

DELIRIUM: UN ESTUDIO SOBRE LA CARGA DE LA ENFERMEDAD EN COLOMBIA, 2014-2020.

Deisy Yinela Losada Ninco; Enfermera © Msc. Epidemiología 1, John Edison Betancur Romero Msc. Epidemiología 2

1. Enfermera y estudiante de la Maestría en Epidemiología, Universidad del Bosque
2. Docente e investigador de la Maestría en Epidemiología, Universidad del Bosque

Autor responsable de correspondencia:

Deisy Yinela Losada Ninco Universidad el Bosque (Maestría en Epidemiología). AK 57 R sur 73i-35 torre 1 apartamento 1007, Ciudad Central, La Estancia, Bogotá, D.C., Colombia. Teléfono móvil: (57) 311 4590533 Dirección electrónica: deisylosada@gmail.com

Financiación: Este proyecto no recibió ningún tipo de financiación.

Resumen

Introducción: delirium es un síndrome neuropsiquiátrico que se puede presentar en pacientes de entornos hospitalarios como las unidades de cuidado intensivo (UCI) y adultos mayores. En Colombia no se conoce la carga de la enfermedad asociada a esta condición. **Objetivo:** estimar la carga de la enfermedad en delirium en Colombia, durante los años 2014-2020. **Metodología:** estudio exploratorio ecológico, descriptivo, retrospectivo, que estimo los DALYs asociados al delirium en Colombia 2014-2020. **Resultados:** durante el periodo de estudio se perdieron 11.065 de los DALYs, de los cuales el 82% fueron años de vida perdidos (AVP) y el 18% años vividos por discapacidad (AVD). **Conclusiones:** una alta tasa de ocupación en las UCI; por los factores asociados como enfermedades; y el ambiente seguro, podrían reducción el desarrollar de (SCA). **Palabras claves:** delirium, carga de la enfermedad, años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), DALYs.

Introducción

El delirium o síndrome confusional agudo (SCA), es uno de los trastornos cognitivos de origen orgánico, que se puede presentar, a cualquier edad y se caracteriza por la alteración del nivel en el estado de conciencia, la atención, y diversas funciones cognitivas. Inicia con desorientación temporo-espacial, aumento o disminución de la actividad psicomotriz y trastorno del ciclo sueño, con mayor frecuencia durante la noche, escasa estimulación ambiental como la luz y ciertos lugares desconocidos para el paciente, que pueden tardar varios días en desaparecer, sin evidencia de alguna causa física como agitación psicomotora, llevándolo a disminuir la capacidad para centrar, mantener o dirigir la atención, además de la alteración de la percepción que pueden llevar al paciente a no diferenciar la realidad, teniendo ilusiones o alucinaciones, que conllevan a cambios de comportamiento como agresividad ante estímulos externos.(1–6).

Este síndrome puede clasificarse en 3 subtipos, el hiperactivo: se caracteriza por hiperactividad, agitación, agresividad, confusión, alucinaciones e ideación delirante, entre un 15-25%, el hipoactivo: con mayor frecuencia en ancianos caracterizado por hipoactividad, enlentecimiento psicomotor, bradipsiquia, lenguaje lento, inexpresividad facial, letargia, actitud apática, inhibición, se desarrolla entre un 20-25%, y el mixto entre el 35-50%, se alternan la hiper e hipoactividad en el tiempo.(2).

En la literatura, se ha reportado que el delirio se identificó en el 31,8% de los pacientes críticamente enfermos. En la población general los casos asociados a este síndrome son aproximadamente del 0,4 % en adultos de edad igual o superior a 18 años y del 1,1% en individuos de edad igual o superior a los 55 años.(1–4,7–10).

Igualmente, entre el 10 al 30% desarrollarán este síndrome, en un ámbito quirúrgico esta cifra varía de un 10 al 50%, asimismo, se observa en el 25% en pacientes oncológicos y en el 80% de los pacientes terminales, entre los pacientes mayores de 65 años, las cifras oscilaron entre el 30% y el 60%, de los cuales el 80% de los casos se observaron en pacientes con ventilación mecánica.(1–4,7–10).

Son múltiples las causas de este síndrome, entre ellas se destacan las infecciones, intervenciones quirúrgicas, la deshidratación, el dolor, el deterioro cognitivo previo, la inmovilidad, las contenciones físicas, el uso de vías endovenosas, sondas u otros elementos invasivos, así como factores ambientales y algunos fármacos, pueden ser factores que desencadenan un delirium, que se presenta con mayor frecuencia en hombres, principalmente en adultos, e incluso según estudios por cada año de vida posterior a los 50 años el riesgo de delirio aumenta en un 10%.(1–4,7–10).

