



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD CENTRO
MÉDICO NACIONAL “SIGLO XXI” HOSPITAL DE
ESPECIALIDADES
“DR. BERNARDO SEPÚLVEDA GUTIÉRREZ”**

**“PREVALENCIA DE DELIRIUM NO DIAGNOSTICADO EN LOS SERVICIOS
DE NEUROCIRUGIA Y MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE
ESPECIALIDADES “DR. BERNARDO SEPÚLVEDA GUTIERREZ”,
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI, IMSS, EN LOS MESES DE
MAYO Y JUNIO DEL 2025”**

TESIS

**PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA
ESPECIALIDAD DE PSIQUIATRÍA**

PRESENTA

DRA. MELISSA GUADALUPE MONTOYA LÓPEZ

TUTOR Y ASESOR DE TESIS:

DR. DAVIS COOPER BRIBIESCA

**MÉDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL DE
ESPECIALIDADES “DR. BERNARDO SEPÚLVEDA GUTIÉRREZ”, CENTRO
MÉDICONACIONAL SIGLO XXI, IMSS**

CIUDAD DE MÉXICO, JULIO, 2025.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres que desde el principio me ayudaron en esta carrera y todo lo que ello implica, a mis abuelas, y a las mujeres antes de mí que no tuvieron la oportunidad y/o libertad para estudiar y hacer lo que ellas hubieran deseado con su futuro. Y a Dios, que sin él no hubiera llegado a ser la persona que ahora termina este grado académico. Y a mí, por mi fuerza y perseverancia para ir por lo que quiero.

INDICE

	TEMA	PAGINA
1	RESUMEN	6
1.1	IDENTIFICACIÓN DE AUTORES	8
2	MARCO TEÓRICO	9
2.1	ANTECEDENTES HISTÓRICOS	9
2.2	INTRODUCCION Y EPIDEMIOLOGIA	9
2.3	DEFINICIONES	13
2.4	DIAGNÓSTICO	15
2.5	PRUEBAS CLINIMÉTRICAS	17
2.6	GENERALIDADES DEL TRATAMIENTO	18
2.7	MORTALIDAD Y CONSECUENCIAS A LARGO PLAZO DEL DELIRUM	18
3	JUSTIFICACIÓN	19
4	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	20
5	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	20
6	HIPOTESIS	20
7	OBJETIVOS	21
7.1	OBJETIVO GENERAL	21
7.2	OBJETIVO ESPECÍFICOS	21
8	MATERIALES Y MÉTODOS	21
8.1	UNIVERSO DE ESTUDIO	21
8.2	PARTICIPANTES	22
8.3	CRITERIOS DE INCLUSION	22
8.4	CRITERIOS DE NO INCLUSION	22
8.5	CRITERIOS DE ELIMINACIÓN	22
8.6	MÉTODO DE MUESTREO	22
8.7	TIPO DE INVESTIGACIÓN	23
8.8	INSTRUMENTO DE EVALUCIÓN	23
9	ANÁLISIS ESTADISTICO	23
10	DEFINICIÓN DE VARIABLES	24
11	ASPECTOS ÉTICOS	27
12	RECURSOS Y FACTIBILIDAD	33
12.1	RECURSOS HUMANOS	33
12.2	RECURSOS MATERIALES	33
12.3	RECURSOS FINANCIEROS	34
12.4	FACTIBILIDAD	34
13	RESULTADOS	34
14	DISCUSION	41
15	CONCLUSION	43
16	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	44
17	BIBLIOGRAFIA	45
18	ANEXOS	42
18.1	ESCALA DRS-98	42
18.2	HOOJA DE VACIADO DE RESULTADOS	47
18.3	CONSENTIMIENTO INFOMADO	48

1.-RESUMEN

Introducción:

El delirium es un síndrome neurocognitivo frecuente pero a menudo no reconocido en pacientes hospitalizados, especialmente en adultos mayores. Su presencia se relaciona con un incremento en la mortalidad, el deterioro funcional y cognitivo, así como con mayores tasas de institucionalización. Se caracteriza por una alteración aguda y fluctuante de la atención y el nivel de conciencia, acompañada de cambios en las funciones cognitivas. Su prevalencia reportada en pacientes hospitalizados varía entre 10–31%, alcanzando cifras de 30–80% en unidades de cuidados intensivos y en pacientes sometidos a cirugías mayores. En Latinoamérica los estudios muestran prevalencias de 10–21%, y en México se han reportado valores cercanos al 12%.

Objetivo: Estimar la prevalencia de delirium no diagnosticado en los servicios de Neurocirugía y Medicina Interna del Hospital de Especialidades “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez”, CMN Siglo XXI, IMSS, durante mayo y junio de 2025, mediante la escala DRS-R-98.

Pacientes y métodos: Se diseñó un estudio descriptivo, observacional y transversal. Se incluyeron todos los pacientes hospitalizados en los servicios de Neurocirugía y Medicina Interna de la unidad durante el periodo de estudio, a quienes se aplicó la Delirium Rating Scale-Revised-98 (DRS-R-98). Se excluyeron aquellos con condiciones clínicas que impedían la evaluación.

Análisis estadístico: Se integró una base de datos en Excel y se procesaron los datos utilizando el software estadístico JAMOVI. Se aplicó un análisis descriptivo de las variables demográficas y clínicas: se calcularon frecuencias y porcentajes para las variables categóricas, y medidas de tendencia central y dispersión para las numéricas. La prevalencia de delirium no diagnosticado se estimó mediante la proporción de casos positivos en la escala DRS-R-98 respecto al total de

pacientes evaluados. Asimismo, se describió la severidad del cuadro en los casos positivos con base en la puntuación total obtenida en dicha escala.

Resultados: Se evaluaron 41 pacientes; 5 casos fueron positivos para delirium no diagnosticado, lo que corresponde a una prevalencia de 12.2%. Ocho pacientes fueron excluidos por imposibilidad de aplicar la escala. El 56.1% de los participantes pertenecían a Neurocirugía y el 43.9% a Medicina Interna. Se identificó polifarmacia en el 73.2% de la muestra.

Conclusión: El estudio encontró una prevalencia de delirium no reconocido del 12.2%, comparable con reportes nacionales e internacionales. La DRS-R-98 resultó útil para detectar y graduar la severidad del cuadro; sin embargo, el punto de corte ≥ 15 podría subestimar casos hipoactivos en la población local, sugiriendo la necesidad de evaluar ajustes en estudios posteriores. Los hallazgos refuerzan la importancia de implementar protocolos de detección sistemática en salas generales para identificar tempranamente estos casos y prevenir complicaciones asociadas.

IDENTIFICACIÓN DE AUTORES

1.-DATOS DEL ALUMNO	
APELLIDO PATERNO	MONTOYA
APELLIDO MATERNO	LOPEZ
NOMBRE	MELISSA GUADALUPE
TELÉFONO	6671077496
UNIVERSIDAD	UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD O ESCUELA	FACULTAD DE MEDICINA
CARRERA / ESPECIALIDAD	ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRIA
NÚMERO DE CUENTA	522236275
CORREO ELECTRÓNICO	Assilem1818@gmail.com
2.-DATOS DE LOS TUTORES	
TUTOR PRINCIPAL	NOMBRE: DAVIS COOPER BRIBIESCA
	ESPECIALIDAD: MÉDICO PSIQUIATRA
	MÉDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES Y PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE PSIQUIATRIA DEL HOSPITAL: "DR. BERNARDO SEPÚLVEDA Gutiérrez", Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS
	Tel.: 55 5409 0543
	Correo: coop_2000@yahoo.com

2.-MARCO TEÓRICO

Delirium

Antecedentes Históricos

Los primeros registros históricos de delirium se remontan a Hipócrates, quien aproximadamente en el año 500 a. C. utilizó el término 'frenitis' para describir un cuadro caracterizado por la aparición súbita de alteraciones en la conducta, trastornos del sueño y compromiso cognitivo acompañados de fiebre. Más adelante, en el primer siglo, Celso documentó síntomas semejantes pero sin relacionarlos necesariamente con procesos febriles, constituyendo una de las primeras descripciones no vinculadas a infecciones. El término 'delirium' deriva del latín 'delirare', que significa literalmente 'salirse del surco' [1]. Durante la Edad Media, Procopio describió formas clínicas acompañadas de alucinaciones y propuso una división entre variantes hiperactivas (marcadas por agitación, insomnio y comportamiento agresivo) e hipoactivas (con letargia, disminución del nivel de conciencia e incluso coma) [2].

Introducción y Epidemiología

El delirium constituye un síndrome neurocognitivo de alta prevalencia en pacientes hospitalizados, especialmente en adultos mayores, y con frecuencia pasa inadvertido. Se asocia con deterioro funcional y cognitivo a largo plazo, incremento en la mortalidad y mayor probabilidad de institucionalización. La identificación temprana y la implementación de medidas preventivas no farmacológicas son fundamentales para reducir su impacto [3]. Clínicamente se caracteriza por un inicio abrupto y curso fluctuante de alteraciones en la atención y el nivel de conciencia, acompañadas de déficits en las funciones cognitivas. Entre sus subtipos se describen el hipoactivo, con baja

respuesta motora y nivel de alerta reducido; el hiperactivo, con agitación y mayor actividad psicomotora; y el mixto, que alterna entre ambos patrones a lo largo de la evolución [4].

El delirium es un cuadro clínico que se presenta con frecuencia en pacientes hospitalizados, en particular en personas de edad avanzada. La prevalencia descrita en este grupo oscila entre 10 y 31%, con una incidencia considerablemente mayor en unidades de cuidados intensivos y en pacientes sometidos a cirugías de gran magnitud, donde se han reportado cifras entre 30 y 80% [1].

Este síndrome se asocia a desenlaces adversos tanto para el paciente como para el sistema de salud. Diversas revisiones han evidenciado un aumento de la mortalidad, deterioro de las funciones cognitivas y mayor dependencia funcional. Como consecuencia, se incrementan las tasas de institucionalización, el riesgo de caídas accidentales y los costos globales en la atención médica [1]

En la Ciudad de México, un estudio de prevalencia realizado en el Hospital Ángeles Pedregal reportó que la incidencia de delirium postoperatorio en la Unidad de Terapia Intensiva fue de 21.4%. En los pacientes en vigilancia postquirúrgica inmediata, la incidencia alcanzó el 45%, llegando hasta 50% en aquellos que permanecían en hospitalización convencional [5].

En Latinoamérica, las investigaciones han documentado prevalencias que oscilan entre 10% y 21.3%. En México, un trabajo publicado en 2003 identificó una prevalencia de delirium de 12% durante la estancia hospitalaria; de estos, la mitad correspondía a pacientes sometidos a cirugía [6].

Otro análisis efectuado en el CMN Siglo XXI en 2012, enfocado en población postoperada mayor de 60 años, encontró una prevalencia de delirium postquirúrgico de 10.94%. Este resultado fue comparable con los reportes para pacientes hospitalizados en Latinoamérica (10–15%), en España (11.9%) y en México (12%). El estudio de Villalpando señaló además que más de la mitad de los casos correspondían a pacientes intervenidos quirúrgicamente [7].

