



**Biblioteca
Cochrane**

Base de Datos **Cochrane** de Revisiones Sistemáticas

Haloperidol para la agresión o agitación inducida por la psicosis (tranquilización rápida) (Revisión)

Ostinelli EG, Brooke-Powney MJ, Li X, Adams CE

Ostinelli EG, Brooke-Powney MJ, Li X, Adams CE.

Haloperidol for psychosis-induced aggression or agitation (rapid tranquillisation)

(Haloperidol para la agresión o agitación inducida por la psicosis (tranquilización rápida)).

Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 7. Art. No.: CD009377.

DOI: [10.1002/14651858.CD009377.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD009377.pub3).

www.cochranelibrary.com/es

Haloperidol para la agresión o agitación inducida por la psicosis (tranquilización rápida) (Revisión)

Copyright © 2017 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

WILEY

[Revisión de intervención]

Haloperidol para la agresión o agitación inducida por la psicosis (tranquilización rápida)

Edoardo G Ostinelli¹, Melanie J Brooke-Powney², Xue Li³, Clive E Adams⁴

¹Department of Health Sciences, Università degli Studi di Milano, Milan, Italy. ²Department of Clinical Psychology, The University of Manchester, Manchester, UK. ³Systematic Review Solutions Ltd, Nottingham, UK. ⁴Cochrane Schizophrenia Group, The University of Nottingham, Nottingham, UK

Contacto: Edoardo G Ostinelli, Department of Health Sciences, Università degli Studi di Milano, Via Antonio di Rudini 8, Milan, 20142, Italy. eg.ostinelli@gmail.com.

Grupo Editorial: Grupo Cochrane de Esquizofrenia.

Estado y fecha de publicación: Nueva búsqueda de estudios y actualización de contenidos (sin cambios en las conclusiones), publicada en el número 7, 2017.

Referencia: Ostinelli EG, Brooke-Powney MJ, Li X, Adams CE. Haloperidol for psychosis-induced aggression or agitation (rapid tranquillisation) (Haloperidol para la agresión o agitación inducida por la psicosis (tranquilización rápida)). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 7. Art. No.: CD009377. DOI: [10.1002/14651858.CD009377.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD009377.pub3).

Copyright © 2017 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

RESUMEN

Antecedentes

El haloperidol, utilizado de forma aislada, se recomienda para ayudar a calmar las situaciones de agresión o agitación en los pacientes con psicosis. Es ampliamente accesible y puede ser el único antipsicótico disponible en áreas donde los recursos son limitados.

Objetivos

Examinar si el haloperidol solo es un tratamiento efectivo para la agresión o la agitación inducida por la psicosis, en el que se requiere que los médicos intervengan para prevenir daños a uno mismo y a terceros.

Métodos de búsqueda

Se realizaron búsquedas en el registro de ensayos basado en estudios del Grupo Cochrane de Esquizofrenia (Cochrane Schizophrenia Group) (26 de mayo de 2016). Este registro se compila mediante búsquedas sistemáticas en los recursos principales (que incluyen AMED, BIOSIS CINAHL, Embase, MEDLINE, PsycINFO, PubMed y los registros de ensayos clínicos) y sus actualizaciones mensuales, búsquedas manuales, literatura gris y actas de congresos, sin limitaciones de idioma, fecha, tipo de documento ni estado de publicación para la inclusión de documentos en el registro.

Criterios de selección

Ensayos controlados aleatorizados (ECA) que incluyeran a pacientes que presentan agresión o agitación cuya causa se considera la psicosis, asignados al azar al uso rápido de haloperidol solo (por cualquier vía), en comparación con cualquier otro tratamiento. Los resultados de interés incluyeron tranquilización o adormecimiento por 30 minutos, necesidad repetida de tranquilización rápida en un plazo de 24 horas, comportamientos específicos (amenaza o lesión a otros/sí mismo) y efectos adversos. Se incluyeron ensayos que satisficieran los criterios de selección y que proporcionaban datos utilizables.

Obtención y análisis de los datos

Se inspeccionaron de forma independiente todas las citas de las búsquedas, se identificaron los resúmenes relevantes y se extrajeron de forma independiente los datos de todos los estudios incluidos. Para los datos binarios se calculó el riesgo relativo (RR), para los datos continuos se calculó la diferencia de medias (DM) y para los resultados cognitivos se derivaron los tamaños del efecto de la diferencia de medias estandarizada (DME), todos con intervalos de confianza (IC) del 95% y mediante un modelo de efectos fijos. Se evaluó el riesgo

de sesgo para los estudios incluidos y se utilizó el enfoque GRADE para producir tablas de “Resumen de los hallazgos” que incluyeron los principales resultados de interés predeterminados.

Resultados principales

Se encontraron nueve nuevos ECA de la búsqueda de actualización de 2016, lo que da un total de 41 estudios incluidos y 24 comparaciones. Pocos estudios se realizaron en circunstancias que reflejan la práctica en el mundo real y, con excepciones notables, la mayoría fueron pequeños y tuvieron un riesgo considerable de sesgo. Debido al gran número de comparaciones, sólo es posible presentar un resumen de los principales resultados.

En comparación con placebo, más pacientes en el grupo de haloperidol estaban dormidos a las dos horas (2 ECA, n= 220; RR 0,88; IC del 95%: 0,82 a 0,95; evidencia de calidad muy baja) y experimentaron distonía (2 ECA, n = 207, RR 7,49, IC del 95% 0,93 a 60,21, evidencia de calidad muy baja).

