



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
MEDICINA

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE
DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL DELIRIO EN EL
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA

“KNOWLEDGE, ATTITUDES AND PRACTICES
REGARDING DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF
DELIRIUM AT CAYETANO HEREDIA HOSPITAL”

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

AUTORES:

GRETHEL ZARIMAH DIAZ VARGAS
ABIGAIL JAZMÍN QUIÑONES CONDEZO
KARLOS ALVARO ACURIO ORTIZ

ASESOR:

CARLOS ALBERTO ORELLANO TUESTA

CO ASESOR:

JORGE MARTIN AREVALO FLORES

LIMA -PERÚ

2022

JURADOS

Presidente: Dr. Héctor Sosa Valle

Vocal: Dr. Antonio Lozano Vargas

Secretario: Dr. Natali Leiva Reyes

Fecha de Sustentación: 19 de Julio de 2022

Calificación: Aprobado

ASESORES DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

ASESOR:

Dr. Carlos Alberto Orellano Tuesta

Departamento académico de Psiquiatría

Servicio de Psiquiatría del Hospital Cayetano Heredia

ORCID: 0000-0002-3666-8753

CO ASESOR:

Dr. Jorge Martin Arevalo Flores

Departamento académico de Psiquiatría

Servicio de Psiquiatría del Hospital Cayetano Heredia

ORCID: 0000-0001-7849-8839

DEDICATORIA

A nuestros padres.

AGRADECIMIENTOS

A nuestros asesores y al Dr. Cesar Loza Munarriz por su apoyo indispensable para la realización de este trabajo, y a todos los participantes que hicieron posible el estudio.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

El proyecto fue autofinanciado.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

TABLA DE CONTENIDOS

	Pág.
I. Introducción	1
II. Objetivos	6
III. Materiales y Métodos	7
IV. Resultados	12
V. Discusión	16
VI. Conclusiones	23
VII. Referencias Bibliográficas	24
VIII. Tablas y gráficos	29
Anexos	
Anexo 1	
Anexo 2	
Anexo 3	

RESUMEN

Antecedentes: El Delirio es un síndrome neuroconductual de alta prevalencia y un marcador de severidad. La evidencia actual ha mostrado que el diagnóstico y tratamiento son frecuentemente inadecuados debido a una deficiencia de conocimientos y a creencias erróneas sobre este.

Objetivos: Identificar los conocimientos, actitudes y prácticas acerca del diagnóstico y manejo del Delirio en el personal médico e internos de medicina que atienden en los servicios de hospitalización del Hospital Cayetano Heredia.

Métodos: Estudio de 2 fases: Fase 1 validación de contenido por tres expertos. Fase 2 Utilización del instrumento validado para evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre diagnóstico y manejo del Delirio en el personal médico e internos de medicina en los servicios de hospitalización del Hospital Cayetano Heredia. Se utilizaron medidas de tendencia central y proporciones para la descripción de los datos y pruebas paramétricas para la comparación entre grupos.

Resultados: Se aplicó un cuestionario en 148 participantes en servicios de hospitalización. En la sección de conocimientos se obtuvo una media de aciertos de 57.8% (IC95% 52.5-63.1) sin diferencia significativa entre los grupos evaluados. En la sección de actitudes se evidenció que el 25% (n=37) de participantes suele utilizar el Método para la evaluación de la confusión y el 31.1% (n=46) de participantes se siente confiado en el uso de neurolépticos en el manejo del Delirio. En la sección de prácticas, un 86.5% (n=128) de participantes usa al menos una medida no farmacológica y un 8.8% (n=13) del total utiliza las cuatro medidas colocadas en el instrumento.

Conclusiones: Nuestro cuestionario permitió describir los conocimientos, actitudes y prácticas del personal médico. En este estudio, se evidenciaron deficiencias en conocimientos y en el uso de medidas no farmacológicas en Delirio factor condicionante para un diagnóstico tardío y un manejo inadecuado.

Palabras clave: Delirio; Conocimiento; Conducta; Hospitalización (DeCS)

ABSTRACT

Background: Delirium is a highly prevalent neurobehavioral syndrome and a marker of severity. Current evidence has shown that diagnosis and treatment are frequently inadequate due to a lack of knowledge and erroneous beliefs about it.

Objectives: To identify the knowledge, attitudes and practices about the diagnosis and management of Delirium in the medical staff and medical interns who attend the hospitalization services of the Cayetano Heredia Hospital.

Methods: 2-phase study: Phase 1 content validation by three experts. Phase 2 Use of the validated instrument to evaluate the knowledge, attitudes and practices on diagnosis and management of Delirium in the medical staff and medical interns in the hospitalization services of the Cayetano Heredia Hospital. Measures of central tendency and proportions were used for the description of the data and parametric tests for the comparison between groups.

Results: A questionnaire was applied to 148 participants in hospitalization services. In the knowledge section, a mean number of correct answers was 57.8% (95% CI 52.5-63.1) with no significant difference between the groups evaluated. In the attitudes section, it was evidenced that 25% (n=37) of participants usually use the Method for the evaluation of confusion and 31.1% (n=46) of participants feel confident in the use of neuroleptics in the management of delirium. In the practice section, 86.5% (n=128) of participants use at least one non-pharmacological measure and 8.8% (n=13) of the total use the four measures placed in the instrument.

Conclusions: Our questionnaire allowed us to describe the knowledge, attitudes and practices of the medical staff. In this study, deficiencies in knowledge and in the use of

non-pharmacological measures were evidenced in Delirium, a conditioning factor for late diagnosis and inadequate management.

Keywords: Delirium; Knowledge; Behavior; Hospitalization (MeSH)

I. INTRODUCCIÓN

El Delirio, también llamado insuficiencia cerebral aguda y anteriormente llamado síndrome confusional agudo (1), es un síndrome neuroconductual generado por una disrupción de la actividad neuronal normal secundaria a un trastorno orgánico sistémico (2). El mecanismo fisiopatológico implicado no está actualmente esclarecido (3). La alteración en la vía colinérgica es una de las hipótesis más consideradas, pues la acetilcolina es necesaria en el proceso de la atención y consciencia (4,5).

Según el DSM-5, este síndrome se caracteriza por una alteración aguda en la atención y consciencia; con fluctuaciones a lo largo del día y con cambio en la atención y consciencia basales; y, adicionalmente una alteración cognitiva que no se explican mejor por otro trastorno neurocognitivo preexistente (6). Cabe mencionar que el CIE-10 agrega como criterio una disrupción del ciclo sueño-vigilia (somnolencia diurna, insomnio, inversión del ciclo, exacerbación de síntomas durante la noche), alteración emocional (depresión, ansiedad, irritabilidad, miedo, euforia, apatía o perplejidad) y alteración psicomotora (hipo o hiperactividad (7) .

Los tres fenotipos de Delirio son el hipoactivo, hiperactivo y mixto (7,8). A pesar que el Delirio mixto es el más frecuente (9), en especial en los adultos mayores; el Delirio hiperactivo, que puede presentarse con pseudopercepciones y agitación, suele ser más reconocido que el hipoactivo, el cual se presenta con letargia y somnolencia (10). Este último se asocia con peor pronóstico.

El delirio es un síndrome multifactorial definido por la suma de factores

predisponentes (factores que incrementan la vulnerabilidad del paciente a tener delirio) y factores precipitantes (eventos que desencadenan el delirio). Dentro de los factores predisponentes están la edad avanzada, el deterioro cognitivo previo como demencia, trastornos psiquiátricos preexistentes como depresión, alteración de la visión o audición, antecedente de alcoholismo, malnutrición, anemia. Y los factores precipitantes son infecciones; accidente cerebrovascular; procedimientos invasivos; inicio de un nuevo medicamento; polifarmacia; alteración hidroelectrolítica, metabólica o ácido-base; inmovilización prolongada y sujeción mecánica. (11–13).

La prevalencia estimada de este síndrome generalmente varía de un 9-80% dependiendo del servicio donde se mida (14), siendo mayor en la UCI; sin embargo, en los servicios de hospitalización no-UCI, se ha encontrado una prevalencia de 35% (15) y una mortalidad a seis meses post alta de 25% (16). Varios estudios han demostrado el infradiagnóstico y tratamiento del Delirio, evidenciando que en un 55-80% de los casos no se detectan (5,13,17). Davis y cols realizaron una encuesta a médicos en 34 hospitales del Reino Unido en el cual se concluyó que solo el 32% reconoció a la inatención como un signo clave para el diagnóstico, el 51% identificó erróneamente a la agitación como un criterio esencial para diagnosticar Delirio, el 36% consideró erróneamente a las alucinaciones visuales como un requerimiento para el diagnóstico (17).

Diversos estudios han demostrado que la observación clínica no es suficiente para el diagnóstico; debido a ello, el uso de herramientas validadas como el Método para la evaluación de la confusión (CAM, del inglés Confusion Assessment Method) en

pacientes que presenten factores predisponentes y precipitantes de delirio ha demostrado una mejora en el diagnóstico, en especial en el delirio de tipo hipoactivo, puesto que el tipo hiperactivo usualmente se reconoce a la observación clínica (7,13).