La frecuencia del delirium muestra una amplia variabilidad dependiendo de la población estudiada y el contexto hospitalario. En adultos mayores ingresados en salas médicas generales, se considera una complicación frecuente. Un metaanálisis publicado en 2020, que analizó 33 estudios de pacientes hospitalizados, reportó una prevalencia global de 23% para este síndrome [1]. Estas cifras pueden modificarse en función del tipo de procedimiento quirúrgico: se han observado valores bajos de un solo dígito en personas clínicamente estables sometidas a cirugías menores electivas, mientras que en pacientes de alto riesgo sometidos a cirugías mayores, sobre todo en contexto de urgencia, las tasas pueden superar el 20% [1].

El tipo de cirugía y su duración constituyen factores determinantes en la prevalencia postoperatoria. Tras cirugías cardíacas, se ha descrito una incidencia entre 13.5% y 21%, mientras que en procedimientos no cardíacos electivos varía de 5% a 15%. Las intervenciones prolongadas, como la cirugía vascular de más de 10 horas y la cirugía oral, han mostrado prevalencias de 36% y 42%, respectivamente. En el caso de la cirugía abdominal, los valores van de 17% a 51%, observándose diferencias notables entre procedimientos abiertos (17%) frente a laparoscópicos (2%). Para colon y recto se han documentado cifras de 21%, para cirugías urológicas 12%, para reemplazo de cadera 35% y hasta un 73% en pacientes sometidos a trasplante renal [7].

En otros entornos hospitalarios también se reportan tasas elevadas. Tras un evento cerebrovascular agudo, una revisión sistemática de 32 estudios realizada en 2019 encontró una prevalencia de 25%. En el contexto de cuidados paliativos, este síndrome alcanza proporciones aún mayores: una revisión informó incidencias entre 59% y 88% en pacientes hospitalizados durante las semanas finales de vida [1].

En los servicios de urgencias, se estima que alrededor del 10% de los adultos mayores presentan delirium. Las tasas más altas de prevalencia e incidencia se observan en pacientes críticos atendidos

en unidades de cuidados intensivos, en el periodo postoperatorio inmediato o en quienes reciben cuidados paliativos, donde la incidencia puede alcanzar o incluso superar el 80%. En las salas de hospitalización general, las cifras globales suelen situarse entre 30% y 50% [3].

Entre los principales factores asociados al desarrollo de delirium en pacientes hospitalizados se encuentra la edad avanzada. En población mayor, la prevalencia reportada oscila entre 10% y 31%, con una frecuencia significativamente mayor en unidades de terapia intensiva y en quienes presentan fractura de cadera, donde los valores documentados varían de 30% a 80% [1].

Una revisión sistemática publicada en 2023 encontró que aproximadamente la mitad de los pacientes hospitalizados de 65 años o más presentan delirium. Entre 15% y 25% de los adultos mayores desarrollan este cuadro tras una cirugía mayor electiva, alcanzando cifras de hasta 50% después de procedimientos de alto riesgo como la reparación de fractura de cadera o la cirugía cardíaca [8].

El delirium puede clasificarse en tres subtipos principales con prevalencias específicas [9,4]:

1. **Delirium hipoactivo:** se presenta en aproximadamente 19–25% de los casos. Se caracteriza por enlentecimiento psicomotor, bradipsiquia, bradilalia, letargo, inhibición y tendencia al sueño. Este subtipo suele pasar desapercibido tanto para los familiares como para el personal sanitario, lo que favorece su subdiagnóstico, y en ocasiones puede confundirse con cuadros de demencia [4,10].
2. **Delirium hiperactivo:** afecta a cerca de 15–25% de los pacientes con delirium y es menos común en adultos mayores. Se distingue por episodios de agitación psicomotriz, presencia de alucinaciones, delirios y en algunos casos conductas agresivas. Debido a la evidencia clínica tan notoria, suele ser identificado con mayor facilidad [4,16].

3. **Delirium mixto:** es la variante más habitual, representando entre 35% y 50% de los casos. Se caracteriza por la alternancia de síntomas de los tipos hipoactivo e hiperactivo durante el curso clínico [6].

Definiciones

En la literatura se describen múltiples definiciones de delirium; entre las más utilizadas se encuentran:

1.-Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-5-TR): define al delirium como un trastorno caracterizado por alteraciones del nivel de conciencia, la atención y la cognición, acompañadas en ocasiones de cambios conductuales. Se desarrolla en un corto lapso (horas o días) y presenta un curso fluctuante a lo largo del día. Habitualmente es consecuencia de una condición médica subyacente, frecuentemente asociada a factores precipitantes como infecciones, intoxicaciones, abstinencia de sustancias, alteraciones metabólicas o traumatismos [4].

2.-PRIMER de delirium, Revista Nature: describe al delirium como una alteración aguda de la atención, la conciencia y la cognición, secundaria a una condición médica y que no se explica por un trastorno neurocognitivo previo [2].

3.-Definición general: se reconoce como un síndrome neuropsiquiátrico de inicio súbito caracterizado por disminución de la conciencia, déficit atencional y alteración cognitiva con fluctuaciones en intensidad a lo largo del tiempo. Generalmente es reversible al corregir la causa subyacente y, a diferencia de un trastorno neurocognitivo mayor, se distingue por su inicio agudo, curso variable y potencial de reversibilidad [8].

4.-Existe un subtipo clínico de delirium en el que los pacientes manifiestan uno o dos síntomas compatibles con el cuadro, pero no cumplen con todos los criterios diagnósticos establecidos. Este

puede ser pasado por alto, especialmente cuando predominan manifestaciones negativas como la falta de atención o el embotamiento afectivo [11].

5.- El delirium postoperatorio (DPO) es una alteración aguda de las funciones cognitivas, particularmente de la atención, que se presenta tras un procedimiento quirúrgico. Se caracteriza por trastornos en el nivel de conciencia, desatención y alteraciones en el ritmo sueño-vigilia. A menudo afecta a individuos con factores predisponentes, entre los cuales la edad avanzada es uno de los más relevantes [10].

Otras definiciones:

6. Adulto mayor: Según la Organización Mundial de la Salud, en los países en desarrollo se considera adulto mayor a toda persona a partir de los 60 años, mientras que en los países desarrollados se establece este umbral en los 65 años. Esta etapa vital se asocia con transformaciones biológicas, psicológicas y sociales que pueden influir de manera significativa en el bienestar del individuo [12].

7.- PHEDS: La Plataforma de Hospitalización del Ecosistema Digital en Salud (PHEDS) es una herramienta digital diseñada para apoyar al personal de salud. Su función es estandarizar la atención hospitalaria, facilitar el trabajo colaborativo, optimizar la asignación de camas, reducir registros duplicados y mejorar la seguridad en el manejo de la información [13].

Diagnóstico

De acuerdo con el *DSM-5-TR*, los criterios actuales para establecer el diagnóstico de delirium son los siguientes [4]:

A. Alteración de la atención y de la conciencia

- Se observa una disminución notable en la capacidad para enfocar, sostener o redirigir la atención.
- Existe un compromiso en el nivel de conciencia que se traduce en una percepción reducida del entorno. Esto puede manifestarse como desorientación, incapacidad para reconocer eventos que ocurren alrededor o dificultad para comprender la situación actual.

B. Inicio agudo y curso fluctuante

- El cuadro aparece de forma repentina, desarrollándose en cuestión de horas o pocos días.
- La sintomatología presenta variaciones a lo largo de la jornada; puede intensificarse o atenuarse en diferentes momentos. Por ejemplo, algunos pacientes muestran mayor confusión por la mañana y mayor claridad en la tarde, o viceversa.

C. Causas subyacentes identificables

- El delirium se debe a una causa médica específica, que puede ser una enfermedad, infección, intoxicación por sustancias, abstinencia de drogas, alteraciones metabólicas o efectos de fármacos.
- El diagnóstico del delirium requiere que se identifique una causa subyacente, que puede ser un trastorno médico agudo o un factor ambiental, como el estrés físico o la hospitalización.

D. No puede explicarse mejor por otro trastorno neurocognitivo

- Los síntomas del delirium no deben explicarse mejor por otro trastorno neurocognitivo, como la demencia, en la que los síntomas son más persistentes y no fluctúan de la misma manera.

- **Criterios adicionales:**
- **E. Causa médicamente identificable:** Se debe determinar que el delirium es el resultado de una afección médica específica, como infecciones graves (por ejemplo, neumonía), intoxicaciones o efectos secundarios de medicamentos, enfermedades metabólicas (por ejemplo, insuficiencia renal o hepática) o traumas físicos.
- **F. Curso temporal:** El delirio suele tener un curso rápido y tiende a resolverse una vez que la causa subyacente se trata adecuadamente, aunque la recuperación puede llevar algún tiempo.
- **Especificadores:**

El DSM-5-TR también proporciona especificadores para el delirio, que pueden indicar el tipo de curso de la enfermedad o si hay características particulares asociadas:

1. **Delirium hiperactivo:** Caracterizado por agitación, inquietud y conducta excesiva.
2. **Delirium hipoactivo:** Caracterizado por somnolencia excesiva, letargo o disminución de la respuesta a estímulos.
3. **Delirium mixto:** Presenta fluctuaciones entre los dos tipos anteriores (hiperactivo e hipoactivo). [4]

Pruebas clinimétricas

En la actualidad se dispone de diversas herramientas clinimétricas que facilitan la identificación objetiva del delirium. Entre ellas, una de las más utilizadas es el Confusion Assessment Method (CAM), desarrollado por Inouye y colaboradores en 1990, que ha demostrado una sensibilidad

cercana al 94% y una especificidad de entre 90% y 95%. Esta escala evalúa aspectos clave como el inicio súbito, la variación del estado mental a lo largo del día, la alteración de la atención, el pensamiento desorganizado (ideas incoherentes) y los cambios en el nivel de conciencia [11].

Aunque el tamizaje puede hacerse mediante instrumentos como CAM, CAM-UCI o ICDRS, el diagnóstico formal de delirium debe establecerse conforme a los criterios del DSM-5-TR o la CIE-11. En situaciones en las que el diagnóstico no es claro, se recomienda la participación de especialistas capacitados, como psiquiatras o médicos de medicina psicosomática, para confirmar el cuadro [14].

Para la valoración de la severidad, escalas específicas como el Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS) y la Delirium Rating Scale-Revised-98 (DRS-R-98) son preferidas, ya que están diseñadas para medir la intensidad del delirium y han demostrado buena validez, además de sensibilidad a los cambios clínicos [1,14].

La DRS-R-98, desarrollada por Trzepacz et al. en 2001 en Estados Unidos, permite evaluar de forma integral las características clínicas del síndrome. Está compuesta por 16 ítems (13 de severidad y tres de diagnóstico) y se utiliza tanto para la detección como para el seguimiento de la evolución del cuadro. Un puntaje superior a 15 se considera indicativo de delirium [15].

