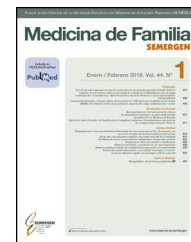




# Medicina de Familia SEMERGEN

[www.elsevier.es/semergen](http://www.elsevier.es/semergen)



## CARTA AL DIRECTOR

### Respecto a la monitorización electrocardiográfica periódica del intervalo QT en pacientes a tratamiento con ISRS



### Periodic electrocardiographic monitoring of the QT interval in patients on SSRI treatment

Sr. Director:

Tras haber leído el reciente artículo «Síndrome de QT largo secundario a fluoxetina» en esta revista<sup>1</sup>, quisiéramos realizar una serie de consideraciones que nos parecen de interés. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) son la primera línea de tratamiento en trastorno depresivo mayor y trastornos de ansiedad en general, también en población anciana, debido a su eficacia y tolerabilidad<sup>2</sup>. En el mencionado trabajo se plantea una interesante y, a nuestro entender, muy relevante propuesta respecto a realizar controles electrocardiográficos periódicos en pacientes a tratamiento con ISRS para identificar una posible prolongación del intervalo QT, dada la potencial gravedad de esta alteración, que puede desencadenar arritmias fatales (*Torsades de pointes*). Algunos trabajos<sup>3</sup> ya han sugerido la conveniencia de realizar dichos controles electrocardiográficos en pacientes con factores de riesgo de prolongación del intervalo QT, siendo el tratamiento con determinados fármacos un factor relevante. La página (recientemente redireccionada) <https://crediblemeds.org/> constituye una plataforma de fácil acceso e incuestionable rigor científico para identificar los fármacos que potencialmente pueden producir el denominado síndrome de QT largo (SQTL), entre los cuales se encuentran varios antibióticos de uso frecuente en atención primaria (ciprofloxacino, levofloxacino y moxifloxacino; claritromicina, eritromicina, azitromicina) y otros fármacos comunes (amiodarona, fluconazol, ketoconazol, ondansetrón, haloperidol, sulpirida, metadona...), incluyendo el grupo de los ISRS<sup>4</sup>.

Los autores del trabajo proponen un seguimiento con electrocardiograma semestral y analítica anual para hemograma e ionograma. Entendemos que se destaca la necesidad de control de iones debido a que se ha encontrado que la hipopotasemia se asocia a prolongación del intervalo

QT (grado de evidencia fuerte) y la hiponatremia también (en este caso con un grado de evidencia moderado)<sup>5</sup>. La hiponatremia (sodio plasmático inferior a 135 mmol/l) asociada al uso de ISRS es un efecto adverso frecuente y dosis-dependiente, que resulta particularmente elevado en las 2 primeras semanas de tratamiento con ISRS<sup>6,7</sup>, por lo que sería necesario realizar una primera determinación de iones dentro de este plazo de tiempo, y no sería descabellado, a la luz de la evidencia, realizar una segunda determinación de control antes de transcurrido un año de tratamiento.

Respecto a la periodicidad semestral del electrocardiograma, nos parece un plazo razonable, que entendemos debiera ser acortado en el caso de pacientes de especial riesgo (independientemente del tratamiento farmacológico), como en el caso de ancianos, o en el caso de añadir al tratamiento con ISRS otro/s fármaco/s del grupo 1 de la lista CredibleMeds<sup>4</sup>.

Quisiéramos destacar lo interesante del debate planteado por los autores, pues se trata de un síndrome potencialmente letal, que de ser identificado a tiempo resulta susceptible de ser corregido, tratándose además el electrocardiograma de una prueba incruenta, accesible y de coste razonable.

## Bibliografía

1. Canet Fajas C, Urieta González L, Ibañez Pérez JA. Síndrome de QT largo secundario a fluoxetina. *Semerger*. 2018;44:66–8.
2. Carvalho AF, Sharma MS, Brunoni AR, Vieta E. The safety, tolerability and risks associated with the use of newer generation of antidepressant drugs: A review of the literature. *Psychoter Psychosom*. 2016;85:270–88.
3. Muquebil Ali Al Shaban Rodríguez OW, Ocio León S, Hernández González MJ, Gómez Simón M, Tuñón Gorgojo L. ¿Estamos considerando el intervalo QTc de nuestros pacientes? *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2017;10:64–5.
4. QT drug lists. [consultado 25 Feb 2018] Disponible en: <https://crediblemeds.org/>
5. Vandael E, Vandenberg B, Vandenberghe J, Willems R, Foulon V. Risk factors for QTc-prolongation: Systematic review of the evidence. *Int J Clin Pharm*. 2017;39:16–25.
6. Leth-Møller KB, Hansen AH, Torstensson M, Andersen SE, Ødum L, Gislason G, et al. Antidepressants and the risk of hyponatremia: A Danish register-based population study.

<https://doi.org/10.1016/j.semerg.2018.03.004>

1138-3593/© 2018 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

- BMJ Open. 2016;6:e011200. Disponible en: <http://bmjopen.bmj.com/content/6/5/e011200>
7. Pelayo-Terán JM, Martínez-Pérez MM, Zapico-Merayo Y. Seguridad en el uso de antidepresivos: hiponatremia inducida con vortioxetina a propósito de un caso. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2017;10:219-20.

O.W. Muquebil Ali Al Shaban Rodríguez

*Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario San Agustín, Avilés, Asturias, España*

Correo electrónico: [muquebilrodriguez@gmail.com](mailto:muquebilrodriguez@gmail.com)