El CAM, tiene una sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo que pueden llegar hasta un 100%, 95%, 94% y 100%, respectivamente. Esta herramienta permite identificar al Delirio de manera rápida y simple, requiriendo un mínimo de cinco minutos. En un estudio se concluyó que a pesar que la mayoría (92%) considera al Delirio como un problema significativo, solo un 40% usa herramientas como CAM (17). A pesar de la importancia de su tamizaje, solo un 26.8% de los profesionales de salud (médicos y enfermeras) lo hacen rutinariamente; sin embargo, en dicho estudio ninguno usó un método estandarizado como el CAM para su diagnóstico, sino su juicio clínico y experiencia (18). En otro estudio se encontró que la mayoría de participantes hace tamizaje solo a los pacientes que presentan un comportamiento sospechoso de Delirio, lo cual favorece el infradiagnóstico de esta patología (19).

Para el manejo del delirio se puede usar medidas no farmacológicas y farmacológicas, siendo la primera la piedra angular. Según un metanálisis, las medidas no farmacológicas que se asocian con mayor eficacia se encuentran la reorientación, hidratación, higiene del sueño, fomentar la presencia de un familiar, movilización temprana, y minimizar el uso de sujeción mecánica. En relación al tratamiento farmacológico, la guía PADIS no aconseja el uso rutinario de haloperidol o antipsicóticos atípicos, sino que estos deben ser reservados para

ciertas situaciones como agitación severa, alucinaciones o delusiones. Asimismo, refiere que debe usar la dosis más baja y el menor tiempo posible, y siempre considerando los posibles efectos adversos (5,13) . En un estudio se encontró que los geriatras suelen manejar mejor las dosis de haloperidol que el resto de servicios, solo un 21% se siente confiado de manejarlo y un 83% considera que la responsabilidad primaria del diagnóstico y manejo no recae en el psiquiatra (17).

El Delirio se ha asociado con resultados adversos como incremento de la morbimortalidad, mayor estancia hospitalaria, deterioro cognitivo y funcional a largo plazo, mayor incidencia de rehospitalización, incremento de la duración de la ventilación mecánica y disminución en la calidad de vida (10,14,17,18).

La mayoría de los estudios que evalúan el nivel de conocimiento, actitudes y creencias sobre el diagnóstico y manejo de Delirio concluyen que hay una falta de conocimiento más que una falta de conciencia sobre su importancia clínica (17). En una encuesta a médicos en una UCI, encontraron que un 92% de los encuestados reportó evaluar Delirio al menos una vez al día; sin embargo, solo un 33% demostró tener el conocimiento adecuado para su manejo (19). Rowley-Conwy y cols afirman que la educación es vital para lograr un conocimiento adecuado sobre este síndrome (7).

Dentro de las barreras para lograr un adecuado diagnóstico y manejo se mencionan la falta de tiempo, personal, conocimiento sobre diagnóstico y tratamiento; la alta prevalencia en UCI de pacientes intubados y sedados; y la falta de un entrenamiento interprofesional (19).

Dada la importancia de la identificación del Delirio, consideramos que es relevante saber el estado de conocimientos, actitudes y prácticas no farmacológicas en médicos e internos de un hospital general como un primer paso para identificar la situación y poder sugerir medidas focalizadas.

II: OBJETIVOS

Objetivo general:

- Identificar los conocimientos, actitudes y prácticas acerca del diagnóstico y manejo del Delirio en el personal médico e internos de medicina que atienden en los servicios de hospitalización del Hospital Cayetano Heredia.

Objetivos específicos:

- Determinar el conocimiento de criterios diagnósticos, uso de herramientas diagnósticas, factores de riesgo y epidemiología mediante la creación de un cuestionario que será sometido a una validación de contenido por tres expertos previo a su aplicación.
- Establecer las actitudes del personal médico e internos de medicina con respecto al Delirio.
- Establecer si se practican intervenciones no farmacológicas para prevenir y tratar el Delirio.
- Identificar las diferencias respecto a conocimientos y conductas sobre el diagnóstico y manejo del Delirio entre el personal médico e internos de medicina.

III. MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño del estudio

La investigación constó de dos fases:

- Fase A: Fase de validación.
- Fase B: Estudio observacional descriptivo de corte transversal.

Población

Médicos asistentes, médicos residentes e internos de medicina que trabajan en el Hospital Cayetano Heredia

Muestra y unidad de análisis

Médico asistente, médico residente o interno de medicina.

Tamaño muestral

La muestra se seleccionó por medio de un muestreo no probabilístico por conveniencia en los servicios de hospitalización detallados en los criterios de selección. Usando el programa OpenEpi, considerando una frecuencia anticipada de 50%, con un límite de confianza +/-5% y un efecto de diseño de 1.0 para una población de 54 médicos asistentes, 88 médicos residentes y 28 internos, se estimó un tamaño muestral de 48, 72 y 27 respectivamente.

Criterio de elegibilidad

- Criterios de inclusión:
 - Médico asistente, médico residente o interno de medicina que realizan actividad asistencial en los servicios de hospitalización.
- Criterios de exclusión:
 - Médico asistente, residente o interno de medicina que sólo realizan

actividad asistencial en los servicios de hospitalización destinados a la atención de pacientes con COVID-19.

- Médico asistente, residente o interno de medicina que sólo realizan actividad asistencial en los servicios de hospitalización de Pediatría.
- Médico asistente, residente o interno de medicina que sólo realizan actividad asistencial en los servicios de hospitalización de Cirugía Especialidades.
- Médico asistente, residente o interno de medicina que sólo realizan actividad asistencial en los servicios de hospitalización de UCI.

Procedimientos y técnicas

Fase A: Validación de contenido de la parte de conocimientos del instrumento.

La validez se define como una medida en que la prueba mide lo que pretende medir, así se cuantifica la validez consultando a un grupo de jueces expertos sobre la calidad de los ítems. Como jueces expertos en el tema hemos considerado dos médicos geriatras y un médico psiquiatra con al menos diez años de experiencia atendiendo pacientes con Delirio. Para cuantificar el acuerdo de los jueces, se usó el estadístico V de Aiken. El coeficiente de Aiken permite cuantificar y evaluar el contenido y relevancia de cada elemento en relación con el contenido dominio de N juicios (En este caso, tres juicios al ser tres jueces). Asimismo, se debe determinar la significancia estadística consultando con la tabla de valores críticos propuesta por Aiken y cols (20). Según esta, el valor de 0.5 representa la variación aleatoria, el valor de contraste aceptable; sin embargo, para fines prácticos dicho valor está por debajo de las recomendaciones para la elaboración de pruebas para cualificar la magnitud de un coeficiente de validez; por lo tanto, respecto al valor mínimo aceptado hemos optado por un valor de mínimo 0.8, sugiriendo así como

ítems muy adecuados a aquellos con V mayor o igual a 0.8, valor propuesto por Penfield y cols (21) así como Bulger y cols (22).

Para calcularlo colocamos un valor de 0 o 1 a la respuesta de los jueces en cada ítem a evaluar; siendo 1 cuando el ítem es calificado como totalmente adecuado o 0 cuando es calificado como totalmente en desacuerdo para cualquiera de las dos premisas: claridad de interpretación y conocimientos sobre el tema. Una vez validado por los expertos, se calcula el coeficiente de Aiken. Si el coeficiente resulta 1, significa un perfecto acuerdo entre los jueces expertos. Si el coeficiente resulta menor de 0.8, se consideró como ítem no adecuado (23).

Fase B: Aplicación del instrumento y estudio observacional descriptivo de corte transversal.

El instrumento tiene 4 apartados (ver anexo N°1), la primera parte corresponde a las variables de cargo y área de hospitalización donde laboran las unidades de análisis. La segunda parte corresponde a conocimientos, que va desde la pregunta N°1 hasta la N°8. La tercera parte corresponde a actitudes, y abarca las preguntas desde la N°9 hasta la N°11. La tercera parte corresponde a prácticas y abarca la pregunta N° 12.

El apartado de actitudes evalúa el nivel de confianza para la prescripción de psicofármacos, el uso del CAM como herramienta para diagnosticar Delirio y si consideran al Delirio como una patología que deba ser manejada por un médico psiquiatra; y por último, el cuarto apartado que involucra la pregunta N°12, evalúa la práctica de intervenciones no farmacológicas en el manejo de Delirio.

Las preguntas de conocimientos desde la N°1 hasta la N°8, y las primeras dos preguntas de actitudes N°9 y N°10; son preguntas de respuesta única: verdadero o falso; o de opción múltiple. La pregunta N°11 sobre nivel de autoconfianza para la prescripción de psicofármacos se evalúa mediante una escala de Likert; y la pregunta N°12, es una pregunta de respuesta múltiple.

