

Antipsicóticos atípicos para el tratamiento de delirium en pacientes hospitalizados

Atypical antipsychotics for delirium in hospitalized patients

Daniza Belén Bilicic Ubierna^a , Nicolás Cattarinich Schiffrin^a , Daniela Coronel Cárdenas^{a,*} , Rubén Soto Munizaga^b , José Miguel Bernucci Piedra^b 

^a Facultad de Medicina, Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile

^b Departamento de Medicina interna, Facultad de Medicina, Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile

*Autor de correspondencia dcoronelc@uft.edu

Citación Bilicic Ubierna DB, Cattarinich Schiffrin N, Coronel Cárdenas D, Soto Munizaga R, Bernucci Piedra JM. Atypical antipsychotics for delirium in hospitalized patients. *Medwave* 2021;21(04):e8168

Doi 10.5867/medwave.2021.04.8168

Fecha de envío 27/11/2020

Fecha de aceptación 22/3/2021

Fecha de publicación 7/5/2021

Origen No solicitado.

Tipo de revisión Con revisión por pares externa, por dos árbitros a doble ciego.

Palabras clave Delirium, Antipsychotics, Atypical antipsychotics, Hospitalized patients, Epistemonikos, GRADE

Resumen

Introducción

Para el tratamiento farmacológico de *delirium* en pacientes adultos mayores hospitalizados se plantea el uso de antipsicóticos atípicos. Actualmente, existe poca evidencia sobre la efectividad y los resultados de estos fármacos en pacientes adultos hospitalizados en unidades de baja complejidad.

Métodos

Realizamos una búsqueda en Epistemonikos, la mayor base de datos de revisiones sistemáticas en salud, la cual es mantenida mediante el tamizaje de múltiples fuentes de información, incluyendo MEDLINE/PubMed, EMBASE y Cochrane. Extrajimos los datos desde las revisiones sistemáticas identificadas, analizamos los datos de los estudios primarios, realizamos un metanálisis y preparamos una tabla de resumen de los resultados utilizando el método GRADE.

Resultados y conclusiones

Identificamos 13 revisiones sistemáticas que en conjunto incluyeron tres estudios primarios, de los cuales todos corresponden a ensayos aleatorizados. Concluimos que el uso de antipsicóticos atípicos en pacientes hospitalizados probablemente aumenta el riesgo de mortalidad en comparación con el placebo, y podría disminuir la tasa de respuesta

asociado a disminuir el riesgo de efectos adversos. Además, probablemente resulta en poca o nula diferencia en la severidad del *delirium*.

Abstract

Introduction

For the pharmacotherapy of *delirium* in elderly adults who are hospitalized, atypical antipsychotics are used. Currently, there is insufficient evidence on the effectiveness of this treatment in low complexity units.

Methods

We searched in Epistemonikos, the largest database of systematic reviews in health, which is maintained by screening multiple information sources, including MEDLINE/PubMed, EMBASE, Cochrane, among others. We extracted data from the systematic

reviews, reanalyzed data of primary studies, conducted a meta-analysis, and generated a summary of findings table using the GRADE approach.

Results and conclusions

We identified 13 systematic reviews that included three randomized trials. We concluded that the use of atypical antipsychotics in hospitalized patients likely increases the risk of mortality compared to placebo and could decrease the response rate associated with reducing the risk of adverse effects. Furthermore, using atypical antipsychotics probably results in low or no difference in the severity of *delirium*.

Problema

El síndrome confusional agudo o *delirium* es uno de los desórdenes mentales más frecuentemente encontrados en pacientes adultos mayores hospitalizados, donde la prevalencia varía entre 10 y 40%¹. Su reconocimiento y adecuado tratamiento son fundamentales, por cuanto esta condición se asocia a mayor mortalidad y morbilidad, mayor estadía hospitalaria, aumento de riesgo de institucionalización al alta y mayores costos de salud asociados.