La Delirium Rating Scale-Revised-98 (DRS-R-98) fue validada contrastando pacientes con delirium frente a grupos con demencia, esquizofrenia, depresión y otros diagnósticos, mediante evaluadores psiquiatras enmascarados al diagnóstico real. La escala logró diferenciar de manera significativa el delirium respecto a estas otras condiciones ($P < .001$) [16].

La DRS-R-98 ofrece una evaluación amplia y versátil de los síntomas característicos del delirium, lo que favorece su aplicación tanto en la práctica clínica como en el ámbito de investigación. La

herramienta cuantifica la severidad de los síntomas sin considerar las causas subyacentes; por ello, comorbilidades preexistentes pueden incrementar algunos puntajes, como ocurre con la disfasia en el ítem de lenguaje. No obstante, la utilización de valoraciones repetidas en el tiempo permite distinguir los efectos de estas condiciones preexistentes tras la resolución del episodio de delirium. Durante su validación se incluyeron pacientes con retraso mental y trastorno cognoscitivo no especificado, lo que sugiere que mantiene su fiabilidad incluso en presencia de estos factores de confusión. La escala admite información complementaria de diferentes fuentes (equipo de enfermería, familiares, evolución clínica) además de la exploración directa [16].

Generalidades del tratamiento

Además de las estrategias conductuales no farmacológicas, el uso de medicamentos continúa siendo una alternativa terapéutica relevante, y en algunos casos indispensable, para controlar los síntomas asociados al delirium. Entre los objetivos del manejo farmacológico se incluyen la reducción de la agitación, la ansiedad, las alteraciones en el ciclo sueño-vigilia y las manifestaciones psicóticas. Sin embargo, estos fármacos no están libres de efectos adversos, por lo que al prescribirlos es fundamental considerar las condiciones clínicas previas de cada paciente y el perfil de seguridad de cada agente.

Las revisiones sistemáticas que han evaluado la eficacia de los tratamientos farmacológicos en el delirium presentan limitaciones importantes. La mayoría de los estudios se enfocan en grupos específicos de medicamentos, como los antipsicóticos, dejando menos evidencia sobre otros agentes como estabilizadores del estado de ánimo, benzodiazepinas o inhibidores de la acetilcolinesterasa. Esto es particularmente relevante dado que el uso de antipsicóticos puede implicar riesgos adicionales en ciertas poblaciones, como los pacientes con prolongación del intervalo QTc [15].

Mortalidad y consecuencias a largo plazo

El delirium se considera uno de los síndromes geriátricos de mayor relevancia clínica, en parte porque cerca del 50% de los casos pasan desapercibidos. Su origen es multifactorial y se asocia a prolongación de la estancia hospitalaria, alcanzando hasta un 62.1%, además de un incremento de 2 a 4 veces en el riesgo de mortalidad durante el primer año. Este cuadro también contribuye a la pérdida de funcionalidad y a la necesidad de institucionalización. La detección temprana se relaciona con mejores resultados clínicos, y se estima que hasta un 40% de los episodios pueden prevenirse con intervenciones adecuadas [11].

3.-JUSTIFICACIÓN

El delirium se describe como un padecimiento neuropsiquiátrico altamente prevalente en los servicios hospitalarios de las unidades médicas de todo el mundo. Actualmente dada las variabilidades clínicas que puede presentar, llega a ser un padecimiento en varias ocasiones minimizado y subdiagnosticado. Hecho que pone en riesgo a esta población para aumentar sus días de estancia hospitalaria; complicaciones médicas asociadas a la misma, así como una mayor mortalidad y riesgo de demencia temprana a largo plazo. Por lo que el presente estudio pretende recabar la prevalencia actual de Delirium No diagnosticado en los servicios de Neurocirugía y Medicina interna del hospital de especialidades “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez”, Centro Médico Nacional siglo XXI, IMSS”, en los meses de mayo y junio del 2025, para tener una estimación de cuál es el subdiagnóstico de este padecimiento y al identificarlo, actuar en conformidad para el máximo beneficio del paciente.

4.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente los pacientes a cargo del servicio de Neurocirugía del hospital de especialidades “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez”, Centro Médico Nacional siglo XXI, IMSS, presentan una alta prevalencia de adultos con edad igual o mayor a los 60 años, post operados, con comorbilidades medicas asociadas, y Medicina Interna es otro servicio que tiene a cargo pacientes hospitalizados con múltiples complicaciones metabólicas, que juntos, presentan una población vulnerable para desarrollar delirium intrahospitalario que pudiera estar siendo pasado por alto. El presente trabajo pretende hacer un screening para diagnóstico de delirium no diagnosticado y hacer una descripción de la situación actual de este padecimiento en el hospital de especialidades “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez” CMN Siglo XXI, IMSS, en los meses de mayo y junio del 2025, empleando Clinimetría validada en el diagnóstico y severidad del Delirium (DRS-R-98), aplicada por un médico residente del 4to año de la especialidad de psiquiatría.

5.-PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la prevalencia del delirium no diagnosticado, en pacientes hospitalizados en los servicios de Neurocirugía y Medicina Interna, en el hospital de especialidades “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez” CMN Siglo XXI, IMSS, en los meses comprendidos de mayo y junio del 2025?

6.-HIPOTESIS

La prevalencia de delirium no diagnosticado en el servicio de Neurocirugía y Medicina Interna, del hospital de especialidades “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez” CMN Siglo XXI, IMSS, en los meses de mayo y junio del 2025, será similar a la encontrada en la literatura en estudios de México, con prevalencias del 10-21%. [7,6]

7.-OBJETIVOS

1.-Objetivo general

Determinar la prevalencia de delirium no diagnosticado en los servicios de neurocirugía y medicina interna del Hospital de Especialidades Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez del Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS, en los meses de mayo y junio del 2025, mediante la aplicación de la prueba DRS-R-98.

2.-Objetivos específicos

1.-Describir las características clínico-demográficas de los pacientes hospitalizados en los servicios de neurocirugía y medicina interna del Hospital de Especialidades Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez del Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS, en los meses de mayo y junio del 2025.

2.-Aplicar la escala "Delirium Rating Scale-Revised-98 (DRS-R-98)" a los pacientes hospitalizados en los servicios de neurocirugía y medicina interna del Hospital de Especialidades Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez del Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS, en los meses de mayo y junio del 2025.

8.-MATERIAL Y MÉTODOS

Universo de estudio: Pacientes hospitalizados a cargo de los servicios de Medicina Interna, y Neurocirugía del hospital de especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez" CMN Siglo XXI, IMSS, en los meses de mayo y junio del 2025.

Participantes

Todos los pacientes que se encuentren hospitalizados en el sistema PHEDS (Plataforma de Hospitalización del Ecosistema Digital en Salud), en los servicios de Medicina interna y neurocirugía, en los meses de mayo y junio del 2025, que cumplan los criterios de inclusión y exclusión del estudio.

Criterios de inclusión

Se incluyeron pacientes hospitalizados en los servicios de Neurocirugía y Medicina Interna durante los meses de mayo y junio de 2025, con edad igual o superior a 60 años, que no contaban con un diagnóstico previo de delirium registrado en expediente, ni se encontraban bajo tratamiento para dicha condición al momento de la evaluación.

Criterios de no inclusión

Fueron excluidos los pacientes hospitalizados en ambos servicios a quienes no fue posible aplicar la escala DRS-R-98 por razones clínicas o logísticas.

Criterios de eliminación

Se eliminaron del análisis aquellos pacientes que decidieron no continuar con su participación o que no completaron adecuadamente la aplicación de la escala DRS-R-98.

Método de muestreo

Se realizó una evaluación censal de todos los pacientes hospitalizados en los servicios de Neurocirugía y Medicina Interna del Hospital de Especialidades “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez” (CMN Siglo XXI, IMSS), durante los meses de mayo y junio de 2025. Las valoraciones fueron realizadas por una residente de cuarto año de la especialidad en Psiquiatría (Melissa Guadalupe Montoya López).

Tipo de investigación

Se trata de un estudio de tipo observacional, transversal y descriptivo.

Instrumento de evaluación

Se utilizó la escala Delirium Rating Scale-Revised-98 (DRS-R-98), validada para evaluar la presencia y gravedad del delirium en pacientes hospitalizados (ver Anexo 1).

9.-ANÁLISIS DE DATOS ESTADÍSTICOS

La información recolectada se integró inicialmente en una base de datos en Excel y posteriormente fue procesada utilizando el software estadístico JAMOVI.

Se efectuó un análisis descriptivo tanto de las variables demográficas como de las clínicas.

En el caso de las variables categóricas (sexo, servicio tratante, diagnóstico de delirium y presencia de polifarmacia) se calcularon frecuencias absolutas y porcentajes.

Para las variables numéricas (edad, duración de la estancia hospitalaria, número de fármacos, número de comorbilidades y puntuación de severidad del delirium) se obtuvieron medidas de tendencia central como media y mediana, así como de dispersión (desviación estándar, valores mínimos y máximos).

La prevalencia de delirium no diagnosticado se determinó mediante la proporción de pacientes que obtuvieron una puntuación positiva en la Delirium Rating Scale-Revised-98 (DRS-R-98) con respecto al total de la muestra evaluada.

En los casos identificados como positivos para delirium, se describió la severidad del cuadro utilizando la puntuación total obtenida en la escala DRS-R-98.

10.-DEFINICIÓN DE VARIABLES

➤ Variable dependiente: Presencia o ausencia de delirium

- **Definición conceptual:** El delirium se entiende como un trastorno caracterizado por alteraciones en el nivel de conciencia, la atención y la cognición, a menudo acompañado de cambios conductuales. Su inicio es agudo, desarrollándose en cuestión de horas o pocos días, y muestra un curso fluctuante a lo largo de la jornada. Generalmente se asocia a una condición médica subyacente, como infecciones, intoxicaciones, abstinencia de sustancias, trastornos metabólicos o traumatismos [4].
- **Definición operacional:** Evaluación mediante la escala DRS-R-98, considerando positivo un puntaje ≥ 15 .
- **Tipo de variable:** Nominal dicotómica.

➤ Variables confusoras: Trastorno neurocognitivo mayor

- **Definición conceptual:** Conforme al DSM-5-TR, implica un deterioro relevante adquirido en una o más funciones cognitivas, entre ellas memoria, lenguaje, atención, percepción, capacidad de resolver problemas y regulación emocional.
- **Definición operacional:** Identificación mediante revisión de diagnósticos en el expediente electrónico del paciente (PHEDS).
- **Tipo de variable:** Dicotómica.

Variables descriptivas:

➤ Edad:

- **Definición conceptual:** Periodo transcurrido desde el nacimiento de una persona hasta el momento de la evaluación.
- **Definición operacional:** Registro obtenido a partir del expediente electrónico hospitalario (PHEDS).
- **Tipo de variable:** Numérica.