Se abordó al personal en sus respectivos servicios de trabajo de manera presencial entre las fechas del 23 al 28 de mayo, se les explicó los objetivos del proyecto y posteriormente se les invitó a participar en el estudio mediante un consentimiento informado escrito y se les entregó el cuestionario anónimo.

Al término del cuestionario, el participante lo entregó personalmente al investigador presente para su colocación en un sobre común, junto a los demás participantes. Si el cuestionario fue realizado sin un investigador presente, se depositó el cuestionario en un sobre que los investigadores dejaron en el respectivo servicio. Asimismo, se entregó un folleto con el cuestionario resuelto (apartado de conocimientos) para favorecer el aprendizaje de aquellos ítems en los que podrían haber fallado

Consideraciones éticas

El protocolo de este estudio fue aprobado por los comités de ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y del HCH. Los cuestionarios fueron anónimos, asimismo los participantes firmaron un consentimiento informado en el que aceptaban participar voluntariamente del estudio. Además, se les indicó que la información obtenida solo será usada con fines de investigación.

Análisis de datos

En la fase I, la validación del contenido por expertos a la que fue sometido el apartado de conocimientos del cuestionario, se analizó mediante una V de Aiken, la cual cuantificó la relevancia de los ítems del apartado de conocimientos respecto al Delirio. Se consideró mayor la validación mientras el coeficiente se acerque más a 1. El coeficiente resultante fue de 1 en cada ítem validado.

Para la fase II, los datos fueron ingresados a una hoja de cálculo en Excel 2019 y analizados con STATA 16. Se organizó a los participantes de acuerdo a grado académico y servicio para la comparación de sus respuestas en el instrumento. 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 por la prueba de Shapiro-Wilk. Para la comparación entre grupos, se usó la prueba de Análisis de Varianza (ANOVA) para variables numéricas.

IV. RESULTADOS

Fase A: Validación de contenido de la parte de conocimientos del instrumento.

Tras la evaluación por 3 expertos (dos médicos geriatras, un médico psiquiatra) se obtuvieron coeficientes V de Aiken de 1 en ambas premisas en los ocho ítems de la parte II del instrumento, la cual fue la parte del instrumento a validar, tras la corrección del mismo (Anexo 1). Obteniéndose por lo tanto un acuerdo total de los tres jueces expertos en la validación de contenido de conocimientos (Anexo 3) con lo cual el instrumento estuvo finalmente apto para su aplicación.

Fase B: Aplicación del instrumento y estudio observacional descriptivo de corte transversal.

En la aplicación del instrumento, participaron 148 individuos; de los cuales 48 fueron médicos asistentes especialistas, 72 fueron médicos residentes y 28 fueron internos de medicina de los servicios de hospitalización de Medicina interna, Cirugía General, Traumatología, Ginecología-Obstetricia, Centro de Excelencia para la atención de la Tuberculosis (CENEX), Medicina Tropical, Geriatria y Oncología. La distribución de participantes de acuerdo al servicio se muestra en el Gráfico 1.

La tabla 1 detalla el porcentaje de participantes que acertaron las preguntas de conocimientos de acuerdo a su nivel profesional (asistentes, residentes e internos). Con respecto a la pregunta N°1, la cual busca identificar la característica distintiva del delirio, el 29.7% de participantes (n=44) respondió correctamente, siendo los médicos asistentes quienes en mayor porcentaje acertaron (n=16, 33.3%). Así mismo en la pregunta N°3, la cual indaga sobre la agresividad como parte del cuadro clínico en con Delirio; el 69.6%

(n=103) consideró a los pacientes con Delirio como física o verbalmente agresivos. El grupo que acertó en la respuesta en mayor medida fue el grupo de médicos residentes, de los cuales un 34.7% (n=25) marcó correctamente.

En la pregunta N°5, en la cual se pedía señalar un factor predisponente de Delirio, el 57.4% (n=85) del total muestreado acertó, siendo en mayor porcentaje el grupo de médicos asistentes y el grupo de internos (68.8% y 60.7% respectivamente). En la pregunta N°6, la cual pedía señalar un factor precipitante de Delirio, el 63.5% (n=94) del total, siendo en mayor medida el grupo de internos con un total de 78.6% de personas que acertaron en ese grupo. Por último, en la pregunta N°8, la cual pide identificar el tipo de Delirio más frecuente, marcaron correctamente un 44.6% (n=66) de participantes, siendo un 41.7% (n=20) de médicos asistentes, 48.6% (n=35) de médicos residentes y 39.3% (n=11) de internos.

Por otra parte, la media del porcentaje de respuestas correctas (ver tabla 1) respondidas en la parte II del instrumento (parte de conocimientos acerca de Delirio) para el total de participantes fue de 58.4% (IC 95% 55.1-61.1). Al ser esta variable de distribución normal, se utilizó la prueba estadística ANOVA no encontrándose diferencias significativas entre asistentes, residentes e internos ($p=0.9$, ver gráfico 2). Para el análisis entre servicios, se utilizó la prueba de ANOVA, encontrando diferencias significativas entre los servicios ($p=0.001$, Ver gráfico 3). Por ello se utilizó la prueba post hoc Bonferroni identificándose diferencias significativas entre los participantes del servicio de geriatría y oncología ($p=0.007$) y entre participantes del servicio de medicina tropical y oncología ($p=0.005$).

La pregunta N°9 (ver gráfico 4), la cual corresponde a la parte III del instrumento (parte de actitudes con respecto al Delirio), el 60.1% (n=89) los participantes marcaron que el Delirio es un síndrome que debería ser manejado por un médico psiquiatra; marcando esta respuesta en mayor medida los grupos de médicos asistentes y médicos residentes con 62.5% (n=30) y 61.1% (n=44) respectivamente; y solo un 46.4% (n=13) del grupo de internos.

La pregunta N°10 (ver gráfico 5), que también corresponde a la parte III del instrumento, indaga sobre el uso del Método para la evaluación de la confusión (CAM) para diagnosticar Delirio, el 75% (n=111) del total de participantes refirió no usarlo.

La pregunta N°11 (ver gráfico 6), que valora qué tan confiado se siente el participante al indicar neurolépticos típicos (Ej. Haloperidol) de manera independiente de las sugerencias de un Psiquiatra ante un paciente con Delirio, el 34.5% (n=51) sostuvo que se siente “regularmente confiado”. La cual fue la alternativa predominantemente marcada del total de participantes. Con respecto al grupo de asistentes, el 22.9% (n=11) sostuvo que se sentía “confiado” al indicar neurolépticos (alternativa más marcada en este grupo); en el grupo de residentes, dos alternativas fueron las predominantes (“regularmente confiado” y “confiado”) en 33.3% (n=24) en ambas alternativas; por último, en el grupo de internos, la alternativa más marcada fue “regularmente confiado” en un 60.7% (n=17).

La pregunta N°12 (ver gráfico 7), que corresponde a la parte IV del instrumento (prácticas no farmacológicas ante Delirio), un 86.5% (n=128) de participantes utiliza al menos una medida no farmacológica en el tratamiento de Delirio; y un 8.8% (n=13) del total, utiliza las cuatro medidas colocadas como alternativas en el instrumento.

Respecto al grupo de médicos asistentes, el 52% (n=25) marcó utilizar una sola medida de las descritas como alternativas; pero la medida predominantemente marcada en un 77.1% (n=37) de médicos asistentes, fue la alternativa que describe fomentar la presencia constante de un familiar con el paciente. Por otro lado, la alternativa marcada en menor medida fue la que menciona informar día y fecha diariamente al paciente 22.9% (n=11). Resultados similares se obtuvieron en los grupos de médicos residentes e internos.

V. DISCUSIÓN

El instrumento aplicado evidenció carencias respecto a conocimientos sobre el síndrome de Delirio en el personal médico e internos de medicina; poco más de la mitad de los participantes respondió acertadamente más del 50% de preguntas del apartado de conocimientos, y la media para el porcentaje de preguntas respondidas correctamente para los grupos de asistentes, residentes e internos fue de un 57.8% (IC95% 52.5-63.1), 58.9% (IC95% 54.9-62.8) y 58% (IC95% 52-64.1), respectivamente (Ver Tabla 1). Por otro lado, no se demostró una diferencia significativa en el porcentaje de preguntas respondidas correctamente entre estos tres grupos. En un estudio realizado por Trogrlić y cols, que evaluó conocimientos y prácticas sobre Delirio en una unidad de cuidados intensivos en enfermeras, médicos y expertos en Delirio; se obtuvo como puntaje en conocimientos una media de 64% en general, y una media de 61%, 72% y 75% para cada grupo, respectivamente. Su media fue superior a la nuestra en cada uno de sus grupos muestreados. Lo cual podrían sugerir que en nuestro medio, hay un menor conocimiento sobre este síndrome (24,25).

