

Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), enero-febrero 2025,
Volumen 9, Número 1.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i1

**CONOCIMIENTO DEL TEMA DELIRIUM EN
PERSONAL MÉDICO DEL HOSPITAL
GENERAL DE ZONA N°2 FRANCISCO J. MACIN
DOMÍNGUEZ, SALINA CRUZ OAXACA**

**KNOWLEDGE OF DELIRIUM IN HEALTH PROFESSIONALS
ASSIGNED TO THE HOSPITAL GENERAL DE ZONA N° 2
FRANCISCO J. MACIN DOMINGUEZ, SALINA CRUZ OAXACA**

Jesús del Ángel Cruz Calderón

Hospital general de zona No 2 Francisco J. Macín Domínguez IMSS - México

Erick Arturo Cervantes Iturbe

Hospital regional de zona No 2 El Marques IMSS - México

Adriana Balseca Vargas

Hospital general de zona No 2 Francisco J. Macín Domínguez IMSS - México

Luis Antonio Gorordo Del Sol

Hospital Juárez de México - México

Conocimiento del tema Delirium en personal médico del Hospital General de Zona N°2 Francisco J. Macín Domínguez, Salina Cruz Oaxaca

Jesús del Ángel Cruz Calderón¹

drjesusdelangel@hotmail.com

<https://orcid.org/0009-0003-9921-6249>

Hospital general de zona No 2 Francisco J. Macín Domínguez IMSS
México

Erick Arturo Cervantes Iturbe

iturbe.erkj@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0000-5698-3024>

Hospital regional de zona No 2 El Marques IMSS
México

Adriana Balseca Vargas

nane.balvar@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0000-2992-335X>

Hospital general de zona No 2 Francisco J. Macín Domínguez IMSS
México

Luis Antonio Gorordo Del Sol

iturbe.erkj@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-7708-5813>

Hospital Juárez de México
Ciudad de México – México

RESUMEN

Antecedentes: El delirium puede definirse como un síndrome neuropsiquiátrico que se presenta con deterioro de la función cognitiva y atención, el cual puede ser multifactorial, de inicio agudo o súbito, afecta en mayor porcentaje a pacientes adultos mayores. Este síndrome puede llegar a ser un problema mortal en pacientes geriátricos y es la complicación posoperatoria más común en este grupo de edad. Delirium es el síndrome psiquiátrico más común dentro del área hospitalaria con una incidencia de hasta el 87%. Objetivo: Identificar el nivel de conocimiento del tema delirium por profesionales de la salud adscritos al hospital general de zona con unidad médico familiar No 2 de Salina Cruz Oaxaca. Material y método: Se realizó un estudio de investigación educativa, cualitativa, transversal de tipo evaluación interna, hetero aplicada de tipo cuestionario. Se aplicó la evaluación sobre el conocimiento de Delirium a los profesionales de la salud. Muestreo no aleatorizado de casos consecutivos. Resultados Participaron 68 médicos. El 41% de los médicos estuvieron de acuerdo en que el delirium es un evento esperado en los servicios de cuidados intensivos, hospitalización y postoperatorio. El 25% de los participantes manifestaron que no había diferencia entre delirio y delirium y el 41% evalúa ocasionalmente el delirium. El 63% evalúa el delirium mediante evaluación clínica general, el 85% de los profesionales consideran que el delirium es una patología que requiere intervención. Conclusiones Podemos observar que aún se desconoce la definición del delirium.

Palabras clave: Delirium, conocimiento en personal médico, síndrome neuropsiquiátrico, confusion assessment method

¹ Autor Principal

Correspondencia: drjesusdelangel@hotmail.com

Knowledge of delirium in health professionals assigned to the Hospital General de Zona N° 2 Francisco j. Macin Dominguez, Salina Cruz Oaxaca

ABSTRACT

Background: Delirium is defined as a neuropsychiatric syndrome presenting with impaired cognitive function and attention, which can be multifactorial, acute or sudden onset, affects older adult patients in higher percentage. This syndrome can become a fatal problem in geriatric patients and is the most common postoperative complication in this age group. Delirium is the most common psychiatric syndrome in the hospital area with an incidence of up to 87%. Objective: To identify the level of knowledge of the subject of delirium by health professionals assigned to the hospital general de zona con unidad medico familiar No 2 Salina Cruz, Oaxaca. Method: A qualitative, qualitative, cross-sectional, educational research study of internal evaluation type, hetero-applied questionnaire type was carried out. The evaluation on the knowledge of Delirium was applied to health professionals. Non-randomized sampling of consecutive cases. Results: Sixty-eight physicians participated. Forty-one percent of the physicians agreed that delirium is an expected event in intensive care, inpatient and postoperative services. Twenty-five percent of the participants stated that there was no difference between delirium and delirium, and 41% occasionally assess delirium. 63% evaluate delirium by general clinical assessment, 85% of the professionals consider that delirium is a pathology that requires intervention. Conclusions: We can observe that the definition of delirium is still unknown.

