

Conocimientos, actitudes y prácticas sobre diagnóstico y manejo del delirium en el Hospital Cayetano Heredia

Knowledge, attitudes and practices regarding diagnosis and management of delirium at the Cayetano Heredia Hospital

Grethel Díaz-Vargas¹, Abigail Quiñones-Condezo², Karlos Acurio-Ortiz³, Niels Pacheco-Barríos⁴, Tulio Bertorini⁵, Martín Arévalo-Flores⁶, Johann M. Vega-Dienstmaier⁷, Carlos Orellano⁸

<https://doi.org/10.53680/vertex.v35i166.722>

Resumen

Introducción: El delirium es un síndrome prevalente en la práctica clínica. El objetivo del estudio fue identificar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre delirium en el personal médico en un hospital de tercer nivel, así como evaluar la validez del instrumento creado para este fin. **Métodos:** Se realizó un estudio transversal de 3 fases: 1) validación de contenido, 2) aplicación del instrumento y 3) validación del constructo. **Resultados:** Tras una validación de contenido satisfactoria, se aplicó el instrumento a 148 participantes. Respecto a los conocimientos sobre delirium, hubo una media de aciertos de 57,8 % (IC95 % 52,5-63,1) sin diferencia significativa entre médicos asistentes, residentes y estudiantes de último año de medicina. Un 25 % (n=37) refirió usar el Método para la Evaluación de la Confusión, un 31,1 % (n=46) refirió sentirse confiado en el uso de antipsicóticos en el manejo del delirium, y un 86,5 % (n=128) refirió usar al menos una medida no farmacológica. **Conclusiones:** Se evidenciaron deficiencias en conocimientos y manejo del delirium en el personal médico. El instrumento tuvo una óptima validación de contenido, pero insatisfactoria validación de constructo. Se enfatiza la importancia de hacer un análisis psicométrico con individuos, previo a la aplicación del instrumento.

Palabras clave: delirium, conocimiento, conducta, hospitalización (DeCS)

Abstract

Introduction: delirium is a prevalent syndrome in clinical practice. The objective of this study was to identify the knowledge, attitudes and practices about delirium among medical professionals in a tertiary referral hospital, as well as to evaluate the validity of the instrument created for this purpose. **Methods:** A 3 phase cross sectional study was carried out: 1- content validation, 2- application of the instrument and 3- Construct validation. **Results:** After satisfactory content validation, the instrument was applied to 148 participants. Regarding knowledge about delirium, there was an

RECIBIDO 8/4/2024 - ACEPTADO 21/5/2024

¹Médica cirujana, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú. <https://orcid.org/0009-0003-8668-8116>

²Médica cirujana, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú. <https://orcid.org/0009-0008-6513-8445>

³Médico cirujano, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú. <https://orcid.org/0000-0003-0550-5190>

⁴Médico cirujano, Carrera de Medicina Humana, Universidad Científica del Sur, Lima, Perú. Investigador asociado, Facultad de Medicina de Harvard, Universidad de Harvard, Boston, MA, EE. UU. Investigador asociado, Facultad de Medicina de Harvard, Universidad de Harvard, Boston, MA, EE. UU., <https://orcid.org/0000-0001-5586-8251>

⁵Médico neurólogo, Universidad de Tennessee, Memphis, Tennessee, EE.UU. <https://orcid.org/0000-0002-0028-5929>

⁶Médico psiquiatra, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Departamento de Psiquiatría del Hospital Cayetano Heredia. Lima, Perú. <https://orcid.org/0000-0001-7849-8839>

⁷Médico psiquiatra, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú. <https://orcid.org/0000-0002-5686-4014>

⁸Médico psiquiatra, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Departamento de Psiquiatría del Hospital Cayetano Heredia. Lima, Perú. <https://orcid.org/0000-0002-3666-8753>

Autora correspondiente:

Grethel Díaz-Vargas

grethelzarimah@hotmail.com

Lugar de realización: Hospital Cayetano Heredia, Lima, Perú.

average of 57.8% correct answers (95% CI 52.5-63.1) with no significant difference between attending physicians, residents and final year medical students. 25% (n=37) reported using the Confusion Assessment Method, 31.1% (n=46) reported feeling confident in the use of antipsychotics in the management of delirium, and 86.5% (n=128) reported using at least one non-pharmacological measure. Conclusions: Deficiencies in knowledge and management of delirium were evident in healthcare workers. The instrument had optimal content validation but unsatisfactory construct validation. Emphasizing the importance of doing a psychometric analysis with individuals prior to applying the instrument.

Keywords: delirium, knowledge, approach, hospitalization (MeSH)

Introducción

El *delirium* o insuficiencia cerebral aguda (Maldonado, 2018), es un síndrome neuroconductual generado por una disrupción de la actividad neuronal secundaria a un trastorno sistémico (Maldonado, 2017) y tiene un origen multifactorial, con factores predisponentes y precipitantes que desencadenan el cuadro clínico (Lama Valdivia, Varela Pinedo, & Ortiz Saavedra, 2002; Maldonado, 2015; Mattison, 2020).