Con respecto al análisis por servicios, se halló que el servicio de Oncología obtuvo el menor puntaje en promedio, hallándose diferencias significativas con respecto a los puntajes de Geriatria y Medicina Tropical (ver Tabla 2). Esto podría haber sido condicionado por la menor cantidad de participantes del servicio de Oncología que se encuestó en el estudio. Por otra parte, también podría indicar carencias en los conocimientos de delirio lo cual tendría importancia por la alta prevalencia de este síndrome en pacientes oncológicos.

En el apartado de conocimientos, las primeras tres preguntas buscaban identificar las

características clínicas de Delirio. Solo un 29.7% (n=44) de participantes identificó la alteración de la atención como característica distintiva del Delirio, esencial para sospechar y establecer el diagnóstico. Esto quiere decir que dos tercios de la muestra tendrían dificultades para identificar un cuadro clínico típico de Delirio; incluso el grupo de médicos asistentes reconoció esta característica solo en un 33.3% (n=16), siendo el grupo con mayor proporción de aciertos. En un estudio donde se evaluó conocimientos, actitudes y prácticas sobre Delirio en personal médico en una unidad de cuidados intensivos se obtuvo que más de dos tercios (74%) de sus participantes reconocían la alteración de la atención como síntoma cardinal de este y un 68% reconocía otros dos criterios esenciales para su diagnóstico (25). Nuestros resultados nos orientan a pensar que nuestros participantes podrían no estar diagnosticando Delirio en base a criterios diagnósticos, sino en base a su experiencia.

Como un agregado a los objetivos del estudio analizamos los resultados según los servicios a los que pertenecían los participantes. Los servicios que reconocieron a la alteración de la atención como característica distintiva del Delirio en mayor proporción fueron los servicios de Geriátrica, Medicina Tropical y Medicina Interna; las cuales son especialidades netamente clínicas; quienes suelen invertir más tiempo en rondas académicas y de discusión de casos. Por otro lado, los servicios que respondieron correctamente en menor proporción fueron Oncología, Traumatología y Ginecología-Obstetricia.

En el caso de estos primeros dos servicios, tuvimos limitaciones en la cantidad de participantes lo que podría condicionar este resultado. En el caso del servicio de Ginecología-Obstetricia, al tener pacientes con una estancia hospitalaria corta, jóvenes y

sin factores predisponentes para desarrollar Delirio, tienen, por lo tanto, menos casos de este síndrome en su servicio y menos familiaridad con su diagnóstico y manejo.

Otro hallazgo del estudio fue la obtención de un 69.6% (n=103) de participantes que consideran que la agresividad es parte de la clínica de Delirio hiperactivo; reforzando así un estigma del personal médico respecto a estos pacientes; puesto que lo que presenta un paciente con este tipo de Delirio es agitación psicomotriz, la cual no necesariamente involucra una conducta agresiva; sin embargo, esta puede ocurrir como una complicación por el uso las prematuro de medidas mecánicas en su intervención. De forma similar, Schmitt y cols reportan que las enfermeras al cuidado de pacientes con Delirio manifiestan miedo debido a que los consideran agresivos. Por otra parte, los pacientes han manifestado sentirse impotentes, así como rechazados y amenazados por el personal hospitalario, experimentando sentimientos de culpa, vergüenza y arrepentimiento después de la resolución del episodio de Delirio (26). Esto sugiere que este síndrome suele ser asociado a una conducta agresiva por el personal de salud con repercusiones en el cuidado de los pacientes.

Con respecto al reconocimiento de factores de riesgo, predisponentes y precipitantes de Delirio, aproximadamente dos tercios de los participantes logro identificarlos correctamente. De manera similar Arachchi y cols obtuvieron que la mayoría de sus participantes (75%) conocían los factores de riesgo precipitantes de Delirio en pacientes de la unidad de cuidados intensivos (25). Sin embargo, otros estudios han reportado dificultades para el reconocimiento de factores predisponentes, precipitantes y otros factores de riesgo en Delirio (7). La identificación de estos factores es un hito importante para un diagnóstico oportuno y para prevenir complicaciones.

Por otra parte, al evaluar si los participantes podían diferenciar Demencia de Delirio; la muestra total obtuvo un porcentaje muy alto de aciertos (84.5%) y más del 70% de aciertos en cada grupo. En contraste, en un estudio realizado por Brooke se reportó que enfermeras al cuidado de pacientes con Delirio presentaron dificultades para diferenciar este de Demencia y esto estaba relacionado a un sesgo hacia el diagnóstico de demencia en la mayoría de los pacientes (27). La diferenciación correcta de estas entidades por la mayoría de los participantes de nuestro estudio podría ser un factor benéfico para el diagnóstico temprano de delirio.

En cuanto a los tipos de delirio, los tipos mixto e hipoactivo son los más frecuentes y este último se asocia a una mala evolución como mayor duración de ventilación mecánica en pacientes en Unidad de Cuidados Intensivos (28,29). En nuestro estudio, solo un 44.6% reconoció que el tipo hipoactivo se asocia peor pronóstico. Además, cerca de un 50% de participantes considera erróneamente al tipo hiperactivo como el más frecuente, probablemente por su clínica más florida y facilidad en su diagnóstico lo que contribuye al infradiagnóstico y tratamiento de este síndrome. Es importante reconocer los diferentes tipos de delirio, pues las estrategias para su manejo pueden variar (29).

Respecto a las actitudes frente a este síndrome, la mayoría de participantes del estudio considera que el Delirio debería ser manejado por un Psiquiatra; reforzando la hipótesis inicial del estudio, la cual es la gran incidencia de interconsultas al servicio de Psiquiatría del hospital para el manejo de este síndrome tan frecuente en la práctica clínica y que por lo tanto debería ser manejado de una manera básica e independiente por el personal médico de los servicios de hospitalización; puesto que las causas de este síndrome son en

su mayoría orgánicas, tales como trastornos hidro-electrolíticos, infecciones, trastornos metabólicos, entre otros. Según la Sociedad de Medicina Hospitalaria, la mayoría de casos de Delirio debería poder ser manejado por un médico de atención primaria o un médico que labore en cualquier servicio de hospitalización, siendo recién ameritado el apoyo de un especialista psiquiátrico ante casos de difícil manejo como agitación extrema, un desorden conductual que amenace la vida del paciente o que requieran dosis altas de sedantes. Pues lo consideran como parte de las competencias de un médico general (13,30–32).

El instrumento CAM (Método de evaluación de la confusión) es la herramienta más usada a nivel mundial, ya que tiene buena sensibilidad y especificidad, y solo requiere de 5 a 7 minutos para realizarla (33,34). Con respecto al uso de este instrumento por los participantes, se evidenció que solo un 25% (n =37) lo utiliza de rutina en su práctica clínica, demostrando la falta de estandarización en el diagnóstico de Delirio en los servicios de hospitalización. De manera similar, Arachchi y cols reportaron que solo el 26% de sus participantes utilizaba el instrumento CAM (25). El uso de métodos de screening es importante para la detección temprana de este síndrome. Asimismo, una mayor duración del delirio repercute a largo plazo en la función cognitiva, ejecutiva y sensoriomotora del paciente, debido a ello es importante su rápido diagnóstico para un manejo oportuno y reducir sus efectos a largo plazo (35).

Por otro lado, solo el 31.1% (n=46) del total de participantes, se mostró “confiado” o “bastante confiado” para prescribir neurolépticos ante un Delirio hiperactivo, explicando en gran medida la gran demanda de interconsultas de apoyo al manejo para este síndrome en el Hospital Cayetano Heredia.

Finalmente, en cuanto a prácticas no farmacológicas, el 86.5% (n=128), utiliza al menos una práctica no farmacológica, siendo la intervención más usualmente usada la de permitir el acompañamiento de familiares a los pacientes, medida limitada actualmente por estado de pandemia. Sin embargo, una práctica sencilla de realizar como la de informar día y fecha a los pacientes diariamente, fue la medida usada menos frecuentemente.

Por otro lado, el 17.9% de los internos de medicina (n=5) y un 13.9% (n=10) de los médicos residentes no realizan ninguna medida no farmacológica, siendo el personal de salud que más tiempo permanece en el hospital y que está en mayor contacto con los pacientes; esto indica una carencia en medidas básicas de entrenamiento médico; y la importancia de reforzar la enseñanza del manejo integral de Delirio durante la formación médica. En un estudio similar realizado por Ertugrul y cols. en el que se evaluaron enfermeras de una unidad de cuidados intensivos se describe que a pesar de en su mayoría haber marcado el uso de medidas alternativas a las medidas restrictivas en el manejo del Delirio, solo un tercio de su muestra tenían sugerencias sobre métodos alternativos; y esas sugerencias eran, en su mayoría, el uso de sedación (36). Esto evidencia que 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 Delirio recomiendan disminuir el uso de sedación debido a los riesgos que conlleva respecto a deterioro cognitivo, complicaciones psicológicas y mortalidad (37).

Limitaciones del estudio

En el cuestionario no se recopiló datos sobre la presencia de educación reciente recibida acerca de Delirio. Por lo tanto, no se puede conocer si los resultados obtenidos fueron

influenciados por la reciente revisión del tema por alguno de los grupos evaluados.