El tratamiento para el *delirium* en pacientes hospitalizados se sustenta en el manejo no farmacológico, el que se basa principalmente en medidas ambientales tales como reorientar al paciente en tiempo/espacio de forma frecuente, uso de apoyos sensoriales, estimulación kinésica, asegurar sueño reparador, asegurar adecuado control del dolor e hidratación, acceso a luz natural, evitar constipación, entre otros¹.

El tratamiento farmacológico, actualmente está indicado sólo para la agitación psicomotora severa asociada a *delirium*. Esta se define como aquella que pone en riesgo la integridad del paciente o de terceros, siendo el haloperidol, antipsicótico típico, uno de los fármacos más utilizado con este fin¹.

En el último tiempo se han desarrollado nuevos fármacos llamados antipsicóticos atípicos o de segunda generación¹, que podrían ser más beneficiosos en el tratamiento de *delirium* en comparación al tratamiento convencional, pero aún existe incertidumbre sobre el tema.

Mensajes clave

- El uso de antipsicóticos atípicos en pacientes hospitalizados probablemente aumenta el riesgo de mortalidad en comparación con el placebo.
- El uso de antipsicóticos atípicos probablemente resulta en poca o nula diferencia con respecto a la severidad del *delirium* en comparación con el placebo.
- El uso de antipsicóticos atípicos podría disminuir la tasa de respuesta clínica asociado a disminuir el riesgo de efectos adversos (certeza de la evidencia bajo).

Acerca del conjunto de la evidencia para esta pregunta

Cuál es la evidencia Véase matriz de evidencia en Epistemonikos más abajo.	Identificamos 13 revisiones sistemáticas ²⁻¹⁴ que incluyeron tres ensayos primarios en cuatro referencias ¹⁵⁻¹⁸ los cuales todos corresponden a ensayos aleatorizados.
Qué tipo de pacientes incluyeron los estudios*	Todos los ensayos ¹⁵⁻¹⁷ incluyeron pacientes adultos hospitalizados mayores de 65 años con diagnóstico de <i>delirium</i> por distintos criterios (DSM IV ^{15,16} , MDAS ¹⁵ y NuDESC ¹⁵). Del total de 464 pacientes de los tres ensayos, 285 eran hombres entre 64 a 92 años, mientras 179 eran mujeres dentro del mismo rango de edad. Fueron tratados con antipsicóticos 330 pacientes, de los cuales 204 eran hombres y 126 eran mujeres. De los 177 tratados con antipsicóticos atípicos 108 eran hombres y 69 mujeres. Los pacientes tratados con antipsicóticos típicos, 96 fueron hombres y 57 mujeres. Recibieron placebo 134 pacientes, de los cuales 81 eran hombres y 53 mujeres. Un trabajo incluyó pacientes paliativos con enfermedades terminales no en estado crítico ¹⁵ .

Métodos

Realizamos una búsqueda en Epistemonikos, la mayor base de datos de revisiones sistemáticas en salud, la cual es mantenida mediante búsquedas en múltiples fuentes de información, incluyendo MEDLINE/PubMed, EMBASE, Cochrane, entre otras. Extrajimos los datos desde las revisiones identificadas y analizamos los datos de los estudios primarios. Con esta información, generamos un resumen estructurado denominado FRISBEE (*Friendly Summaries of Body of Evidence using Epistemonikos*), siguiendo un formato preestablecido, que incluye mensajes clave, un resumen del conjunto de evidencia (presentado como matriz de evidencia en Epistemonikos), metanálisis del total de los estudios cuando sea posible, una tabla de resumen de resultados con el método GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*) y una sección de otras consideraciones para la toma de decisión.

