

# Delírium: evaluación de tres guías clínicas con el instrumento AGREE

**Jorge Andrés Niño García<sup>1</sup>**

**Diana Restrepo Bernal<sup>2</sup>**

**Carlos Cardeño Castro<sup>3</sup>**

**Gabriel Oviedo Lugo<sup>4</sup>**

## Resumen

*Introducción:* El delírium es el síndrome neuropsiquiátrico más prevalente en el hospital general. Su presencia se asocia con un incremento en la morbilidad, mortalidad, sufrimiento y costos de atención hospitalaria. Para un mejor manejo se han desarrollado guías de práctica clínica (GPC), hechas a partir de recomendaciones clínicas desarrolladas de forma sistemática, cuyo fin es ayudar a los equipos médicos a tomar las decisiones adecuadas en circunstancias clínicas específicas. *Objetivo:* Analizar tres guías de práctica clínica para delírium con el instrumento AGREE y determinar cuál de ellas tiene mejor calidad metodológica. *Método:* Se evaluaron tres guías clínicas para el manejo de delírium con el instrumento AGREE. Esas tres GPC las evaluaron cuatro psiquiatras de enlace colombianos, quienes aplicaron el instrumento AGREE. *Resultados:* Luego de la evaluación se encontró que las guías australianas para manejo de delírium alcanzan una alta calificación con el instrumento AGREE, lo que las convierte en “muy recomendadas” para el manejo de delírium. *Conclusiones:* Sorprende la escasa evidencia científica en torno a un tema clínico tan importante como el delírium; por ello es prioritario desarrollar investigaciones en esta importante área de la psiquiatría de enlace.

**Palabras clave:** Delírium, protocolos clínicos, toma de decisiones.

**Title: Assessment of Three Clinical Practice Guidelines for the Management of Delirium Using the AGREE Instrument**

---

<sup>1</sup> Médico y cirujano de la Universidad Industrial de Santander (UIS). Especialista en Psiquiatría de la Universidad de Antioquia. Subespecialista en Psiquiatría de Enlace de la Pontificia Universidad Javeriana. Profesor asistente de la UIS. Bucaramanga, Colombia.

<sup>2</sup> Médica y cirujana del CES. Especialista en Psiquiatría de la Universidad de Antioquia. Subespecialista en Psiquiatría de Enlace de la Pontificia Universidad Javeriana. Hospital Universitario San Vicente Fundación. Medellín, Colombia.

<sup>3</sup> Médico y cirujano de la Universidad de Antioquia. Especialista en Psiquiatría de la Universidad de Antioquia. Subespecialista en Psiquiatría de Enlace de la Pontificia Universidad Javeriana. MSc en Farmacología de la Universidad de Antioquia. Hospital Universitario San Vicente Fundación. Medellín, Colombia

<sup>4</sup> Médico y cirujano de la Universidad Autónoma de Bucaramanga (UNAB). Especialista en Psiquiatría y subespecialista en Psiquiatría de Enlace de la Pontificia Universidad Javeriana. Clínica Nuestra Señora de la Paz. Bogotá, Colombia.

## Abstract

**Introduction:** Delirium is the most prevalent neuropsychiatric syndrome in the general hospital. Its presence is associated with increased morbidity, mortality, suffering, and costs of hospital care. Clinical practice guidelines have been developed for the management of delirium with the purpose of assisting medical teams in making the right decisions in specific clinical circumstances. **Objective:** To analyze three clinical guidelines for delirium using the AGREE Instrument to determine which one has better methodological quality. **Method:** We assessed three clinical guidelines for the management of delirium. The three chosen guidelines were evaluated by four Colombian liaison psychiatrists who applied the AGREE instrument. **Results:** After the evaluation we found that the Australian guidelines for the management of delirium reached a high rating with the AGREE Instrument rendering them "highly recommended". **Conclusions:** The lack of scientific evidence dealing with this important clinical issue is surprising. The development of research in this important area of liaison psychiatry should be a priority.

**Key words:** Delirium, clinical protocols, decision making.

## Introducción

En la actualidad, la enorme cantidad de información científica generada por la investigación biomédica se encuentra al alcance de todos. Sin embargo, su cantidad es tal que alcanzar una revisión exhaustiva y permanente (incluso limitada a la propia especialidad) desborda las posibilidades de cualquier médico. Además de este problema inicial, surge otro de naturaleza esencial:

¿cómo separar de forma práctica el heno de la paja? Con este objetivo se desarrolla el instrumento *Appraisal of Guidelines Research and Evaluation* (AGREE). Esta herramienta genérica fue diseñada para ayudar a productores y usuarios de guías de práctica clínica en la evaluación de la calidad metodológica de estas.