Así mismo, al no existir una recompensa por obtener mayor puntaje, los participantes podrían no haber respondido el cuestionario con el total de sus capacidades. Por otro lado, la poca disponibilidad de tiempo de los participantes puede haber condicionado a que su desempeño no fuera el óptimo.

Otra limitación fue que al evaluar actitudes frente a Delirio fue una limitante pues no era plausible realizar una observación directa continua a los participantes muestreados; ergo, tuvimos que hacer una aproximación de este tipo de evaluación por medio de preguntas en el cuestionario.

Por otro lado el cuestionario no ha discriminado entre un residente de año inferior respecto a uno de un año superior, al estos rotar mensualmente por distintas especialidades a las propias, se lo ha aplicado en diferentes horarios del día pudiendo estos no presentarse física y/o mentalmente en condiciones óptimas para resolver un test de conocimientos y al haber aplicado el cuestionario finalizando un año académico para tanto los residentes como los internos de medicina; esto ocasiona un sesgo respecto a la preparación y experiencia de estos respecto al tema. Por otro lado, dichos resultados no se pueden extrapolar a otras poblaciones u hospitales del país

Por último, no todos los servicios contaron con el mismo número de participantes debido a que servicios como medicina interna y cirugía general requieren de más residentes e internos generalmente. Servicios más especializados como oncología y traumatología, no son un lugar habitual para el entrenamiento de internos y residentes por lo que tuvieron un menor número de participantes. Esto podría haber condicionado los resultados del estudio.

VI. CONCLUSIONES

Nuestro cuestionario permitió describir los conocimientos, actitudes y prácticas del personal médico en un hospital público. En este estudio, se evidenciaron deficiencias en conocimientos y en el uso de medidas no farmacológicas en Delirio factor condicionante para un diagnóstico tardío y por consiguiente un manejo inadecuado. Asimismo, hemos notado que este síndrome ha sido ampliamente estudiado en unidades de cuidados intensivos y no en servicios de hospitalización; por lo cual recomendamos que este estudio sea un incentivo para continuar la investigación del Delirio en servicios de hospitalización de otros lugares. En un estudio posterior buscaremos realizar la validación de constructo y criterio de este cuestionario con el fin de que pueda ser utilizado de manera estandarizada para la evaluación de delirio en las instituciones del país.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Maldonado JR. Delirium pathophysiology: An updated hypothesis of the etiology of acute brain failure. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2018 Nov;33(11):1428–57.
2. Maldonado JR. Acute Brain Failure: Pathophysiology, Diagnosis, Management, and Sequelae of Delirium. *Crit Care Clin*. 2017 Jul;33(3):461–519.
3. Maldonado JR. Neuropathogenesis of delirium: review of current etiologic theories and common pathways. *Am J Geriatr Psychiatry Off J Am Assoc Geriatr Psychiatry*. 2013 Dec;21(12):1190–222.
4. Duppils GS, Wikblad K. Delirium: behavioural changes before and during the prodromal phase. *J Clin Nurs*. 2004 Jul;13(5):609–16.
5. Hshieh TT, Inouye SK, Oh ES. Delirium in the Elderly. *Clin Geriatr Med*. 2020 May;36(2):183–99.
6. Blazer DG, van Nieuwenhuizen AO. Evidence for the diagnostic criteria of delirium: an update. *Curr Opin Psychiatry*. 2012 May;25(3):239–43.
7. Rowley-Conwy G. Critical care nurses' knowledge and practice of delirium assessment. *Br J Nurs Mark Allen Publ*. 2017 Apr 13;26(7):412–7.
8. Meagher DJ, Trzepacz PT. Motoric subtypes of delirium. *Semin Clin Neuropsychiatry*. 2000 Apr;5(2):75–85.
9. Girard TD, Thompson JL, Pandharipande PP, Brummel NE, Jackson JC, Patel MB, et al. Clinical phenotypes of delirium during critical illness and severity of subsequent long-term cognitive impairment: a prospective cohort study. *Lancet Respir Med*.

2018 Mar;6(3):213–22.

10. Hare M, Wynaden D, McGowan S, Landsborough I, Speed G. A questionnaire to determine nurses' knowledge of delirium and its risk factors. *Contemp Nurse*. 2008 May;29(1):23–31.
11. Lama Valdivia J, Varela Pinedo L, Ortiz Saavedra PJ. Prevalencia y factores de riesgo del estado confusional agudo en el adulto mayor en una sala de emergencias médicas. *Rev Medica Hered*. 2002 Jan;13(1):10–8.
12. Maldonado JR. Delirium: Neurobiology, Characteristics, and Management [Internet]. *Psychiatric Care of the Medical Patient*. Oxford University Press; [cited 2022 Jun 25]. Available from:
<https://oxfordmedicine.com/view/10.1093/med/9780199731855.001.0001/med-9780199731855-chapter-41>
13. Mattison MLP. Delirium. *Ann Intern Med*. 2020 Oct 6;173(7):ITC49–64.
14. Baessler F, Ciprianidis A, Rizvi AZ, Weidlich J, Wagner FL, Klein SB, et al. Delirium: Medical Students' Knowledge and Effectiveness of Different Teaching Methods. *Am J Geriatr Psychiatry Off J Am Assoc Geriatr Psychiatry*. 2019 Jul;27(7):737–44.
15. Hübscher A, Isenmann S. [Delirium: Concepts, Etiology, and Clinical Management]. *Fortschr Neurol Psychiatr*. 2016 Apr;84(4):233–44.
16. Marcantonio ER, Kiely DK, Simon SE, John Orav E, Jones RN, Murphy KM, et al. Outcomes of older people admitted to postacute facilities with delirium. *J Am Geriatr Soc*. 2005 Jun;53(6):963–9.

17. Davis D, MacLulich A. Understanding barriers to delirium care: a multicentre survey of knowledge and attitudes amongst UK junior doctors. *Age Ageing*. 2009 Sep;38(5):559–63.
18. Selim AA, Ely EW. Delirium the under-recognised syndrome: survey of healthcare professionals' awareness and practice in the intensive care units. *J Clin Nurs*. 2017 Mar;26(5–6):813–24.
19. Nydahl P, Dewes M, Dubb R, Hermes C, Kaltwasser A, Krotsetis S, et al. Survey among critical care nurses and physicians about delirium management. *Nurs Crit Care*. 2018 Jan;23(1):23–9.
20. Aiken LR. Three Coefficients for Analyzing the Reliability and Validity of Ratings. *Educ Psychol Meas*. 1985 Mar 1;45(1):131–42.
21. Penfield RD, Giacobbi Jr Peter R. Applying a Score Confidence Interval to Aiken's Item Content-Relevance Index. *Meas Phys Educ Exerc Sci*. 2004 Dec 1;8(4):213–25.
22. Bulger SM, Housner LD. Modified Delphi Investigation of Exercise Science in Physical Education Teacher Education. *J Teach Phys Educ*. 2007 Jan 1;26(1):57–80.
23. Pedrosa I, Suárez-Álvarez J, García-Cueto E. Evidencias sobre la validez de contenido: avances teóricos y métodos para su estimación. *Acción Psicológica*. 2013 Dec;10(2):3–18.
24. Trogrlić Z, Ista E, Ponssen HH, Schoonderbeek JF, Schreiner F, Verbrugge SJ, et al. Attitudes, knowledge and practices concerning delirium: a survey among intensive care unit professionals. *Nurs Crit Care*. 2017 May;22(3):133–40.

25. Arachchi TMJ, Pinto V. 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 J Crit Care Med Peer-Rev Off Publ Indian Soc Crit Care Med*. 2021 Dec;25(12):1413–20.
26. Schmitt EM, Gallagher J, Albuquerque A, Tabloski P, Lee HJ, Gleason L, et al. Perspectives on the Delirium Experience and Its Burden: Common Themes Among Older Patients, Their Family Caregivers, and Nurses. *The Gerontologist*. 2019 Mar 14;59(2):327–37.
27. Brooke J. Differentiation of delirium, dementia and delirium superimposed on dementia in the older person. *Br J Nurs Mark Allen Publ*. 2018 Apr 12;27(7):363–7.
28. Goodson CM, Chang Y, Arora RC. What type of delirium would you like: Hyperactive, hypoactive, or mixed? None, thanks. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2018 Jan;155(1):240–1.
29. Zhang W, Hu W, Shen M, Ye X, Huang Y, Sun Y. Profiles of delirium and the clinical outcomes of patients who underwent coronary artery bypass grafting: a prospective study from China. *J Clin Nurs*. 2016 Mar;25(5–6):631–41.
30. Nichani S, Fitterman N, Lukela M, Crocker J, Society of Hospital Medicine. The Core Competencies in Hospital Medicine 2017 Revision. Section 2: Procedures. *J Hosp Med*. 2017 Apr;12(4 Suppl 1):S44–54.
31. Oldham MA, Flanagan NM, Khan A, Boukrina O, Marcantonio ER. Responding to Ten Common Delirium Misconceptions With Best Evidence: An Educational Review