En comparación con aripiprazol, los pacientes del grupo de haloperidol requirieron menos inyecciones que los del grupo de aripiprazol (2 ECA, n = 473; RR 0,78, IC del 95%: 0,62 a 0,99; evidencia de calidad baja). Más pacientes en el grupo de haloperidol presentaron distonía (2 ECA, n = 477; RR 6,63, IC del 95% 1,52 a 28,86, evidencia de calidad muy baja).

Cuatro ensayos (n = 207) compararon el haloperidol con el lorazepam sin diferencias significativas con respecto al número de participantes dormidos a la hora (1 ECA, n = 60, RR 1,05, IC del 95%: 0,76 a 1,44, evidencia de muy baja calidad) o los que requerían inyecciones adicionales (1 ECA, n = 66, RR 1,14, IC del 95%: 0,91 a 1,43, evidencia de muy baja calidad).

Los efectos adversos del haloperidol no fueron contrarrestados con el agregado de lorazepam (p.ej. distonía, 1 ECA, n = 67; RR 8,25, IC del 95% 0,46 a 147,45, evidencia de muy baja calidad).

El agregado de prometazina se investigó en dos ensayos (n = 376). Más pacientes en el grupo de haloperidol no lograron la tranquilización ni el adormecimiento a los 20 minutos (1 ECA, n = 316, RR 1,60; IC del 95% 1,18 a 2,16, evidencia de calidad moderada). La distonía aguda fue demasiado frecuente en el grupo de haloperidol solo para que el ensayo continuara más allá del análisis intermedio (1 ECA, n = 316, RR 19,48; IC del 95% 1,14 a 331,92, evidencia de calidad baja).

Conclusiones de los autores

Los datos adicionales de nuevos estudios no alteran las conclusiones previas de la revisión. Cuando no existe otra opción, el uso de haloperidol intramuscular de forma aislada podría salvar vidas. Cuando existen fármacos adicionales, el uso de haloperidol de forma aislada para las emergencias extremas podría considerarse poco ético. El agregado del sedante prometazina tiene el apoyo de evidencia de mejor grado proveniente de ensayos aleatorizados. El uso de un fármaco antipsicótico alternativo sólo es apoyado parcialmente por evidencia fragmentada y de grado bajo. El agregado de una benzodiazepina al haloperidol no presenta evidencia sólida de beneficios y conlleva riesgo de daño adicional.

Después de seis décadas de uso para la tranquilización rápida de emergencia, esta área todavía necesita ensayos independientes bien realizados relevantes a la práctica en el mundo real.

RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS

Haloperidol como un medio para calmar a los pacientes que presentan agresión o agitación debido a la psicosis

Objetivo de la revisión

Esta revisión considera si el haloperidol es efectivo para tratar a los pacientes que presentan agitación o agresión como resultado la psicosis.

Antecedentes

Los pacientes con psicosis pueden escuchar voces (alucinaciones) o tener pensamientos anormales (delirios) que pueden hacer que la persona sienta miedo, angustia y agitación (intranquilidad, excitación o irritabilidad), dando lugar en ocasiones a un comportamiento agresivo. Esto plantea un reto considerable para los profesionales de la salud mental que tienen que escoger rápidamente el mejor tratamiento disponible para prevenir el riesgo de daño tanto al paciente como a terceros.

El haloperidol es una medicación que se utiliza para tratar a personas con psicosis que puede tomarse por boca o inyectada. Además de ser un antipsicótico (previene la psicosis), también calma a los pacientes o los ayuda a dormir.

Búsquedas

En 2011 y 2016, el especialista en información del Grupo Cochrane de Esquizofrenia realizó búsquedas en el registro especializado de los ensayos aleatorizados que consideraron los efectos de administrar haloperidol en comparación con administrar placebo u otros tratamientos a los pacientes agresivos o agitados debido a la psicosis.

Resultados

Cuarenta y un estudios se incluyen ahora en la revisión pero la información de los mismos es de baja calidad. Los resultados principales muestran que, en comparación con placebo o ningún tratamiento, más pacientes que recibieron haloperidol lograron dormirse después de dos horas. No obstante, la evidencia no es sólida. Los resultados se vuelven más complejos por la gran variedad de tratamientos disponibles (24 comparaciones).

Conclusiones

Los autores de la revisión establecen la conclusión de que existe evidencia débil de que el haloperidol calma a los pacientes y ayuda a manejar situaciones difíciles. Sin embargo, esto no se basa en ensayos de calidad y, por lo tanto, los profesionales sanitarios y los pacientes con problemas de salud mental no cuentan con orientación clara basada en la evidencia. En algunas situaciones, el haloperidol puede ser la única opción, lo cual, sin embargo, está lejos de ser ideal debido a que a pesar de que el haloperidol es efectivo para calmar a los pacientes, tiene efectos secundarios (p.ej. intranquilidad, estremecimiento de la cabeza, manos y cuerpo, problemas cardiacos). Estos efectos secundarios pueden ser igual de angustiantes que la psicosis y pueden actuar como una barrera que impide que los pacientes vuelvan para recibir un tratamiento futuro. Se necesita más investigación para ayudar a los pacientes a considerar y comprender qué medicación es mejor para calmar a los pacientes; tiene menos efectos secundarios; funciona rápidamente; y puede utilizarse en dosis más bajas (o inyecciones menos frecuentes).

Este resumen en términos sencillos está basado en un resumen redactado por el usuario Ben Gray de Rethink.