Keywords: Delirium, knowledge of delirium in health care, neuropsiquiatric syndrome, confusion assessment method

Artículo recibido 11 noviembre 2024

Aceptado para publicación: 16 diciembre 2024



INTRODUCCIÓN

Durante la última década, la tasa de envejecimiento de México aumentó del 31% en 2010 al 48% en 2020, según el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Investigaciones en Información. Este aumento de la población mayor no solo tendrá un impacto social, sino que también conllevará a un aumento en las enfermedades de las personas mayores, siendo el delirium una de las principales afecciones tratadas tanto extrahospitalaria como intrahospitalariamente (1).

El delirium se considera una causa de hospitalizaciones frecuente y con altos costos hospitalarios (su prevalencia varía según el tipo de paciente y la edad), y es también una causa de alta mortalidad en personas mayores de 65 años. Desde la última década, la importancia del conocimiento sobre este tema ha seguido creciendo a medida que ha aumentado el número de estudios científicos (2). En un metaanálisis de 2020, la prevalencia estimada fue del 15% (95% IC 14-16%, 25 estudios), la incidencia acumulada para delirium fue de 9% (95% IC 7-10%, 14 estudios) y la ocurrencia total de delirium fue del 23% (95% IC 19-26%) (3).

En nuestro país la información de la incidencia del Delirium y el impacto que tiene en la población hospitalaria es mínimo, este podría deberse a la falta de información y estudios de investigación en México, traduciéndose en un aumento de casos. En una investigación hecha en 2015 en Baja California se detectó que tan solo el 9.5% de pacientes que padecen delirium fueron diagnosticados al entrar al servicio de urgencias, ocasionando un aumento en la mortalidad en los pacientes que fueron dados de alta sin el adecuado tratamiento médico (2). En otro estudio realizado en terapia intensiva del hospital Ángeles del Carmen se obtuvo una prevalencia del 14%, el delirium hiperactivo tuvo una prevalencia de 53.2%, la mortalidad obtenida fue de 13.9 (OR 1.47, $p=1$) (4). En un estudio de casos y controles realizado en Instituto Nacional Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán en una población de 285 se obtuvo una incidencia de 50% de delirium durante la hospitalización (5).

METODOLOGÍA

La investigación se llevó a cabo en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar 02 “Francisco J. Macín Domínguez”.

El periodo de estudio abarcó del mes de diciembre del 2022 a enero del 2023.



Se realizó un estudio de Investigación educativa: Cualitativa, transversal, evaluación de tipo cuestionario; la encuesta consta de 23 ítems, con preguntas abiertas que permite conocer la información del encuestado, preguntas de selección múltiple sobre el lugar de trabajo, los servicios y conocimientos del cuadro clínico de delirium, además un cuadro que contiene preguntas con respuestas tipo Liker, sobre conceptos y manejos que se dan al delirium. La encuesta fue tomada del trabajo de tesis “Conceptos y prácticas sobre delirium por parte de los médicos y enfermeras en una institución de salud – Cartagena 2017 – 2018” (6). Muestreo no aleatorio de casos consecutivos.

RESULTADOS

En este estudio participaron un total de 68 médicos de los cuales fueron 19 (28%) médicos generales, 5 (7%) médicos familiares, 17 (25%) médicos urgenciólogos, 7 (10%) médicos internistas, 4 (7%) anesthesiólogos, 3 (4%) cirujanos y ginecólogos, 2 (3%) oftalmólogos, geriatras y oncólogos, 1 (1%) nefrólogo, neurólogo y psiquiatra (tabla 1).

El 71% de los especialistas se encuentran en una institución académica. Dentro del área del trabajo, el 44% está adscrito a la consulta externa con interconsultas a hospitalización, el 29% únicamente labora en hospitalización, 4% en área quirúrgica y 1% en UCI. El 49% menciona que tiene un promedio 16-20 camas a su cargo. El 51% de los encuestados tienen de 1-5 años laborando. El 64% de los entrevistados ven en promedio del 21-60% de pacientes mayores de 65 años.

Dentro de los signos y síntomas que hacen parte del cuadro de delirium, el 58% respondió que el principal síntoma es agitación psicomotriz seguido del pensamiento desorganizado (53%) (figura 1).

La frecuencia con que se evalúa el delirium fue 41% ocasionalmente, 29% siempre, 24% frecuentemente y 6% nunca.

La herramienta más utilizada es la evaluación clínica general 63% (figura 2).

El fármaco más utilizado para el tratamiento fue haloperidol 65% (figura 3).

Dentro de la pregunta si el delirium es un evento esperado en los servicios de UCI, hospitalización y postoperatorio el 41% está de acuerdo, 21% en desacuerdo totalmente, 18% neutro, 16% totalmente de acuerdo.