- for Clinicians. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2018;30(1):51–7.
32. Todd OM, Teale EA. Delirium: a guide for the general physician. *Clin Med Lond Engl*. 2017 Feb;17(1):48–53.
33. De J, Wand APF. Delirium Screening: A Systematic Review of Delirium Screening Tools in Hospitalized Patients. *The Gerontologist*. 2015 Dec;55(6):1079–99.
34. Rieck KM, Pagali S, Miller DM. Delirium in hospitalized older adults. *Hosp Pract* 1995. 2020 Mar;48(sup1):3–16.
35. Outen K, Akintade BF. Implementation of the Confusion Assessment Method for Noncritically Ill Adult Patients. *Crit Care Nurs Clin North Am*. 2019 Dec;31(4):475–80.
36. Ertuğrul B, Özden D. Nurses' knowledge and attitudes regarding physical restraint in Turkish intensive care units. *Nurs Crit Care*. 2021 Jul;26(4):253–61.
37. Vincent JL, Shehabi Y, Walsh TS, Pandharipande PP, Ball JA, Spronk P, et al. Comfort and patient-centred care without excessive sedation: the eCASH concept. *Intensive Care Med*. 2016 Jun;42(6):962–

VIII. TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla 1: 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	57.8%	58.9%	58%	
total (media)	(IC95% 52.5- 63.1)	(IC95% 54.9- 62.8)	(IC95% 52- 64.1)	58.4% (IC95% 55.1-61.1).

Tabla 2: Número de participantes que respondieron correctamente en la sección de conocimientos según servicios

Porcentaje	Pregunta 1	Pregunta 2	Pregunta 3	Pregunta 4	Pregunta 5	Pregunta 6	Pregunta 7	Pregunta 8	Pregunta 1	Pregunta 2	Pregunta 3	Pregunta 4	Pregunta 5	Pregunta 6	Pregunta 7	Pregunta 8	Preguntas
59.4% (IC95%)	18 (40.9%)	40 (90.9%)	30 (68.2%)	24 (54.6%)	29 (65.9%)	12 (27.3%)	40 (90.9%)	16 (36.4%)	Medicina								
55.4% (IC95%)	12 (42.9%)	22 (78.6%)	16 (57.1%)	14 (50%)	16 (57.1%)	11 (29.3%)	25 (89.3%)	8 (28.6%)	Interna								
56.9% (IC95%)	4 (44.4%)	7 (77.8%)	6 (66.7%)	3 (33.3%)	7 (77.8%)	5 (55.6%)	8 (88.9%)	1 (11.1%)	Cirugía								
54.6% (IC95%)	15 (55.6%)	22 (81.5%)	15 (55.6%)	17 (63%)	16 (59.3%)	9 (33.3%)	20 (74.1%)	4 (14.8%)	General								
57.8% (IC95%)	4 (50%)	7 (87.5%)	6 (75%)	6 (75%)	6 (75%)	0 (0%)	6 (75%)	2 (25%)	Traumatología								
69.5% (IC95%)	7 (43.8%)	15 (93.8%)	12 (75%)	12 (75%)	16 (100%)	4 (25%)	15 (93.8%)	8 (50%)	Ginecología								
77.1% (IC95%)	4 (66.7%)	6 (100%)	6 (100%)	5 (83.3%)	4 (66.7%)	2 (33.3%)	6 (100%)	4 (66.7%)	a-								
45% (IC95%)	2 (20%)	6 (60%)	3 (30%)	4 (40%)	8 (80%)	2 (20%)	10 (100%)	1 (10%)	Centro de Excelencia								
58.4% (IC95%)	66 (44.6%)	125 (84.5%)	94 (63.5%)	85 (57.4%)	102 (68.9%)	45 (30.4%)	130 (87.8%)	44 (29.7%)	Medicina Tropical								
									Geriatría (n= 6)								
									Oncología (n= 10)								
									Total (n= 148)								

Gráfico 1: Distribución de la muestra según servicio

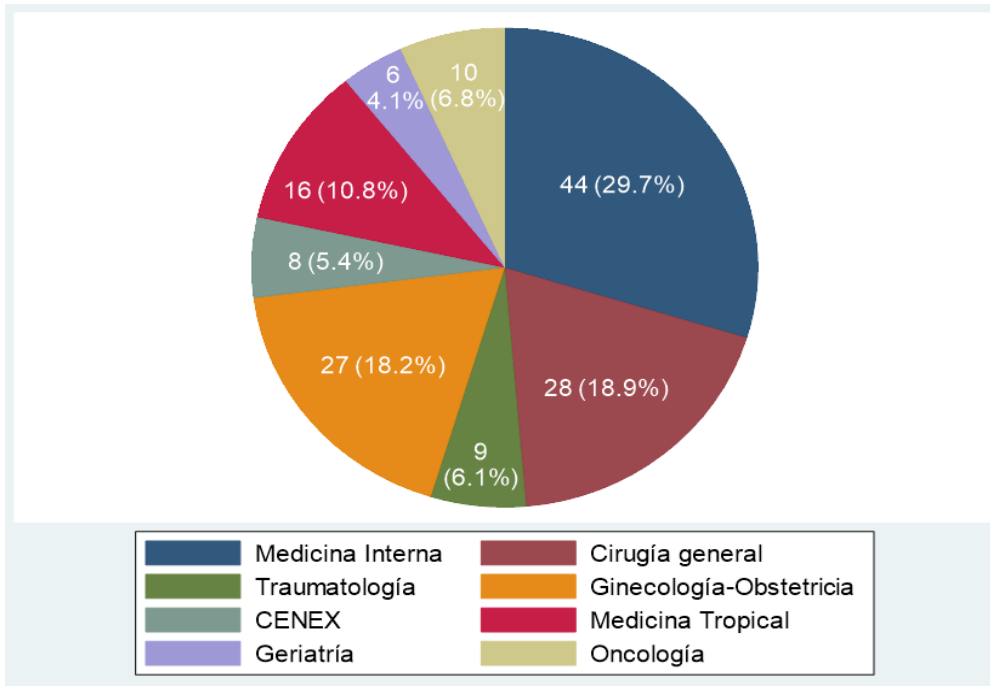


Gráfico 2: Porcentaje de respuestas respondidas correctamente en la sección de conocimientos de acuerdo a grado académico

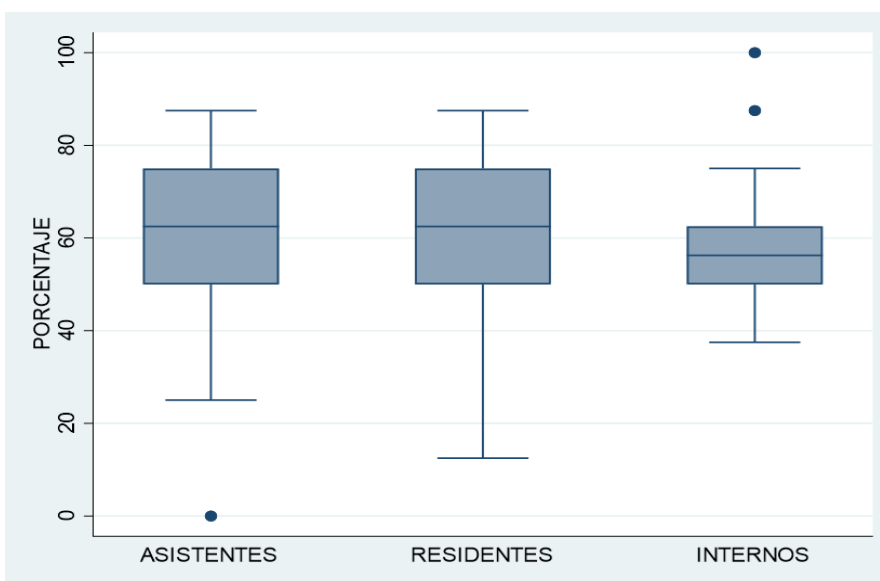
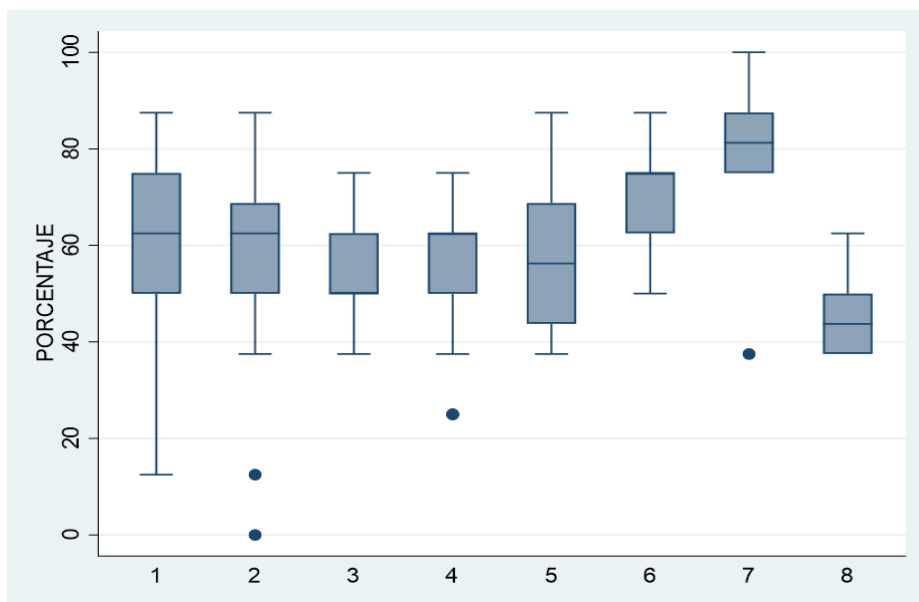


