



PREVALENCIA DE DELIRIUM POSTOPERATORIO EN PACIENTES QUEMADOS SOMETIDOS A ASEOS QUIRÚRGICOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

González Hermosillo Ruth, 1, Chavez-Hernández Tania Esther,² Siordia-Arias Sandra Elizabeth,² Garcia- Ibarra Daniela, ² Morales-León Daysi,² Castañeda-Sauza Claudia Alejandra,² Romo- Ascencio Evelia Verónica,² Sánchez-Balandrano Paulina,³ Valdovinos-Gutiérrez Jonathan Roberto, ²

1. Residente de tercer año de la especialidad de anestesiología, Hospital de especialidades Centro Médico Nacional de Occidente, Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara Jalisco, México
2. Departamento de Anestesiología Hospital de especialidades Centro Médico Nacional de Occidente, Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara Jalisco, México
3. Programa de Servicio Social, Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Occidente, Tlaquepaque, Jalisco, México

Anestesia en México 2026; 38(2):
38-2-2026-025

<https://doi.org/10.64230/aem-38-2-2026-025>

Fecha de recepción 14 de febrero 2026, fecha de revisión 24 de marzo del 2026,

fecha de publicación mayo 2026

Resumen:

Introducción. El delirium postoperatorio es un trastorno neurocognitivo agudo caracterizado por alteraciones fluctuantes de la atención, el nivel de conciencia y el pensamiento, condición subdiagnosticada, asociada a mayor mortalidad, estancia hospitalaria prolongada y peor pronóstico. La incidencia de delirium postoperatorio en cirugías no cardíacas va 10-52%. En pacientes quemados, la prevalencia puede ser mayor debido a la respuesta inflamatoria generalizada, el dolor severo, las infecciones frecuentes, el uso prolongado de sedantes y analgésicos, y la necesidad de múltiples intervenciones quirúrgicas en períodos cortos, para el diagnóstico, el Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU) es la herramienta más validada a nivel internacional en entornos críticos. **Objetivo:** Determinar la Prevalencia de delirium post operatorio en los pacientes quemados sometidos a aseos quirúrgicos de repetición en un hospital de tercer nivel de atención. **Material y métodos:** Estudio transversal descriptivo. **Criterios de inclusión:** pacientes con quemaduras >20% de superficie corporal quemada (SPQ) que aceptaron participar en el estudio. **Criterios de exclusión:** inestabilidad hemodinámica, uso de ventilación mecánica, no aceptar participar. Proyecto fue

aprobado por el comité de ética e investigación R-2025-1301-076. **Análisis estadístico:** se utilizó estadística descriptiva, para variable cualitativas se usó prueba exacta de Fisher, para variables cuantitativas T Student, se consideró significancia estadística $p < 0.05$, se usó programa estadístico SPSS versión 21. **Resultados.** Se evaluaron 73 pacientes, la prevalencia de delirium fue de 11% (8/75), similar edad (31.38 ± 11.12 vs 36 ± 10.69 , $p = 0.254$), predomina sexo masculino, comorbilidades: diabetes mellitus tipo 2 (DM2) e hipertensión arterial sistémica (HAS), factores asociados a delirium: %SCQ (37.75 ± 3.80 vs 22.28 ± 9.87 , $p < 0.0001$), número de aseos quirúrgicos ≥ 3 (100% vs 37%, $p = 0.014$). **Conclusiones.** En nuestro centro la prevalencia de delirium postoperatorio en pacientes quemados es del 11% los factores asociados son: % SCQ y el número de aseos quirúrgicos.

Introducción.