➤ Sexo:

- **Definición conceptual:** Conjunto de características biológicas que distinguen a los organismos en masculino y femenino.
- **Definición operacional:** Se realizará una búsqueda en el Expediente electrónico del paciente (PHEDS).
- **Tipo de variable:** nominal

➤ Diagnóstico médico de ingreso:

- **Definición conceptual:** se define como la conclusión clínica preliminar que realiza un médico al momento de admitir a un paciente en una institución de salud, basándose en los signos, síntomas y datos disponibles durante la evaluación inicial. Este diagnóstico guía las primeras decisiones terapéuticas y el plan de atención del paciente.
- **Definición operacional:** Se realizará una búsqueda del diagnóstico de ingreso, en el Expediente electrónico del paciente (PHEDS).
- **Tipo de variable:** cualitativa o categórica.

➤ **Días de estancia hospitalaria:**

- **Definición conceptual:** se refieren al número total de días que un paciente permanece ingresado en un hospital desde su admisión hasta su alta.
- **Definición operacional:** Se realizará un recuento de los días de estancia hospitalaria del paciente, en su expediente electrónico (PHEDS)
- **Tipo de variable:** cuantitativa o numérica, discreta.

➤ **Polifarmacia:**

- **Definición conceptual:** Se refiere al uso simultáneo de múltiples medicamentos por un paciente, generalmente cinco o más, independientemente de si son prescritos o no.
- **Definición operacional:** Se realizará un recuento de los medicamentos empleados en su estancia hospitalaria, al momento de la aplicación de la escala, según las indicaciones médicas del expediente electrónico (PHEDS)
- **Tipo de variable:** cuantitativa o numérica, discreta.

➤ **Enfermedades comórbidas:**

- **Definición conceptual:** se refieren a la presencia de una o más enfermedades o condiciones de salud adicionales que ocurren de manera simultánea en una persona, además de la enfermedad primaria o principal que está siendo tratada o diagnosticada.
- **Definición operacional:** Se realizará una búsqueda de las enfermedades adicionales a su diagnóstico primario, según el expediente electrónico del paciente (PHEDS).
- **Tipo de variable:** cualitativa.

11.- ASPECTOS ÉTICOS

En este proyecto de investigación se respetará lo estipulado en la declaración de Helsinki, resultado del consenso de la Asociación Médica Mundial sobre los aspectos éticos de la investigación en humanos.

El estudio se efectuará según las disposiciones generales del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984, cumpliendo con el Artículo 13, del capítulo I, donde se refiere que prevalecerá el criterio del respeto a la dignidad, la protección de los derechos y bienestar del sujeto de estudio. Así mismo el Artículo 17 del capítulo I, fracción I establece que el sujeto a investigar no sufrirá daños en el estudio. El Artículo 20 del capítulo I menciona que el sujeto de estudio tendrá un consentimiento informado con el cual autoriza, con pleno conocimiento de la investigación su participación, el cual se dará a leer y a firmar a cada paciente y contará con los siguientes datos: La justificación y los objetivos de la investigación, los procedimientos que se usarán y su propósito, los riesgos o beneficios que puedan esperarse, la garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos relacionados con la investigación, la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento, la seguridad de que no se le identificará y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad y que si existen gastos adicionales, éstos serán absorbidos por el presupuesto de la investigación. Así mismo, se cumplirá el Artículo 21 del capítulo I, el cual especifica que el sujeto de investigación recibirá una explicación clara y completa de la investigación a la cuál será sometido; fracción VII donde se le explica al sujeto de estudio de forma clara la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que se creen perjuicios para continuar su cuidado y

tratamiento; fracción VIII, donde determina la seguridad de que no se identificará al sujeto de estudio, manteniéndose su confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.

Se notificará a los servicios de Neurocirugía y Medicina Interna de todo paciente que dé positivo para diagnóstico de Delirium y que no se encuentre registrado y/o tratado como tal, y serán registrados en censo de psiquiatría de enlace de la unidad, a cargo del Dr. Davis Cooper Bribiesca para dar seguimiento y tratamiento de ser necesario.

CLASIFICACIÓN DEL RIESGO SEGÚN LA LEY GENERAL DE SALUD

Este estudio se clasifica como de riesgo mínimo según lo establecido por la Ley General de Salud, ya que no se realizarán procedimientos invasivos ni intervenciones médicas que impliquen riesgo para los participantes. Los riesgos identificados son de tipo ético, relacionados principalmente con la confidencialidad de los datos personales y la incomodidad mínima asociada con la aplicación de la escala DRS-R-98.

Debido a que los riesgos son mínimos, se requiere el consentimiento informado de todos los participantes. Este consentimiento se obtendrá de manera voluntaria y detallada, asegurando que los participantes comprendan plenamente el propósito del estudio y el manejo de sus datos.

Según La Ley General de Salud en Materia de investigación, en el artículo 17, párrafo II, en el cual se menciona que los estudios observacionales, son considerados de riesgo mínimo, y se regula el consentimiento informado cuando los participantes están expuestos a algún tipo de riesgo, ya sea físico o psicológico, derivado de la investigación. Lo anterior, acorde a lo estipulado del **artículo 22** del mismo reglamento, establece que los estudios en los que se apliquen procedimientos clínicos,

como la aplicación de una escalas clinimétricas (en este caso, la escala de delirium), deben contar con un protocolo de investigación aprobado por el Comité de Ética correspondiente.

BALANCE - RIESGO BENEFICIO

Posibles riesgos para el paciente:

Dado que el estudio es de tipo observacional, no implica procedimientos invasivos ni intervenciones médicas. Los riesgos identificados son principalmente éticos, relacionados con la confidencialidad de los datos y la posible incomodidad de la evaluación con la escala DRS-R-98, que no es un procedimiento invasivo. Los riesgos más detallados son los siguientes:

1. Riesgos Éticos:

- **Confidencialidad de los datos:** El principal riesgo ético es la protección de la información personal y médica de los pacientes. Sin embargo, este riesgo será minimizado mediante el uso de **códigos** para identificar a los participantes y el almacenamiento seguro de los datos.
- **Consentimiento informado:** Se garantiza que todos los participantes estén plenamente informados sobre los objetivos del estudio, el proceso y los derechos que tienen, incluyendo la posibilidad de retirarse en cualquier momento sin consecuencias negativas para su atención médica.

2. **Incomodidad en la evaluación:** La aplicación de la escala DRS-R-98 podría generar una leve incomodidad para los participantes, ya que implica una evaluación cognitiva, pero esta es una herramienta estándar que no conlleva riesgos físicos ni psicológicos significativos.

3. **Riesgo de estigmatización:** En algunos casos, los pacientes pueden sentirse incómodos o estigmatizados por la evaluación de su estado cognitivo. Sin embargo, este riesgo es mínimo,

ya que el estudio se enfoca en la prevalencia del delirium y se maneja de forma respetuosa y profesional.

Posibles beneficios del estudio:

1. **Mejora en el diagnóstico y manejo del delirium:** La detección temprana del delirium puede ayudar a los profesionales de la salud a mejorar los tratamientos y las intervenciones en el futuro. Los resultados de este estudio contribuirán al conocimiento sobre la prevalencia y las características del delirium en pacientes hospitalizados, lo que podría llevar a la implementación de mejores protocolos de diagnóstico y tratamiento.
2. **Relevancia para la salud pública:** Los resultados ayudarán a sensibilizar sobre la importancia de detectar el delirium en adultos mayores hospitalizados, lo que puede influir en la atención clínica a largo plazo.
3. **Beneficio para futuras investigaciones:** Los datos generados pueden ser fundamentales para investigaciones futuras sobre el delirium en contextos hospitalarios y pueden contribuir a mejorar las políticas de salud y atención médica a los adultos mayores, un grupo vulnerable de la población.

El **balance entre los riesgos y beneficios** se inclina claramente hacia los beneficios, ya que los riesgos son mínimos y se pueden gestionar adecuadamente mediante medidas éticas y de protección de datos. Los beneficios indirectos del estudio, como la mejora del conocimiento científico sobre el delirium y el impacto potencial en la atención médica a los pacientes hospitalizados, son considerablemente significativos.

Aunque no habrá beneficios directos inmediatos para los participantes, el hecho de que el estudio aborde una condición subdiagnosticada y potencialmente grave como el delirium justifica su

realización. Además, dado que el estudio no presenta riesgos físicos ni psicológicos significativos, el balance de beneficio es claramente mayor que el riesgo.

SALVAGUARDA DE LA CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS

Recolección y almacenamiento: Los datos serán recolectados con códigos alfanuméricos, sin identificadores personales. Los registros serán almacenados de forma codificada en formato digital y físico.

Acceso restringido: Solo los investigadores autorizados tendrán acceso a los datos, los cuales se almacenarán en bases de datos protegidas con contraseñas y en armarios de seguridad para los registros en papel.

Manejo de datos electrónicos: Los datos digitales estarán protegidos con encriptación y solo podrán ser accedidos por el equipo investigador mediante contraseñas seguras.

Destrucción de los datos: Al finalizar el estudio, los datos serán destruidos de manera segura, tanto en formato físico (trituration) como digital (borrado seguro).

Tiempo de conservación: Los datos se conservarán por un período de 5 años y serán destruidos al concluir dicho plazo, conforme a las normativas éticas y legales.

Cumplimiento normativo: El manejo de los datos seguirá las regulaciones de protección de datos personales y las directrices del Comité de Ética del hospital.

VALIDEZ CIENTÍFICA Y SOCIAL DEL ESTUDIO

Existe una evidencia científica considerable que respalda la realización de este estudio, especialmente en relación con la prevalencia y el diagnóstico del delirium en adultos mayores

hospitalizados. Se sabe que el delirium es un trastorno neurocognitivo frecuente, pero a menudo subdiagnosticado y subestimado en entornos hospitalarios.

- Diversos estudios han demostrado que la prevalencia de delirium en pacientes hospitalizados varía entre 10% y 31%, y es más común en pacientes de edad avanzada, especialmente aquellos que han pasado por cirugías mayores o que están en unidades de cuidados intensivos (UCI) [1].
- En varias revisiones se ha detectado mayor mortalidad, deterioro cognitivo y dependencia funcional. En consecuencia, esto implica un aumento de tasas de institucionalización, caídas accidentales y mayores costos globales para los prestadores de salud. [1]
- En un estudio realizado en el CMN Siglo XXI, se encontró una prevalencia del 10.94% en pacientes postquirúrgicos mayores de 60 años, cifra que es consistente con estudios previos en Latinoamérica [2].
- A pesar de su alta prevalencia, el delirium sigue siendo poco diagnosticado, lo que resalta la necesidad de estudios específicos para medir su prevalencia en distintas áreas hospitalarias, como la neurocirugía y la medicina interna.
- La detección temprana del delirium puede mejorar la atención y los resultados a largo plazo de los pacientes, como se ha demostrado en investigaciones previas que destacan los beneficios de las intervenciones tempranas en la gestión del delirium [3].

Desde una perspectiva social, este estudio es altamente relevante debido a las implicaciones que el delirium no diagnosticado tiene en la salud pública y la calidad de vida de los pacientes adultos mayores.