	<p>Se excluyeron trabajos que incorporaron pacientes en unidad de paciente crítico, hospitalizados por patologías quirúrgicas y pacientes en estado terminal, ya que sus resultados no eran comparables a los pacientes hospitalizados y se escapan de los objetivos de este trabajo.</p> <p>También fueron excluidos pacientes con alteraciones de deglución, pacientes con <i>delirium</i> por privación de sustancias, alteraciones cognitivas preexistentes o enfermedades mentales, antecedentes de síndrome neuroléptico maligno y de uso de ansiolíticos¹⁵.</p>
<p>Qué tipo de intervenciones incluyeron los estudios*</p>	<p>Se incluyeron 464 pacientes en tres ensayos¹⁵⁻¹⁷, de los cuales 330 fueron medicados con antipsicóticos. Solo 177 de ellos fueron tratados con antipsicóticos atípicos, 82 pacientes con risperidona¹⁵, 21 pacientes con quetiapina¹⁶ y 74 con olanzapina¹⁷. Fueron tratados con antipsicóticos típicos, haloperidol^{15,17}, 153 pacientes que no fueron contabilizados en este trabajo para sacar conclusiones. Del total de pacientes, 134 fueron asignados a placebo.</p> <p>Tres ensayos evaluaron el uso de antipsicóticos atípicos (olanzapina, risperidona y quetiapina) comparado contra placebo¹⁵⁻¹⁷.</p> <p>En un ensayo se utilizó la quetiapina con dosis de 25 miligramos al día con un máximo de 175 miligramos al día, según respuesta clínica en 10 días de tratamiento¹⁶. Otro ensayo administró olanzapina de 2,5 miligramos al día con un máximo de 20 miligramos al día según escala CGI-SI en siete días de tratamiento¹⁷. Finalmente, otro ensayo utilizó risperidona que se usaron en dosis de 0,5 miligramos al día con dosis máxima de 4 miligramos al día, según respuesta de acuerdo con la escala NuDESC en tres días de tratamiento¹⁵. Todos los tratamientos fueron administrados vía oral.</p> <p>Todos los pacientes control recibieron tratamiento estándar no farmacológico de base, asociado a placebo.</p>
<p>Qué tipo de desenlaces midieron</p>	<p>Los ensayos reportaron múltiples desenlaces en relación con el uso de antipsicóticos atípicos, los cuales fueron los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Mortalidad ● Duración del <i>delirium</i> ● Días de hospitalización ● Severidad del <i>delirium</i> (escala DRS-R-98) ● Efectos adversos ● Tasa de respuesta ● Síntomas neurológicos <p>El seguimiento promedio de los ensayos fue de 13 días con un rango que fluctúa entre tres y 30 días.</p>

* La información sobre los estudios primarios es extraída desde las revisiones sistemáticas identificadas, no directamente desde los estudios, a menos que se especifique lo contrario.
DMIS-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV.
MDAS: Memorial Delirium Assessment Scale.
NuDESC: Nursing Delirium Screening Scale.
CGI-SI: Clinical Global Impression Severity of Illness.
DRS-R-98: Delirium Rating Scale-Revised-98.

Resumen de los resultados

La información sobre los efectos de los antipsicóticos atípicos en *delirium* está basada en dos ensayos aleatorizados^{15,16} que incluyeron 289 pacientes, de los cuales 81 fueron tratados con antipsicóticos típicos, 103 con antipsicóticos atípicos y 105 con placebo. Se excluyeron del análisis a los pacientes tratados con antipsicóticos típicos.

Se excluyó un ensayo de los resultados, ya que no reportaba resultados aislados de antipsicóticos atípicos solos, sino que los agrupaba con antipsicóticos típicos. Esto motiva que se prescinda del análisis de resultados al diferir las intervenciones¹⁷.

En cuanto a mortalidad, esta fue reportada por dos ensayos (208 pacientes)^{15,16}. Severidad del *delirium*, efectos adversos neurológicos y tasa de respuesta fueron reportados por un solo ensayo (42 pacientes)¹⁶.

Para los *outcomes* días de hospitalización, duración del *delirium* y efectos adversos graves no neurológicos, ninguna revisión reportó resultados que permitieran la extracción de datos de manera que pudieran ser incorporados a un metanálisis, por lo que la información de dicho desenlace se presenta como síntesis narrativa.