El delirium postoperatorio es un trastorno neurocognitivo agudo y fluctuante, comúnmente observado en pacientes críticos, particularmente aquellos sometidos a procedimientos quirúrgicos invasivos y repetitivos. En el contexto de la unidad de quemados, donde los pacientes suelen enfrentar múltiples aseos quirúrgicos debido a la gravedad de sus lesiones, la prevalencia de delirium postoperatorio puede ser significativamente alta. Este fenómeno representa un desafío tanto para

el manejo clínico como para la recuperación global de los pacientes, ya que está asociado con un aumento en la morbilidad, una estancia hospitalaria prolongada y una recuperación funcional comprometida (1,2) Diversos autores han estudiado los factores asociados al delirium postoperatorio, aun no existe un consenso, especialmente en pacientes con quemaduras, no existe un tratamiento farmacológico eficaz para el tratamiento de delirium, por lo que las medidas preventivas pudieran reducir su incidencia en estos pacientes (3,4) El CAM-ICU (Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit) es una herramienta desarrollada para la evaluación y monitoreo del delirio en pacientes críticos, especialmente aquellos que requieren ventilación mecánica en unidades de cuidados intensivos (UCI). Este método fue creado en respuesta a la falta de instrumentos validados para la detección de delirium en pacientes con ventilación mecánica, una población frecuentemente excluida de estudios previos (5) El objetivo de este estudio es determinar la prevalencia de delirium en pacientes quemados usando CAM-ICU en un hospital de tercer nivel de atención.

Material y métodos: Diseño del estudio: transversal descriptivo, este proyecto fue aprobado por el comité de ética e investigación del hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional de Occidente, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Jalisco México,

R-2025-1301-076. Criterios de inclusión: pacientes mayores de 18 años, derechohabientes del IMSS, hospitalizados en la unidad de quemados, con SCQ $\geq 20\%$, que aceptaron participar de manera voluntaria (firma de consentimiento informado). Criterios de exclusión: pacientes con inestabilidad hemodinámica, pacientes con uso de ventilación mecánica, negativa de participar en el estudio: Desarrollo de estudio, se realizaron entrevistas a los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, se realizó el CAM-ICU, con base en los resultados obtenidos de esta evaluación, se dividieron los pacientes en dos grupos: grupo Delirium (n=8), Grupo Control (n=65). Análisis estadístico: para la descripción de variables cualitativas se utilizaron frecuencias y porcentajes, para la descripción de variables cuantitativas se utilizaron medias y desviación estándar, para la comparación de variables cualitativas se utilizó prueba exacta de Fisher, para la comparación de variables cuantitativas se utilizó prueba T student, la prevalencia se calculó tomando el número de pacientes que presentaron delirium entre el total de pacientes, se utilizó el programa estadístico SPSS versión 21.

Resultados:

Se evaluaron 73 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, pacientes con predominio de sexo masculino (63% vs 72%. P= 0.648), similar edad (31.38 \pm 11.12 vs 36 \pm 10.69, p=0.254), las comorbilidades

más prevalentes fueron: diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial sistémica. Tabla 1.

Tabla 1. Características generales de pacientes con quemaduras en una unidad de quemados (n=73)

Variable	Delirium (n=8)	Control (n=65)	P
Edad (años), X, DE	31.38 \pm 11.12	36 \pm 10.69	0.254 ^a
Sexo, n, %			
Femenino	3 (38)	18 (28)	0.417 ^b
Masculino	5 (63)	47 (72)	0.648 ^b
Peso(kg), X, DE	74.25 \pm 8.01	78.12 \pm 11.47	0.440 ^a
Talla (m), X, DE	1.68 \pm 0.81	1.71 \pm 0.74	0.328 ^a
Comorbilidades, n, %			
Hipertensión arterial sistémica	2 (25)	7 (11)	0.255 ^b
Otras	2 (25)	7 (11)	0.255 ^b
Epilepsia	0	5 (8)	0.545 ^b
Diabetes mellitus tipo 2	0	2 (3)	0.791 ^b
Enfermedad renal crónica	0	1 (2)	0.891 ^b

X= media, DE= desviación estándar, n= numero, %= porcentaje, a= T student, b = prueba exacta de Fisher

En la tabla 2 se describen los procedimientos anestésicos realizados, observamos que existe una alta prevalencia de uso de anestesia general balanceada, los factores asociados a delirium son %

SCQ (37.75 ± 3.80 vs 22.28 ± 1.87 , $p < 0.0001$) y numero de aseos quirúrgicos mayor a 3 (100% vs 37%, $p = 0.014$).