El *delirium* es el trastorno neuropsiquiátrico más común en la clínica. Su presencia es común en pacientes hospitalizados, especialmente ancianos y con déficit cognoscitivo preexistente. Su presencia es un factor de mal pronóstico clínico, que predice un descenso en el nivel cognitivo, funcionamiento global (1-3), incremento en los costos de los servicios de salud (4,5), mayor estancia hospitalaria y necesidad de institucionalización de los pacientes al alta hospitalaria; además de una elevada mortalidad hospitalaria, que oscila entre 10% y 65%, dependiendo de la edad y del diagnóstico al ingreso (6). El delirium es calificado como una complicación y un marcador del cuidado y seguridad hospitalaria que reciben los pacientes (7-9).

Algunos estudios indican que la detección y tratamiento precoz del delirium mejora el pronóstico de los pacientes. Con intervenciones protocolizadas se ha logrado reducir la incidencia de delirium en un 30%-40% (10-12). Esto motiva la iniciativa de implementar intervenciones estandarizadas que guíen la práctica clínica de los pacientes con delirium en los hospitales generales.

En la actualidad, existe un interés creciente de ofrecer a los pacientes el mejor cuidado médico posible. Con este fin se han desarrollado las guías de práctica clínica (GPC). Es posible que cada área de interés clínico haya sido objeto de la realización de una GPC; sin embargo, son pocas las guías que alcanzan un nivel óptimo de calidad. Con el objetivo de generar un instrumento que permita evaluar y validar la calidad de las GPC surgió el proyecto AGREE. Este instrumento es sensible a diferentes aspectos de las guías, puede ser usado de forma consistente y fácil por un amplio rango de profesionales de la salud (13).

El interés en el desarrollo de protocolos o recomendaciones que orienten el manejo clínico existe desde hace varios años, tanto a escala internacional como nacional. El desarrollo de estas guías despierta el interés de médicos, administradores, políticos y pacientes. Las GPC se definen como las recomendaciones que orientan el ejercicio médico y a los pacientes en la toma de decisiones respecto al cuidado de la salud. La característica principal de las recomendaciones de la GPC es que son desarrolladas de forma sistemática y que se orientan a resolver problemas en circunstancias clínicas específicas (14).

Las GPC surgen como una respuesta a los retos que enfrentan los médicos, los pacientes y los sistemas de salud en todo el mundo frente a la complejidad creciente en la pres-

tación de los servicios de salud. Esta complejidad deriva de la variabilidad existente en las prácticas clínicas y en el desarrollo de nuevos medicamentos y tecnologías, asociado con mayores costos asistenciales. La calidad de una GPC está en función directa de la claridad de las recomendaciones, de su factibilidad, de su validez científica y que logre influenciar las decisiones clínicas en contextos específicos (15).

Las GPC pueden ser confundidas con protocolos de atención médica y algoritmos. El primero es un documento que describe de forma resumida los procedimientos médicos necesarios para la atención de un problema médico. Pueden hacer parte de las GPC y se usan en situaciones en las que es necesario seguirlos de forma estricta, por ejemplo en caso de reanimación cerebro cardiopulmonar, o en casos en que exista regulación legal. Y el segundo es la representación gráfica de un diagrama de flujo, con secuencias bien definidas para resolver un problema diagnóstico o terapéutico específico.

Los pasos para realizar una GPC deben tener en cuenta los siguientes aspectos: 1. selección del tema; 2. conformación del equipo de trabajo; 3. búsqueda de información y evidencia; 4. evaluación de la información y niveles de evidencia; 5. síntesis de la información; 6. producción de una recomendación preliminar; 7. consideración de aspectos no clínicos, como personal para la

implementación; 8. validación de las recomendaciones por un grupo de expertos; 9. consideraciones éticas y legales; 10. implementación de las recomendaciones; 11. actualización y revisión periódica.

Para establecer los temas de salud que son prioritarios y ameritan la elaboración de un GPC, se deben tener en consideración la importancia clínica (carga de la enfermedad), la prevalencia de la entidad, que el tema sea suficientemente complejo y amerite un debate clínico, que exista evidencia de variación entre la práctica actual y la recomendada, que no existan guías disponibles para el tópico en discusión, que la evidencia disponible justifique la elaboración de una guía basada en la evidencia y que la guía será aceptada e implementada por los usuarios (16,17).

Existen clasificaciones que permiten evaluar la fortaleza de la información y presencia de evidencia. Estos niveles de evidencia surgieron a partir de la propuesta realizada por Suzanne Fletcher y David Sackett, en 1979 (18). En Colombia, las recomendaciones desarrolladas por la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina y el Instituto de Seguros Sociales, para calificar la información relacionada con la evaluación de intervenciones en salud (Tabla 1), se relacionan a su vez con los grados de las recomendaciones (16) (Tabla 2).