En cuanto si el delirio y delirium son conceptos diferentes el 43% está de acuerdo (figura 4).



Si la agitación psicomotora es un componente imprescindible para el diagnóstico de delirium el 38% está de acuerdo, 32% en desacuerdo, 15% totalmente de acuerdo, 12% en desacuerdo total y el 3% neutro.

El delirium es subdiagnosticado el 44% está de acuerdo, 22% totalmente de acuerdo, 21% en desacuerdo, 7% en desacuerdo total y el 6% neutro.

El delirium es un problema que requiere intervención el 44% está de acuerdo, 41% totalmente de acuerdo, 7% neutro, 6% en desacuerdo y 1% en desacuerdo totalmente.

El delirium es prevenible el 49% totalmente de acuerdo, 21% neutro, 18% está de acuerdo, 12% en desacuerdo y el 1% en desacuerdo totalmente.

El exceso de sedación puede llevar al delirium el 38% está totalmente de acuerdo, 25% neutro, 24% de acuerdo, 10% en desacuerdo y el 3% en desacuerdo totalmente.

Los analgésicos opioides se asocian con la aparición de delirium el 41% está de acuerdo, 34% Totalmente de acuerdo, 10% neutro, 9% en desacuerdo totalmente y el 6% en desacuerdo.

Algunos tipos de sedación se asocian con la aparición del delirium el 50% está de acuerdo, 29% totalmente de acuerdo, 15% neutro, 4% en desacuerdo y 1% en desacuerdo totalmente.

El delirium es un factor de riesgo en neumonía asociada a ventilación el 46% está de acuerdo, 24% totalmente de acuerdo, 26% neutro, 3% en desacuerdo totalmente y el 1% en desacuerdo.

El delirium dificulta la extubación el 35% está de acuerdo, 26% neutro, 22% totalmente de acuerdo, 10% en desacuerdo totalmente y 6% en desacuerdo.

El delirium es un factor de riesgo para el desarrollo de demencia en mayores de 65 años el 38% está de acuerdo, 37% totalmente de acuerdo, 13% neutro y el 12% en desacuerdo totalmente.

DISCUSIÓN

El delirium conforma una importante carga en el área de salud, por ejemplo, en Estados Unidos se estima un gasto promedio de 38 a 152 billones de dólares cada año. En una revisión sistemática realizada en 2006 se describe una prevalencia del delirium del 10-31% en un total de 42 estudios llevados a cabo de 1980 hasta 2006 (7, 8). Mientras que en un metaanálisis realizado de 1980 al 2020 se encontró una prevalencia del 15% (95% IC 14-16% en 25 estudios) y se observó una implementación deficiente en los programas para su prevención debido a un mal diagnóstico (3).



Dentro de las definiciones a esclarecer, es si delirium y delirio son conceptos diferentes. En este estudio, el 64% de los entrevistados tienen claro esta diferencia; siendo el delirio una idea falsa en la cual el paciente está firmemente creyente, siendo un signo de enfermedades como demencia, esquizofrenia e inclusive delirium (8,9).

Dentro de los síntomas pertenecientes al delirium, el 58% de los médicos respondió que la agitación psicomotriz forma parte del cuadro del delirium, mientras que el 8% opinó que la fluctuación en el nivel de conciencia es parte del cuadro. El DSM V, 4 A's test (4 AT) y el Care Delirium Screening Checklist (CDSC), Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS) y Stanford Proxy Test for Delirium (SPTD) engloban la agitación psicomotriz en alteraciones o fluctuaciones en el estado de alerta (10–12). Otras escalas como Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS) dentro de su valoración clínica menciona disminución o aumento en la actividad psicomotora, Stanford Proxy Test for Delirium (SPTD) evalúa cambios en el estado de alerta/comportamiento (13,14).

Las diferentes presentaciones clínicas de delirium son hiperactivo, hipoactivo y mixto (15). Dentro de las características incluidas en el cuestionario se mencionan agitación psicomotriz, inicio reciente, alucinaciones y fluctuación del estado de conciencia además se pregunta si la agitación psicomotriz es un elemento imprescindible para el diagnóstico, dentro de las escalas mencionadas anteriormente se puede concluir que la agitación psicomotriz no es un elemento imprescindible ya que el paciente puede tener disminución del estado neurológico. En la mayoría de las escalas (CAM, CAM-UCI, SPTD, 4AT) el inicio agudo es un parámetro que prevalece, sin embargo, en este estudio solo el 17% de los médicos menciono que es parte del diagnóstico (11,12,16,17).