El resumen de los resultados es el siguiente

- El uso de antipsicóticos atípicos probablemente aumenta el riesgo de mortalidad.
- El uso de antipsicóticos atípicos probablemente resulta en poca o nula diferencia en la severidad del *delirium*.
- El uso de antipsicóticos atípicos podría disminuir el riesgo de efectos adversos neurológicos (certeza de la evidencia baja).
- El uso de antipsicóticos atípicos podría disminuir la tasa de respuesta (certeza de la evidencia baja).
- No se encontraron ensayos que evaluaran efectos en los días de hospitalización.
- No se encontraron ensayos que evaluaran la duración del *delirium*.
- No se encontraron ensayos que evaluaran efectos adversos graves no neurológicos.

En pacientes adultos hospitalizados con diagnóstico de <i>delirium</i> ¿Es mejor el tratamiento con antipsicóticos atípicos versus manejo convencional no farmacológico?				
Pacientes	Pacientes adultos hospitalizados			
Intervención	Antipsicóticos atípicos			
Comparación	Manejo convencional no farmacológico			
Desenlaces	Efecto absoluto*		Efecto relativo (IC 95%)	Certeza de la evidencia (GRADE)
	SIN antipsicóticos atípicos	CON antipsicóticos atípicos		
	Diferencia: pacientes por 1000			
Mortalidad	114 por 1000	193 por 1000	RR 1,69 (0,87 a 3,29)	⊕⊕⊕○ ¹ Moderada
	Diferencia: 79 más (Margen de error: 15 menos a 262 más)			
Severidad del <i>delirium</i> **	-14,2 puntos	-14,5 puntos	--	⊕⊕⊕○ ¹ Moderada
	DM: 0,26 mayor (Margen de error: 6,56 menos a 7,08 más)			
Efectos adversos neurológicos	143 por 1000	47 por 1000	RR 0,33 (0,04 a 2,95)	⊕⊕○○ ¹ Baja
	Diferencia: 96 menos (Margen de error: 137 menos a 279 más)			
Tasa de respuesta***	190 por 1000	143 por 1000	RR 0,75 (0,19 a 2,95)	⊕⊕○○ ¹ Baja
	Diferencia: 47 menos (Margen de error: de 154 menos a 371 más)			
Días hospitalización	El desenlace días de hospitalización no fue medido o reportado.		--	--
Duración del <i>delirium</i>	El desenlace duración del <i>delirium</i> no fue medido o reportado.		--	--
Efectos adversos graves no neurológicos	El desenlace efectos adversos graves no neurológicos no fue medido o reportado.		--	--

Margen de error: intervalo de confianza del 95% (IC 95%).
RR: riesgo relativo.
DM: diferencia de medias.
DME: diferencia de medias estandarizada.
GRADE: grados de evidencia del GRADE *Working Group* (ver más adelante).

*Los riesgos/promedio SIN antipsicóticos están basados en los riesgos/promedio del grupo control en los estudios. El riesgo/promedio CON antipsicóticos (y su margen de error) está calculado a partir del efecto relativo/diferencia de medias (y su margen de error).
**La severidad del *delirium* fue medida con la escala DRS-R-98, la cual consta de 16 ítems con dos secciones, una de gravedad y otra de diagnóstico, con un máximo de 39 y 7 puntos máximos respectivamente, siendo una mayor puntuación mayor severidad. La sección de gravedad evalúa el ritmo circadiano, percepción y alucinaciones, delirios, labilidad afectiva, lenguaje, alteración del pensamiento, agitación psicomotora, orientación, atención, memoria a corto y largo plazo y capacidad visoespacial. En este punto se aplicó escala luego de la intervención, ya sea farmacológica o placebo y se comparó con el puntaje del paciente haciendo una comparación antes-después con respecto al inicio del estudio. La sección diagnóstico evalúa el inicio de los síntomas, la severidad y la patología médica.
*** La respuesta se definió como el completo alivio de síntomas (Hu 2004) y por un punto de corte de DRS-R98 menor a 1 en el día 7 de seguimiento (Tahir 2010).