El *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, Quinta Edición (DSM 5), lo describe como una alteración aguda y fluctuante en la atención y conciencia; a la que se adiciona una alteración cognitiva, siendo estos síntomas no mejor explicados por otro trastorno neurocognitivo preexistente (Blazer, & van Nieuwenhuizen, 2012). La *Clasificación Internacional de Enfermedades* de la Organización Mundial de Salud (OMS) agrega la disrupción del ciclo sueño-vigilia, alteración emocional y alteración psicomotor (Rowley-Conwy, 2017).

La prevalencia de este síndrome varía de 9 a 80 % dependiendo del servicio hospitalario (Baessler et al., 2019), siendo mayor en las unidades de cuidados intensivos (UCI). Sin embargo, en los servicios de hospitalización, se ha encontrado una prevalencia de 35 % (Hübscher & Isenmann, 2016) y una mortalidad a seis meses post alta de 25 % (Marcantonio et al., 2005). Asimismo, varios estudios han demostrado un sub-diagnóstico del *delirium*, puesto que un 55-80 % de los casos no se detectan (Davis & MacLulich, 2009; Mattison, 2020). Por otro lado, también se ha visto que el uso de herramientas validadas como el Método para la Evaluación de la Confusión (CAM) resulta en una mejora en el diagnóstico (Rowley-Conwy, 2017; Mattison, 2020).

El *delirium* se ha asociado con resultados adversos como incremento de la morbilidad, mayor estancia hospitalaria, deterioro cognitivo y funcional a largo plazo. Así como mayor incidencia de re-hospitalización e incremento de la duración de la ventila-

ción mecánica (Hare et al., 2008; Davis & MacLulich, 2009; Selim & Ely, 2017; Baessler et al., 2019).

La mayoría de los estudios que evalúan el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas sobre *delirium* en personal de salud concluyen que, a pesar de reconocerse su importancia clínica, existe una carencia respecto al conocimiento de este síndrome (Davis & MacLulich, 2009). Por otra parte, no se han validado en países latinoamericanos instrumentos que permitan evaluar objetivamente los conocimientos sobre *delirium* en profesionales de la salud. El objetivo de nuestro estudio fue identificar el estado de conocimientos, actitudes y prácticas no farmacológicas en médicos y alumnos de medicina de último año (internos) de un hospital público en Perú, y a falta de un instrumento validado en nuestra población, desarrollar uno que nos permita medir estos parámetros.

Materiales y métodos

Este estudio observacional descriptivo de corte transversal se realizó en un hospital público de tercer nivel en Lima, Perú. Tuvo tres fases, la fase A de validación de contenido, la fase B de aplicación del instrumento y una fase C de validación del constructo. Por otra parte, para la aplicación del instrumento, se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, calculándose el tamaño muestral mediante el programa OpenEpi, considerando una frecuencia anticipada de 50 %, un nivel de confianza de 95 %, un margen de error de 10 % y un efecto de diseño de 1,0 para una población infinita. Mediante esto se obtuvo un tamaño muestral de 97.

En la fase A, se sometió el apartado de conocimientos del instrumento a una validación del contenido por expertos. Para cuantificar la relevancia de los ítems, se usó la V de Aiken, considerándose mayor la validación mientras el coeficiente se acerque más a 1 (Penfield & Giacobbi, 2004, Bulger & Housner, 2007). La fórmula usada se detalla a continuación: $V = s/n(c-1)$, donde "V" es el V de Aiken a calcular, "s" es la

suma de respuestas afirmativas, “n” es el número de jueces y “c” es el número de valores de la escala de evaluación (Penfield & Giacobbi, 2004).

En la fase B se abordó al personal en sus respectivos servicios de trabajo de manera presencial y se les invitó a participar en el estudio mediante un consentimiento informado anónimo previamente aprobado por el comité de ética de la universidad y del hospital. Los datos obtenidos fueron ingresados a una hoja de cálculo en Excel 2019 y analizados con STATA 16. Para la descripción de variables categóricas se usaron frecuencias y porcentajes y para la descripción de variables cuantitativas, se utilizaron medias e intervalos de confianza al 95 % debido a que presentaron una distribución normal de acuerdo a la prueba de Shapiro-Wilk. Para la comparación entre grupos, se usó la prueba de Análisis de Varianza (ANOVA) para variables numéricas.

En la fase C, se evaluó la consistencia interna y la validez de la escala de conocimientos. Para la consistencia interna se utilizó el alfa de Cronbach y el omega de McDonald; considerándose valores entre 0,7 y 0,9 como adecuados. Se utilizó el paquete nFactors de la plataforma R (RStudio 2023.12.0+369 "Ocean Storm" for windows) para explorar el número más adecuado de factores de la escala. Se realizó la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y de Bartlett para evaluar la conveniencia de hacer un análisis factorial exploratorio (AFE). Así mismo, se construyó una matriz de correlaciones tetracóricas y con ella se realizó un análisis factorial confirmatorio (AFC) utilizando el estimador WLSMV. Para evaluar el ajuste del modelo del AFC se usaron los siguientes indicadores: RMSEA robusto, SRMR, Comparative Fit Index (CFI) robusto y Tucker-Lewis Index (TLI) robusto. Se considera que un buen ajuste se alcanza cuando los valores de estos índices cumplen con ciertos criterios de referencia establecidos en la literatura científica. Idealmente, se busca un SRMR < 0,08, un RMSEA < 0,08, un TLI > 0,90 y un

CFI > 0,95 para indicar un ajuste aceptable (Hooper, Coughlan & Mullen, 2008; Fernández-Villa et al., 2015).