Los factores de riesgo se dividen como predisponentes y precipitantes. Los factores predisponentes son características que presenta el paciente previo a la presentación del delirium como demencia, depresión, privación sensorial, el uso de medicamentos previos narcóticos, sedante, benzodiazepinas y anticolinérgicos y los factores precipitantes son los factores que presenta el paciente por su hospitalización o parte del evento agudo como hospitalización gravedad de la enfermedad, inmovilidad, el uso de catéteres y sondas, alteraciones en electrolitos séricos y la estancia prolongada (18,19). El tratamiento va en caminado a detectar y disminuir los factores precipitantes y predisponentes. Uno de ellos, es detectar los fármacos potencialmente inadecuados que exacerbaban el delirium, utilizando las



siguientes aplicaciones Anticholinergic Burden Classification (ABC), Anticholinergic Drug Scale (ADS), Anticholinergic Risk Scale (ARS). Otras recomendaciones son: disminuir el uso de benzodiazepinas, la inmovilidad, uso de sondas y catéter, favorecer la iluminación natural, orientar al paciente, para esto se propone una nemotecnia para el reconocimiento de factores de riesgo y tratamiento DELIRIUM (Drugs, Electrolytes, Lack of drugs, Infection, Reduce sensory input, Intracranial disorders, Urinary and fecal disorders, Myocardial and pulmonary disorders) y ABCDE (Awakening, Breathing Coordination, Delirium monitoring/management, Early exercise/mobility) (4,18,20–23). La información obtenida en la encuesta demuestra que el 85% de los médicos conoce acerca de las intervenciones y el 49% sobre las medidas preventivas para el delirium. En cuanto a si el exceso de sedación o el tipo de sedación predisponen a la aparición, se tiene que los medicamentos sedantes en general favorecen la aparición del delirium, esto debido a la poca interacción del paciente ante el medio y la inmovilidad. Se observó que el 62% de los participantes saben que el exceso de sedación está relacionado con la aparición de delirium, mientras que el 79% relacionan el tipo de sedación con la aparición de delirium. En cuanto al uso de analgésicos opioides se sabe que están relacionados al delirium debido a su carga anticolinérgica y efecto de sedación que producen, el 75% de los participantes conoce este efecto (5,18,19,24).

Para el diagnóstico del delirium existen diversas herramientas; una revisión sistemática realizada desde el año 1974 hasta el año 2017 incluyeron 228 artículos, encontrándose que los 3 instrumentos más utilizados fueron: Confusion Assessment Method (CAM) incluyendo CAM severity score (CAM S) (109; 47.8%), Delirium Rating Scale (DRS) incluido DRS Revised 98 (DRS-R98) 101; 44.3%) y el Memorial Delirium Assessment Scale (44; 19.3%) (25). Entre las escalas validadas al español se encuentran ver tabla 2 (13,20,25–29). La respuesta más elegida en el estudio fue la evaluación clínica 63%, CAM ICU 21%, si bien se necesita realizar una evaluación clínica para poder objetivar las características clínicas sugeridas en las diversas escalas, la evaluación clínica no es una herramienta propuesta para el diagnóstico de delirium al igual que MMSE(27).

Dentro del tratamiento del delirium las medidas no farmacológicas están indicadas como primer paso para la prevención y tratamiento, en caso de no ser efectivas se usan los diversos fármacos (16). El manejo farmacológico debe de ser individualizado sin embargo diversos artículos no dan sugerencias



sobre las primeras opciones de tratamiento, se recomienda como tratamiento de primera línea el haloperidol es el medicamento más estudiado para el tratamiento de delirium, seguido de antipsicóticos atípicos entre estos dos no se ha observado diferencias clínicas en cuanto a días de estancia, mortalidad y efectos adversos(1,30,31). La dexmedetomedina se usa ampliamente en servicio de terapia intensiva (20). El uso de benzodiazepinas solo está indicado en delirium secundario a supresión etílica o por supresión de benzodiazepinas (16,31)