¹ Se disminuyó un nivel de certeza de evidencia por imprecisión, ya que cada extremo del intervalo de confianza conlleva a una decisión diferente. En el caso de efectos adversos y tasa de respuesta, se decidió disminuir un nivel adicional ya que los ensayos incluidos poseen un pequeño tamaño muestral.

Siga el enlace para acceder a la versión interactiva de esta tabla ([Interactive Summary of Findings - iSoF](#))

Acerca de la certeza de la evidencia (GRADE)*

⊕⊕⊕⊕

Alta: La investigación entrega una muy buena indicación del efecto probable. La probabilidad de que el efecto sea sustancialmente distinto† es baja.

⊕⊕⊕○

Moderada: La investigación entrega una buena indicación del efecto probable. La probabilidad de que el efecto sea sustancialmente distinto† es moderada.

⊕⊕○○

Baja: La investigación entrega alguna indicación del efecto probable. Sin embargo, la probabilidad de que el efecto sea sustancialmente distinto† es alta.

⊕○○○

Muy baja: La investigación no entrega una estimación confiable del efecto probable. La probabilidad de que el efecto sea sustancialmente distinto† es muy alta.

*Esto es también denominado 'calidad de la evidencia' o 'confianza en los estimadores del efecto'.

†Sustancialmente distinto = una diferencia suficientemente grande como para afectar la decisión

Otras consideraciones para la toma de decisión

A quién se aplica y a quién no se aplica esta evidencia

Las conclusiones de este artículo se aplican a pacientes adultos hospitalizados en sala de baja complejidad con diagnóstico de delirium.

Es razonable extrapolar esta evidencia a pacientes con tratamiento paliativo, pero que no se encuentran en estado crítico o grave. Se debe tener cautela con este grupo de pacientes ya que su estado puede influir de manera relevante al estado mental y generar una respuesta incierta frente al tratamiento.

La evidencia presentada en este resumen no es extrapolable a pacientes en unidades de paciente crítico, dado que en estas circunstancias el estado mental puede verse afectado por muchas causas. La complejidad de estos pacientes es alta y requerirán de ese mismo modo otro tipo de tratamientos. Por esta misma razón, se excluyen pacientes en estado crítico o terminal. Por último, se excluyen pacientes quirúrgicos ya que tienen mucha variabilidad en outcomes por lo que pueden tener alto riesgo de sesgo.

Sobre los desenlaces incluidos en este resumen

Los desenlaces seleccionados son los que se consideran críticos para la toma de decisiones sobre el uso o no de antipsicóticos atípicos para el manejo del delirium en pacientes hospitalizados según el criterio de los autores de este resumen.

Estos desenlaces concuerdan parcialmente con los presentados por las revisiones identificadas ya que los desenlaces tasa de respuesta, días hospitalización, duración del delirium y efectos adversos graves no neurológicos; fueron considerados relevantes. Sin embargo, estos no fueron medidos por las revisiones sistemáticas.

Balance daño/beneficio y certeza de la evidencia

La evidencia presentada no muestra beneficios en cuanto a mortalidad ni la severidad del delirium.

Por otro lado, dado que la certeza de la evidencia para los desenlaces tasa de respuesta y efectos adversos neurológicos es baja, no es posible realizar un correcto análisis del balance daño/beneficio..

Consideraciones de recursos

El tratamiento convencional no farmacológico del delirium significa un bajo costo debido a que consta principalmente de medidas ambientales que pueden ser aplicadas en cualquier centro de salud y resultan ser altamente costo efectivas. El tratamiento farmacológico con antipsicóticos atípicos no suponen una gran diferencia ya que suelen ser de bajo costo.