De otro lado, la medición de la carga de la enfermedad permite vincular los efectos no mortales de las condiciones de salud y la mortalidad. Lo anterior supone la construcción de un indicador sintético que captura, por un lado, la discapacidad propia de la condición, y de otro, los años de vida perdidos por muertes prematuras mediante el indicador de Años de Vida Perdidos por Discapacidad (AVAD).(11–15)

En una revisión reciente de la literatura, entre países europeos, Reino Unido, EE. UU, Australia, la carga de la enfermedad en cifras de prevalencia de delirium en personas institucionalizadas fluctúan entre el 3,4 y el 39,7%, dependiendo del grado de deterioro cognitivo de los pacientes, con una prevalencia de delirium del 11,7%,(16); en Australia con prevalencia e incidencia fue del 8,5% y el 16,9% por 100 personas-año entre el 2016-2017.(17).; todos estos estudios ajustados a las características sociodemográficas y clínicas del paciente, igualmente , en estos estudios se estimó que los costos

hospitalarios por día para los pacientes con SCA, eran más del doble de los costos del paciente que no experimentan un episodio del síndrome, sin embargo, aún no se han establecido costos de estos resultados de costo-efectividad en los sistemas de salud, donde se incluyan pérdidas de la productividad, la atención informal y la pérdida del bienestar (carga de la enfermedad).(5,12,15,17–21).

Por su parte, en Colombia no se han realizado estudios sobre la carga de la enfermedad en delirium. Considerando lo anterior, se hace necesario estimar la carga de la enfermedad asociada al Delirium en la población colombiana entre 2014 y 2020.

Metodología

Estudio de tipo exploratorio ecológico, descriptivo, en población colombiana con diagnóstico y/o causa de muerte asociada al delirium entre 2014-2020

La muestra estuvo constituida por la totalidad de la población que reportó un diagnóstico CIE–10: F059 para delirium, que fueron reportados en estadísticas vitales y el sistema de información de protección social (SISPRO).

Fuentes de información: las fuentes de información son de tipo secundaria y dentro de estas se consideraron las siguientes:

1. **Estadísticas vitales:** correspondió a la base de datos del DANE (departamento administrativo nacional de estadística), donde reportan las defunciones en el territorio nacional, de esta fuente se tomaron los pacientes que fallecieron por el diagnóstico principal o relación a delirium.

2. **SISPRO** (sistema integrado de información de la protección social): morbilidad
3. **Proyección poblacional del DANE**: proyección para el cálculo de las tasas y ajuste de estas.
4. **Ponderadores de discapacidad**: dentro del consejo de expertos de la OMS (organización mundial de la salud), no se encuentra el diagnóstico de delirium; razón por la cual se realizó una revisión de literatura para identificar los ponderadores de discapacidad asociados al delirium.

Instrumento de recolección de información

Se diseñó una matriz en Excel donde se almacenó la información que proviene de las fuentes de información, la cual contenía validadores de la calidad del dato y sirvió de referencia para cargar a la plantilla en Excel de la OMS para estimación de AVAD.

Control de sesgos en la medición

Sesgos de información: al considerarse un estudio como fuentes de información secundaria, pudo presentarse, al momento de diligenciar la información, error en la digitación, valores fuera de rango; para controlarlo, se realizó un análisis descriptivo empleando estrategias de imputación de datos, no mayores al 10%.

Sesgo de selección: este tipo de sesgos puede presentarse al momento de diligenciar el diagnóstico del paciente, se pudo rotular con este diagnóstico cuando realmente era otro. Este tipo de sesgos es inherente al investigador.

Plan de análisis y sistematización de los datos

Para caracterizar la población se realizó un análisis descriptivo; en la variable cualitativa se presentaron las proporciones y, en la cuantitativas las medidas de tendencia central acompañadas de las medidas de dispersión según correspondan el tipo de distribución. (22,23).

Se calcularon las tasas de mortalidad (tasas de incidencia de muerte) a partir de las bases de datos DANE-RUAF-ND-análisis demográfico, teniendo en cuenta los códigos CIE 10 de delirium en las variables; analizándolas por año, sexo, grupos de edad quinquenal, régimen de seguridad social.

Para morbilidad se analizó la proporción de prevalencia por sexo, grupo de edad, régimen con la información de las bases de datos del Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS) depurando por individuo único por año. Además, se calculó la incidencia utilizando la función relación entre incidencia y prevalencia. Además, teniendo en cuenta que no se cuenta con software base como el DISMOD (guía metodológica para las estimaciones epidemiológicas del estudio de carga de enfermedad), donde se encuentre estandarizado el delirium para carga de enfermedad, se ponderaron los años en función a la edad en la que viven promedio en base a fuentes de literatura.