Gráfico 3: Porcentaje de respuestas respondidas correctamente en la sección de conocimientos de acuerdo a servicio



Leyenda: 1= Medicina Interna, 2= Cirugía general, 3= Traumatología, 4= Ginecología Obstetricia, 5= Centro de Excelencia para la atención de la Tuberculosis, 6= Medicina Tropical, 7= Geriatria, 8= Oncología

Gráfico 4: Porcentaje de participantes que refiere que el Delirio debería ser manejado por un Médico Psiquiatra

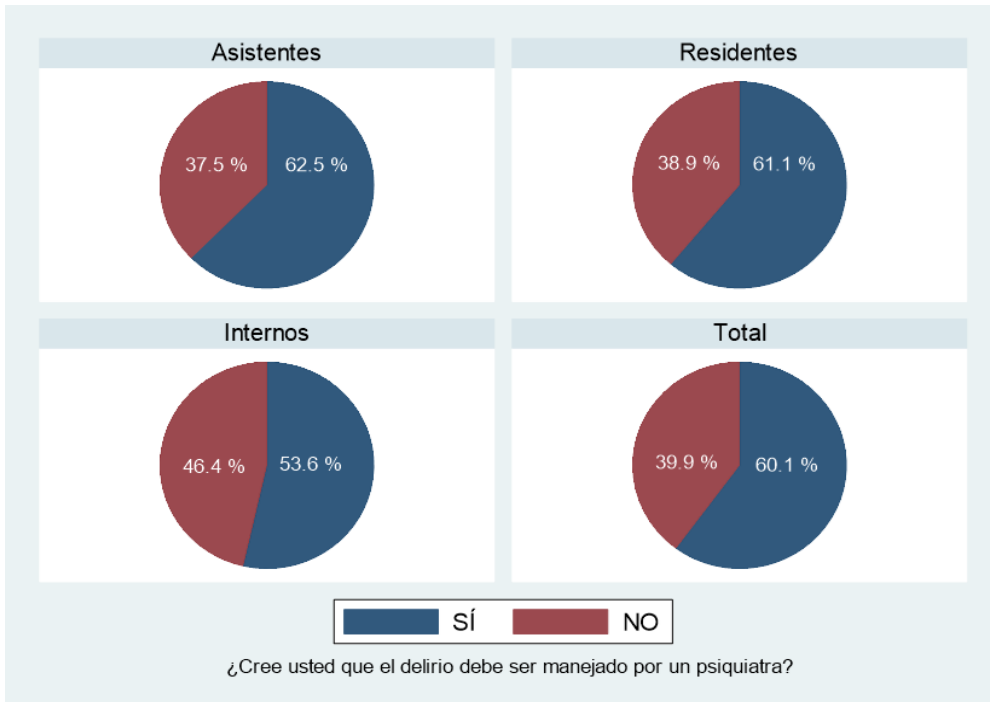


Gráfico 5: Porcentaje de participantes que refiere usar el método para la evaluación de la confusión (CAM) para diagnosticar Delirio

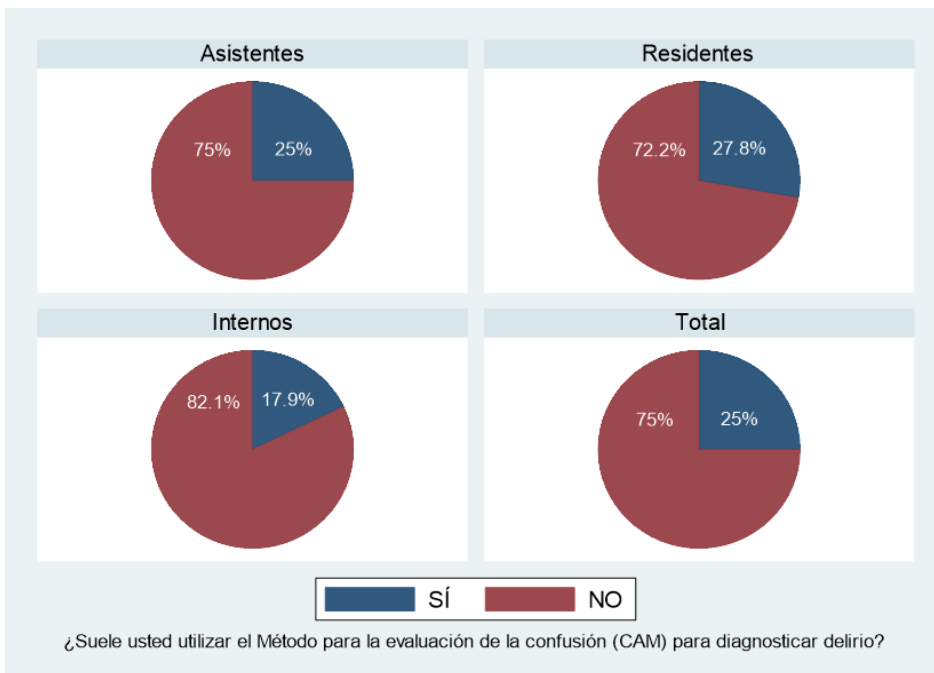


Gráfico 6: Confiabilidad respecto al uso de neurolépticos ante un Delirio hiperactivo

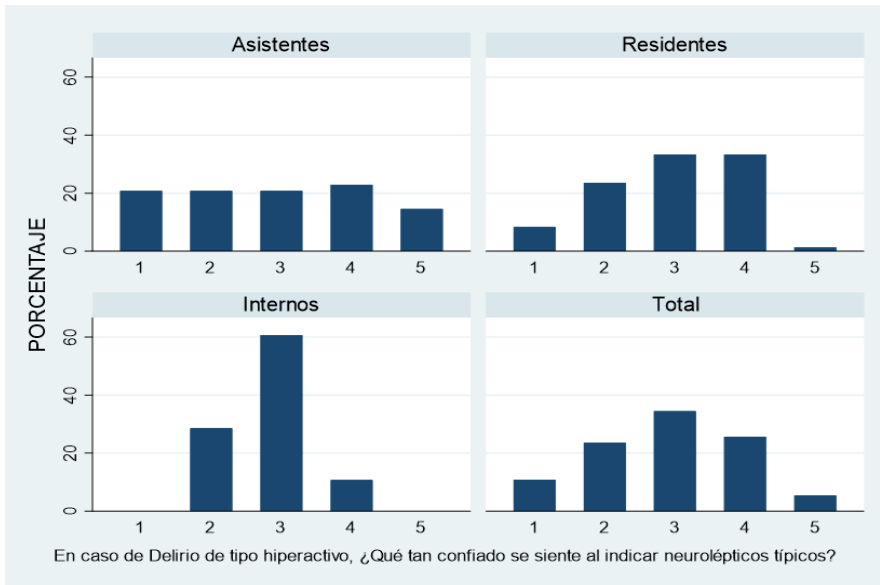
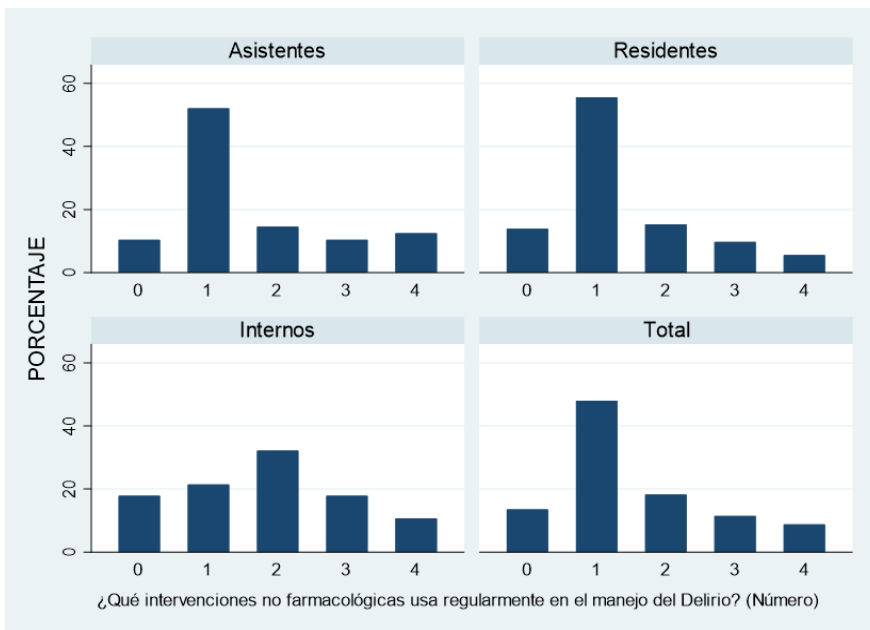