### Instrumento AGREE

El instrumento AGREE para la evaluación de guías de práctica clínica es un documento que surge como resultado de una colabora-

Tabla 1. Nivel de información y de evidencia

Nivel de información	Evidencia
I	Al menos un experimento aleatorizado o un metaanálisis de alta calidad.
II	Al menos un experimento aleatorizado o un metaanálisis de alta calidad, pero con gran probabilidad de resultados falsos positivos o falsos negativos.
III.1	Estudios experimentales no aleatorizados, pero adecuados en otros aspectos.
III.2	Estudios observacionales (cohortes concurrentes o casos y controles), ojalá múltiples y de diversos centros.
III.3	Estudios con controles históricos (antes y después), múltiples series de tiempo, series de casos.
IV	Opinión de autoridades respetadas, basada en experiencia clínica no cuantificada en informes de grupos de expertos o en ambos.

Tabla 2. Grados de recomendación de acuerdo con el nivel de evidencia

Grado	Descripción
A	Hay evidencia buena (nivel I) que apoya incluir la intervención o la prueba en el cuidado de los pacientes.
B	Hay información regular (niveles II a III.2 inclusive) que apoya incluir la intervención o prueba en el cuidado de los pacientes.
C	Hay información pobre (niveles III.3 y IV) para emitir una recomendación.
D	Hay información regular (niveles II a II.2 inclusive) que apoya no incluir la intervención o la prueba en el cuidado de los pacientes.
E	Hay evidencia buena (nivel I) que apoya no incluir la intervención o la prueba en el cuidado de los pacientes.
Opinión de expertos	No existe evidencia que soporte la recomendación, pero el grupo de expertos la considera una buena práctica clínica.

ción internacional (19) del programa europeo EU BIOMED 2 (BMH4-98-3669). El instrumento AGREE permite evaluar guías desarrolladas por grupos locales, regionales, nacionales o internacionales, así como por organizaciones gubernamentales. Es genérico y puede aplicarse a guías sobre cualquier aspecto de una patología, incluyendo los que tratan sobre diagnóstico, promoción de la salud, tratamiento o cualquier otro tipo de intervención. Es aplicable a guías publicadas tanto en papel como en soporte electrónico. Consta de 23 ítems clave, organizados en seis áreas. Cada área intenta abarcar una dimensión diferenciada de la calidad de la guía:

- a. Alcance y objetivo: ítems 1-3. Hace referencia al propósito de generar la guía, a las preguntas clínicas específicas y a la población objetivo.
- b. Participación de los implicados: ítems 4-7. Hace referencia al grado en que la guía representa los puntos de vista de los usuarios a los que está destinada.
- c. Rigor en la elaboración: ítems 8-14. Hace referencia al proceso utilizado para reunir y sintetizar la evidencia, los métodos para formular las recomendaciones y para actualizarlas.
- d. Claridad y presentación: ítems 15-18. Hace referencia al lenguaje y formato de la guía.
- e. Aplicabilidad: ítems 19-21. Hace referencia a las posibles implicaciones de la aplicación de la guía en aspectos administrativos, de costos y comportamiento.
- f. Independencia editorial: ítems 22-23. Hace referencia a la independencia de las recomendaciones y el reconocimiento de los posibles conflictos de

intereses por parte del grupo de desarrollo de la guía.

Los evaluadores deben intentar identificar toda la información relativa al proceso de elaboración de la guía antes de ser evaluada. Se recomienda que cada guía sea evaluada, por lo menos, por dos evaluadores y preferiblemente por cuatro. Cada ítem está graduado mediante una escala de 4 puntos, desde el 4 “muy de acuerdo”, hasta el 1 “muy en desacuerdo”, con dos puntos intermedios: 3 “de acuerdo” y 2 “en desacuerdo”. La escala mide la intensidad con la que un criterio (ítem) ha sido cumplido. La puntuación de las distintas áreas puede calcularse al sumar todos los puntos de los ítems individuales de un área y estandarizar el total, como porcentaje sobre la máxima puntuación posible de esa área.

Las puntuaciones de las seis áreas son independientes y no deben ser agregadas en una única puntuación de calidad. Aunque las puntuaciones de las áreas pueden ser útiles para comparar guías y para apoyar la decisión sobre si utilizar o recomendar una guía de práctica clínica, no es posible establecer umbrales, para dichas puntuaciones, que identifiquen una guía como “buena” o como “mala”.

El desarrollo de guías a escala mundial se sitúa en los inicios de 1990. Europa (20), Norte América (21), Australia, Nueva Zelanda y otros países han propuesto diferen-

tes iniciativas e instrumentos para evaluar la calidad de las GPC (22,23). Esto ha dado como resultado que diferentes países alcancen objetivos similares, usando estrategias comunes, pero duplicando esfuerzos. Por este motivo, en 2001 se conformó un grupo multinacional de expertos en guías clínicas, con el objetivo de promover el desarrollo sistemático e implementación de estas a escala mundial. Dicha iniciativa recibe el nombre de G-I-N (Guidelines International Network), coordinado por el grupo Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) (24) y la Agencia Alemana para la Calidad en Medicina (AQuMed) (25).