Finalmente se calcularán los AVAD teniendo en cuenta:

Years of Life Lost (YLLs): estima la mortalidad asociada a la enfermedad, se realizará un análisis a partir de los datos de estadísticas vitales del DANE a partir de los Códigos CIE 10, y estos valores serán analizados según la expectativa de vida en hombres y mujeres en Colombia para los años 2014 - 2020.(13–15).

Years Lived in Disability (YLDs): estima el parámetro realizando una búsqueda de literatura que permite identificar la discapacidad. (13–15).

And total Disability Adjusted Life Years (DALYs): calcula los indicadores de carga enfermedad AVPP, AVD y DALYs, teniendo en cuenta la fórmula de Murray, utilizando una plantilla en el programa Microsoft Excel con base en la metodología descrita por la OMS en octubre de 2001. (13–15).

Aspectos éticos de la investigación

Esta investigación consideró los lineamientos de la Resolución 8430 de 1993, clasificándose como una investigación sin riesgo al emplear información secundaria anonimizada y no realizar ninguna intervención o modificación en los participantes. Igualmente fueron considerados los principios Éticos de la investigación sobre sujetos humanos 1964 contemplados en la Declaración de Helsinki. (22,23).

Resultados

Características socio-demográficamente

Durante el periodo de análisis (2014 a 2020) se presentaron 5.104, que se distribuyó 2.272 hombres y 2.832 mujeres, de los cuales el 55% fueron mujeres. La mayor proporción de casos se presentaron en mayores de 80 años, tanto en morbilidad como en mortalidad, 54% y 67%, respectivamente. En cuanto al régimen de afiliación en seguridad social, predominó el régimen contributivo con un 46%. En relación a la zona residencial, predomina la cabecera municipal 63% (Tabla 1).

Durante el periodo de análisis (2014 a 2020) se presentaron 1.021 muertes por delirio de los cuales el 52% se presentó en mujeres. En los fallecidos predominó la afiliación al régimen contributivo 68% y el 97% residían en la cabecera municipal (Tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas de la población con delirium entre 2014-2020 en Colombia.

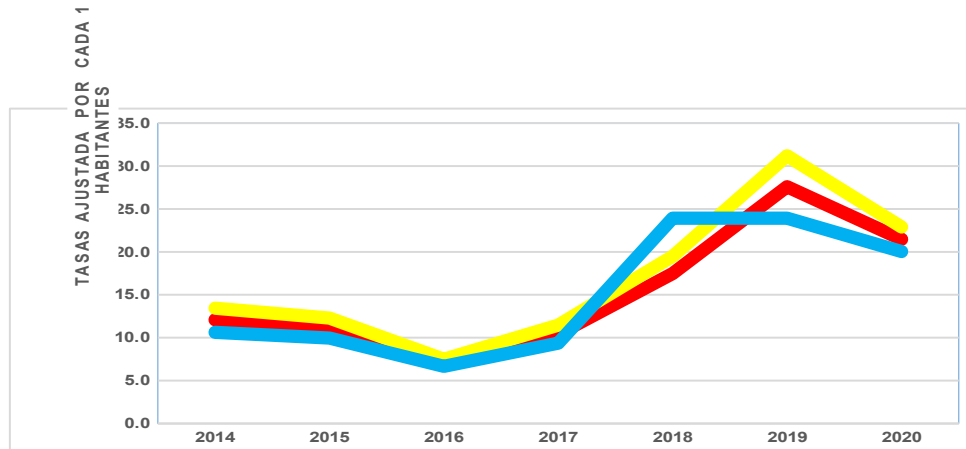
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS				
CARACTERÍSTICAS	MORBILIDAD SISPRO		MORTALIDAD DANE	
n=	5104	%	1021	%
SEXO				
HOMBRE	2272	45%	495	48%
MUJER	2832	55%	526	52%
TOTAL	5104	100%	1021	100%
EDAD				
Primera infancia (0-5 años)	130	3%	1	0%
Infancia (6 - 11 años)	27	1%	1	0%
Adolescencia (12-18 años)	34	1%	1	0%
Juventud (14 - 26 años)	65	1%	4	0%
Adultez (27 - 59 años)	379	7%	55	5%
Vejez (60 años y más)	4469	88%	959	94%
TOTAL	5104	100%	1021	100%
SEGURIDAD SOCIAL				
Contributivo	2340	46%	690	68%
subsidiado	919	18%	314	31%
Excepción	174	3%	17	2%
No definido	1671	33%	0	0%
TOTAL	5104	100%	1021	100%
ZONA DE RESIDENCIA				
Cabecera municipal	3105	61%	993	97%
Centro poblado	51	1%	7	1%
Rural disperso	261	5%	21	2%
No definido	1687	33%	0	0%
TOTAL	5104	100%	1021	100%

Fuente: Construcción propia a partir de SISPRO y estadísticas vitales DANE

Prevalencia de casos de delirium adquirido

La tasa ajustada en general de delirium durante el periodo de estudio fue de 15,7 casos por cada millón de habitantes. Al analizar el comportamiento de la tasa ajustada, se observa un comportamiento incremental entre los años 2016 a 2019, en este último año se registró la mayor tasa con 27,6 casos por cada millón de habitantes. Este comportamiento fue similar entre hombre y mujeres (Gráfico 1).

