RIESGO DE PROLONGACIÓN DEL QTC POR ANTIPSICÓTICOS EN PACIENTES CRÍTICOS CON AGITACIÓN PSICOMOTORA: EVIDENCIA RECIENTE Y RECOMENDACIONES PRÁCTICAS

Muriel Cerna-Díaz[1], Nicolás Delgado-Rioseco[2]

1. Hospital de Castro Dr Augusto Riffart
2. Hospital Sotero del Río

Introducción La agitación psicomotora asociada a delirio es frecuente en pacientes críticos y se asocia a mayor morbimortalidad y prolongación de la estadía hospitalaria. Para el control de los síntomas, se utilizan antipsicóticos, que pueden prolongar el intervalo QT corregido (QTc) y aumentar el riesgo de arritmias graves, como torsades de pointes. La seguridad entre los distintos fármacos y vías de administración aún genera incertidumbre en la práctica intensiva. Metodología Se revisó la literatura publicada entre 2023 y 2025 en PubMed, incluyendo ensayos clínicos, revisiones y estudios observacionales que evaluaron la seguridad de antipsicóticos en relación con el QTc en pacientes críticos. El análisis se enfocó en los fármacos disponibles en Chile: haloperidol (vía intravenosa [IV]), quetiapina (vía oral [VO]), olanzapina (VO, vía intramuscular [IM]) y risperidona (VO). Se incluyeron estudios en pacientes críticos, excluyendo población pediátrica. Resultados • Haloperidol (IV): más usado en UCI; riesgo dosis-dependiente, se han reportado casos de torsades de pointes incluso con dosis acumuladas bajas (ej. 0,5–5 mg), especialmente en presencia de cofactores (interacciones farmacológicas, edad avanzada, cardiopatía, otros). • Quetiapina (VO): prolongación moderada del QTc, con dosis: 12,5–50 mg cada 8–12 h. En un estudio prospectivo de pacientes críticos (n = 103), la prolongación del QTc > 60 ms respecto del basal ocurrió en 14 pacientes (13,6%) mediana de ?QTc = +20 ms. No se reportó torsades de pointes, ni arritmias ventriculares graves. • Olanzapina (VO/IM): riesgo similar a quetiapina; útil cuando se busca balance entre eficacia y seguridad, con dosis VO 2,5–10 mg/día; IM 5–10 mg en agitación aguda. En un estudio comparativo reciente entre olanzapina y quetiapina en pacientes críticos, la incidencia del punto compuesto (QTc > 500 ms o ? > 60 ms) fue de 9,6 % versus 14,7 %, sin diferencias estadísticas. No se reportó torsades de pointes, ni arritmias ventriculares graves atribuibles a quetiapina u olanzapina. Por lo que se consideran alternativas de menor riesgo, en relación al haloperidol IV. • Risperidona (VO): riesgo intermedio, con menor uso en UCI.

DOSIS:
0,5–2 mg cada 12 h en delirio.

RIESGO:
intermedio; puede prolongar QTc de forma moderada, especialmente a dosis >4 mg/día. • Cofactores que predisponen a la prolongación del QTc incluyen polifarmacia (azoles, quinolonas, macrólidos, antiarrítmicos, procinéticos), alteraciones electrolíticas, edad avanzada, cardiopatía e insuficiencia renal. Conclusiones En pacientes críticos con agitación psicomotora, haloperidol IV se asocia a mayor riesgo de prolongación del QTc, sobre todo con dosis acumuladas y cofactores. Quetiapina y olanzapina muestran un riesgo moderado y son alternativas en pacientes vulnerables. Se recomienda ECG basal y seriado, corregir electrolitos y usar la dosis mínima eficaz evitando fármacos que prolonguen el QTc.