Por otro lado, un aspecto a considerar en los recursos son los días de hospitalización asociados. Por lo que se requieren más estudios que evalúen este desenlace.

Es razonable llevar a cabo una evaluación económica formal en los escenarios en los que se esté considerando incorporar esta intervención.

Qué piensan los pacientes y sus tratantes

Considerando los resultados expuestos en este resumen, podría haber variabilidad en la toma de decisiones debido a la baja evidencia y desenlaces discordantes. Actualmente, la opinión de los médicos es controvertida en cuanto al uso de antipsicóticos atípicos. Por un lado, existe la creencia de que los antipsicóticos son fármacos necesarios para el tratamiento del delirium y muchos profesionales los consideran esenciales para el manejo en pacientes agitados; mientras que otros solo los consideran como terapia de rescate cuando el tratamiento convencional no es suficiente. En estos casos se prefiere básicamente el manejo ambiental y medidas no farmacológicas sobre el uso de estas drogas, ya que logran estabilizar de forma más rápida evitando el daño del paciente y de terceros con menor incidencia de efectos adversos.

Diferencias entre este resumen y otras fuentes

Las conclusiones de este resumen, en su mayoría, no concuerdan con las expuestas por las revisiones sistemáticas. Esto se explica principalmente porque las revisiones realizan conclusiones incluyendo el uso de antipsicóticos típicos.

En la literatura no se recomienda el uso de antipsicóticos (tanto típicos como atípicos) para el manejo de primera línea del delirium, sino que se prefiere el manejo ambiental. Los antipsicóticos, tanto típicos como atípicos, no son el pilar del tratamiento del delirium. Este se basa en el manejo ambiental y corrección de factores desencadenantes, reservándose su uso sólo ante agitación psicomotora

severa que ponga en riesgo la integridad del paciente o de un tercero. No obstante, como primera línea de tratamiento farmacológico, se utilizan los antipsicóticos típicos, principalmente el haloperidol. Los antipsicóticos atípicos son tratamiento de segunda línea, pero aún faltan estudios para evaluar el efecto de estos contra placebo¹⁹.

¿Puede que cambie esta información en el futuro?

La probabilidad de que las conclusiones presentadas en cuanto al desenlace de mortalidad y severidad del delirium cambien en el futuro son moderadas, ya que si bien son los desenlaces que presentan mayor nivel de evidencia (dado los pocos ensayos que tocan este tema y el poco nivel de evidencia), es altamente probable que estas conclusiones cambian a medida que se hagan más trabajos y de mejor calidad.

En cuanto a la tasa de respuesta y efectos adversos neurológicos, la probabilidad de que cambie la información en el futuro es alta, debido a la incertidumbre existente por la escasa cantidad de ensayos clínicos realizados en relación a este tema.

No encontramos ensayos publicados sobre este tema que no estuviesen incluidos en las revisiones identificadas, ni estudios en curso que evalúen esta pregunta en la International Clinical Trials Registry Platform de la Organización Mundial de la Salud.

Cómo realizamos este resumen

Mediante métodos automatizados y colaborativos, recopilamos toda la evidencia relevante para la pregunta de interés y la presentamos en una matriz de evidencia.

Revisión Sistemática	Estudio Primario	Incluido
Hawkins SB 2013	1	Verde
Kishi T 2016	1	Verde
Kim MS 2020	1	Verde
Flaherty JH 2011	2	Verde
Neufeld KJ 2016	2	Verde
Wang HR 2013	2	Verde
Neufeld KJ 2019	3	Verde
Nikooie R 2019	3	Verde
Meagher DJ 2013	3	Verde
Rivière J 2019	3	Verde
Wu YC 2019	3	Verde
Burry, Lisa 2018	4	Verde
Friedman JI 2014	4	Verde

Una matriz de evidencia es una tabla que compara revisiones sistemáticas que responden a una misma pregunta. Las filas representan las revisiones sistemáticas, y las columnas muestran los estudios primarios. Los recuadros en verde corresponden a estudios incluidos en las respectivas revisiones. El sistema detecta automáticamente nuevas revisiones sistemáticas incluyendo cualquiera de los estudios primarios de la matriz, las cuales serán agregadas si efectivamente responden a la misma pregunta.