Gráfico 1. Comportamiento de las tasas ajustadas de morbilidad por Delirium, según sexo, 2014-2020.

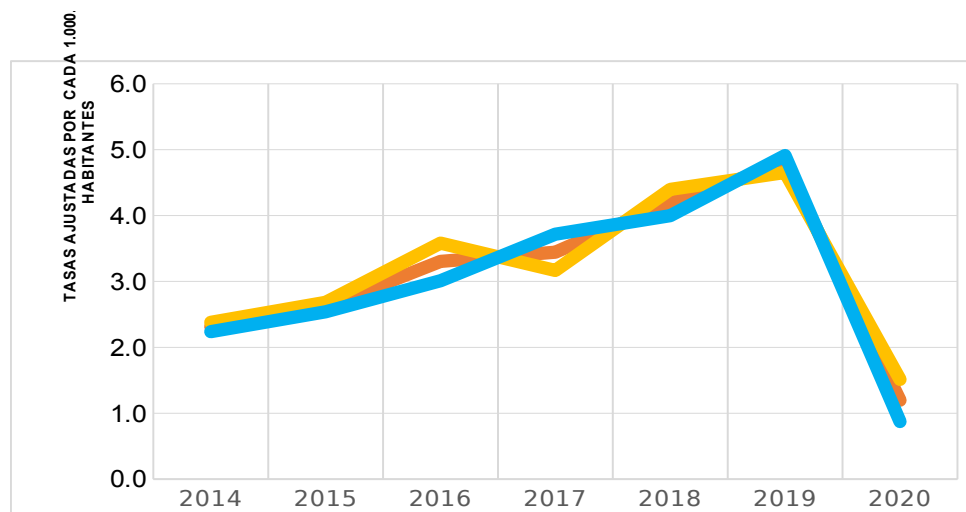


Fuente: Construcción propia a partir de SISPRO

Mortalidad asociada a delirium

La tasa ajustada general de delirium fue de 3,1 casos por cada millón de habitantes, durante el periodo 2014- 2020. La tendencia de la tasa ajustada presentó un incremento sostenido entre 2014 y 2019. Observándose el mismo comportamiento entre hombre y mujeres como se muestra en el (Gráfico 2).

Gráfico 2. Comportamiento de la tasa ajusta de mortalidad por Delirium, según sexo, 2014-2020.



Fuente: Construcción propia a partir de Estadísticas vitales – DANE

DALYS (Disability Adjusted Life Years)

Durante el periodo evaluado, se perdieron 11.065 de los DALYs, de los cuales el 82% fueron años de vida perdidos (AVP) y el 18% años vividos por discapacidad (AVD). Las mujeres fue el grupo que presentó más DALYs (54%), sin evidenciar cambios significativos en el total de DALYs por departamento, como se muestra en la (tabla 2).

Las tasas globales de AVP mostraron que al agrupar las regiones Andina y Caribe como los territorios con mayor pérdida de años de vida por muerte prematura; de igual modo, las tasas en mujeres fueron más elevadas que en los hombres; la región Andina mostró las tasas más altas para mujeres y hombres, mientras las más bajas correspondieron a la región Amazónica (gráfico 3).

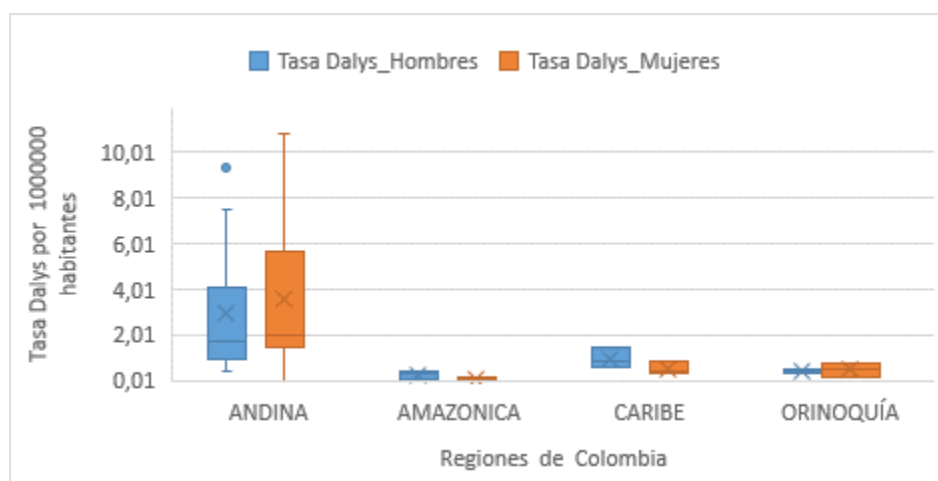
Con relación al lugar de ocurrencia, el departamento que más aportó fueron Bogotá 35%, Antioquia 24%, Risaralda 9% que representan el 68% de los DALYs, como se muestra en (gráfico 4).