- **Impacto en la salud de los pacientes:** El delirium no solo aumenta el riesgo de mortalidad y morbilidad, sino que también se asocia con deterioro funcional, mayor institucionalización y un mayor tiempo de estancia hospitalaria, lo que genera un aumento de los costos médicos y un impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes afectados [5].
- **Relevancia para la práctica clínica:** El estudio contribuirá a la mejora de los protocolos de diagnóstico y manejo del delirium en los hospitales, lo cual es crucial para una mejor atención de la salud en un país con una población envejecida, como es el caso de México y muchos países de Latinoamérica.

12.-RECURSOS Y FACTIBILIDAD

Recursos humanos:

La investigación contará con un médico residente de cuarto año en la especialidad de Psiquiatría como investigador principal, además de un asesor responsable de la orientación teórica y metodológica del proyecto.

Recursos materiales:

Se utilizarán las áreas e instalaciones del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI, así como cuestionarios impresos para la recolección de datos y una computadora personal para el procesamiento de la información.

Recursos financieros:

El proyecto no requiere de presupuesto adicional, ya que se llevará a cabo con los recursos disponibles en la unidad y el equipo del investigador.

Factibilidad:

La realización del estudio se considera viable debido a que será ejecutado por personal capacitado y no implica requerimientos financieros extra.

13.-RESULTADOS

Se analizaron 41 pacientes hospitalizados en los servicios de Medicina Interna y Neurocirugía durante los meses de mayo y junio de 2025. Ocho pacientes fueron excluidos por presentar condiciones clínicas que imposibilitaron la aplicación de la escala *Delirium Rating Scale-Revised-98 (DRS-R-98)*.

- **Prevalencia de delirium**

De los 41 pacientes incluidos, **5 presentaron delirium no diagnosticado**, lo que representa una prevalencia del **12.2%** en la población total evaluada.

Tabla 1

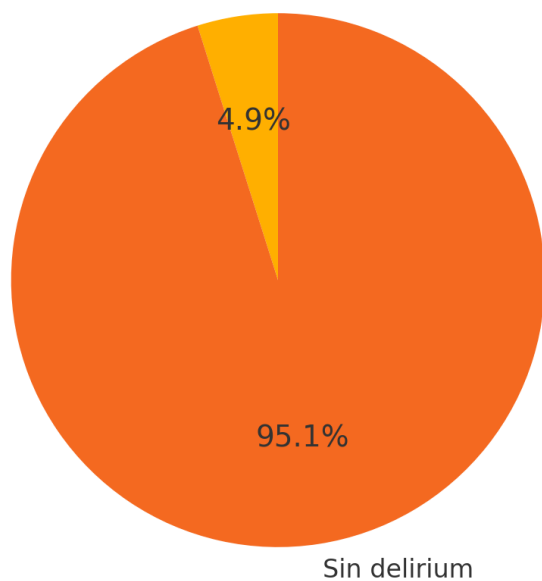
Prevalencia de delirium en pacientes hospitalizados (N = 41)

Diagnóstico de delirium	Frecuencia	%
Sí	5	12.2
No	36	87.8

Nota. Delirium detectado mediante la escala DRS-R-98.

Figura. 1 Prevalencia de delirium en pacientes hospitalizados

Prevalencia de delirium en pacientes hospitalizados



Nota. Datos obtenidos de la escala DRS-R-98 aplicada a la muestra (N = 41).

- **Características clínico-demográficas**

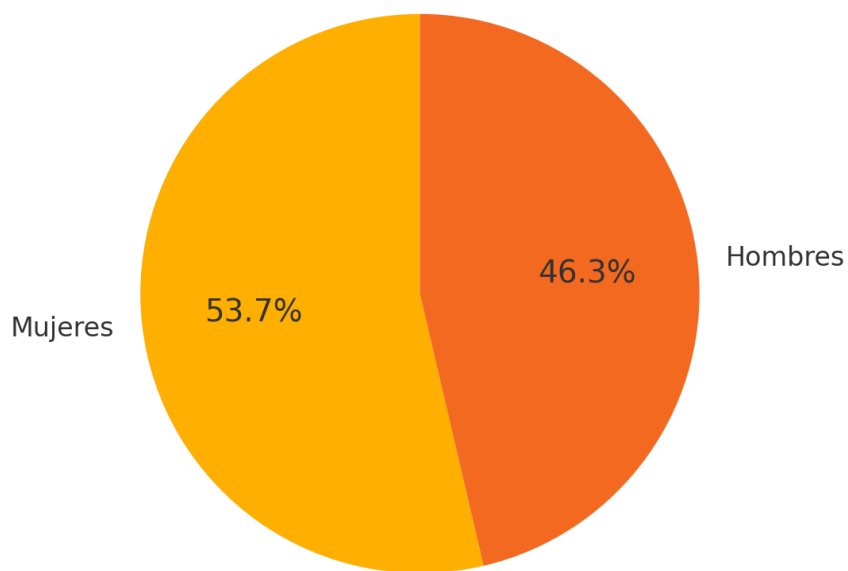
Tabla 2

Distribución por sexo (N = 41)

Sexo	Frecuencia	%
Mujer	22	53.7
Hombre	19	46.3

Figura. 2 Distribución por sexo

Distribución por sexo



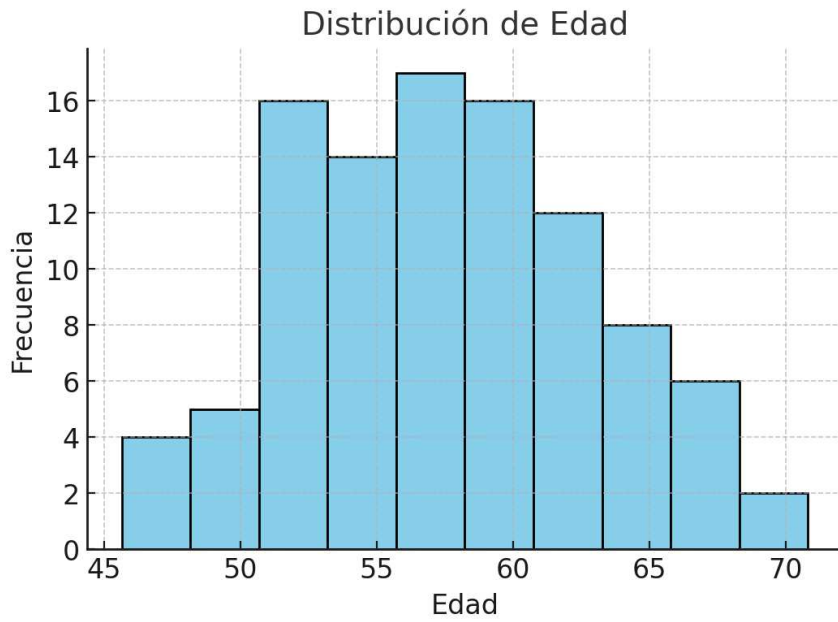
Nota. La muestra estuvo compuesta por 22 mujeres (53.7%) y 19 hombres (46.3%).

Tabla 3

Estadísticos descriptivos de variables cuantitativas (N = 41)

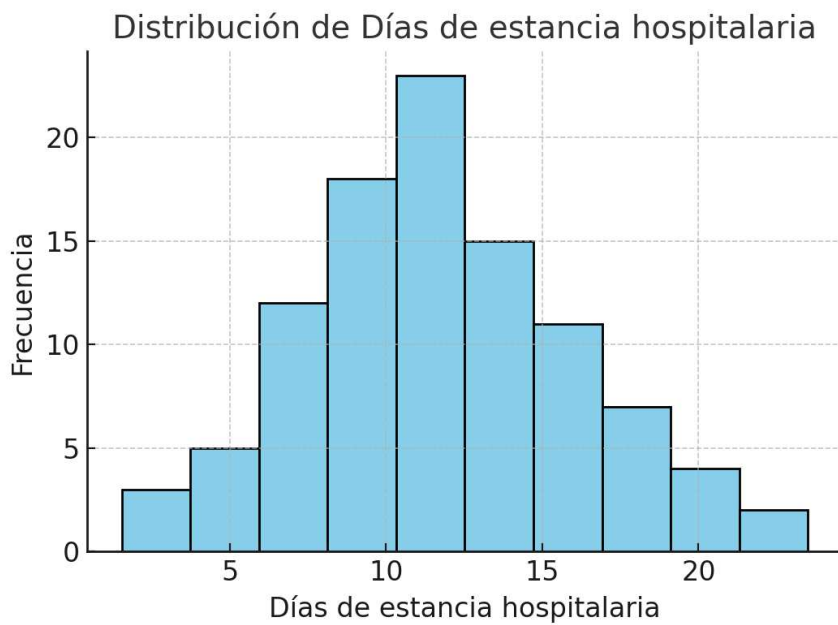
Variable	Media	Mediana	DE	Mínimo	Máximo
Edad	57.0	60.0	15.3	22	87
Días de estancia	12.3	6.0	22.3	1	135
Nº de fármacos	6.8	7.0	2.8	3	15
Nº de comorbilidades	4.13	3.0	3.17	0	15

Figura. 3 Distribución de Edad



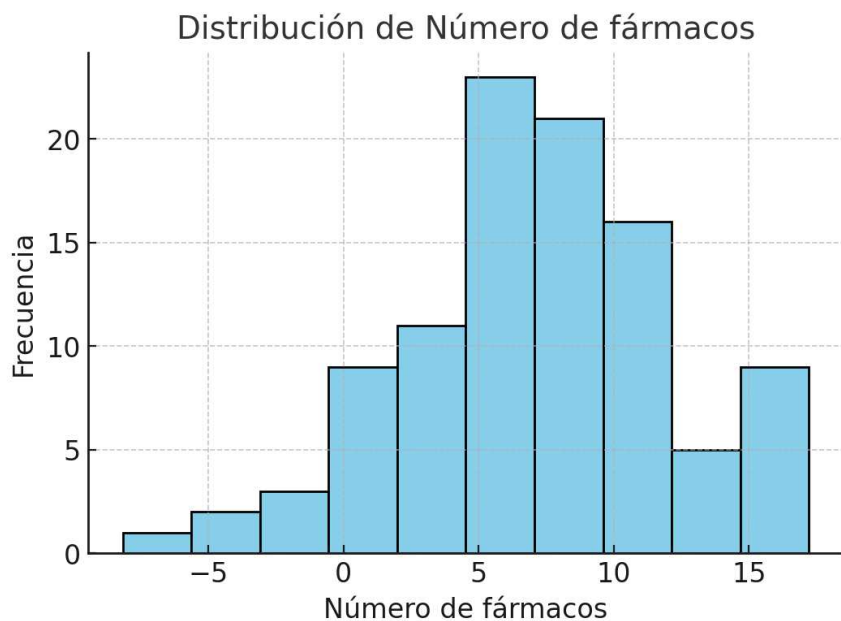
Nota. Datos simulados con media 57.0, rango 22.0-87.0.