Ilustraciones, tablas y figuras

Figura 1. Signos y síntomas

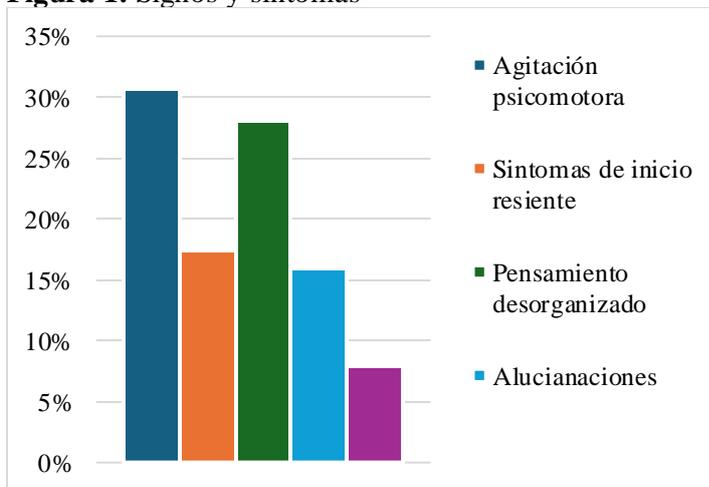


Figura 2. Herramienta utilizada

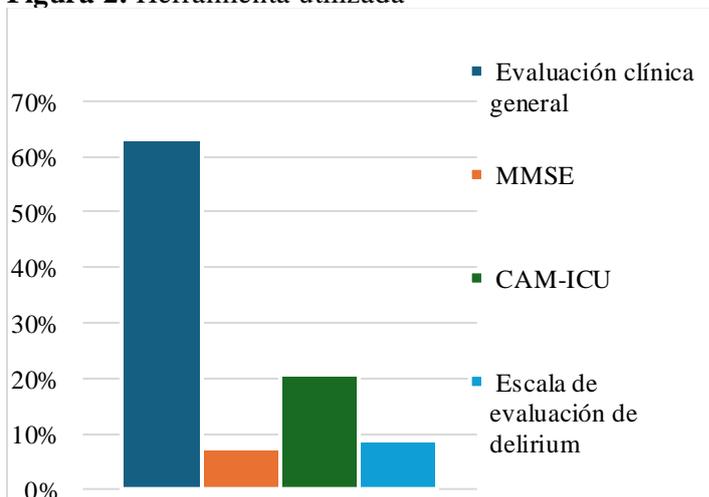


Figura 3. Fármacos utilizados en el tratamiento

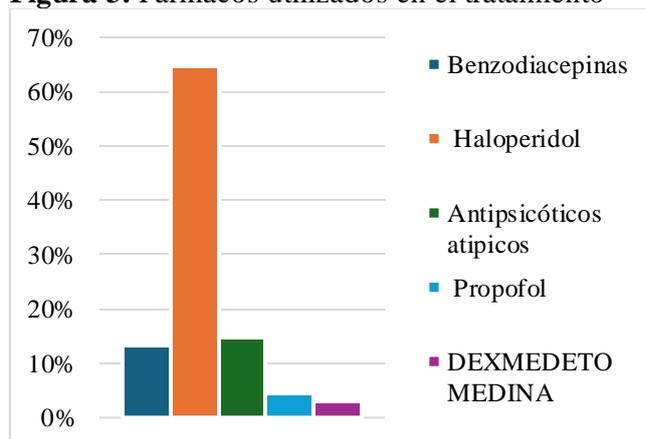


Figura 4. Delirio y delirium son conceptos diferentes

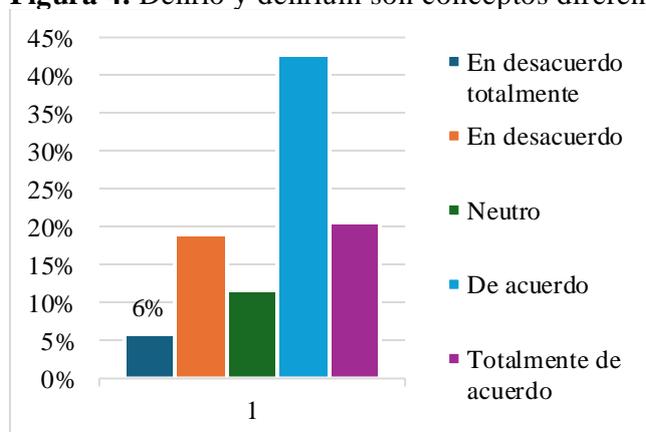


Tabla 1. Encuesta Iberoamericana de delirium

1. Tipo de institución en que labora			2. Tipo de servicio en que labora		
Institución	Frecuencia (participantes)	Porcentaje (%)	Servicio	Frecuencia (participantes)	Porcentaje (%)
Académica	48	71	Quirúrgica	3	4
No académica	20	29	UCI	1	1
Total de muestra	68	100	Hospitalización	20	29
3. Número de camas por servicio			4. Años laborando en el servicio		
Número de camas	Frecuencia (participantes)	Porcentaje (%)	Número de años	Frecuencia (participantes)	Porcentaje (%)
0-5	16	24	1-5	35	51
6-10	3	4	6-10	16	24
11-15	16	24			
16-20	33	49			
Total de muestra			Total de muestra		
68			68		
100			100		