Debido al pobre sustento de unidimensionalidad, no se realizó un análisis basado en la teoría de respuesta al ítem (IRT).

Resultados

En la fase A, de validación de contenido de la sección de conocimientos, se realizaron dos evaluaciones no satisfactorias por tres expertos (dos médicos geriatras y un médico psiquiatra). Se reformularon las preguntas y en una tercera evaluación se pudo obtener un acuerdo de los tres jueces expertos con coeficientes V de Aiken de 1 en los ocho ítems del apartado de conocimientos, por lo que se procedió a aplicar el instrumento a la muestra.

En la fase B, de aplicación del instrumento, participaron 148 individuos; de los cuales 48 fueron médicos asistentes especialistas, 72 fueron médicos residentes y 28 fueron internos de medicina, que realizaban labor asistencial en los servicios de hospitalización. La distribución de participantes se muestra en la *Tabla 1*.

La *Tabla 2* detalla el porcentaje de participantes que acertaron las preguntas de conocimientos de acuerdo a su nivel profesional (asistentes, residentes e internos). El 29,7 % de participantes (n=44) identificó correctamente la característica distintiva del *delirium*, la alteración de la atención. Así mismo el 69,6 % (n=103) consideró que los pacientes con esta patología eran agresivos física o verbalmente. El 57,4 % (n=85) pudo identificar un factor predisponente, el 63,5 % (n=94) identificó un factor precipitante de *delirium* y un 44,6 % (n=66) señaló al *delirium* hipoactivo como el más frecuente.

Por otra parte, la media del porcentaje de respuestas correctas (*ver Tabla 2*) respondidas en la sección de conocimientos del instrumento fue de 58,4 % (IC 95 % 55,1-61,1), sin encontrarse diferencias signifi-

Tabla 1. Distribución de la muestra según nivel académico y servicios

Departamentos médicos	Internos de medicina	Médicos residentes	Médicos asistentes	Total
Medicina interna	8	29	7	44 (29.7 %)
Cirugía general	7	12	9	28 (18.9 %)
Ginecología y obstetricia	6	5	4	27 (18.2 %)
Medicina tropical	3	8	5	16 (10.8 %)
Oncología	0	7	3	10 (6.8 %)
Traumatología	0	5	4	9 (6.1 %)
Neumología	3	3	2	8 (5.4 %)
Geriatría	1	3	2	6 (4.1 %)

Tabla 2. Número de participantes que respondieron correctamente en la sección de conocimientos según grado académico

Preguntas	Asistentes (n=48)	Residentes (n=72)	Internos (n=28)	Total (n= 148)
Pregunta 1	16 (33.3 %)	22 (30.6 %)	6 (21.4 %)	44 (29.7 %)
Pregunta 2	42 (87.5 %)	61 (84.7 %)	27 (96.4 %)	130 (87.8 %)
Pregunta 3	15 (31.2 %)	25 (34.7 %)	5 (17.7 %)	45 (30.4 %)
Pregunta 4	33 (68.8 %)	53 (73.6 %)	16 (57.1 %)	102 (68.9 %)
Pregunta 5	33 (68.8 %)	35 (48.6 %)	17 (60.7 %)	85 (57.4 %)
Pregunta 6	26 (54.1 %)	46 (63.9 %)	22 (78.6 %)	94 (63.5 %)
Pregunta 7	37 (77.1 %)	62 (86.1 %)	26 (92.9 %)	125 (84.5 %)
Pregunta 8	20 (41.7 %)	135 (48.6 %)	11 (39.3 %)	66 (44.6 %)
Porcentaje total (media)	57.8 % (IC95 % 52.5-63.1)	58.9 % (IC95 % 54.9-62.8)	58 % (IC95 % 52-64.1)	58.4 % (IC95 % 55.1-61.1)

cativas entre asistentes, residentes e internos ($p= 0,9$ ver Figura 1). En el análisis entre servicios se encontró diferencias significativas entre los servicios de geriatría y oncología ($p= 0,007$) y entre participantes del servicio de medicina tropical y oncología ($p= 0,005$).

Con respecto a la sección de actitudes del instrumento, el 60,1 % ($n=89$) consideró que el *delirium* es un síndrome que debería ser manejado por un especialista en psiquiatría, y el 75 % ($n=111$) refirió no usar el CAM para diagnosticar *delirium*. El 34,5 % ($n=51$) sostuvo que se siente “regularmente confiado” para indicar antipsicóticos típicos a pacientes con *delirium* de manera independiente (ver Figura 2).