Siga el enlace para acceder a la versión interactiva: [Antipsicóticos atípicos para el manejo de delirium en pacientes hospitalizados.](#)

Roles de contribución

DBBU, NCS, DCC: conceptualización, metodología, análisis formal, investigación, recursos, redacción borrador original, revisión y edición, visualización. RSM, JMBP: conceptualización, metodología, supervisión, administración del proyecto.

Agradecimientos

Queremos agradecer a la fundación Epistemonikos por permitirnos generar esta nueva evidencia y a la universidad Finis Terrae por permitirnos trabajar con Epistemonikos.

Declaración de conflictos de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses con la materia de este artículo.

Declaración sobre aspectos éticos

Este trabajo no presenta conflictos éticos ya que no trabaja directamente con individuos, sino que con trabajos ya publicados y la evidencia que estos han generado. Siendo este trabajo un estudio con fuentes secundarias.

Financiamiento

Los autores declaran que, para la realización de este trabajo, no se recibió ningún aporte ni ninguna forma de financiamiento.

Notas

Si con posterioridad a la publicación de este resumen se publican nuevas revisiones sistemáticas sobre este tema, en la parte superior de la matriz se mostrará un aviso de “nueva evidencia”. Si bien el proyecto contempla la actualización periódica de estos resúmenes, los usuarios están invitados a comentar en la página web de *Medwave* o contactar a los autores mediante correo electrónico si creen que hay evidencia que motive una actualización más precoz.

Luego de crear una cuenta en Epistemonikos, al guardar las matrices recibirá notificaciones automáticas cada vez que exista nueva evidencia que potencialmente responda a esta pregunta.

Este artículo es parte del proyecto síntesis de evidencia de Epistemonikos. Se elabora con una metodología preestablecida, siguiendo rigurosos estándares metodológicos y proceso de revisión por pares interno. Cada uno de estos artículos corresponde a un resumen, denominado FRISBEE (*Friendly Summary of Body of Evidence using Epistemonikos*), cuyo principal objetivo es sintetizar el conjunto de evidencia de una pregunta específica, en un formato amigable a los profesionales clínicos. Sus principales recursos se basan en la matriz de evidencia de Epistemonikos y análisis de resultados usando metodología GRADE. Mayores detalles de los métodos para elaborar este FRISBEE están descritos [aquí](#).

La Fundación Epistemonikos es una organización que busca acercar la información a quienes toman decisiones en salud, mediante el uso de tecnologías. Su principal desarrollo es la base de datos Epistemonikos

(www.epistemonikos.org).