DEPARTAMENTO	HOMBRES			MUJERES			TOTAL DALYS
	AVP	AVD	DALYS	AVP	AVD	DALYS	
ANTIOQUIA	1.066	138	1.204	1.264	217	1.482	2.686
ATLANTICO	39	2	42	8	7	15	56
BOGOTÁ	1.443	283	1.726	1.685	424	2.110	3.836
BOLÍVAR	69	5	74	17	1	19	93
BOYACA	62	31	93	86	13	99	192
CALDAS	165	47	212	222	74	296	508
CAQUETÁ	13	6	19	0	3	3	22
CAUCA	124	10	134	48	11	58	193
CÓRDOBA	26	2	28	38	5	43	71
CUNDINAMARCA	134	55	190	192	73	265	455
CHOCÓ	15	6	21	0	0	0	22
HUILA	33	21	54	88	18	106	160
META	22	5	27	0	9	9	36
NARIÑO	9	16	25	15	15	30	55
NORTE DE SANTANDER	43	5	48	63	5	68	116
QUINDIO	48	20	67	70	21	90	158
RISARALDA	419	56	474	471	79	550	1.025
SANTANDER	122	42	165	98	37	135	300
TOLIMA	64	14	78	62	33	95	174
VALLE DEL CAUCA	309	74	382	343	81	424	807
CASANARE	13	3	16	29	8	38	54
PUTUMAYO	0	2	2	8	2	9	12
AMAZONAS	20	1	22	0	0	0	22
GUAVIARE	13	0	13	0	2	2	15
TOTAL	4.272	846	5.118	4.809	1.138	5.947	11.065

Tabla 2. Años de vida ajustados por discapacidad, según sexo y departamentos de Colombia, 2014-2020.

Fuente: Construcción propia a partir de Estadísticas vitales – DANE y SISPRO.

Gráfico 3. Tasas DALYS, asociado a delirium por regiones en Colombia, 2014-2020



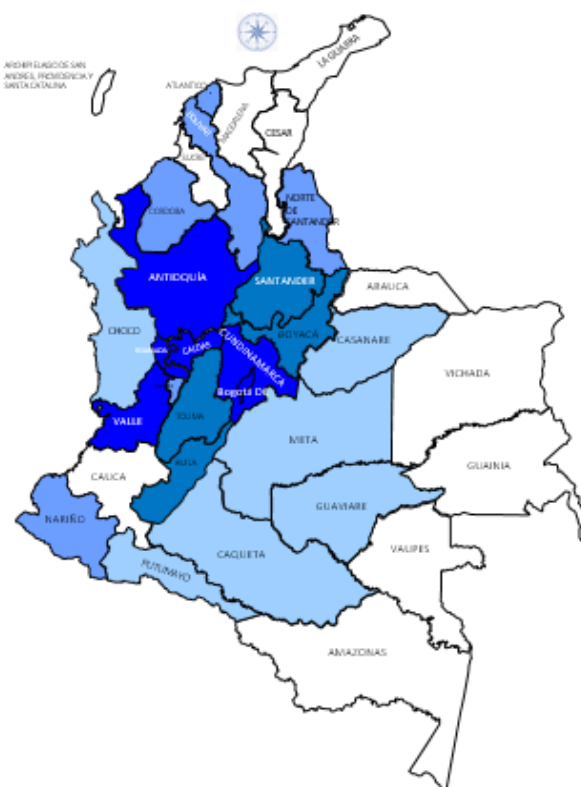
Fuente: Construcción propia a partir de Epiinfo

Gráfico 4. DALYS, asociado a delirium por departamentos en Colombia, 2014-2020.