En la sección de prácticas, el 86,5 % ($n=128$) de participantes utiliza al menos una medida no farmacológica en el tratamiento de *delirium*; y un 8,8 % ($n=13$) del total, utiliza las cuatro medidas colocadas en el instrumento. La medida más usada fue fomentar la presencia constante de un familiar del paciente un 68,2 % ($n=101$) (ver Figura 2).

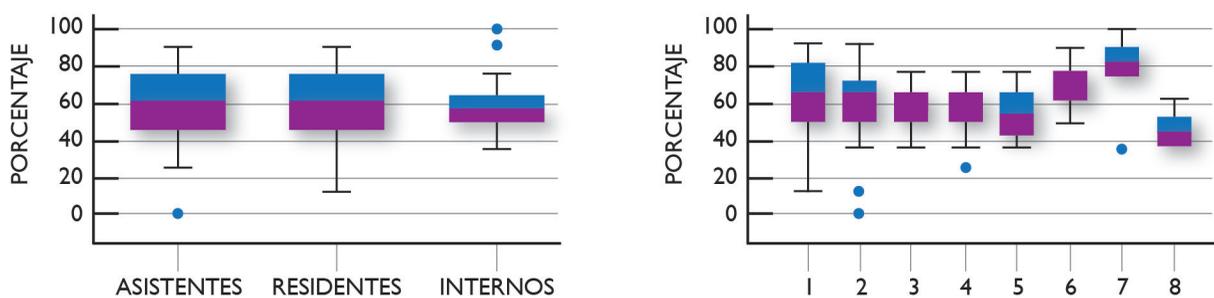
Por último, en la fase C, en relación a la estructura del instrumento para evaluación de conocimientos, la Tabla 3 muestra las correlaciones tetracóricas entre los 8 ítems de la escala, pudiéndose observar que en general son bajas, con la excepción de algunos pares de ítems como el 6 y 7, el 1 y el 2 o el 2 y el 5, lo cual indica que el responder correctamente una pregunta no se relaciona a contestar bien otra (ver Tabla 3).

La consistencia interna resultó baja: el alfa fue 0,1604, el cual mejora a 0,1782 si se retira el ítem 8; asimismo, el omega total fue 0,36.

Explorando con el paquete nFactors el número más adecuado de factores que podría tener la escala de conocimientos de *delirium*, tenemos que 7 métodos sustentan la existencia de 1 factor; 4, la de 4; 2, la de 6 factores; 2, la de 8; 2, la de ninguno; 1, la de 5; y 1 la de 2.

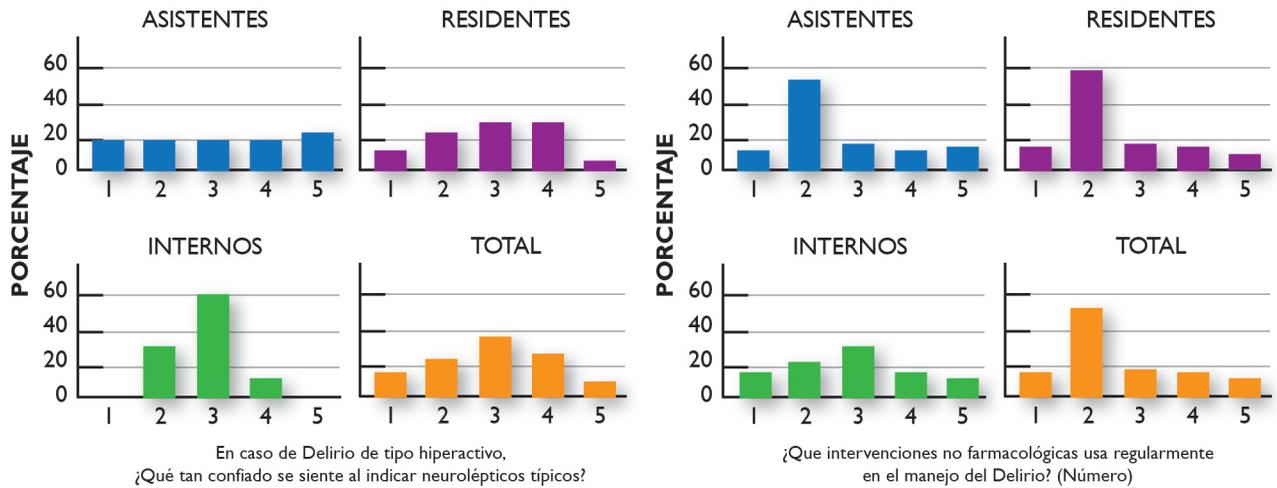
La prueba de Bartlett tuvo un $p<0,001$, pero la prueba KMO indica un $MSA=0,49$. Se evaluó con un AFC un modelo unifactorial de la escala, encontrándose indicadores del ajuste con baja consistencia,

Figura 1. Porcentaje de respuestas respondidas correctamente en la sección de conocimientos de acuerdo a grado académico y a servicios



Nota: 1= Medicina interna, 2= Cirugía general, 3= Traumatología, 4= Ginecología y obstetricia, 5= Neumología, 6= Medicina tropical, 7= Geriatría, 8= Oncología.

Figura 2. Confiabilidad respecto al uso de neurolépticos ante un delirium hiperactivo y número de intervenciones no farmacológicas utilizadas según grado académico.