Referencias

1. Rozman, C. "Farreras: Medicina Interna" 13 era. edición. Doyma, Madrid, 1995.
2. Kim MS, Rhim HC, Park A, Kim H, Han KM, Patkar AA, et al. Comparative efficacy and acceptability of pharmacological interventions for the treatment and prevention of delirium: A systematic review and network meta-analysis. *J Psychiatr Res.* 2020 Jun;125:164-176. | CrossRef | PubMed |
3. Neufeld KJ, Needham DM, Oh ES, Wilson LM, Nikooie R, Zhang A, et al. Antipsychotics for the Prevention and Treatment of Delirium [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2019 Sep. Report No.: 19-EHC019-EF. | PubMed |
4. Nikooie R, Neufeld KJ, Oh ES, Wilson LM, Zhang A, Robinson KA, et al. Antipsychotics for Treating Delirium in Hospitalized Adults: A Systematic Review. *Ann Intern Med.* 2019 Oct 1;171(7):485-495. | CrossRef | PubMed |
5. Rivière J, van der Mast RC, Vandenberghe J, Van Den Eede F. Efficacy and Tolerability of Atypical Antipsychotics in the Treatment of Delirium: A Systematic Review of the Literature. *Psychosomatics.* 2019 Jan-Feb;60(1):18-26. | CrossRef | PubMed |
6. Wu YC, Tseng PT, Tu YK, Hsu CY, Liang CS, Yeh TC, et al. Association of Delirium Response and Safety of Pharmacological Interventions for the Management and Prevention of Delirium: A Network Meta-analysis. *JAMA Psychiatry.* 2019 May 1;76(5):526-535. | CrossRef | PubMed |
7. Burry L, Mehta S, Perreault MM, Luxenberg JS, Siddiqi N, Hutton B, et al. Antipsychotics for treatment of delirium in hospitalised non-ICU patients. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018 Jun 18;6(6):CD005594. | CrossRef | PubMed |
8. Kishi T, Hirota T, Matsunaga S, Iwata N. Antipsychotic medications for the treatment of delirium: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2016 Jul;87(7):767-74. | CrossRef | PubMed |
9. Neufeld KJ, Yue J, Robinson TN, Inouye SK, Needham DM. Antipsychotic Medication for Prevention and Treatment of Delirium in Hospitalized Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Geriatr Soc.* 2016 Apr;64(4):705-14. | CrossRef | PubMed |
10. Friedman JI, Soleimani L, McGonigle DP, Egol C, Silverstein JH. Pharmacological treatments of non-substance-withdrawal delirium: a systematic review of prospective trials. *Am J Psychiatry.* 2014 Feb;171(2):151-9. | CrossRef | PubMed |
11. Hawkins SB, Bucklin M, Muzyk AJ. Quetiapine for the treatment of delirium. *J Hosp Med.* 2013 Apr;8(4):215-20. | CrossRef | PubMed |
12. Wang HR, Woo YS, Bahk WM. Atypical antipsychotics in the treatment of delirium. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2013 Jul;67(5):323-31. | CrossRef | PubMed |
13. Meagher DJ, McLoughlin L, Leonard M, Hannon N, Dunne C, O'Regan N. What do we really know about the treatment of delirium with antipsychotics? Ten key issues for delirium pharmacotherapy. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2013 Dec;21(12):1223-38. | CrossRef | PubMed |
14. Flaherty JH, Gonzales JP, Dong B. Antipsychotics in the treatment of delirium in older hospitalized adults: a systematic review. *J Am Geriatr Soc.* 2011 Nov;59 Suppl 2:S269-76. | CrossRef | PubMed |
15. Agar MR, Lawlor PG, Quinn S, Draper B, Caplan GA, Rowett D, et al. Efficacy of Oral Risperidone, Haloperidol, or Placebo for Symptoms of Delirium Among Patients in Palliative Care: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med.* 2017 Jan 1;177(1):34-42. | CrossRef | PubMed |
16. Tahir TA, Eeles E, Karapareddy V, Muthuvelu P, Chapple S, Phillips B, et al. A randomized controlled trial of quetiapine versus placebo in the treatment of delirium. *J Psychosom Res.* 2010 Nov;69(5):485-90. | CrossRef | PubMed |
17. Hu, Hua, Deng, Wei, Yang, Hui. A prospective random control study comparison of olanzapine and haloperidol in senile delirium. *Chongqing Med J.* 2004;8:1234-1237. [Internet] | Link |
18. Hu, H, Deng, W, Yang, H, Liu, Y. Olanzapine and haloperidol for senile delirium: A randomized controlled observation. *Chinese Journal of Clinical Rehabilitation.* 2006;10:188-190. [Internet] | Link |
19. National Institute for Health and Clinical Excellence. Delirium: diagnosis, prevention and management. (Clinical guideline 103) 2010; 341: c3704. [Internet] | Link |

Correspondencia a

Avenida Pedro de Valdivia 1509
Santiago, Chile



Esta obra de *Medwave* está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Medwave.