De esta iniciativa surge, en el 2003, The International Guideline Library, una base de datos que contiene más de 2.000 guías, material de entrenamiento para clínicos e información para pacientes (26). G-I-N incluye 52 organizaciones de 27 países, entre ellas instituciones de Oceanía, Norte América, Europa y la Organización Mundial de la Salud (27).

### **Guías clínicas para delirium evaluadas con el instrumento AGREE**

Se realiza una búsqueda de la literatura médica con el objetivo de identificar guías clínicas para el manejo integral de delirium. Se realiza una búsqueda empleando los términos “delirium”, “guidelines”, en inglés, a partir del 2006. Se consultó

Medline, Psychinfo, Web of Knowledge, EMBASE y Cochrane. Además, se buscaron guías de delirium en los sitios web de National Guideline Clearinghouse<sup>3</sup>, Guidelines International Network<sup>4</sup>, New Zealand Guidelines Group<sup>5</sup> y Scottish Intercollegiate Guidelines Network<sup>6</sup>.

La búsqueda identificó 240 artículos en Medline, 0 artículos en Psychinfo, 0 artículos en la Web of Knowledge, 0 artículos en EMBASE, 44 artículos en Cochrane, 107 artículos en National Guideline Clearinghouse, 0 artículos en NICE, 2 artículos en G-I-N, 0 artículos en New Zealand Guidelines y 0 artículos en SIGN.

Luego de evaluar la información encontrada, se decide hacer una revisión de tres guías de delirium, con el instrumento AGREE. La elección de las guías estuvo sustentada en los siguientes criterios:

- Actualidad: menos de cuatro años de elaboración.
- Disponibilidad del texto completo en la web.
- Adherencia a la metodología AGREE.
- Elaboración por una agremiación científica o gubernamental, por médicos y para uso médico.

La calidad de las guías fue evaluada con el instrumento AGREE por

cuatro psiquiatras de enlace (Diana Restrepo [DR], Carlos Cardeño [CC], Gabriel Oviedo [GO], Jorge Andrés Niño [JN]). La calificación se registra al lado de cada ítem evaluado. La primera calificación corresponde a DR; la segunda evaluación a CC; la tercera a GO, y la cuarta a JN. Se respeta el orden establecido: la primera guía es la de la sociedad de geriatría británica, la segunda guía es la australiana y la tercera guía es la canadiense.

### Guías de delirium elegidas para evaluación con el método AGREE

1. *The prevention, diagnosis and management of delirium in older people: concise guidelines. Jonathan Potter and Jim George, on behalf of a multidisciplinary Guideline Development group convened by the British Geriatrics Society in conjunction with the Royal College of Physicians. Concise Guidance to Good Practice Series Editor: Professor Lynne Turner-Stokes. Clin Med 2006;6:303-8*
2. *Clinical practice guidelines for the Management of Delirium in Older People. Developed by the clinical Epidemiology and health Service Evaluation Unit, Melbourne Health in collaboration with the Delirium clinical guidelines Expert Working Group. Commissioned on behalf of the Australian health minister's Advisory Council (AHMAC), by*

<sup>3</sup> Véase en <http://www.guideline.gov>.

<sup>4</sup> Véase en <http://www.g-i-n.net>.

<sup>5</sup> Véase en <http://www.nzgg.org.nz>.

<sup>6</sup> Véase en <http://www.sign.ac.uk>.

- the AHMAC Health Care of Older Australians Standing Committee (HCOASC). October 2006 (<http://www.health.vic.gov.au/acute-agedcare>).*
3. *National Guidelines for Seniors's Mental Health. The Assessment and Treatment of Delirium. Canadian Coalition for Senior's*
- Mental Health (<http://www.casmh.ca>).*
- La evaluación de las tres guías escogidas con el instrumento AGREE se presenta en la Tabla 3 y en la figuras 1-5. El sumario de las recomendaciones y el nivel de recomendación se presentan en la Tabla 4.