Nota: 0= ninguna intervención no farmacológica, 1= una medida no farmacológica, 2= dos medidas no farmacológicas, 3= tres medidas no farmacológicas, 4= cuatro medidas no farmacológicas.

Tabla 3. Correlaciones tetracóricas entre los ítems de la escala para medir conocimientos

	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7
Q2	0,3715	I					
Q3	0,0345	-0,0497	I				
Q4	0,2081	0,038	0,2235	I			
Q5	0,0364	0,3586	-0,1389	0,069	I		
Q6	0,1605	-0,0511	0,0216	-0,0914	-0,0913	I	
Q7	0,157	0,1544	-0,368	-0,1805	0,0866	0,4583	I
Q8	-0,1298	-0,1651	-0,1503	0,2188	0,0477	0,0947	0,0906

mientras que el RMSEA robusto fue de 0,043 (IC 90 %: 0-0,88) y el SRMR=0,064; el CFI robusto fue de 0,590 y TLI robusto=0,426. Las cargas factoriales de este modelo fueron menores con 0,4 con la excepción del ítem 7 (0,922).

Discusión

Los conocimientos sobre delirium en personal de salud han sido ampliamente estudiados en la literatura con resultados diferentes de acuerdo a la población estudiada o el instrumento utilizado. Asimismo, se han validado múltiples cuestionarios para este fin; sin embargo, estos estudios se han realizado en poblaciones europeas o norteamericanas y, en su mayoría se centran en personal de salud de UCI (Ely et al., 2004; Selim & Ely, 2017; Trogrlić et al., 2017). Hasta donde sabemos, este es el primer estudio que evalúa estos parámetros en personal médico de servicios de hospitalización en población latinoamericana.

En nuestro estudio no encontramos diferencia significativa entre los puntajes totales de conocimiento de acuerdo a los grados de profesionales médicos evaluados, no encontrando una diferencia significativa entre los conocimientos de los asistentes, residentes e internos. Esto podría indicar una falta de aprendizaje en el tema a medida que el profesional médico avanza en su carrera; señalando un vacío en el interés de los programas de entrenamiento no psiquiátricos en el manejo del delirium. Ya que el delirium es una condición transversal en todas las especialidades médicas, este hecho podría afectar el adecuado tratamiento de los pacientes y congestionar los servicios de psiquiatría.

Por otra parte, evidenciamos hallazgos relevantes al analizar las preguntas individualmente. Por ejemplo, solo un 29,7 % (n=44) identificó la alteración de la atención como característica distintiva del delirium, esencial para establecer el diagnóstico. Esto implica que más de la mitad tendrían dificultades para identi-

ficar un cuadro clínico típico. En contraste, en un estudio realizado por Arachchi y cols en UCI en un hospital público en Sri Lanka, que evaluó conocimientos, actitudes y prácticas sobre *delirium* en personal médico, más de dos tercios (74 %) de sus participantes reconocían la alteración de la atención como síntoma cardinal y un 68 % reconocía otros dos criterios para su diagnóstico (Arachchi & Pinto, 2021). Debido a que se usaron cuestionarios diferentes y se aplicaron a distintas poblaciones, no podemos realizar comparaciones directas con los resultados de nuestro estudio; sin embargo, el que sólo un tercio de nuestros participantes respondieran correctamente ya indica una carencia de conocimientos y sugiere que podrían no estar diagnosticándolo.

Asimismo, analizamos los resultados según los servicios de hospitalización. Los servicios de Geriatría, Medicina Tropical y Medicina Interna tuvieron un mejor rendimiento, lo cual podría deberse a que estos servicios presentan pacientes con *delirium* en mayor medida. Otro hallazgo fue que más de la mitad de participantes considera que la agresividad es parte de la clínica del *delirium*; manifestando así un estigma del personal médico respecto a estos pacientes. Lo que se presenta en este síndrome es agitación psicomotriz, la cual no necesariamente involucra una conducta agresiva. Esta percepción puede generar el uso prematuro de medidas mecánicas en su intervención, empeorando la condición del paciente.

En cuanto a los tipos de *delirium*, los tipos mixto e hipoactivo son los más frecuentes y este último se asocia a una mala evolución clínica de los pacientes (Goodson, Chang & Arora, 2018). En nuestro estudio, solo un 44,6 % reconoció que el tipo hipoactivo se asocia a un peor pronóstico. Así mismo, alrededor de la mitad de los participantes consideró erróneamente al tipo hiperactivo como el más frecuente, probablemente por su clínica más sugerente, un elemento que contribuye a su sub-diagnóstico.

Respecto a las actitudes frente a este síndrome, la mayoría de participantes consideró que el *delirium* debería ser manejado por un psiquiatra; sin embargo, al ser este síndrome tan frecuente en la práctica clínica, debería ser manejado de una manera básica e independiente por el personal médico en general; puesto que las causas de este síndrome son en su mayoría orgánicas. Según la Sociedad de Medicina Hospitalaria con base en Philadelphia, Estados Unidos; el *delirium* debería poder ser manejado por un médico

de atención primaria u hospitalario, siendo ameritado el apoyo de un especialista psiquiátrico ante casos de difícil manejo como agitación extrema que amenace la vida del paciente o que requieran dosis altas de psicofármacos (Todd & Teale, 2017; Nichani et al., 2017; Oldham et al., 2018; Mattison, 2020).

