Española de Residentes de Psiquiatría (SERP)

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: victorsanchez@gmail.com
(V. Pereira Sánchez).

1888-9891/

© 2016 SEP y SEPB. Publicado por Elsevier España, S.L.U.
Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.05.002>

¿Estamos considerando el intervalo QTc de nuestros pacientes?



Are we considering the QTc interval of our patients?

Sr. Director:

El síndrome del QT largo (SQTL) es una alteración cardíaca causada por un alargamiento de la fase de repolarización del potencial de acción ventricular¹. El intervalo QT corregido por la frecuencia cardíaca (QTc) prolongado ha demostrado ser un indicador pronóstico para el desarrollo de una forma especial de taquiarritmia ventricular maligna (*torsades de pointes* o torsión de puntas), que implica riesgo de muerte súbita². No existe un valor de corte único, a partir del cual sea clara la aparición de riesgo de eventos cardiovasculares, aunque valores superiores a 450-500 ms son considerados de alto riesgo para los mismos²⁻⁴.

Sabemos que varios psicofármacos (antipsicóticos, anti-depresivos, litio) producen alargamiento del QTc, algunos, como los antidepresivos tricíclicos, como efecto de clase^{1,3}, otros, como el haloperidol intravenoso, por contar con amplísima documentación. Sabemos, también, que determinadas características clínico-epidemiológicas actúan como factores de riesgo para dicha prolongación (edad avanzada, sexo femenino, polifarmacia)⁵.

Si bien es cierto que en el caso del citalopram y escitalopram, las alertas generadas por las agencias reguladoras en 2011 ocasionaron una alarma, tal vez excesivamente importante, que podría llevar a actitudes de prescripción más cercanas a la medicina defensiva, como se señala en el artículo especial «Citalopram, escitalopram y QT largo: ¿alerta o alarma?» y que parece sensato (y está suficientemente basado en la evidencia) el limitar la alarma con ambos fármacos a pacientes con historial de síncope o a casos de intoxicación, recomendando los autores practicar un electrocardiograma solo a pacientes de edad avanzada¹. Consideramos de gran utilidad la URL reseñada en este mismo artículo, asociada a la American Medical Association, que mantiene actualizado un listado por grupos de riesgo con relación a la capacidad de todos los fármacos de prolongar el QT: <http://www.azcert.org/medical-pros/drug-lists/drug-lists.cfm>.

Otros autores consideran que la realización de un electrocardiograma previo y posterior a la administración de cualquier psicofármaco que pueda alargar dicho intervalo

(monitorización del intervalo QTc) es una recomendación que se podría considerar beneficiosa en términos generales, independientemente de otros factores como la edad^{2,5}. La OMS se posiciona de modo similar, en grado de recomendación, en lo que se refiere al uso de antipsicóticos, señalando que en algunos países esta recomendación deviene en obligación (como ocurre en el caso del haloperidol), incidiendo en historiar antecedentes familiares de muerte súbita y personales de síncope sin filiar⁶.

Los autores consideramos, pues imprescindible, la realización de esta medida de control en el caso de fármacos como haloperidol intravenoso o sertindol, resultando muy conveniente la reflexión sobre el uso de los procedimientos técnicos de los que disponemos (en este caso la realización de un ECG en otras situaciones clínicas que impliquen fármacos que prolonguen el intervalo QTc), como tarea ineludible que impone la ética, al hilo de las reflexiones publicadas recientemente por Lolas-Stepke en esta misma revista⁷; considerando además lo asequible, incruento y accesible de realizar un electrocardiograma, para cuya práctica resulta factible incluso la coordinación con atención primaria de salud, que además entendemos facilita la asunción conjunta de responsabilidades asistenciales en beneficio del objetivo común: la asistencia eficaz e integral al paciente.

Bibliografía

1. Álvarez E, Vieira S, García-Moll X. Citalopram, escitalopram y QT largo: ¿alerta o alarma? *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2014;7: 147-50.
2. Araujo A, Curbelo A, Pardiñas F, Romano S. Implicancias de la medición del intervalo QTc como estudio de rutina en la práctica psiquiátrica. *Rev Psiquiatr Urug.* 2012;76:11-24.
3. Van Noord C, Straus SM, Sturkenboom MC, Hofman A, Aar-noudse AJ, Bagnardi V, et al. Psychotropic drugs associated with corrected QT interval prolongation. *J Clin Psychopharmacol.* 2009;29:9-15.
4. Herrero-Hernández R, Cidoncha-Gallego M, Herrero-de Lucas E, Jiménez-Lendínez M. Haloperidol por vía intravenosa y torsade de pointes. *Med Intensiva.* 2004;28:89.
5. Al-Khatib SM, LaPointe NM, Kramer JM, Califf RM. What clinicians should know about the QT interval. *JAMA.* 2003;289:2120-7.
6. Medicamentos utilizados en los trastornos psicóticos. Organización Panamericana de la Salud. Tratamiento farmacológico de los trastornos mentales en la atención primaria de salud. Washington, D.C.: OPS, 2010. p. 9.
7. Lolas-Stepke F. Trends and clinical need of ethical principles. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2015;8:1-2.

Omar Walid Muquebil Ali Al Shaban Rodríguez*,
Sergio Ocio León, Mario Javier Hernández González,
Manuel Gómez Simón y Lorena Tuñón Gorgojo

*Centro de Salud Mental de Mieres, Mieres del Camino,
Asturias, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: muquebilrodriguez@gmail.com

(O.W. Muquebil Ali Al Shaban Rodríguez).

1888-9891/

© 2016 SEP y SEPB. Publicado por Elsevier España, S.L.U.
Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.02.001>