Tabla 3. Guías evaluadas con el instrumento AGREE

Áreas instrumento AGREE	Evaluadores/guías											
	DR			CC			GO			JN		
	B	A	C	B	A	C	B	A	C	B	A	C
1. Alcance y objetivo	10	12	12	11	12	12	10	10	11	5	12	7
Británica	67% puntuación estandarizada del área											
Australiana	94% puntuación estandarizada del área											
Canadiense	83% puntuación estandarizada del área											
2. Participación de los implicados	10	13	8	13	13	9	11	12	13	9	11	10
Británica	56%											
Australiana	69%											
Canadiense	69%											
3. Rigor en la elaboración	13	23	21	16	24	21	25	25	28	18	27	24
Británica	52%											
Australiana	85%											
Canadiense	79%											
4. Claridad y presentación	8	15	10	11	15	13	14	14	14	10	9	15
Británica	56%											
Australiana	77%											
Canadiense	75%											
5. Aplicabilidad	4	4	3	3	3	3	6	8	8	3	7	5
Británica	11%											
Australiana	27%											
Canadiense	19%											
6. Independencia editorial	6	8	6	6	8	6	5	6	6	2	8	8

Figura 1. Alcance y objetivo

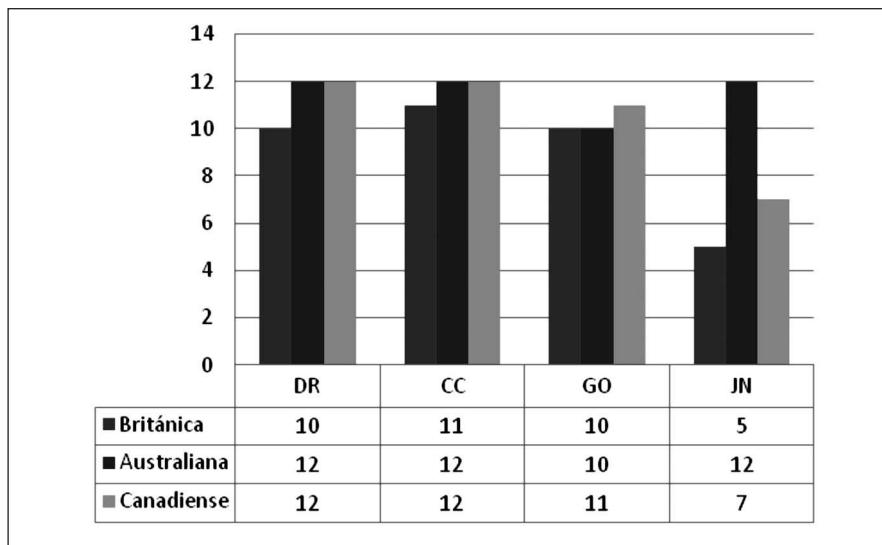


Figura 2. Participación de los implicados

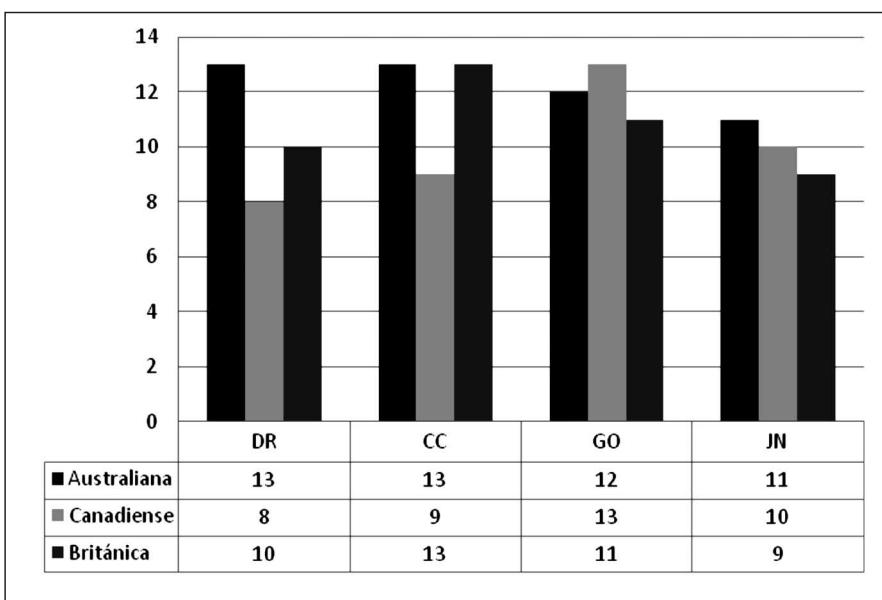


Figura 3. Claridad y presentación