Figura. 4 Distribución de Días de estancia hospitalaria



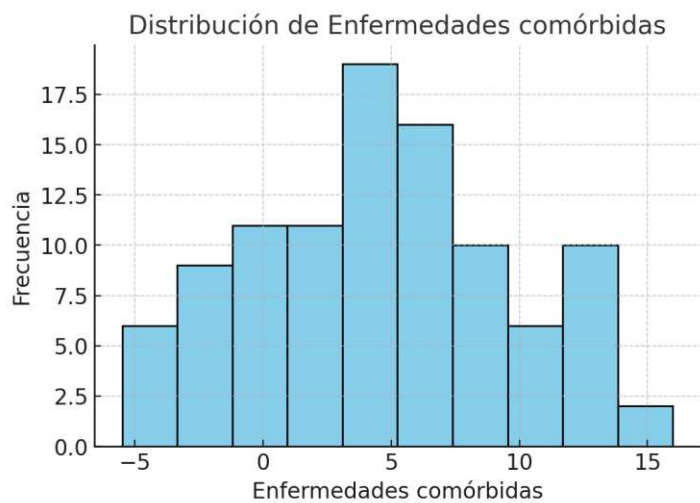
Nota. Datos simulados con media 12.3, mediana 6, rango 1.0-135.0.

Figura. 5 Distribución de Número de fármacos



Nota. Datos simulados con media 6.8, mediana 7, rango 3.0-15.0.

Figura. 6 Distribución de Enfermedades comórbidas



Nota. 7 Datos simulados con media 4.13, mediana 3, rango 0.0-15.0.

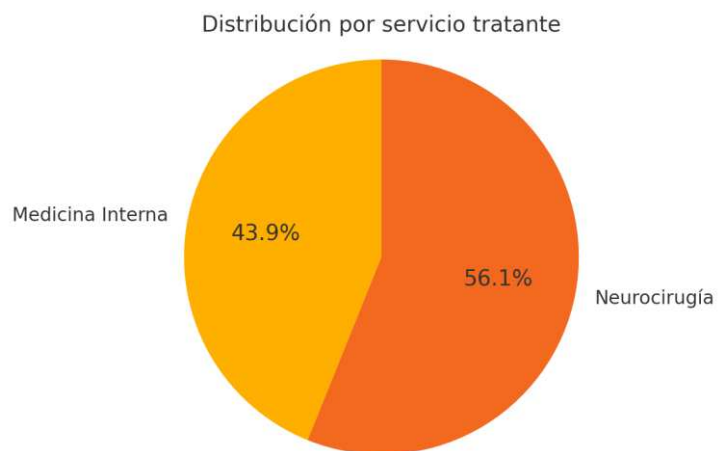
Tabla 4

Distribución por servicio tratante (N = 41)

Servicio tratante	Frecuencia	%
-------------------	------------	---

Medicina Interna	18	43.9
Neurocirugía	23	56.1

Figura. 7 Distribución por servicio tratante



Nota. Incluye pacientes de Medicina Interna (43.9%) y Neurocirugía (56.1%).

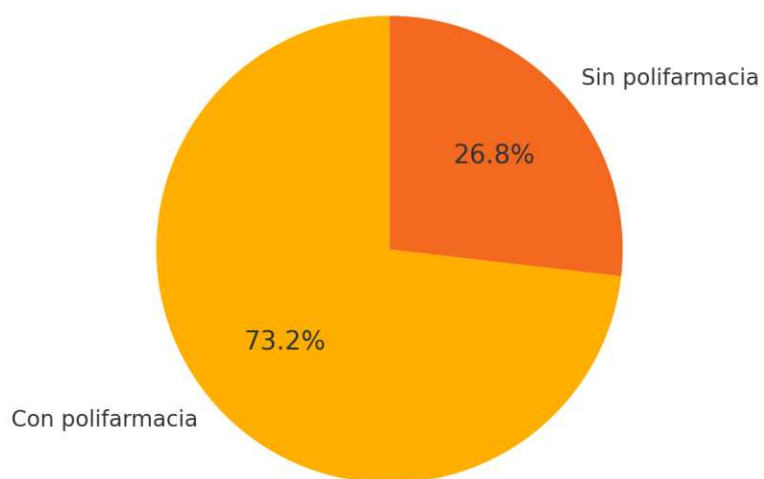
Tabla 5

Distribución de polifarmacia (N = 41)

Polifarmacia	Frecuencia	%
Sí	30	73.2
No	11	26.8

Figura. 8 Distribución de polifarmacia

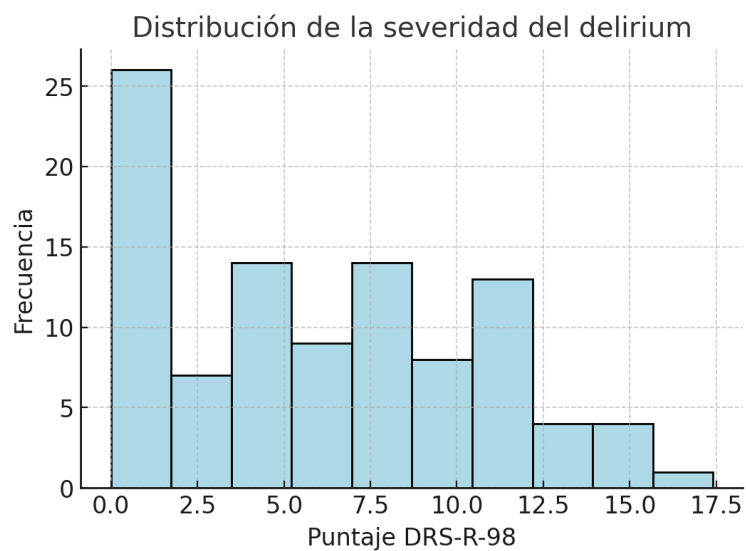
Distribución de polifarmacia



Nota. Se consideró polifarmacia la ingesta de ≥ 5 fármacos concomitantes.

- **Severidad del delirium**

Figura. 9 Distribución de la severidad del delirium



Nota. Se muestra la distribución simulada de la severidad del delirium en la muestra (N = 41). Puntaje promedio = 4.98, mediana = 3, rango = 0–21.

14.-DISCUSIÓN

En el presente estudio se encontró una prevalencia de delirium no diagnosticado del 12.2% en pacientes hospitalizados en Medicina Interna y Neurocirugía. Este resultado se encuentra en el intervalo de prevalencias documentado en la literatura tanto nacional como latinoamericana, que va de 10% a 21% en pacientes hospitalizados, y es muy similar a la reportada previamente en México (12%) y en el propio CMN Siglo XXI (10.9%) en población postquirúrgica. Asimismo, es inferior a los valores registrados en unidades de cuidados intensivos, donde las tasas pueden alcanzar entre 30% y 80%, y en cirugías mayores, en las cuales la literatura refiere cifras de hasta 50% [1–4].

La edad promedio de la población estudiada fue de 57 años, lo cual indica que la muestra estuvo compuesta en su mayoría por adultos, incluyendo un porcentaje significativo de personas mayores de 60 años, factor de riesgo ampliamente documentado para el desarrollo de delirium. La alta frecuencia de polifarmacia (73.2%) y el promedio de 4 comorbilidades refuerzan el perfil de riesgo descrito en la literatura, donde la carga farmacológica y la multimorbilidad son determinantes relevantes en la fisiopatología del delirium hospitalario [5–7].

La puntuación obtenida en la evaluación de severidad del delirium (media 4.98; rango 0–21) evidenció una alta variabilidad, sugiriendo que en la población detectada coexistieron casos de delirium leve junto con episodios más graves. Este hallazgo es consistente con la naturaleza heterogénea del delirium, que puede variar en intensidad e incluso pasar inadvertido en sus formas hipoactivas, las cuales suelen estar subdiagnosticadas [8,9].

El hallazgo de que más del 12% de los pacientes presentaron delirium no diagnosticado resalta la necesidad de implementar protocolos de tamizaje rutinario en los servicios de hospitalización. La aplicación de la DRS-R-98 permitió no solo identificar casos omitidos en la práctica clínica habitual, sino también cuantificar la severidad, coincidiendo con investigaciones previas que respaldan la validez de esta escala como instrumento útil en la detección y análisis del delirium [10–12].

Un aspecto relevante a considerar es que el punto de corte de 15 puntos en la DRS-R-98, aunque recomendado de manera internacional, podría ser relativamente alto para la población hospitalaria del CMN Siglo XXI. Durante el estudio se observó que algunos pacientes con sintomatología compatible, especialmente aquellos con presentaciones hipoactivas, no alcanzaron dicho umbral, lo que plantea la hipótesis de que algunos casos podrían no estar siendo identificados clínicamente. Este escenario se ve potencialmente amplificado por la alta frecuencia de polifarmacia en la muestra, ya que la carga de fármacos, en particular los que afectan el sistema nervioso central, puede reducir la reactividad del paciente durante la entrevista y condicionar puntajes más bajos en la DRS-R-98. En conjunto, estos hallazgos plantean la hipótesis de que, para la población hospitalaria mexicana y particularmente en hospitales de alta especialidad como el CMN Siglo XXI, podría ser necesario evaluar en el futuro umbrales de corte más bajos que permitan una mejor identificación de casos hipoactivos y de delirium enmascarado por el uso de múltiples fármacos [13–15].

15.-CONCLUSIONES

- La prevalencia de delirium no diagnosticado en pacientes hospitalizados en Medicina Interna y Neurocirugía del CMN Siglo XXI alcanzó un 12.2%, en concordancia con los datos referidos en investigaciones tanto locales como extranjeras.

- La polifarmacia mostró una correlación positiva con la severidad del delirium, reforzando su papel como factor de riesgo relevante en esta población hospitalaria.
- La escala DRS-R-98 demostró ser útil para la detección y cuantificación de delirium, aunque el punto de corte de ≥ 15 podría no ser el más sensible para la población local, sugiriendo evaluar umbrales adaptados en estudios futuros.
- Los resultados evidencian la importancia de implementar protocolos de tamizaje rutinario en salas generales, utilizando escalas estructuradas que permitan detectar casos hipoactivos y reducir complicaciones asociadas.

16.-CRONORAMA DE ACTIVIDADES

Actividad / Mes	Noviembre 2024	Diciembre 2024	Enero 2025	Mayo 2025	Junio 2025	Julio 2025	Agosto 2025
Desarrollo protocolo Investigación Desarrollará: Tesista Melissa	x						

Guadalupe Montoya López Supervisado por Tutor y Asesor de Tesis Dr. Davis Copper							
Autorización protocolo		x	x				
Recabar muestra, aplicar escalas y recabar datos Desarrollará: Tesista Melissa Guadalupe Montoya López				x	x		
Análisis resultados Conclusiones Desarrollará: Tesista Melissa Guadalupe Montoya López Supervisado por Tutor y Asesor de Tesis Dr. Davis Copper						x	
Fin de investigación publicación tesis							x

17.-BIBLIOGRAFÍA

1. González Pezoa AC, Castillo Rojas S. Prevalence of delirium in hospitalized patients from an internal medicine service. Medwave. 2015;15[10]:e6311. doi:10.5867/medwave.2015.10.6311.