Mapa de Años de vida perdidos por discapacidad DALYS – Colombia 2014 a 2020

Departamento	DALYS
Bogotá, D.C.	3836
Antioquia	2686
Risaralda	1025
Valle del Cauca	807
Caldas	508
Cundinamarca	455
Santander	300
Cauca	193
Boyacá	192
Tolima	174
Hulla	160
Quindío	158
Norte de Santander	116
Bolívar	93
Córdoba	71
Atlántico	56
Nariño	55
Casanare	54
Meta	36
Caquetá	22
Chocó	22
Guaviare	15
Putumayo	12

RANGO EN DALYS	FRECUENCIA	%
MINIMO DE 12 A 54,5	6	26%
MEDIO 54,6 A 158	6	26%
ALTO 158,1 A 377,5	5	22%
MUY ALTO 377,6 A 3836	6	26%
DALYS TOTALES	23	100%



Fuente: Construcción propia a partir de Epiinfo

DISCUSIÓN

Se encontró que durante los años 2014 a 2020 en Colombia se perdieron 11.065 de los AVAD por delirium, de los cuales el 82% fueron años de vida perdidos (AVP) y el 18% años vividos por discapacidad (AVD); las mujeres fue el grupo más prevalente con DALYs (54%).

Según ubicación, los departamentos de Bogotá 3.836, Antioquia 2.686, y Risaralda 1.025, fueron los que más aportaron DALYS. Estos departamentos se caracterizan por instituciones en salud de alto nivel de complejidad, y cuentan con unidades de cuidado intensivo (UCI). Tanto en mortalidad como morbilidad se encontró un aumento sostenido de casos de delirium entre los años 2014 a 2019.

Estos resultados, evidencian, por un lado, que el delirium es un diagnóstico que principalmente se da en instituciones de alto nivel de complejidad, y por otro es una condición de salud que viene en aumento en los últimos años. Estos hallazgos son consecuentes a los reportados por Harry y colaboradores quienes informaron un aumento en la mortalidad por delirium en Australia y EEUU 2006 y 2016.(24,25).

Considerando la tendencia de estas condiciones, se sugiere implementar estrategias de formación y capacitación al personal de salud, para el diagnóstico de este síndrome, en especial en instituciones de bajo nivel de complejidad, que contribuya en el diagnóstico oportuno y reducción de las consecuencias y complicaciones asociadas a esta condición. Lo anterior, considerando que la evidencia empírica ha sugerido que el delirium es predictor de mortalidad y discapacidad en pacientes hospitalizados. (19).

El delirio es un estado de disfunción mental y física, de corta duración temporal y habitualmente reversible que afecta la atención y las funciones cognitivas, considerándose una urgencia médica. (1–6).

En la literatura se ha indicado que las principales causas del delirio pueden ser: por infecciones, exposición y/o uso de ciertos medicamentos y algunos factores estresantes, que evitan recibir una adecuada oxigenación en el cerebro, por la acumulación de sustancias, con mayor vulnerabilidad en los adultos mayores (4).

Un diagnóstico precoz del cuadro clínico, etiología y los factores de riesgo permiten prevenir consecuencias y complicaciones, basados en una anamnesis exhaustivas, una exploración correcta y metódica, pruebas complementarias, valoración de las escalas de detección de SCA, utilizados por el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la asociación americana de psiquiatría (DSM IV) y las medidas de prevención, que quizás son las más importante en la aparición del síndrome, de manera continua y frecuente (2).

Para el tratamiento del síndrome, se han desarrollado estrategias enfocadas en reducir los principales factores de riesgo predisponentes y precipitantes, que pueden ser modificables, señalando que un porcentaje importante de los casos de delirium logran ser prevenibles o, por lo menos, pueden ser de menor intensidad; este síndrome está claramente asociado a un mal pronóstico al alta, con un aumento de la mortalidad y morbilidad, relacionado con un incremento en el costo financiero en la atención médica, y a su vez a una series de complicaciones como: caídas., úlceras por presión, deterioro funcional, incontinencia, infección nosocomial y sedación excesiva en las unidades de cuidados intensivos, identificado como un trastorno de duración limitada de gran importancia desde el punto de vista económico y social, ya que los enfermos requieren

cuidados especiales del personal de salud, estancias hospitalarias más prolongadas y mayor institucionalización.(7,10,16,17,19,26,27)

Uno de los tratamientos más eficaces para evitar y desencadenar el delirium es el no farmacológico, el cual incluye brindar un lugar iluminado, seguro y ameno para el paciente. Entre los otros tratamientos farmacológicos, aunque a la fecha no existe uno ideal para el manejo del delirium, los más utilizados son los neurolépticos, benzodiacepinas, clorpromazina, levomepromazina (2).

La mitigación del riesgo y el tratamiento oportuno del delirium, es una estrategia sofisticada para abordar los factores contribuyentes. En esta dirección una revisión sistemática y un metanálisis reciente, reporto que las estrategias de componentes múltiples; donde se incluyen intervenciones del entorno físico, reducción de la sedación, participación de las familias entre otras, son métodos óptimos que aportan con la disminución de estancias prolongadas en la UCI, en pacientes en estado crítico, igualmente la participación de la familia en el tratamiento genera cambios positivos en la reducción de la incidencia del delirium. (28).