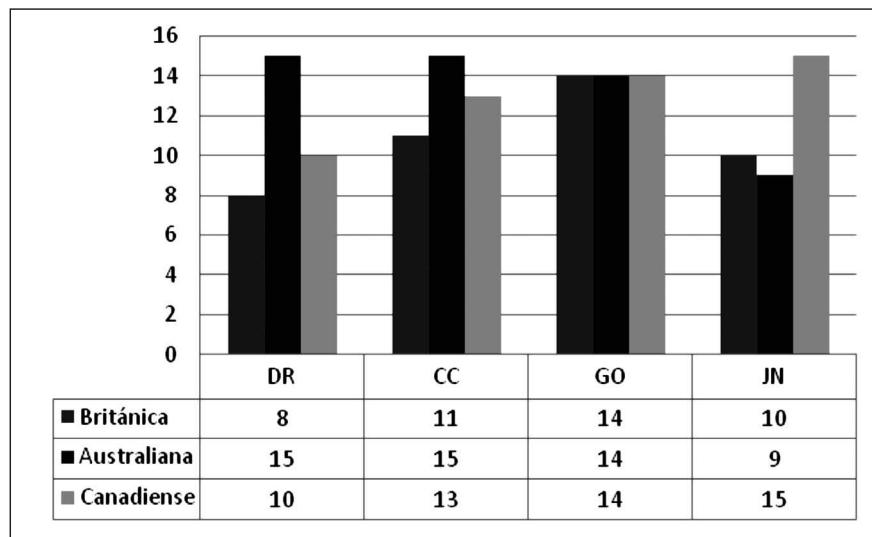


Figura 4. Aplicabilidad

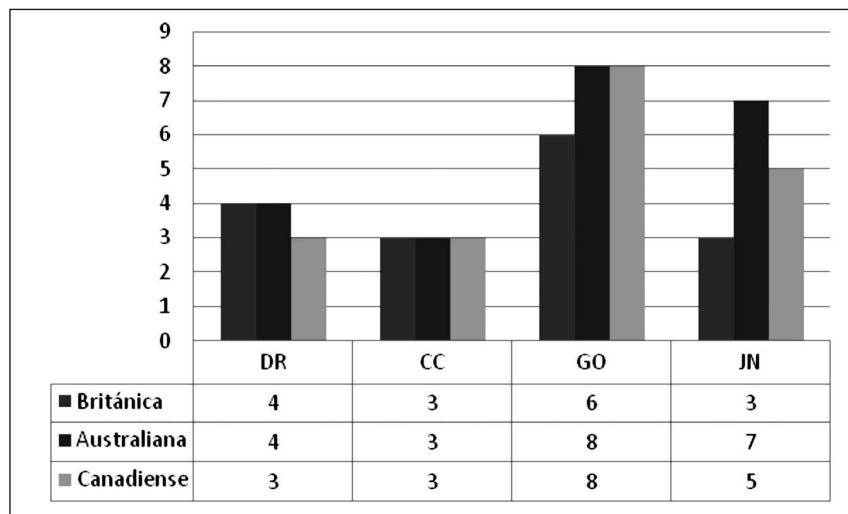


Figura 5. Independencia editorial

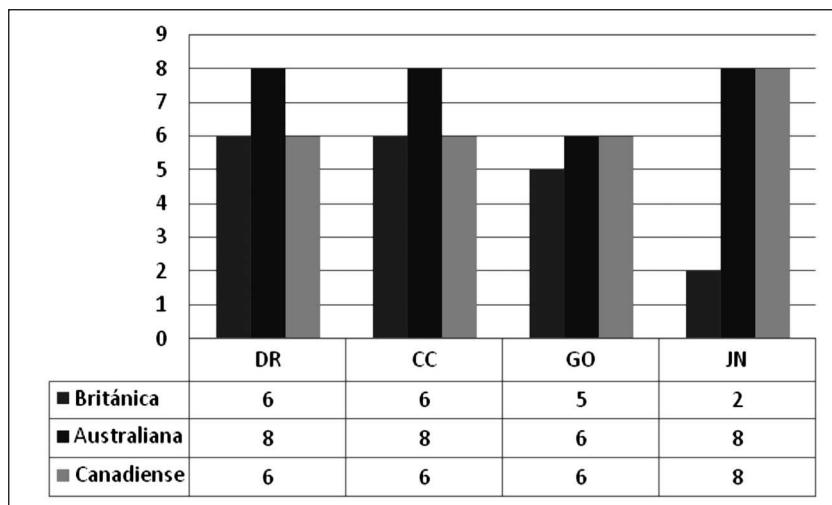


Tabla 4. Sumario de recomendaciones de las guías evaluadas

Guía	Recomendaciones	A (%)	B (%)	C (%)	D (%)	Expertos (%)
Británica	15	1 (6,6%)	2 (13,3%)	7 (46,6%)	3 (20%)	2 (13,3%)
Australiana	43	0 (0%)	5 (11,62%)	3 (6,9)	3 (6,9%)	32 (74,4%)
Canadiense	196	6 (3,06%)	19 (9,69%)	50 (25,51%)	121 (61,73%)	0 (0%)
Total	254	7 (2,75%)	26 (10,23%)	60 (23,62%)	127 (50%)	34 (13,38%)

## Discusión

El delirium es el síndrome neuropsiquiátrico más común en el hospital general; su prevalencia oscila entre el 10% y el 30% de los pacientes hospitalizados mayores de 65 años; su presencia se asocia con peor pronóstico, mayor mortalidad, incremento en los costos de atención en salud, empeoramiento del funcionamiento cognoscitivo de quien lo sufre y mayor frecuencia en la

necesidad de institucionalización al alta hospitalaria. Las complicaciones médicas asociadas con la presencia de delirium permiten pensar lo como un problema prioritario de la atención de salud de cualquier grupo o país.