El instrumento CAM (Método de Evaluación de la Confusión) es la herramienta más usada a nivel mundial por su alta sensibilidad y especificidad, y solo requiere de 5 a 7 minutos para aplicarse (De & Wand, 2015; Rieck, Pagali & Miller, 2020). Solo un 25 % (n=37) refirió utilizarlo de manera rutinaria, demostrando la falta de estandarización en el diagnóstico de *delirium*; sin embargo, también se puede deber a que el uso de esta herramienta no es tan difundida ni enseñada en las escuelas de medicina. El uso de métodos de tamizaje es importante para la detección temprana de este síndrome pues repercute a largo plazo en la función cognitiva, ejecutiva y sensoriomotora del paciente (Outen, & Akintade, 2019).

Por otro lado, solo el 31,1 % (n=46) del total de participantes, refirió sentirse “confiado” o “bastante confiado” para prescribir antipsicóticos ante un *delirium* hiperactivo, pudiendo estar relacionado a la frecuente demanda de interconsultas de apoyo al manejo para este síndrome en el hospital (Yu et al., 2023). En cuanto a prácticas no farmacológicas, el 86,5 % (n=128), refirió utilizar al menos una intervención no farmacológica, siendo la más usualmente usada el fomentar la presencia de un familiar del paciente. Sin embargo, una práctica sencilla de realizar como la de informar diariamente día y fecha a los pacientes, fue la medida menos usada.

En un estudio similar realizado por Ertugrul y cols. en el que se evaluaron enfermeras de UCI se describe que a pesar de que habían respondido en su mayoría el uso de medidas alternativas a las medidas restrictivas en el manejo del *delirium*, sólo un tercio tenían sugerencias sobre dichos métodos alternativos; y esas sugerencias eran, principalmente, el uso de sedación (Ertugrul, & Özden, 2021). Las medidas restrictivas y sedantes son habitualmente usadas ante estos pacientes de manera prematura, tanto en el nuestro como en otros medios. Frente a eso, las guías de manejo de *delirium* recomiendan disminuir el uso de sedación debido a los riesgos que conlleva respecto a deterioro cognitivo, complicaciones psicológicas y mortalidad (Vincent et al., 2016).

Limitaciones del estudio

En el instrumento no se recopiló datos sobre la presencia de educación reciente recibida acerca de *delirium*. Por lo tanto, no se puede conocer si los resultados obtenidos fueron influenciados por la reciente revisión del tema por los participantes. Así mismo, al no existir una recompensa, los participantes no tendrían un incentivo para obtener un puntaje alto en el cuestionario. Además, el análisis de la estructura del instrumento tuvo resultados mixtos, encontrándose una baja consistencia interna, lo cual indica la necesidad de mejorar el instrumento. Por último, al ser un estudio de carácter descriptivo, no realizamos una validación psicométrica completa antes de aplicar nuestro instrumento. Esto limita la aplicabilidad de nuestro instrumento, pero no afecta los hallazgos individuales obtenidos.

Conclusión

Nuestro instrumento permitió describir los conocimientos, actitudes y prácticas del personal médico en un hospital público a pesar de contar con una validación psicométrica parcial. En este estudio, se evidenciaron deficiencias en conocimientos y en el uso de medidas no farmacológicas, factores condicionantes para un diagnóstico tardío y por consiguiente un manejo inadecuado. Asimismo, recomendamos continuar con la investigación del *delirium* en áreas de hospitalización no-UCI.

Conflictos de intereses: este artículo no recibió financiamiento externo. Los autores declaran no presentar conflictos de interés.