Total de muestra	68	100	11-15	14	21
5. Pacientes sometidos a ventilación mecánica					
Porcentaje de pacientes	Frecuencia (participantes)	Porcentaje (%)	>21%	0	0
0-20%	44	65	Total de muestra	68	100
20-40%	9	13	6. Pacientes mayores de 65 años		
40-60%	7	10	Porcentaje de pacientes	Frecuencia (participantes)	Porcentaje (%)
60-80%	8	12	0-20%	13	19
>80%	0	0	21-40%	22	32
Total de muestra	68	100	41-60%	22	32
7. Signos y síntomas del cuadro clínico de delirium					
Porcentaje de pacientes	Frecuencia (participantes)	Porcentaje (%)	>81%	2	3
Agitación psicomotora	58	31	Total de muestra	68	100
Síntomas de inicio resiente	33	17			
Síntomas de inicio resiente	33	17	8. Frecuencia con que evalúa el delirium		
Pensamiento desorganizado	53	28	Frecuencia (participantes)	Porcentaje (%)	
Alucinaciones	30	16	Siempre	20	29
Fluctuación del nivel de conciencia	15	8	Frecuentemente	16	24
Total de muestra	68	100	Ocasionalmente	28	41
9. Herramienta utilizada para evaluar delirium					
Herramienta	Frecuencia (participantes)	Porcentaje (%)	Total de muestra	68	100
			Nunca		

Evaluación clínica general			10. Fármacos utilizados para el tratamiento		
	43	63		Frecuencia (participantes)	Porcentaje (%)
MMSE	5	7	Fármaco		
CAM-ICU	14	21	Benzodiacepinas	9	13
Lista de chequeo de evaluación de delirium	0	0	Opioides	0	0
Escala de evaluación de delirium	6	9	Haloperidol	44	65
Total de muestra	68	100	Antipsicóticos atípicos	10	15
11. El delirium es un evento esperado en: UCI, hospitalización y post operatorio			Propofol	3	4
	Frecuencia (participantes)	Porcentaje (%)	Dexmedetomedina	2	3
En desacuerdo totalmente	14	21	Total de muestra	68	100
En desacuerdo	3	4	12. Delirio y delirium son conceptos diferentes		
Neutro	12	18		Frecuencia (participantes)	Porcentaje (%)
De acuerdo	28	41	En desacuerdo totalmente	4	6
Totalmente de acuerdo	11	16	En desacuerdo	13	19
Total de muestra	68	100	Neutro	8	12
13. La agitación psicomotriz es un componente imprescindible para el diagnostico			De acuerdo	29	43
	Frecuencia (participantes)	Porcentaje (%)	Totalmente de acuerdo	14	21
En desacuerdo totalmente	8	12	Total de muestra	68	100
En desacuerdo	22	32	14. El delirium es subdiagnosticado		

				Frecuencia (participantes)	Porcentaje (%)
Neutro	2	3			
De acuerdo	26	38	En desacuerdo totalmente	5	7
Totalmente de acuerdo	10	15	En desacuerdo	14	21
Total de muestra	68	100	Neutro	4	6
15. El delirium es un problema que requiere intervención			De acuerdo	30	44
	Frecuencia (participantes)	Porcentaje (%)	Totalmente de acuerdo	15	22
En desacuerdo totalmente	1	1	Total de muestra	68	100
En desacuerdo	4	6	16. El delirium es prevenible		
Neutro	5	7	En desacuerdo totalmente	1	1
De acuerdo	30	44	En desacuerdo	8	12
Totalmente de acuerdo	28	41	Neutro	14	21
Total de muestra	68	100	De acuerdo	12	18
17. El exceso de sedación puede producir delirium			Totalmente de acuerdo	33	49
	Frecuencia (participantes)	Porcentaje (%)	Total de muestra	68	100
En desacuerdo totalmente	2	3	18. Los analgésicos opioides se asocian con la aparición de delirium		
En desacuerdo	7	10		Frecuencia (participantes)	Porcentaje (%)
Neutro	17	25	En desacuerdo totalmente	6	9
De acuerdo	16	24	En desacuerdo	4	6
Totalmente de acuerdo	26	38	Neutro	7	10
Total de muestra	68	100	De acuerdo	28	41
19. Algunos tipos de sedantes se asocian con la aparición de delirium			Totalmente de acuerdo	23	34

	Frecuencia (participantes)	Porcentaje (%)	Total de muestra	68	100
En desacuerdo totalmente	1	1	20. El delirium es un factor de riesgo para neumonía asociada a ventilación mecánica		
En desacuerdo	3	4		Frecuencia (participantes)	Porcentaje (%)
Neutro	10	15	En desacuerdo totalmente	2	3
De acuerdo	34	50	En desacuerdo	1	1
Totalmente de acuerdo	20	29	Neutro	18	26
Total de muestra	68	100	De acuerdo	31	46
21. El delirium dificulta la extubación			Totalmente de acuerdo	16	24
	Frecuencia (participantes)	Porcentaje (%)	Total de muestra	68	100
En desacuerdo totalmente	7	10	22. El delirium es un factor de riesgo para el desarrollo de demencia		
En desacuerdo	4	6		Frecuencia (participantes)	Porcentaje (%)
Neutro	18	26	En desacuerdo totalmente	8	12
De acuerdo	24	35	En desacuerdo	0	0
Totalmente de acuerdo	15	22	Neutro	9	13
Total de muestra	68	100	De acuerdo	26	38
			Totalmente de acuerdo	25	37
			Total de muestra	68	100
23. Participantes					
Especialidad	Frecuencia (participantes)	Porcentaje (%)	Especialidad	Frecuencia (participantes)	Porcentaje (%)
Médico general	19	28	Nefrología	1	1
Medico familiar	5	7	Oftalmología	2	3
Urgencias	17	25	Cirugía general	3	4