Las guías de práctica representan un foco de interés creciente a escala mundial. Son numerosos los esfuerzos nacionales e internacionales por elaborar guías de práctica clínica en torno a numerosos

temas de salud. En salud mental, el interés se ha centrado en depresión, alcoholismo, esquizofrenia, suicidio, trastorno afectivo bipolar; esto puede obedecer a diferentes factores, entre ellos el impacto de estas enfermedades en los ámbitos personal y social, pero también al mejor nivel de evidencia disponible en torno a cada tema.

El Ministerio de la Protección Social de Colombia estableció las condiciones médicas priorizadas para la realización del primer grupo de guías de atención integral (GAI), para la actualización de los planes obligatorios de salud-POS (28). Los criterios para priorizar las condiciones de salud sobre las cuales se realizará una GPC son cumplidos, en mayor y menor medida, en el caso de delirium. El delirium es una condición clínica con alta incidencia y prevalencia, se conocen los factores de riesgo que pueden ser intervenidos en el ambiente hospitalario, tiene un claro impacto económico en los sistemas de salud, es factible implementar recomendaciones de guías de práctica y existe un volumen importante de evidencia acerca de su manejo.

Las tres guías analizadas cuentan con las siguientes características: tienen cuatro años de elaboradas, en promedio; son el resultado de la colaboración de un grupo amplio de profesionales de la salud, convocados por medio de agremiaciones médicas o agencias gubernamentales, con el fin de ser implementadas en un espe-

cífico de población general y hospitalaria. La búsqueda de la información fue rigurosa y sistemática, lo que permitió realizar recomendaciones basados en la mejor evidencia científica disponible en el momento. La guía australiana alcanzó las mejores calificaciones generales en las seis áreas evaluadas, lo cual la convierte en una guía “muy recomendada”; en segundo lugar se encuentra la guía canadiense, que la convierte en una guía “recomendada con condiciones”; y la guía inglesa, con las más bajas puntuaciones en las seis áreas evaluadas, según nuestro criterio es “no recomendada”.

El folleto (*brochure*) para cuidadores que ofrece la guía australiana es un buen ejemplo de cómo educar y vincular a la comunidad en los tratamientos y manejos médicos. En cuanto al número de recomendaciones que ofrece cada una de las tres guías, se observan grandes diferencias: la inglesa ofrece 12; la australiana, 43, y la canadiense, 196. Esto es importante, porque puede resultar poco práctico intentar adoptar 196 recomendaciones que ofrece la guía canadiense.

Sorprende encontrar tan bajo nivel de evidencia científica en un tema tan importante de la psiquiatría de enlace como es el delirium. Esto se comprueba cuando se analiza que el 50% de las recomendaciones propuestas por las tres guías analizadas alcanzan un nivel D de recomendación, seguido por las recomendaciones nivel C, que

representan el 23,62%, y las recomendaciones basadas en opinión de expertos, que alcanzan el 13,38% de las recomendaciones.

Para finalizar, sabemos que el delirium constituye un problema importante de salud que afecta principalmente a ancianos hospitalizados. Con el incremento en la expectativa de vida y la mayor sobrevida de los pacientes a las enfermedades crónicas, es posible pensar que Colombia, como otros países del mundo, necesitará en un futuro cercano dirigir su atención a la elaboración o adaptación de una guía de práctica clínica para el manejo del delirium.