Referencias bibliográficas

- Arachchi, T. M. J., & Pinto, V. (2021). Understanding the Barriers in *Delirium* Care in an Intensive Care Unit: A Survey of Knowledge, Attitudes, and Current Practices among Medical Professionals Working in Intensive Care Units in Teaching Hospitals of Central Province, Sri Lanka. *Indian journal of critical care medicine: peer-reviewed, official publication of Indian Society of Critical Care Medicine*, 25(12), 1413–1420. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10071-24040>
- Baessler, F., Ciprianidis, A., Rizvi, A. Z., Weidlich, J., Wagner, F. L., Klein, S. B., Baumann, T. C., Nikendei, C., & Schultz, J. H. (2019). Delirium: Medical Students' Knowledge and Effectiveness of Different Teaching Methods. *The American journal of geriatric psychiatry: official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 27(7), 737–744. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2019.03.003>
- Blazer, D. G., & van Nieuwenhuizen, A. O. (2012). Evidence for the diagnostic criteria of delirium: an update. *Current opinion in psychiatry*, 25(3), 239–243. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283523ce8>
- Bulger, S. M., & Housner, L. D. (2007). Modified Delphi Investigation of Exercise Science in Physical Education Teacher Education. *Journal of Teaching in Physical Education*, 26(1), 57–80. <https://doi.org/10.1123/jtpe.26.1.57>
- Davis, D., & MacLulich, A. (2009). Understanding barriers to delirium care: a multicentre survey of knowledge and attitudes amongst UK junior doctors. *Age and ageing*, 38(5), 559–563. <https://doi.org/10.1093/ageing/afp099>
- De, J., & Wand, A. P. (2015). Delirium Screening: A Systematic Review of Delirium Screening Tools in Hospitalized Patients. *The Gerontologist*, 55(6), 1079–1099. <https://doi.org/10.1093/geront/gnv100>
- Ely, E. W., Stephens, R. K., Jackson, J. C., Thomason, J. W., Truman, B., Gordon, S., Dittus, R. S., & Bernard, G. R. (2004). Current opinions regarding the importance, diagnosis, and management of delirium in the intensive care unit: a survey of 912 healthcare professionals. *Critical care medicine*, 32(1), 106–112. <https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000098033.94737.84>
- Ertuğrul, B., & Özden, D. (2021). Nurses' knowledge and attitudes regarding physical restraint in Turkish intensive care units. *Nursing in critical care*, 26(4), 253–261. <https://doi.org/10.1111/nicc.12541>
- Fernández-Villa, T., Molina, A. J., García-Martín, M., Llorca, J., Delgado-Rodríguez, M., & Martín, V. (2015). Validation and psychometric analysis of the Internet Addiction Test in Spanish among college students. *BMC public health*, 15, 953. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2281-5>
- Goodson, C. M., Chang, Y., & Arora, R. C. (2018). What type of delirium would you like: Hyperactive, hypoactive, or mixed? None, thanks. *The Journal of thoracic and cardiovascular surgery*, 155(1), 240–241. <https://doi.org/10.1016/j.jtcvs.2017.09.005>
- Hare, M., Wynaden, D., McGowan, S., Landsborough, I., & Speed, G. (2008). A questionnaire to determine nurses' knowledge of delirium and its risk factors. *Contemporary nurse*, 29(1), 23–31. <https://doi.org/10.5172/conu.673.29.1.23>
- Hooper, D., Coughlan, J., & Mullen, M. R. (2008). Structural Equation Modelling: Guidelines for determining model fit. *The Electronic Journal of Business Research Methods*, 6(1). <https://doi.org/10.21427/d7cf7r>
- Hübscher, A., & Isenmann, S. (2016). Delir: Konzepte, Ätiologie und klinisches Management [Delirium: Concepts, Etiology, and Clinical Management]. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 84(4), 233–244. <https://doi.org/10.1055/s-0042-104502>
- Lama Valdivia, J., Varela Pinedo, L., & Ortiz Saavedra, P. J. (2002). Prevalencia y factores de riesgo del estado confusional agudo en el adulto mayor en una sala de emergencias médicas. *Revista Médica Herediana*, 13(1), 10–18.
- Maldonado, J. R. (2015). *Delirium*. In Oxford University Press eBooks (pp. 823–907). <https://doi.org/10.1093/med/9780199731855.003.0041>
- Maldonado, J. R. (2017). Acute Brain Failure: Pathophysiology, Diagnosis, Management, and Sequelae of Delirium. *Critical care clinics*, 33(3), 461–519. <https://doi.org/10.1016/j.ccc.2017.03.013>
- Maldonado, J. R. (2018). Delirium pathophysiology: An updated hypothesis of the etiology of acute brain failure. *International journal of geriatric psychiatry*, 33(11), 1428–1457. <https://doi.org/10.1002/gps.4823>
- Marcantonio, E. R., Kiely, D. K., Simon, S. E., John Orav, E., Jones, R. N., Murphy, K. M., & Bergmann, M. A. (2005). Outcomes of older people admitted to postacute facilities with delirium. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(6), 963–969. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53305.x>
- Mattison, M. L. P. (2020). Delirium. *Annals of internal medicine*, 173(7), ITC49–ITC64. <https://doi.org/10.7326/AITC202010060>
- Nichani, S., Fitterman, N., Lukela, M., Crocker, J., & Society of Hospital Medicine (2017). The Core Competencies in Hospital Medicine 2017 Revision. Section 2: Procedures. *Journal of hospital medicine*, 12(4 Suppl 1), S44–S54. <https://doi.org/10.12788/jhm.2728>
- Oldham, M. A., Flanagan, N. M., Khan, A., Boukrina, O., & Marcantonio, E. R. (2018). Responding to Ten Common Delirium Misconceptions With Best Evidence: An Educational Review for Clinicians. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*, 30(1), 51–57. <https://doi.org/10.1176/appi.neuropsych.17030065>
- Outen, K., & Akintade, B. F. (2019). Implementation of the Confusion Assessment Method for Noncritically Ill Adult Patients. *Critical care nursing clinics of North America*, 31(4), 475–480. <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2019.07.002>

Penfield, R. D., & Giacobbi, P. R., Jr. (2004). Applying a score confidence interval to Aiken's item Content-Relevance Index. *Measurement in Physical Education and Exercise Science*, 8(4), 213–225. https://doi.org/10.1207/s15327841mpee0804_3