Medicina interna	7	10	Oncología medica	2	3
Anestesiología	4	6	Geriatría	2	3
Ginecología	3	4	Neurología	1	1
Hematología	1	1	Psiquiatría	1	1
Total de muestra		68		100	

Tabla 2. Escalas Validadas al español

Escala	Lugar de validación	Puntuación	Tiempo de aplicación (min)	Sensibilidad (%)	Especificidad (%)
CAM	Hospital	4 ítems el caso es probable cuando los ítems 1 y 2, más uno de los dos últimos	5	95	94
CAM UCI	Hospital	Se usa en pacientes UCI en pacientes sin sedación profunda o coma consta de 4 ítems el caso es probable cuando los ítems 1 y 2, más uno de los dos últimos	5	93	98
DRS 98	Hospital	16 ítems puntuación 0-46 el punto de corte > 13	20-30	93	95
4AT	Hospital	puntuación máxima=12 posible delirium > 4	< 2	87-93	70-91
MDAS	Hospital	10 ítems puntuación total 0-30 el punto de corte es >7	10-15	100	95
S-PTD	Hospital	Escala usada por enfermería, 12 ítems, puntuación de 0-24 con punto de corte >3 indica posible delirium	5	90	92

CONCLUSIÓN

Se observo que el conocimiento del delirium no está estandarizado, se tienen ideas no consolidadas sobre sus características clínicas, el uso de herramientas para su evaluación no es del dominio de los médicos. El uso de medidas farmacológicas muestra una idea más estandarizada sin embargo todavía se tiene la idea de usar medicamentos sedantes para su tratamiento.



Fortalezas y debilidades.

Es un estudio donde se valoró el conocimiento de diversas especialidades, sin embargo, el número de médicos entrevistados es poco comparado con otros estudios, el tipo de cuestionario que es de tipo cualitativo no es capaz de medir al 100% el conocimiento del delirium.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fuentes Alexandr, Omar González, Hugo Gutiérrez, Beatriz Cecilia Franco. Prevención, diagnóstico y tratamiento del delirium en el adulto mayor hospitalizado [Internet]. Instituto Mexicano del Seguro Social; 2016. Available from: <http://imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>
2. Valdivia-Armenta CG, Zonana-Nacach A. Infradiagnóstico del delirium en pacientes ancianos valorados en un servicio de urgencias. Vol. 50, Revista Espanola de Geriatria y Gerontologia. Ediciones Doyma, S.L.; 2015. p. 39–40.
3. Gibb K, Seeley A, Quinn T, Siddiqi N, Shenkin S, Rockwood K, et al. The consistent burden in published estimates of delirium occurrence in medical inpatients over four decades: A systematic review and meta-analysis study. Vol. 49, Age and Ageing. Oxford University Press; 2020. p. 352–60.
4. Corona Meléndez JC, Iñiguez Padilla H, Medina Ruíz E. Prevalencia, factores de riesgo y desenlace de delirium en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Ángeles del Carmen. Medicina Crítica. 2022;36(4):215–22.
5. Manuel Villalpando-Berumen J, Pineda-Colorado AM, Palacios P, Reyes-Guerrero J, Villa AR, Guti-rrfz-Robledo LM. Incidence of Delirium, Risk Factors, and Long-Term Survival of Elderly Patients Hospitalized in a Medical Specialty Teaching Hospital in Mexico City [Internet]. Vol. 15, International Psychogeriatrics. 2003. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih>
6. Sandra milena E. Marrugo J. Conceptos y prácticas sobre delirium por parte de los médicos y enfermeras en una institución de salud - Cartagena 2017 - 2018. [internet.]: Uuniversidad de Cartagena Facultad de Enfermería 2018
7. Siddiqi N, House AO, Holmes JD. Occurrence and outcome of delirium in medical in-patients: A systematic literature review. Vol. 35, Age and Ageing. 2006. p. 350–64.