## Referencias

1. Francis J, Kapoor WN. Delirium in hospitalized elderly. *J Gen Intern Med.* 1990;5:65-79.
2. O'Keeffe S, Lavan J. The prognostic significance of delirium in older hospital patients [Comment]. *J Am Geriatrics Soc.* 1997;45:174-8.
3. Cole MG, Primeau FJ. Prognosis of delirium in elderly hospital patients. *CMAJ.* 1993;149:41-6.
4. Inouye SK. Predisposing and precipitating factors for delirium in hospitalized older patients. *Dement Geriatr Cogn Disord.* 1999;10:393-400.
5. Cole MG, Primeau FJ, Elie LM. Delirium: prevention, treatment, and outcome studies. *J Geriatr Psychiatry Neurol.* 1998;11:126-37; discussion 157-8.
6. Fick DM, Agostini JV, Inouye SK. Does delirium superimposed on dementia: a systematic review. *J Am Geriatr Soc.* 2002;50:1723-1732.
7. Inouye SK, Schlesinger MJ, Lydon TJ. Delirium: a symptom of how hospital care is failing older persons and a window to improve quality of hospital care. *Am J Med.* 1999;106:565-73.
8. Williamson JW. Formulating priorities for quality assurance activity. Description of a method and its application. *JAMA.* 1978;239:631-7.
9. National Quality Measures Clearinghouse. TM of the Agency for Healthcare research and Quality. [internet]. [citado: 16 de enero del 2011]. Disponible en: <http://www.qualitymeasures.ahrq.gov/>
10. Cole MG, Primeau FJ, Bailey RF, et al: Systematic intervention for elderly inpatients with delirium: a randomized trial. *CMAJ.* 1994;151:965-70.
11. Gustafson Y, Brännström B, Berggren D, et al. A geriatric-anesthesiologic program to reduce confusional status in elderly patients treated for femoral neck fractures. *J Am Geriatr Soc.* 1991;39:655-62.
12. Cole MG, McCusker J, Bellavance F, et al. Systematic detection and multidisciplinary care of delirium in older medical inpatients: a randomized trial. *CMAJ.* 2002;167:753-9.
13. AGREE Collaboration. Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE project. *Qual Saf Health Care.* 2003;12:18-23.
14. Lozano JM, Cuervo LG. Desarrollo de guías de práctica clínica. En: Ruiz A, Morillo LE editores. *Epidemiología Clínica.* Bogotá: Editorial Médica Panamericana; 2004. p. 373-92.
15. Carrasquilla G, Bossert T, Quintero J, et al. Elaboración de guías de práctica clínica basadas en la evidencia, evaluaciones económicas de guías de práctica clínica y del impacto de la implementación de las guías en el POS y en la unidad de pago por capitalización del sistema General de la Seguridad Social en Salud Colombiano. Bogotá: Fundación Santa Fé de Bogotá, Ministerio de la Protección Social, Colciencias; 2009. p. 291.
16. New Zealand Guidelines Group (NZ). *Handbook for the preparation of explicit evidence-based clinical practice guidelines.* New Zealand: New Zealand Guidelines Group; 2001.
17. American Society of Clinical Oncology. *Guidelines procedures manual. Expert*

- Panel version [internet] [citado: 16 de enero del 2011]. Disponible en: [www.asco.org](http://www.asco.org).
18. The Periodic Health Examination. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. *Can Med Assoc J*. 1979;121:1193-1254.
19. AGREE instrument versió en español [internet]. 2001 [citado: 16 de enero del 2011]. Disponible en: [www.agreecollaboration.org](http://www.agreecollaboration.org)
20. Council of Europe. Developing a methodology for drawing up guidelines on best medical practice. Recommendation Rec(2001)13 and explanatory memorandum. Strasbourg: Council of Europe Publishing; 2002.
21. Agency for Health Care Research and Policy (US). About the National Guideline Clearinghouse [internet]. 2003 [citado: 16 de enero del 2011]. Disponible en: [www.guideline.gov/about/about.aspx](http://www.guideline.gov/about/about.aspx).
22. Shiffman RN, Shekelle P, Overhage JM, et al. Standardized reporting of clinical practice guidelines: a proposal from the Conference on Guideline Standardization. *Ann Intern Med*. 2003;139:493-8.
23. Shye D, Porath A, Brown JB. Adapting a national guideline for local use: a comparative case study in a US and an Israeli health maintenance organization. *J Health Serv Res Policy*. 2000;5:148-55.
24. Scottish Intercollegiate Guidelines Network [internet]. [citado: 16 de enero del 2011]. Disponible en: [www.sign.ac.uk](http://www.sign.ac.uk)
25. The German Agency for Quality in Medicine [internet]. [citado: 16 de enero del 2011]. Disponible en: [www.azq.de](http://www.azq.de).
26. The Guidelines International Network [internet]. [citado: 16 de enero del 2011]. Disponible en: <http://www.g-i-n.net/index.cfm>.
27. Ollenschläger G, Marshall C, Qureshi S, et al. Improving the quality of health care: using international collaboration to inform guideline programmes by founding the Guidelines International Network (G-I-N). *Qual Saf Health Care*. 2004;13:445-60.
28. Cubillos L, Castrillón J. Condiciones médicas priorizadas para la realización del primer grupo de guías de atención integral-GAI para la actualización de los planes obligatorios de salud-POS. Ministerio de la protección Social [internet]. 2009 [citado: 16 de enero del 2011]. Disponible en: [www.minproteccionsocial.gov.co](http://www.minproteccionsocial.gov.co)

*Conflictos de interés: los autores manifiestan que no tienen ningún conflicto de interés en este artículo.*

*Recibido para evaluación: 21 de enero del 2011  
Aceptado para publicación: 15 de marzo del 2011*

Correspondencia  
Jorge Andrés Niño García  
Departamento de Salud Mental  
Universidad Industrial de Santander  
Carrera 27 con calle 9  
Bucaramanga, Colombia  
[nino-jorge@javeriana.edu.co](mailto:nino-jorge@javeriana.edu.co)