En Colombia la estimación de la carga de enfermedad por delirium es inédita, se aborda por primera vez en este trabajo, dentro de la formación magistral en epidemiología, siendo de suma importancia contar con este tipo de estudios para lograr establecer marcos referenciales con planes de acción encaminados a identificar grupos poblacionales y vulnerables.

Estos resultados, contribuyen a general evidencia para el desarrollo de intervenciones sanitarias, priorización y distribución de recursos en los servicios de salud, con estimaciones de mortalidad y morbilidad por edad, y región con el fin de comprender, analizar y difundir la importancia del indicador DALYs., que permiten identificar causas de

muerte y enfermedades con factores de riesgo, que contribuye a la toma de decisiones en la distribución de los recursos limitados que afectan a una población.

Entre las fortalezas de este trabajo, se encontró el ajuste en las tasas de mortalidad a partir de la información de referencia del departamento nacional de estadística (DANE), la estimación a nivel departamental y el cálculo de los DALYs a partir de la metodología planteada por Murray.(11,12). Los estudios de carga de la enfermedad son una herramienta que contribuye a la priorización de grupos de riesgos y condiciones en salud hacia la asignación eficiente de los recursos en salud.

La principal limitación de este trabajo es el subregistro de información, al apoyarse en fuentes de información secundarias, estas pueden no siempre reflejan la realidad de la condición. Además, el Delirium no siempre es un diagnóstico principal, por lo cual en la práctica clínica suele manejarse con frecuencia con un diagnóstico relacionado, que no siempre es registrado en las historias clínicas por parte de los profesionales de la salud.

Considerando lo anterior, los resultados de este trabajo deben ser analizados con precaución y se recomienda realizar estimación de esta condición en instituciones de salud, que permitan estimar la prevalencia e incidencia real de esta condición en contextos tanto hospitalarios como no hospitalarios.

Este trabajo estimó la carga de la enfermedad en los 24 departamentos de Colombia, que reportaron, sin indagar en los factores asociados a nivel departamental en este resultado. Por lo anterior, se sugiere adelantar investigación sobre los posibles factores de riesgos asociados a los DALYs, incorporando variables a nivel departamental con el propósito de comprender de mejor forma los resultados presentados en este trabajo e incentivar con el registro para la totalidad de departamentos.

Finalmente se puede concluir que sigue preocupando que el diagnóstico como una urgencia médica muy prevalente y subdiagnosticada en todas las áreas asistenciales que desencadenan consumo de fármacos, infecciones, alteraciones metabólicas, neurológicas, y físicas, con una alta tasa de ocupación en las UCI, por los factores asociados como enfermedades, el ambiente por la falta de redes de apoyo. Una experiencia que se toma como apoyo en ciertas instituciones, se encuentran implementado el acompañamiento permanente de la familia durante la estancia hospitalaria, adecuación y armonía en un lugar ameno para el paciente con fotos de familiares, todo esto evidenciando una gran reducción en desarrollar el SCA.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gaitán ES, Red D De, Servicios I De, Huetar DS. CUERPO EDITORIAL Delirio: una visión global Delirium: a global visión. 2021;6(5).
2. Giner Santeodoro A, Villalba Lancho E, Antón Jiménez M. Delírium o síndrome confusional agudo. Tratado de Geriatria [Internet]. 2006;18:189-96. Disponible en: <https://www.segg.es/tratadogeriatria/main.html>
3. Alonso Ganuza Z, González-Torres MÁ, Gaviria M. El Delirium: Una revisión orientada a la práctica clínica. Rev la Asoc Española Neuropsiquiatria [Internet]. junio de 2012 [citado 3 de noviembre de 2021];32(114):247-59. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352012000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
4. Huebscher A, Isenmann S. Delirio: conceptos , etiología y manejo clínico Delirio: conceptos , etiología y manejo clínico. :233-44.