Tabla 2. Procedimientos anestésicos en pacientes con quemaduras en una unidad de quemados (n=73)

Variable	Delirium (n=8)	Control (n=65)	P
% SCQ, X, DE	37.75 ± 3.80	22.28 ± 1.87	$< 0.0001^a$
Tipo de anestesia, n, %			
AGB	6 (75)	42 (65)	0.417 ^b
TIVA	2 (25)	8 (12)	0.648 ^b
Aseos quirúrgicos ≥ 3 , n, %	8 (100)	24 (37)	0.014 ^b

%= porcentaje, n= numero, X= media, DE= desviación estándar, SCQ= superficie corporal quemada, AGB= anestesia general balanceada, TIVA= anestesia total endovenosa, a= T stuent, b= prueba exacta de Fisher

Discusión.

En nuestro centro la prevalencia de delirium postoperatorio es del 11% en pacientes con quemaduras $> 20\%$ SCQ sometidos a aseos quirúrgicos, factores asociados a delirium: %SCQ (37.75 ± 3.80 vs 22.28 ± 9.87 , $p < 0.0001$), numero de aseos quirúrgicos ≥ 3 (100% vs 37%, $p = 0.014$), en contraste con lo observado por Alizadeh Otaghvar H et al quienes en un metaanálisis observaron que la prevalencia de delirium en pacientes con quemaduras sometidos a aseos quirúrgicos fue del 20.5% (IC del 95%: 10,9% a 35,0%; $I^2 = 96,889\%$; $p < 0,001$) los factores asociados a delirium fueron: edad, sexo masculino (64.6%), % de superficie corporal total quemada, la duración de la hospitalización, los días con ventilación mecánica, el alcoholismo, la dosis de benzodiazepinas, la dosis de opioides, la edad, el sexo masculino, los días en la UCI, los días de cirugía, el cuidado de heridas bajo anestesia y la dosis de opioides mostraron una correlación significativa con la prevalencia de delirio en pacientes con quemaduras. (6) Guo Z et al en un estudio prospectivo observaron que la prevalencia de delirium postoperatorio en pacientes gran quemados (%SCQ $\geq 30\%$) observando una prevalencia de delirium de 14,55% los factores asociados a delirium fueron: edad > 50 años, antecedente de consumo de alcohol > 3 veces por semana, tipo de anestesia y la duración del procedimiento (≥ 180 minutos). (7) Silva MP et

al en un estudio retrospectivo con una incidencia de delirio del 52 %, los pacientes quemados ingresados en la unidad de quemados desarrollaron delirio un promedio de 11,81 días (IC del 95 %: 7,09-16,52) tras la hospitalización, con una duración media de 11,5 días (IC del 95 %: 7,28-15,72). La edad fue el único factor de riesgo predisponente identificado ($p = 0,0141$), los factores de riesgo en los análisis bivariados: superficie corporal total quemada (SCTM) ($p = 0,026$), cirugía ($p = 0,0438$), ventilación mecánica ($p < 0,001$), uso de infusión de opioides ($p < 0,001$) e infección ($p < 0,001$) (8) Los factores independientes para el delirio en la regresión multivariable fueron: edad superior a 74 años; número de intervenciones quirúrgicas y procedimientos de curación de heridas bajo anestesia; y la administración de cuidados intensivos (área bajo la curva 0,940; IC del 95%: 0,899-0,981). Abdelrahman I et al en una cohorte retrospectiva, describen la prevalencia de delirium del 19%, esta prevalencia incrementa a 47% si el paciente ingresa a UCI y 5% en pacientes en unidad de cuidados intermedios, los factores asociados son: la duración de la estancia hospitalaria, ajustada por edad y extensión de la quemadura, fue 13,2 días mayor (IC del 95%: 7,4-18,9; $p < 0,001$) en el grupo con delirio. (9) Stanley GHM en un metaanálisis observaron que los factores asociados a delirium son: puntuación ASA ≥ 3 , el porcentaje de superficie corporal total quemada (SCTQ) $> 10\%$, la cirugía realizada, el ingreso en la UCI y la duración

de la estancia hospitalaria y en la UCI mostraron asociaciones estadísticamente significativas con el delirio. (10)

Conclusiones. En nuestro centro la prevalencia de delirium postoperatorio en pacientes quemados es del 11% los factores asociados son: % SCQ y el número de aseos quirúrgicos.

