

2017 Octubre, 7(1): 1-1

EVIDENCIA ORIENTADA AL PROBLEMA: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL DELIRIO HIPERACTIVO EN TERAPIA INTENSIVA

Caminos F, Erasun G, Clivio L, Pérez Duhalde J, Loudet C, Farina O.

Cátedra de Farmacología Aplicada de la UNLP. peguillor@hotmail.com

Introducción

Los pacientes admitidos a unidades de cuidados intensivos (UCI), presentan alta incidencia de delirio, con consecuencias severas como mayor mortalidad y alteraciones cognitivas. Hasta el momento no se ha establecido una terapéutica farmacológica efectiva. La dexmedetomidina (DXM) es un tratamiento atractivo particularmente para el delirio hiperactivo debido a que produce sedación sin generar depresión respiratoria. La evidencia orientada al problema (EOP) tiene como propósito realizar una revisión crítica de la literatura para dar respuesta a una pregunta que surge de un problema clínico real.

Objetivo

Analizar la eficacia clínica de dexmedetomidina vs. otras estrategias farmacológicas/placebo para el tratamiento del delirio hiperactivo.

Materiales y Métodos

Escenario clínico: Presentamos un paciente masculino de 58 años que ingresa a la UCI por neumonía grave de la comunidad con shock séptico, requiriendo ventilación mecánica (VM). Presenta evolución favorable, en condiciones de inicio de desvinculación de VM. Durante el proceso de despertar espontáneo se observa agitación psicomotriz con Richmond Assesment Sedation Scale (RASS) = +2, que dificulta la prueba de respiración espontánea para desvincularlo de la VM. Descartadas otras causas clínicas que pueden generar agitación, se objetiva presencia de delirio con la escala Confusion Assessment Method for diagnosing delirium in ICU patients (CAM-ICU). Entre las opciones farmacológicas surge en pase de sala la utilización de dexmedetomidina en lugar de antipsicóticos, dada la evidencia reciente a favor del uso de dexmedetomidina, surgiendo controversias acerca de si esta opción no se limita solo para sedoanalgesia para la VM.

Pregunta que generó el caso

*¿En pacientes internados en UCIs que iniciaron proceso de desvinculación de la VM con delirio hiperactivo (**Población**), la utilización de dexmedetomidina (**Intervención**), comparado con la utilización de antipsicóticos/placebo (**Comparación**), posee mayor eficacia para la negativización de la escala de delirio (CAM-ICU) y/o control de la agitación (**Resultado**)?*

Estrategia de búsqueda

MEDLINE y Cochrane, últimos 10 años (2007-2017). Se seleccionaron 3 de 4 estudios (ensayos clínicos) que mejor respondieron a la pregunta planteada:

1. Reade MC, O'Sullivan K, Bates S, et al. Dexmedetomidine vs. haloperidol in delirious, agitated, intubated patients: a randomised open-label trial. *Crit Care* 2009;13(3):R75.
2. Reade M, Eastwood G, Bellomo R, et al. Effect of Dexmedetomidine Added to Standard Care on Ventilator-Free Time in Patients With Agitated Delirium. A Randomized Clinical Trial. *JAMA* 2016;315(14):1460-8.

Resultados

1. Este trabajo incluyó 20 pacientes en VM > 18 años, con imposibilidad de extubarlos debido al grado de agitación (RASS \geq 2). Fueron aleatorizados a recibir dexmedetomidina o haloperidol en infusión continua. El punto final primario fue el tiempo a la extubación y los secundarios eventos de seguridad. Resultados: el grupo que recibió DXM redujo el tiempo a la extubación, diferencia de medianas 22.3 hs ($p=0,016$). El tiempo en el cual se logró control de la agitación tuvo una diferencia de medianas de 14hs ($p=0,071$).
2. Este trabajo incluyó 71 pacientes en VM > 18 años con imposibilidad de extubarlos debido al grado de agitación, que presentaban necesidad de contención mecánica o farmacológica (sedantes o antipsicóticos) y CAM-ICU+. Fueron aleatorizados a recibir dexmedetomidina o placebo en infusión continua. El punto final primario fueron días libres de VM; los secundarios, control de la agitación y delirio según escalas y estadía hospitalaria y en la ICU. Resultados: el grupo que recibió DXM redujo los días libre de VM 17 Hs hs ($p=0,01$). El tiempo en el cual se logró control de la agitación no tuvo diferencias. El tiempo libre de delirio post-aleatorización fue un 15% menor en el grupo DXM ($p=0,05$).

Conclusión

La evidencia proveniente de estos dos trabajos expresa que la DMX podría ser una alternativa para el control de la agitación asociada al delirio en pacientes en proceso de desvinculación de la VM y para la disminución de los días de VM/tiempo a extubación. Si bien los trabajos muestran una disminución marginal en horas del control del delirio (negativización de CAM-ICU), presentan limitaciones que cuestionan su calidad, debido a su escaso tamaño muestral, problemas metodológicos y la falta de medición de resultados clínicos más relevantes (mortalidad, deterioro cognitivo).