2. Wilson JE, Mart MF, Cunningham C, et al. Delirium. *Nat Rev Dis Primers*. 2020;6:90. doi:10.1038/s41572-020-00223-4.
3. Rieck K, Pagali S, Miller DM. Delirium in hospitalized older adults: Hospital practice. *J Aging Soc Policy*. 2019;31[3]:321-330. doi:10.1080/21548331.2019.1709359.
4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.)*. Arlington: American Psychiatric Association; 2022.
5. Teniza FE, Hernández CC, Carrillo RSC, García HLA, Portela OJM, Esponda PJG. Incidencia del delirium postoperatorio en pacientes que ingresan a la unidad de terapia intensiva (UTI) del Hospital Ángeles Pedregal. *Acta Medica*. 2021;19[1]:67–75. doi:10.35366/98573.
6. Villalpando B, et al. Incidence of delirium, risk factors and long term survival of elderly patients hospitalized in a Medical Speciality teaching hospital in Mexico City. *Int Psychogeriatr*. 2003;15[4]:325-336.
7. López Jaime MA, Vázquez Estupiñan F, Aguilar Madrid G, et al. Prevalencia de delirium postquirúrgico y su relación con disfunción ejecutiva prequirúrgica en pacientes mayores de 60 años del Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI. *Vertientes*. 2012;15[2]:78-87.
8. Cli Norte J. Delirio en pacientes médicamente hospitalizados: Prevalencia, reconocimiento y factores de riesgo: Un estudio de cohorte prospectivo. *J Clin Med*. 2023;12[12]:3897. doi:10.3390/jcm12123897.
9. Palmero-Picazo J, Lassard-Rosenthal J. Delirium: Una revisión actual. *Atón Familia*. 2021;28[4]:284-290. doi:10.22201/fm.14058871p.2021.4.80600.

10. Moya Robles A, Vargas Acuña D, Porras Rojas D. Delirium postoperatorio en el adulto mayor. *Rev Med Sinergia*. 2022;7[4].
11. López Rodríguez A. Prevalencia e incidencia de delirium en pacientes mayores de 85 años en el Hospital Médica Sur. [tesis]. Ciudad de México: Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México; 2017.
12. World Health Organization. World report on ageing and health. Ginebra: World Health Organization; 2015. Disponible en: <https://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/en/>.
13. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). También, se aplicará la Plataforma Nacional de Transparencia en el IMSS. IMSS. 2022 Jun 29 [citado 2024 Nov 28]. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202206/297>.
14. Sadlonová M, Duque L, Smithgramo D, et al. Tratamiento farmacológico de los síntomas del delirio: Una revisión sistemática. *Psiquiatría del Hospital General*. 2022;79:60-75. doi:10.1016/j.genhosppsy.2022.10.010.
15. Díaz J, Castrillón A, Cardeño C, Franco JG. Herramientas disponibles en español para la valoración clínica del delirium. *Rev Neurol*. 2023;76[6]:197-208. doi:10.33588/rn.7606.2022265.
16. Fonseca F, Bulbena A, Navarrete R, et al. Spanish version of the Delirium Rating Scale-Revised-98: Reliability and validity. *J Psychosom Res*. 2005;59[3]:147-151. doi:10.1016/j.jpsychores.2004.04.373.
17. World Health Organization. International classification of diseases 11th revision (CIE-11). Ginebra: World Health Organization; 2018. Disponible en: <https://www.who.int/classifications/icd/en/>.

18. Ormseth CH, LaHue SC, Oldham MA, et al. Factores predisponentes y precipitantes asociados al delirio: Una revisión sistemática. JAMA Netw Open. 2022;5[9]:e22249950. doi:10.1001/jamanetworkopen.2022.49950.
19. Nguyen T, Atayee R, Derry K, et al. Características de los pacientes hospitalizados con pruebas positivas de delirio. Am J Hosp Palliat Care. 2020;37[2]:142-148.
20. Todd O, Teale E. Delirium: una guía para el médico general. Clin Med (Londres). 2016;16[6]:98-103.
21. Thom R, Levy N, Bui M, Silbersweig D. Delirium. Soy J Psiquiatría. 2019;176[10]:785-793.
22. Loscalzo J, ed. Harrison. Principios de Medicina Interna. 21ª ed. México: McGraw-Hill; 2023.

18. ANEXO

ESCALA DRS-98

ESCALA DE GRAVEDAD DE LA DELIRIUM RATING SCALE REVISADA-98- (DRS-R-98)

1. Alteración del ritmo circadiano

Valor el patrón sueño-vigilia utilizando todas las fuentes de información, incluyendo la familia, cuidadores, información de enfermería y el propio paciente. Tratar de distinguir el sueño del descanso con los ojos cerrados.

0. No presente
1. Ligera alteración de la continuidad del sueño durante la noche o somnolencia diurna ocasional
2. Moderada desorganización del ritmo sueño-vigilia (p.e. quedarse dormido durante conversaciones, echar siestas durante el día o varios despertares breves durante la noche con confusión o cambios de conducta o escaso tiempo de sueño durante la noche)
3. Severa alteración del ciclo sueño-vigilia (p.e. inversión del ciclo sueño-vigilia, o fragmentación circadiana con múltiples períodos de sueño y vigilia o insomnio severo)

2. Alteraciones de la percepción y alucinaciones

Las ilusiones y las alucinaciones pueden pertenecer a cualquier modalidad sensorial. Las alteraciones de la sensopercepción son "simples" cuando no tienen una sola dimensión, como un sonido, un ruido, un color, una mancha o luces y pueden ser "complejas" cuando son multidimensionales, como las voces, la música, gente, animales o escenas. Anotar si son referidas por el paciente o el cuidador o si son inferidas durante la observación.

0. No presentes
1. Alteraciones perceptivas ligeras (p.e. sentimientos de desrealización o despersonalización, o el paciente no puede distinguir los sueños de la realidad)
2. Presencia de ilusiones
3. Presencia de alucinaciones

3. Delirios

Los deliros pueden ser de cualquier tipo, pero son más frecuentes los de tipo persecutorio. Anotar si son referidos por el paciente, la familia o el cuidador. Valorar como delirantes las ideas que son poco probables que sean ciertas y que el paciente presenta una certeza absoluta de su veracidad y que no puede vencerse la resistencia con la argumentación lógica. Los delirios no pueden ser explicados por el contexto cultural del paciente ni por sus antecedentes religiosos.

0. No presente

1. Ligeramente suspicaz, hipervigilante o preocupado
2. Ideas inusuales o sobrevaloradas que no alcanza proporciones delirantes o pueden ser plausibles.
3. Delirios

4. Labilidad afectiva

Valorar el afecto del paciente como la forma de manifestación y no una descripción de cómo se siente el paciente.

0. Ausente
1. **Afecto alterado ligeramente o es incongruente con la situación; cambios durante el transcurso de las horas; las emociones se encuentran básicamente bajo control**
2. El afecto es generalmente inapropiado a la situación y cambia intermitentemente en minutos; las emociones no están bajo control aunque pueden ser dirigidas por otros.
3. Desinhibición de las emociones de forma grave y consistente; el afecto cambia rápidamente, es inapropiado al contexto y no puede ser dirigida por otros

5. Lenguaje

Valorar las anomalías del lenguaje oral, escrito o por signos que no puede ser atribuido al dialecto o al tartamudeo. Investigar la fluencia, gramática, comprensión, el contenido semántico y la nominación. Valorar la comprensión y la nominación no-verbalmente si es necesario mediante la administración de órdenes que el paciente debe seguir o señalar objetos.

0. Lenguaje normal
1. Ligera alteración incluyendo dificultades para encontrar palabras o problemas de denominación o fluencia.
2. Moderada alteración incluyendo dificultades en la comprensión o déficits en la comunicación (contenido semántico)
3. Severa alteración incluyendo contenidos semánticos sin significado, "ensalada de palabras", mutismo o comprensión gravemente reducida.

6. Alteración del curso del pensamiento

Valorar las alteraciones del curso del pensamiento basado en el lenguaje verbal o escrito. Si el paciente no habla y no escribe, no puntuar este ítem.

0. Curso normal del pensamiento
1. Pensamiento tangencial o circunstancial
2. Pérdida ocasional de las asociaciones, pero todavía comprensible
3. Pérdida de las asociaciones la mayor parte del tiempo

7. Agitación psicomotora

Valorar mediante la observación, incluyendo de otras fuentes de observación como visitantes, familia y personal sanitario. No incluir la discinesia, los tics o la corea.

0. No inquietud ni agitación
1. Inquietud ligera con movimientos groseros o nerviosismo.
2. Inquietud moderada incluyendo movimientos importantes de las extremidades, nerviosismo y tratar de arrancar las vías.
3. Agitación psicomotora grave, como agresividad o necesidad de contención o aislamiento.

8. Enlentecimiento psicomotor

Valorar los movimientos mediante la observación directa o mediante otras fuentes de observación como la familia, visitantes o personal clínico. No valorar componentes causados por parkinsonismo. No valorar somnolencia ni sueño.

0. No enlentecimiento de los movimientos voluntarios
1. Reducción ligera de la frecuencia, espontaneidad o velocidad de los movimientos en un grado que pueden interferir de alguna manera con la evaluación
2. Reducción moderada de la frecuencia, espontaneidad o velocidad de los movimientos en un grado en que interfiere en las actividades de autocuidado
3. Enlentecimiento psicomotor grave con pocos movimientos espontáneos

9. Orientación

A los pacientes que no pueden hablar se les puede administrar la prueba auditiva o visualmente con respuestas de elección múltiple. Permitir al paciente equivocarse hasta en 7 días en lugar de 2 si el ingreso es superior a 3 semanas. Desorientación en persona significa no reconocer personas familiares y no su puntúa si el paciente reconoce a la persona aunque se haya equivocado en el nombre. La desorientación en persona es más grave si la persona no se reconoce a sí misma y es raro. La desorientación en persona aparece posteriormente a la desorientación en espacio y/o tiempo.

0. Orientado en tiempo, espacio y persona
1. Desorientado en tiempo (p.e. más de 2 días o mes o año equivocados) o en espacio (p.e. nombre del edificio, ciudad o estado) pero no ambos
2. Desorientado en tiempo y espacio
3. Desorientado en persona

10. Atención

Los pacientes con déficits sensoriales o que se encuentran intubados o aquellos con limitación del movimiento de las manos deben ser evaluados con tests que no requieran la escritura. La atención también puede ser evaluada durante la entrevista (p.e. perseveraciones verbales, distractibilidad y dificultad para los cambios de tema) y/o mediante la utilización de tests específicos.

0. Alerta y atento.
1. Ligeramente distraible o dificultades ligeras para mantener la atención, pero con capacidad para focalizarla de nuevo en advertirle. En tests sólo errores menores sin enlentecimiento significativo en las respuestas
2. Moderada inatención con dificultad para focalizar y mantener la atención. En tests presenta numerosos errores o requiere ayuda para finalizar la tarea.
3. Severa dificultad para focalizar y mantener la atención con numerosas respuestas incorrectas o incompletas o incapacidad para seguir instrucciones. Distraible con ruidos o acontecimientos del ambiente.