5. OPAS. La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018 [Internet]. Organización Mundial de la Salud Oficina Regional para las Américas. 2018.1-50p.Disponible en:
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9&isAllowed=y
6. Gatell Carbó A. Trastorno específico del aprendizaje. Vol. 26, Pediatría Integral. 2022. 21-33 p.
7. Rojas Gambasica JA, Alexander A, Moreno V. Incidencia De Delirium En Las Unidades De Cuidados Intensivos De Adultos De Las Clínicas De La Organización Sanitas En Bogotá, Colombia. RevMedicaSanitas [Internet]. 2012;15(2):8-13. Disponible en:<http://www.unisanitas.edu.co/Revista/43/INCIDENCIADEDELIRIUM.pdf>
8. Krewulak KD, Filosofía D, Stelfox HT, Leigh JP, Filosofía D, Ely EW, et al. Incidencia y prevalencia de subtipos de delirio en una UCI de adultos: revisión sistemática y metanálisis *. 2018;(10):2029-35.
9. Luetz A, Grunow JJ, Mörgeli R, Rosenthal M, Weber-Carstens S, Weiss B, et al. Soluciones innovadoras de UCI para prevenir y reducir el delirio y el síndrome post cuidados intensivos. Semin en Med Respir y Cuid Intensivos. 2019;40(05):673-86.
10. Berger E, Wils EJ, Vos P, van Santen S, Koets J, Slooter AJC, et al. Prevalence and management of delirium in intensive care units in the Netherlands: An observational multicentre study. Intensive Crit Care Nurs. 2020;61(xxxx).
11. Gutierrez O. Carga de la Enfermedad en la Orinoquía 2017. 2022;1-30.

12. Seuc AH, Dominguez E. Acerca del cálculo de la carga de las enfermedades por morbilidad. Rev Cubana Hig Epidemiol. 2005;43(3):1-8.
13. Murray CJL. Global burden of disease Le poids de la morbidite dans le monde Quantifying the burden of disease: the technical basis for disability-adjusted life years. Bull World Heal Organ. 1994;72(3):429-45.
14. Murray CJL, Lopez AD. Quantifying disability: Data, methods and results. Bull World Health Organ. 1994;72(3):481-94.
15. Soto J. Evaluación económica de medicamentos y tecnologías sanitarias: Principios, métodos y aplicaciones en política sanitaria [Internet]. 2012. 1-323 p. Disponible en: www.springerhealthcare.com
16. Gutiérrez Rodríguez J, Rodríguez Piñera M, Ortiz Cachero E, González Alonso A, Pérez Guillén P, Jiménez Muela FL, et al. Delirium en centros residenciales para personas mayores. Estudio de la prevalencia y los factores asociados [file:///C:/Users/USER/Dropbox/Mi PC](file:///C:/Users/USER/Dropbox/Mi%20PC). Rev Esp Geriatr Gerontol. 2013;48(4):177-9.
17. Pezzullo L, Streatfeild J, Hickson J, Teodorczuk A, Agar MR. Impacto económico del delirio en Australia: un estudio sobre el costo de la enfermedad. 2021;9(9):1-21.
18. Tanajewski L. Evaluación económica de una unidad hospitalaria general para personas mayores con delirio y demencia (ensayo controlado aleatorio TEAM). 2021;10(12):1-28.
19. Banerdtid JK, Mateyo D, Wang L, Lindsell CJ, Riviellold ED, Saylor D, et al. El

delirio como predictor de mortalidad y discapacidad en pacientes hospitalizados en Zambia. 2021;1-15.

20. Translated M. Machine Translated by Google Carga mundial de 369 enfermedades y lesiones en 204 países y territorios , 1990-2019: un análisis sistemático para la Estudio de carga mundial de morbilidad 2019 Machine Translated by Google Métricas de salud global. 2020;396:1204-22.
21. Gómez-Dantés H, Castro MV, Franco-Marina F, Bedregal P, García JR, Espinoza A, et al. La carga de la enfermedad en países de América Latina. Salud Publica Mex. 2011;53(SUPPL. 2).
22. Bonev A, Alexandrov A. No TitleБагачина – тракийски култов център (предварително съобщение). Археология. 1993;1(August):117-25.
23. Manzini JL. Declaración De Helsinki: Principios Éticos Para La Investigación Médica Sobre Sujetos Humanos. Acta Bioeth. 2000;6(2):321-34.
24. Ph D, Ph D. Delirio al final de la vida Machine Translated by Google.
25. Wu H, Mach J, Le Couteur DG, Hilmer SN. Nationwide mortality trends of delirium in Australia and the United States from 2006 to 2016. Australas J Ageing. 2021;40(4):e279-86.
26. Maldonado JR. Delirium in the Acute Care Setting: Characteristics, Diagnosis and Treatment. Crit Care Clin. 2008;24(4):657-722.
27. Martínez Velilla N, Alonso Bouzon C, Cambra Contin K, Ibáñez Beroiz B, Alonso Renedo J, Casas Herrero Á. Delirium y delirium subsindrómico: Prevalencia de un espectro de enfermedadfile:///C:/Users/USER/Dropbox/MiPC (SERGIOPC)/Downloads/guias practicas delirium paciente criticamente

enfermo.pdf. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2012;47(4):158-61.

28. Xi L, Bei X. Machine Translated by Google Revista críticos Intervenciones no farmacológicas para reducir la incidencia y la duración del delirio en pacientes en estado crítico: una revisión sistemática y un metanálisis en red Machine Translated by Google. 2020.