Rieck, K. M., Pagali, S., & Miller, D. M. (2020). Delirium in hospitalized older adults. *Hospital practice (1995)*, 48(sup1), 3–16. <https://doi.org/10.1080/21548331.2019.1709359>

Rowley-Conwy, G. (2017). Critical care nurses' knowledge and practice of delirium assessment. *British journal of nursing (Mark Allen Publishing)*, 26(7), 412–417. <https://doi.org/10.12968/bjon.2017.26.7.412>

Selim, A. A., & Ely, E. W. (2017). Delirium the under-recognised syndrome: survey of healthcare professionals' awareness and practice in the intensive care units. *Journal of clinical nursing*, 26(5-6), 813–824. <https://doi.org/10.1111/jocn.13517>

Todd, O. M., & Teale, E. A. (2017). Delirium: a guide for the general physician. *Clinical medicine (London, England)*, 17(1), 48–53. <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.17-1-48>

Trogrlić, Z., Ista, E., Ponssen, H. H., Schoonderbeek, J. F., Schreiner, F., Verbrugge, S. J., Dijkstra, A., Bakker, J., & van der Jagt, M. (2017). Attitudes, knowledge and practices concerning delirium: a survey among intensive care unit professionals. *Nursing in critical care*, 22(3), 133–140. <https://doi.org/10.1111/nicc.12239>

Vincent, J. L., Shehabi, Y., Walsh, T. S., Pandharipande, P. P., Ball, J. A., Spronk, P., Longrois, D., Strøm, T., Conti, G., Funk, G. C., Badenes, R., Mantz, J., Spies, C., & Takala, J. (2016). Comfort and patient-centred care without excessive sedation: the eCASH concept. *Intensive care medicine*, 42(6), 962–971. <https://doi.org/10.1007/s00134-016-4297-4>

Yu, D., Moody, J., Singer, A. G., Sareen, J., & Hensel, J. (2023). Psychiatric consultation: Characteristics, satisfaction, and perceived opportunities among referrers to a 1-time service. *Canadian family physician Medecin de famille canadien*, 69(7), 481–489. <https://doi.org/10.46747/cfp.6907481>

ANEXO

Instrumento para evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el diagnóstico y manejo del delirium en el Hospital Cayetano Heredia

N° Ítem	Pregunta	Alternativas de respuesta
Parte II: Conocimientos		
1	La característica distintiva del delirium es	A. Alteración cognitiva aguda B. Presencia de alucinaciones visuales C. Alteración aguda de la atención D. Presencia de agitación psicomotriz
2	La inversión del ciclo sueño-vigilia es habitual en los pacientes con delirium:	A. V B. F
3	Los pacientes con delirium hiperactivo son física o verbalmente agresivos:	A. V B. F
4	El déficit visual/auditivo incrementa el riesgo de delirium:	A. V B. F
5	Marque la alternativa que menciona un factor predisponente (condición previa de vulnerabilidad) de delirium:	A. Sepsis B. Demencia C. Hipoglicemia
6	Marque la alternativa que menciona un factor precipitante (factor desencadenante) de delirium:	A. Trastorno depresivo B. Hiponatremia C. Desnutrición crónica
7	Para diferenciar demencia de delirium, marque la alternativa correcta:	A. El delirium tiende a ser crónico y progresivo mientras que la demencia tiende a ser fluctuante B. El delirium tiene inicio gradual y la demencia tiene un inicio agudo C. Usualmente la atención no está alterada en la demencia, mientras que si lo está en el delirium
8	Marque lo correcto sobre los tipos de delirium:	A. El delirium hiperactivo es más frecuente que el hipoactivo B. El delirium hipoactivo se asocia con un peor pronóstico C. El delirium hiperactivo es más difícil de diagnosticar

Instrumento para evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el diagnóstico y manejo del delirium en el Hospital Cayetano Heredia

Parte III: Actitudes		
9	¿Cree usted que el delirium es un síndrome que debería ser manejado por un psiquiatra?:	A. Sí B. No
N° Ítem	Pregunta	Alternativas de respuesta
10	¿Suele usted utilizar el Método para la evaluación de la confusión (CAM, del inglés <i>Confusion Assessment Method</i>) como herramienta para diagnosticar delirium?:	A. Sí B. No
11	En caso que evalúe un paciente en el que usted sospeche de delirium de tipo hiperactivo, ¿qué tan confiado se siente al indicar neurolépticos típicos (Ej. Haloperidol) de manera independiente de las sugerencias de un especialista en psiquiatría?: (marque una sola alternativa)	muy poco confiado poco confiado regularmente confiado confiado bastante confiado
Parte IV: Prácticas		
12	¿Qué intervenciones no farmacológicas usa regularmente en el manejo del delirium?: (marque una o más alternativas)	Iniciar movilización temprana Procurar no interrupciones de sueño nocturno por procedimientos de enfermería Informar día y fecha al paciente diariamente Fomentar la presencia constante de un familiar del paciente (cuando las condiciones sanitarias lo permitan) No he utilizado ninguna de las anteriores

volver al índice