8. Urso D, Gnoni V, Filardi M, Logroscino G. Delusion and Delirium in Neurodegenerative Disorders: An Overlooked Relationship? Vol. 12, *Frontiers in Psychiatry*. Frontiers Media S.A.; 2022.
9. Pinzón A, Bogotá •, Colombia DC (Delirium y Delirio Delirium and delusion [Internet]. Vol. 41, *ActA Med coloMb*. 2016. Available from: www.dictionary.cambridge.org
10. Lee S, Gottlieb M, Mulhausen P, Wilbur J, Reisinger HS, Han JH, et al. Recognition, prevention, and treatment of delirium in emergency department: An evidence-based narrative review. Vol. 38, *American Journal of Emergency Medicine*. W.B. Saunders; 2020. p. 349–57.
11. Tobar E, Alvarez E. DELIRIUM IN ELDERLY HOSPITALIZED PATIENTS. *Revista Medica Clinica Las Condes*. 2020 Jan 1;31(1):28–35.
12. Wilson JE, Mart MF, Cunningham C, Shehabi Y, Girard TD, MacLulich AMJ, et al. Delirium. Vol. 6, *Nature Reviews Disease Primers*. Nature Research; 2020.
13. Díaz J, Castrillón A, Cardeño C, Franco JG. Tools available in Spanish for clinical assessment of delirium. Systematic review. *Rev Neurol*. 2023;76(6):197–208.
14. Park J, Jeong E, Lee J. The Delirium Observation Screening Scale: A Systematic Review and Meta-Analysis of Diagnostic Test Accuracy. Vol. 30, *Clinical Nursing Research*. SAGE Publications Inc.; 2021. p. 464–73.
15. Alexander SK, Needham E. Diagnosis of delirium: A practical approach. Vol. 23, *Practical Neurology*. BMJ Publishing Group; 2023. p. 192–9.
16. Hshieh TT, Inouye SK, Oh ES. Delirium in the Elderly. Vol. 36, *Clinics in Geriatric Medicine*. W.B. Saunders; 2020. p. 183–99.
17. Mattison MLP. Delirium. *Ann Intern Med*. 2020 Oct 6;173(7):ITC49–64.
18. Grover_Avasthi_2018_Clinical_Practice_Guidelines_for.
19. Thom RP, Levy-Carrick NC, Bui M, Silbersweig D. Delirium. *American Journal of Psychiatry*. 2019;176(10):785–93.
20. Stollings JL, Kotfis K, Chanques G, Pun BT, Pandharipande PP, Ely EW. Delirium in critical illness: clinical manifestations, outcomes, and management. Vol. 47, *Intensive Care Medicine*. Springer Science and Business Media Deutschland GmbH; 2021. p. 1089–103.



21. Maldonado JR. Acute Brain Failure: Pathophysiology, Diagnosis, Management, and Sequelae of Delirium. Vol. 33, *Critical Care Clinics*. W.B. Saunders; 2017. p. 461–519.
22. Burton JK, Craig L, Yong SQ, Siddiqi N, Teale EA, Woodhouse R, et al. Non-pharmacological interventions for preventing delirium in hospitalised non-ICU patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2021 Nov 26;2021(11).
23. Versloot J, Minotti SC, Amer S, Ali A, Ma J, Peters ML, et al. Effectiveness of a Multi-component Delirium Prevention Program Implemented on General Medicine Hospital Units: an Interrupted Time Series Analysis. *J Gen Intern Med*. 2023 Oct 1;38(13):2936–44.
24. Delirium: prevention, diagnosis and management in hospital and long-term care Clinical guideline-and-conditions#notice-of-rights Yourresponsibility [Internet]. 2010. Available from: www.nice.org.uk/guidance/cg103
25. Jones RN, Cizginer S, Pavlech L, Albuquerque A, Daiello LA, Dharmarajan K, et al. Assessment of Instruments for Measurement of Delirium Severity: A Systematic Review. Vol. 179, *JAMA Internal Medicine*. American Medical Association; 2019. p. 231–9.
26. Oh ES, Fong TG, Hshieh TT, Inouye SK. Delirium in older persons: Advances in diagnosis and treatment. Vol. 318, *JAMA - Journal of the American Medical Association*. American Medical Association; 2017. p. 1161–74.
27. Grover S. Assessment scales for delirium: A review. *World J Psychiatry*. 2012;2(4):58.
28. Shi Q, Warren L, Saposnik G, MacDermid JC. Confusion assessment method: A systematic review and meta-analysis of diagnostic accuracy. Vol. 9, *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. Dove Medical Press Ltd; 2013. p. 1359–70.
29. Carvalho JPLM, De Almeida ARP, Gusmao-Flores D. Delirium rating scales in critically ill patients: A systematic literature review. Vol. 25, *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. 2013. p. 148–54.
30. Nikooie R, Neufeld KJ, Oh ES, Wilson LM, Zhang A, Robinson KA, et al. Antipsychotics for treating delirium in hospitalized adults a systematic review. Vol. 171, *Annals of Internal Medicine*. American College of Physicians; 2019. p. 485–94.



31. Sadlonova M, Duque L, Smith D, Madva EN, Amonoo HL, Vogelsang J, et al. Pharmacologic Treatment of Delirium Symptoms: A Systematic Review. 2022.