Limitaciones del estudio. Tamaño de la muestra pequeño, limitado a un solo centro, es necesario tomar en cuenta variables transoperatorias como: hipotensión, uso de índice biespectral, duración del procedimiento quirúrgico, uso de ventilación mecánica durante su estancia de UCI, marcadores de perfusión (lactato, gasometría arterial y/o venosa).

Referencias Bibliográficas:

1. Panayi AC, Friedrich S, Rühl J, Schaschinger T, Niederegger T, Knoedler L, Knoedler S, Rendenbach C, Treskatsch S, Harhaus L, Heiland M, Orgill DP, Hundeshagen G. Delirium after surgery: a retrospective study of predictors, complications, and screening patterns in the national surgical quality improvement program. *EClinicalMedicine*. 2025;90:103629. doi: 10.1016/j.eclinm.2025.103629.
2. Ren Y, Zhang Y, Luo J, Liao W, Cheng X, Zhan J. Research progress on risk factors of delirium in burn patients: A narrative review. *Front Psychiatry*. 2022;13:989218. doi: 10.3389/fpsyt.2022.989218.
3. Choi KJ, Tan M, Jones K, Sheski D, Cho S, Garrick T, Yau A, Solio D, Sinclair K, Cervantes E, Castillo RA, Clark D, Biswas S, Alvarez C, Grunstein I, Cobb JP, Kuza CM. The impact of rounds with a psychiatry team in the intensive care unit: A prospective observational pilot study evaluating the effects on delirium incidence and outcomes. *J Psychiatr Res*. 2023;160:64-70. doi: 10.1016/j.jpsychires.2023.02.011.
4. Middleton ML, Lucke-Wold B. Neuropsychiatric outcomes in sepsis: A vital sign worth monitoring. *World J Psychiatry*. 2025;15(10):110768. doi: 10.5498/wjp.v15.i10.110768.
5. Miranda F, Gonzalez F, Plana MN, Zamora J, Quinn TJ, Seron P. Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU) for the diagnosis of delirium in adults in critical care settings. *Cochrane Database Syst Rev*. 2023;11(11):CD013126. doi: 10.1002/14651858.CD013126.pub2.
6. Alizadeh Otaghvar H, Farzan R, Tamimi P, Ghaderi A, Najafi M, Tohidian M, Izadi F, Mazhari SA. Prevalence of Delirium and Its Related Factors in Burn Patients; a Systematic Review and Meta-Analysis. *Arch Acad Emerg Med*. 2023;12(1):e7. doi: 10.22037/aaem.v12i1.2136.
7. Guo Z, Liu J, Li J, Wang X, Guo H, Ma P, Su X, Li P. Postoperative Delirium in Severely Burned Patients Undergoing Early Escharotomy: Incidence, Risk Factors, and Outcomes. *J Burn Care Res*. 2017 Jan/Feb;38(1):e370-e376. doi: 10.1097/BCR.0000000000000397.
8. Silva MP, Vala J, Sousa J, Teixeira JF, Henriques HR. Incidence and delirium risk factors in burn patients: A prospective cohort study. *Burns*. 2025;51(6):107556. doi: 10.1016/j.burns.2025.107556.
9. Abdelrahman I, Vieweg R, Irschik S, Steinvall I, Sjöberg F, Elmasry M. Development of delirium: Association with old age, severe burns, and intensive care. *Burns*. 2020;46(4):797-803. doi: 10.1016/j.burns.2020.02.013.
10. Stanley GHM, Barber ARJ, O'Brien AM, Hamill C, Boardman G, Frear CC, Edgar DW, Seymour H, Wood FM. Delirium in hospitalised adults with acute burns - A systematic review. *Burns*. 2022;48(5):1040-1054. doi: 10.1016/j.burns.2022.05.023.