Gráfico 7: Número de intervenciones no farmacológicas utilizadas según grado académico



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

ANEXOS

Anexo 1: Instrumento para evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el diagnóstico y manejo del Delirio en el Hospital Cayetano Heredia

Parte I: Cargo y servicio de labor:

Cargo:

- Médico asistente
- Médico residente
- Interno de medicina

Servicio:

- Medicina Interna
- Cirugía General
- Traumatología
- Ginecología-Obstetricia
- Centro de Excelencia para la atención de la Tuberculosis
- Medicina Tropical
- Geriatría
- Oncología

Parte II: Conocimiento

1. La característica distintiva del Delirio 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 Delirio:

A. V

B. F

3. Los pacientes con Delirio hiperactivo son física o verbalmente agresivos:

A. V

B. F

4. El déficit visual/auditivo incrementa el riesgo de Delirio:

A. V

B. F

5. Marque la alternativa que menciona un factor predisponente (condición previa de vulnerabilidad) de Delirio:

A. Sepsis

B. Demencia

C. Hipoglicemia

6. Marque la alternativa que menciona un factor precipitante (factor desencadenante) de Delirio:

A. Trastorno depresivo

B. Hiponatremia

C. Desnutrición crónica

7. Para diferenciar Demencia de Delirio, marque la alternativa correcta:

A. El Delirio tiende a ser crónico y progresivo mientras que la Demencia tiende a ser fluctuante.

B. El Delirio 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 Delirio.

8. Marque lo correcto sobre los tipos de Delirio:

- A. El Delirio hiperactivo es más frecuente que el hipoactivo.
- B. El Delirio hipoactivo se asocia con un peor pronóstico.
- C. El Delirio hiperactivo es más difícil de diagnosticar.

Parte III: Actitudes

9. ¿Cree usted que el Delirio es un síndrome que debería ser manejado por un Psiquiatra?:

- A. Sí
- B. No

10. ¿Suele usted utilizar el Método para la evaluación de la confusión (CAM, del inglés Confussion Assessment Method) como herramienta para diagnosticar Delirio?:

- A. Sí
- B. No

11. En caso que evalúe un paciente en el que usted sospeche de Delirio de tipo hiperactivo, ¿qué tan confiado se siente al indicar neurolepticos 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 Delirio?: (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.

Anexo 2: Consentimiento Informado

Documento de Consentimiento Informado

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

Investigadores: Grethel Zarimah Diaz Vargas, Abigail Jazmin Quiñones Condezo,
Karlos Alvaro Acurio Ortiz.

Asesores: Carlos Alberto Orellano Tuesta, Jorge Martin Arevalo Flores

Universidad Peruana Cayetano Heredia

Propósito del estudio

Lo estamos invitando a participar en un proyecto de investigación desarrollado por alumnos de la Universidad Peruana Cayetano Heredia para optar por el título de Médico Cirujano. Los objetivos del estudio son identificar los conocimientos, actitudes y prácticas en el diagnóstico y manejo del Delirio en el personal médico e internos de medicina que atienden en los servicios de hospitalización del Hospital Cayetano Heredia; determinar el conocimiento de criterios diagnósticos, uso de herramientas diagnósticas, factores de riesgo y epidemiología mediante la creación de un cuestionario que será sometido a una validación de contenido por tres expertos previo a su aplicación;

establecer las actitudes del personal médico e internos de medicina con respecto al Delirio; establecer si se practican intervenciones no farmacológicas para prevenir y tratar el Delirio e identificar las diferencias respecto a conocimientos y conductas sobre el diagnóstico y manejo del Delirio entre el personal médico e internos de medicina.

Antes de decidir si desea participar o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Una vez que haya comprendido en qué consiste el estudio, si decide participar se le pedirá que firme esta forma de consentimiento. Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Es su elección y todos sus derechos serán respetados.

Procedimientos

Si decide participar en este estudio se realizará lo siguiente:

1. Se le pedirá que complete un cuestionario anónimo para marcar; que evaluarán los objetivos de este proyecto.
2. Durante la resolución del cuestionario, usted no podrá buscar información sobre el tema en internet ni comentar las preguntas a colegas.
3. Al término del cuestionario, se lo entregará al investigador presente para su colocación en un sobre junto a los cuestionarios de los demás participantes.
4. En caso que no esté un investigador presente para la recepción del cuestionario; lo deposita en un sobre que los investigadores dejaremos en su respectivo servicio.

Riesgos

Al ser un cuestionario anónimo el instrumento a ejecutar, no habrá ningún riesgo para los participantes.

Beneficios

Al entregar un folleto con el cuestionario resuelto posterior a la realización del cuestionario por parte del participante, el beneficio será directo al participante al esclarecer las dudas sobre el tema tratado en el cuestionario.

Costos y compensación

No deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole.

Confidencialidad

Toda la información aquí recopilada será usada sólo para los fines de la investigación. No compartiremos la identidad de aquellos que participen pues la encuesta será anónima. La información recogida durante la investigación será accesible solamente a los investigadores.

Uso futuro de información

Deseamos almacenar los datos recaudados en esta investigación, pues deseamos realizar otro proyecto en el futuro en el cual planeamos completar las validaciones de criterio y de constructo en ese estudio posterior.

Autorizo a tener mis datos almacenados para un uso futuro en otras investigaciones.

SI () NO ()

Derechos del participante

Si decide participar en el estudio, puede retirarse de este en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio o llame a:

Investigadores Principales:

Grethel Diaz Vargas

Telf. 

Abigail Quiñones Condezo

Telf. 

Karlos Alvaro Acurio Ortiz

Telf. 

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al presidente del Comité Institucional de Ética de la Universidad peruana Cayetano Heredia, al Dr. Luis Arturo Pedro Saona Ugarte 01-3190000 anexo 2271 y/o al Comité Institucional de Ética en Investigación del Hospital Cayetano Heredia al teléfono 481-9502. Una copia de este consentimiento informado le será entregada.

DECLARACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo la finalidad del proyecto, así como los riesgos y beneficios que este abarca. Asimismo, entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

.....

Firma del participante

.....

Fecha y hora

.....

Nombres y apellidos del investigador

.....

Fecha y hora

Anexo 3: Validación de contenido por juicio de expertos.

Parte I: Validación de contenido por jueces tras corregir cuestionario:

N° Ítem	¿El ítem se entiende claramente?						¿El ítem es útil para evaluar conocimientos sobre Delirio?					
	Sí			No			Sí			No		
	J1	J2	J3	J1	J2	J3	J1	J2	J3	J1	J2	J3
1	1	1	1				1	1	1			
2	1	1	1				1	1	1			
3	1	1	1				1	1	1			
4	1	1	1				1	1	1			
5	1	1	1				1	1	1			
6	1	1	1				1	1	1			
7	1	1	1				1	1	1			
8	1	1	1				1	1	1			

Parte II: V de Aiken de validación de contenido tras corregir preguntas:

Ítems		Juez 1	Juez 2	Juez 3	V de Aiken	Promedio de V de Aiken
Item 1	P1	1	1	1	1	1

	P2	1	1	1	1	
Item 2	P1	1	1	1	1	
	P2	1	1	1	1	1
Item 3	P1	1	1	1	1	
	P2	1	1	1	1	1
Item 4	P1	1	1	1	1	
	P2	1	1	1	1	1
Item 5	P1	1	1	1	1	
	P2	1	1	1	1	1
Item 6	P1	1	1	1	1	
	P2	1	1	1	1	1
Item 7	P1	1	1	1	1	
	P2	1	1	1	1	1
Item 8	P1	1	1	1	1	
	P2	1	1	1	1	1

Leyenda:

Codificación de respuesta de los jueces:

- 1 = Totalmente de acuerdo
- 0 = Totalmente en desacuerdo

Jueces:

- J1: Juez 1
- J2: Juez 2
- J3: Juez 3

Fórmula para calcular la V de Aiken:

- $V = s/n(c-1)$
- s: suma de respuestas afirmativas
- n: número de jueces
- c: número de valores de la escala de evaluación

Premisas:

- P1: Premisa 1: ¿El ítem se entiende claramente?
- P2: Premisa 2: ¿El ítem es útil para evaluar conocimientos sobre Delirio?

Nº de Ítem:

- Ítems del 1 al 8 de la parte de conocimientos del instrumento (Parte II).