Efecto del haloperidol en la supervivencia de enfermos críticos adultos con riesgo de delirio.

marzo 2018
Arís Pérez Lucendo
Medicina Intensiva
Hospital Universitario de la Princesa, Madrid

Artículo Original:

Effect of Haloperidol on Survival Among Critically Ill Adults at High Risk of Delirium.

Autores:

Van den Boogaard M., Slooter A., Brüggemann R., Pharm D. Lisette Schoonhoven, et al.

JAMA. 2018; 319(7):680-690. doi:10.1001/jama.2018.0160.

No se recomienda el uso de haloperidol de forma profiláctica en pacientes críticos con alto riesgo de delirio en las unidades de Cuidados Intensivos.

Prophylactic haloperidol is not recommended among critically ill adults at high risk of delirium in intensive care units.

El estudio REDUCE (uso profiláctico de haloperidol para el delirio en pacientes de UCI con alto riesgo de delirio) es multicéntrico, aleatorizado con tres ramas de estudio (1, 2 mg haloperidol o placebo), doble ciego. Realizado en Holanda desde julio de 2013 a diciembre de 2016. Incluyen pacientes mayores de edad libres de

delirio, estancia prevista en UCI de al menos 48h, previo consentimiento informado. Exclusión si delirio previo al ingreso, Parkinson, demencia, alcoholismo, enfermedad neurológica aguda, antecedentes psiquiátricos o tratamiento con antipsicóticos, arritmia ventricular en el último año, QTc prolongado, embarazo o lactancia, muerte esperable, alergia al haloperidol o ausencia de consentimiento informado.

El objetivo principal es la supervivencia a los 28 días. Los secundarios: supervivencia a los 90 días, incidencia de delirio, días libres de delirio y coma, duración de ventilación mecánica, estancia en UCI y hospitalaria, autorretirada de catéteres y tubos, incidencia de reingreso en UCI.

RESULTADOS:

Se randomizaron 1796 pacientes, tras un análisis provisional (antes de reclutar al total de los pacientes) se suspendió la rama de tratamiento de 1 mg de haloperidol (futilidad reflejada en el análisis secuencial de tiempo); se compararon los efectos del grupo de 2 mg de haloperidol con el grupo de placebo.

Para ambos grupos la mediana de supervivencia fue de 28 días, así como a los 90 días (en el estudio a mayor plazo). La incidencia de delirio entre ambos grupos no fue estadísticamente significativa, tampoco difirió el tiempo hasta la aparición del mismo. No hubo diferencias significativas en el número de días libres de delirio, días libres de coma y días libres de delirio y coma entre los que sobrevivieron 28 días. Tampoco en la duración de la ventilación mecánica, incidencia de autorretirada de dispositivos, reingreso en UCI, estancia en UCI y hospitalaria.

DISCUSIÓN:

El delirio es un trastorno cerebral agudo caracterizado por inicio

agudo de confusión, falta de atención y cambio en el nivel de conciencia, cuyos síntomas fluctúan a lo largo del día. Ocurre con frecuencia en pacientes ingresados en UCI con una incidencia de 30 – 50% y prevalencia de hasta el 80% (según series). Se asocia con resultados clínicos deleteréos, duración prolongada de ventilación mecánica, aumento de estancia de ingreso en UCI y hospitalaria y aumento de mortalidad.

El haloperidol es un medicamento antipsicótico con propiedades anticolinérgicas, antidopaminérgicas y antiadrenérgicas, y, posiblemente presenta efectos antiinflamatorios que antagoniza de forma simultáneas múltiples vías del delirio. Ha sido históricamente, el fármaco de elección para tratar el delirio a pesar de falta de evidencia, hay numerosos estudios en UCI que han evaluado los posibles efectos profilácticos del haloperidol, que demuestran efectos contradictorios, nada definitivo. Por este motivo, la Sociedad de Medicina Intensiva en sus últimas guías de dolor, agitación y delirio no recomienda su uso como prevención de delirio en pacientes ingresados en UCI. El gran tamaño de muestra de este estudio ha permitido realizar varios análisis de sensibilidad, confirmando la falta de efecto en los diferentes subgrupos.

Actualmente se está produciendo un cambio importante en la práctica de la Medicina Intensiva en España, basado en la humanización del paciente y de la UCI. En cuanto a la relación con esta patología, se ha visto que las medidas no farmacológicas son más importantes en la prevención del mismo que las medidas farmacológicas, como por ejemplo, movilización temprana, mejora de ritmo circadiano, reducción del ruido, reducción de la sedación y uso de benzodiacepinas, así como aproximación del ambiente de UCI a la situación basal del paciente (uso de audífonos, gafas…).

CONCLUSIÓN:

Los hallazgos del estudio no respaldan el uso profiláctico de

haloperidol en pacientes críticos como prevención del delirio.

BIBLIOGRAFÍA:

Barr J., Pandharipande P. The pain, agitation, and delirium care bundle: synergistic benefits of implementing the 2013 Pain, Agitation, and Delirium Guidelines in an integrated and interdisciplinary fashion. Crit Care Med. 2013;41(9) (suppl 1):S99-S115.