11. Memoria a corto plazo

Definida como la recuperación de la información (p.e. 3 ítems presentados verbalmente o visualmente) después de 2 o 3 minutos. Cuando se valora con un test estandarizado hace falta que previamente se haya registrado adecuadamente. El número de ensayos hasta registrar la información, así como el efecto que tiene dar pistas puede ser anotado en la hoja de respuestas. El paciente no puede ensayar durante el tiempo de espera y se le debe distraer en este periodo de tiempo. El paciente puede hablar o comunicarse no verbalmente con el examinador para identificar los ítems correctos. Los déficits a corto plazo también pueden ser recogidos durante la entrevista.

0. Memoria a corto plazo intacta.
1. Recuerda 2/3 ítems; puede ser capaz de recordar el tercer ítem con pistas.
2. Recuerda 1/3 ítems; puede ser capaz de recordar los otros ítems después de pistas
3. Recuerda 0/3 ítems.

12. Memoria a largo plazo

Puede ser valorada formalmente o mediante la entrevista recordando parte de su vida pasada (p.e. historia médica o información que puedan ser corroboradas por alguien más) o información general que haya tenido relevancia. Cuando se evalúa con tests estandarizados utilizar 3 ítems que pueden ser presentados verbal o visualmente, asegurarse que son correctamente registrados y preguntar **al menos 5 minutos después**. El paciente no debe ensayar durante el período de espera. Hacer concesiones en pacientes con menos de 8 años de educación o con retraso mental en cuanto a la información de carácter general. La valoración de la gravedad de los déficits incluye un juicio de todos las modalidades de memoria a largo plazo que han sido evaluadas, incluyendo la memoria a largo y corto plazo evaluada informalmente durante la entrevista y también la testada formalmente.

0. No alteraciones de memoria a largo plazo significativas
1. Recuerda 2/3 ítems y/o tiene dificultades menores en recordar detalles de información a largo plazo
2. Recuerda 1/3 ítems y/o tiene dificultades moderadas en recordar detalles de información a largo plazo
3. Recuerda 0/3 ítems y/o tiene dificultades severas

13. Capacidad visoespacial

Valorarla formal e informalmente. Considerar la dificultad del paciente para manejarse en su ambiente (p.e. perderse). Evaluar formalmente mediante el dibujo, copiar un diseño, montar un rompecabezas, o dibujando un mapa e identificando ciudades importantes, etc. Tener en cuenta problemas visuales que puedan interferir en la realización del test.

0. Sin alteración
1. Ligera alteración de forma que la mayor parte del diseño, la mayoría de los detalles o las piezas son correctas; y/o existe una pequeña dificultad para manejarse en su alrededor.
2. Moderada alteración con apreciación distorsionada del diseño y/o varios errores en los detalles o las piezas; y/o necesidad repetida de reconducir para evitar perderse en un ambiente nuevo a pesar de tener objetos familiares alrededor.
3. Grave alteración en tests formales, y/o repetidas preguntas o perdido/a en el medio.

0. Memoria a corto plazo intacta.
1. Recuerda 2/3 ítems; puede ser capaz de recordar el tercer ítem con pistas.
2. Recuerda 1/3 ítems; puede ser capaz de recordar los otros ítems después de pistas
3. Recuerda 0/3 ítems.

12. Memoria a largo plazo

Puede ser valorada formalmente o mediante la entrevista recordando parte de su vida pasada (p.e. historia médica o información que puedan ser corroboradas por alguien más) o información general que haya tenido relevancia. Cuando se evalúa con tests estandarizados utilizar 3 ítems que pueden ser presentados verbal o visualmente, asegurarse que son correctamente registrados y preguntar **al menos 5 minutos después**. El paciente no debe ensayar durante el período de espera. Hacer concesiones en pacientes con menos de 8 años de educación o con retraso mental en cuanto a la información de carácter general. La valoración de la gravedad de los déficits incluye un juicio de todos las modalidades de memoria a largo plazo que han sido evaluadas, incluyendo la memoria a largo y corto plazo evaluada informalmente durante la entrevista y también la testada formalmente.

0. No alteraciones de memoria a largo plazo significativas
1. Recuerda 2/3 ítems y/o tiene dificultades menores en recordar detalles de información a largo plazo
2. Recuerda 1/3 ítems y/o tiene dificultades moderadas en recordar detalles de información a largo plazo
3. Recuerda 0/3 ítems y/o tiene dificultades severas

13. Capacidad visoespacial

Valorarla formal e informalmente. Considerar la dificultad del paciente para manejarse en su ambiente (p.e. perderse). Evaluar formalmente mediante el dibujo, copiar un diseño, montar un rompecabezas, o dibujando un mapa e identificando ciudades importantes, etc. Tener en cuenta problemas visuales que puedan interferir en la realización del test.

0. Sin alteración
1. Ligera alteración de forma que la mayor parte del diseño, la mayoría de los detalles o las piezas son correctas; y/o existe una pequeña dificultad para manejarse en su alrededor.
2. Moderada alteración con apreciación distorsionada del diseño y/o varios errores en los detalles o las piezas; y/o necesidad repetida de reconducir para evitar perderse en un ambiente nuevo a pesar de tener objetos familiares alrededor.
3. Grave alteración en tests formales, y/o repetidas preguntas o perdido/a en el medio.

HOJA DE VACIADO DE RESPUESTAS

DRS-R-98

© Trzepacz 1998

Nombre del paciente: _____ Día: ____ / ____ / ____ Hora: _____

Nombre del entrevistador: _____

PUNTUACION DE GRAVEDAD: _____ PUNTUACIÓN TOTAL: _____

Ítem de gravedad	Puntuación	Información adicional
Ciclo sueño-vigilia	0 1 2 3	θ siestas θ sólo alteración nocturna θ inversión noche-día
Alteraciones de la percepción	0 1 2 3	Tipo sensorial de ilusión o alucinación: θ auditiva θ visual θ olfatoria θ táctil Forma de la ilusión o alucinación: θ simple θ compleja
Delirios	0 1 2 3	Tipo de delirio: θ persecución θ grandiosidad θ somático Forma: θ poco sistematizado θ estructurado
Labilidad afectiva	0 1 2 3	Tipo: θ ira θ ansiedad θ tristeza-disforia θ hipertimia θ irritabilidad
Lenguaje	0 1 2 3	Intubado, mutismo, etc. θ
Curso del pensamiento	0 1 2 3	Intubado, mutismo, etc. θ
Agitación motora	0 1 2 3	En contención θ Tipo de contención:
Retardo psicomotor	0 1 2 3	En contención θ Tipo de contención:
Orientación	0 1 2 3	Fecha: Lugar: Persona:
Atención	0 1 2 3	
Memoria a corto plazo	0 1 2 3	θ Número de ensayos hasta memorizar los ítems θ Capaz de recordar con ayuda
Memoria a largo plazo	0 1 2 3	θ Señalar si es capaz de recordar con ayuda
Capacidad visoespacial	0 1 2 3	θ Señalar si es incapaz de utilizar las manos

Ítem diagnóstico	Puntuación	Información adicional
Forma de inicio de los síntomas	0 1 2 3	θ Señalar si los síntomas pueden pertenecer a otra psicopatología
Fluctuación de la severidad de los síntomas	0 1 2	θ Señalar si hay síntomas que sólo aparecen durante la noche
Patología médica	0 1 2	Enfermedades implicadas:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS EN SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del protocolo: **PREVALENCIA DE DELIRUM NO DIAGNÓSTICADO EN LOS SERVICIO DE NEUROCIROLOGÍA Y MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES “DR. BERNARDO SEPÚLVEDA GUITIERREZ”, CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI, IMSS, EN LOS MESES DE MAYO Y JUNIO DEL 2025.**
Número de Registro SIRELCIS: _____

Paciente: _____
Lugar y Fecha: _____

Justificación y objetivo del estudio: Le estamos invitando a participar en un estudio de investigación que se lleva a cabo en el servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital de Especialidades del CMN Siglo XXI. **El propósito de este estudio es saber si tienes algo que se llama "confusión aguda", que es cuando una persona no está completamente alerta o pierde un poco el sentido de dónde está o qué está pasando a su alrededor. A veces, este problema no lo notan los médicos que te están tratando, dado que muchas veces no se nota fácilmente, y por eso estamos realizando este estudio.** Al igual que usted, otras personas de este hospital, a cargo de los servicios de Medicina Interna y Neurocirugía, han sido invitadas a participar en este estudio. **Participar en este estudio es completamente voluntario, es decir, tú decides si quieres participar o no. Si tienes alguna pregunta o algo que no entiendes, puedes preguntarnos y con gusto te lo explicamos.** **Procedimientos:** Si usted y/o familiar legalmente responsable aceptan participar, **se te pedirá que respondas algunas preguntas. Estas preguntas sirven para ver cómo te sientes y cómo está tu mente en ese momento. Este cuestionario tomará aproximadamente 15 minutos.** El investigador se compromete a mantener en todo momento la confidencialidad de sus datos personales, por lo que puede tomarse la libertad de responder de la manera más sincera posible. **Posibles riesgos y molestias:** Este estudio no tiene riesgos para ti. Solo vamos a hacer preguntas que te ayudarán a saber si tienes algo que los médicos deban cuidar más. **Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:** Si encontramos que tienes algo llamado "confusión aguda", le avisaremos a los médicos que te están tratando. Ellos podrán darte mejores recomendaciones y ayudar con el tratamiento para que te sientas mejor. Y el servicio de psiquiatría, hará recomendaciones a tu servicio tratante para que esta "confusión" mejore. **Resultados e información:** El investigador te dará información actualizada sobre el estudio y te avisará si encuentra algún problema, para que pueda ser tratado adecuadamente. **Participación o retiro:** Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Si usted decide no participar en el estudio no afectará su relación con el IMSS y su derecho a obtener los servicios de salud. Sí, si en algún momento decides que ya no quieres participar, puedes dejar el estudio y no pasará nada. No afectará la atención médica que te están dando en el hospital. **Privacidad y Confidencialidad:** Toda la información que usted nos proporcione será estrictamente confidencial, es decir, tu información será tratada de manera privada. Usaremos un número para identificarte en el estudio, pero no usaremos tu nombre. Esto es para que nadie pueda saber que participaste en este estudio. **Personas a contactar en caso de dudas y aclaraciones sobre el estudio.** Si tiene preguntas o quiere hablar con alguien sobre este estudio de investigación puede comunicarse de 7:30 a 15:00 h, de lunes a viernes con la Dra. Melissa Guadalupe Montoya López que es el investigador responsable del estudio, al teléfono 6671077496. También podrá contactar al Dr. Davis Cooper Bribiesca al teléfono 55 5409 0543. En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse al: Comité Local de Investigación, avenida Cuauhtémoc 330 2do piso, Bloque A, Hospital de Especialidades, Colonia Doctores, México, D.F, CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 20988, correo: eticahecmnsxxi@gmail.com. **Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio.** Sus firmas indican su aceptación para participar voluntariamente en el presente estudio.

Nombre y firma del paciente o representante legal

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo

Testigo

