



<https://doi.org/10.24245/mim.v41i8.10464>

## Síndrome de confusión aguda como marcador clínico de mortalidad en pacientes hospitalizados

### Acute confusional syndrome as a clinical marker of mortality in hospitalized patients.

José Ramón Gámez Díaz,<sup>1</sup> Andrea Carolina Salas Puente,<sup>1</sup> Dagoberto Armenta Pérez,<sup>1</sup> Eduardo López Díaz,<sup>1</sup> Guillermo Navarro Blackaller,<sup>2</sup> Pablo Maggiani Aguilera<sup>3</sup>

#### Resumen

**OBJETIVO:** Evaluar la asociación entre el síndrome de confusión aguda y la mortalidad en pacientes hospitalizados y determinar si es un predictor independiente de mortalidad.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio observacional, prospectivo y analítico llevado a cabo de noviembre del 2023 a enero del 2025 en pacientes atendidos en el Hospital General de Mazatlán. Se incluyeron adultos hospitalizados que se dividieron en dos grupos: con síndrome confusional agudo (+) y sin éste (-). El desenlace primario fue: mortalidad a 14 días. Para analizar los datos se aplicó la técnica estadística de regresión logística multivariada ajustada por variables clínicas.

**RESULTADOS:** De 1324 pacientes, 18.1% resultó con síndrome confusional agudo (+), quienes fueron de mayor edad ( $59.1 \pm 18$  comparados con  $51.1 \pm 21$  años;  $p < 0.01$ ) tuvieron más episodios de neuroinfección (2.9% comparado con 0.3%;  $p < 0.01$ ), síndrome coronario agudo (10.8% comparados con 3.7%;  $p < 0.01$ ), urgencia hipertensiva (8.3% comparada con 3.5%;  $p < 0.01$ ), choque séptico (8.3% comparado con 3.4%;  $p < 0.01$ ) y evento cerebrovascular (16.6% comparado con 3.1%;  $p < 0.01$ ) respecto al grupo (-). La mortalidad fue mayor en el grupo (+) (28.7% comparado con 13.8%;  $p < 0.01$ ). En el análisis multivariado, el síndrome confusional agudo (+) incrementó el riesgo de muerte (OR 1.13; IC95%: 1.07-1.18;  $p < 0.01$ ) y se acentuó el choque séptico (OR 1.52; IC95%: 1.24-1.87;  $p < 0.01$ ) y el tumor maligno (OR 1.74; IC95%: 1.13-2.67;  $p < 0.01$ ), mientras que la urgencia hipertensiva (OR 0.81; IC95%: 0.67-0.99,  $p = 0.04$ ) y cetoacidosis (OR 0.73; IC95%: 0.54-0.97;  $p = 0.03$ ) se asociaron con menor riesgo.

**CONCLUSIONES:** El síndrome confusional agudo (+) aumenta la mortalidad hospitalaria, sobre todo en choque séptico y tumor maligno; ello resalta la necesidad del diagnóstico y tratamiento oportunos.

**PALABRAS CLAVE:** Síndrome de confusión aguda; síndrome coronario agudo; crisis hipertensiva; choque séptico; delirio; tumores malignos.

#### Abstract

**OBJECTIVE:** To evaluate the association between acute confusional syndrome (ACS) and mortality in hospitalized patients, and to determine whether ACS is an independent predictor of mortality.

**MATERIALS AND METHODS:** This observational, prospective, analytical study was conducted from November 2023 to January 2025 on patients treated at the General Hospital of Mazatlán. Hospitalized adults were included and divided into two groups: those with and without acute confusional syndrome. The primary outcome was 14-day mortality. Multivariate logistic regression, adjusted for clinical variables, was applied to analyze the data.

**RESULTS:** Of the 1324 patients, 18.1% had acute confusional syndrome (ACS), and they were older ( $59.1 \pm 18$  years vs  $51.1 \pm 21$  years,  $p < 0.01$ ). They also experienced more episodes of neuroinfection (2.9% vs 0.3%,  $p < 0.01$ ), acute coronary syndrome (10.8% compared to 3.7%;  $p < 0.01$ ), hypertensive emergency (8.3% compared to 3.5%;  $p <$

<sup>1</sup> Médico residente, Departamento de Medicina Interna, Hospital General de Mazatlán, Sinaloa.

<sup>2</sup> Médico adscrito al servicio de Nefrología, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco.

<sup>3</sup> Jefe del departamento de Medicina interna, Hospital General de Mazatlán, Sinaloa.

#### ORCID

<https://orcid.org/0009-0009-5000-8928>

<https://orcid.org/0009-0001-5892-8536>

<https://orcid.org/0009-0001-7230-6709>

<https://orcid.org/0009-0003-4468-5718>

<https://orcid.org/0000-0003-0207-7135>

<https://orcid.org/0000-0002-1340-8369>

**Recibido:** marzo 2025

**Aceptado:** mayo 2025

#### Correspondencia

Guillermo Navarro Blackaller  
[guillermonavarroblackaller@gmail.com](mailto:guillermonavarroblackaller@gmail.com)

#### Este artículo debe citarse como:

Gámez-Díaz JR, Salas-Puente AC, Armenta-Pérez D, López-Díaz E, Navarro-Blackaller G, Maggiani-Aguilera P. Síndrome de confusión aguda como marcador clínico de mortalidad en pacientes hospitalizados. Med Int Méx 2025; 41 (8): 478-486.



0.01), septic shock (8.3% compared to 3.4%;  $p < 0.01$ ), and cerebrovascular events (16.6% compared to 3.1%;  $p < 0.01$ ). Mortality was higher in the (+) group (28.7% versus 13.8%;  $p < 0.01$ ). In the multivariate analysis, acute confusional syndrome (ACS) increased the risk of death (odds ratio [OR] 1.13; 95% confidence interval [CI]: 1.07-1.18;  $p < 0.01$ ) and was accentuated by septic shock (OR 1.52; 95% CI: 1.24-1.87;  $p < 0.01$ ). Hypertensive urgency (OR: 0.81; 95% CI: 0.67-0.99;  $p = 0.04$ ) and ketoacidosis (OR: 0.73; 95% CI: 0.54-0.97;  $p = 0.03$ ) were associated with a lower risk.

**CONCLUSIONS:** Acute confusional syndrome increases hospital mortality, especially in cases of septic shock and malignant tumors. This underscores the importance of timely diagnosis and treatment.

**KEYWORDS:** Acute confusional syndrome; Acute coronary syndrome; Hypertensive crisis; Septic shock; Delirium; Malignant tumors.

## ANTECEDENTES

El síndrome confusional agudo, o delirio, es un trastorno neuropsiquiátrico con alteración fluctuante de la conciencia, déficit de atención, pensamiento desorganizado y cambios en la percepción.<sup>1</sup> Su inicio es agudo y su causa multifactorial, asociada con inflamación, disfunción metabólica y alteraciones en la neurotransmisión.<sup>2</sup> Es frecuente en hospitalizados, sobre todo en unidades de cuidados intensivos y adultos mayores, con incidencia de hasta 50% en pacientes críticos.<sup>3</sup> Se ha relacionado con mayor mortalidad en varios estudios. Su inicio durante la hospitalización se vincula con mayor estancia, más complicaciones y peor pronóstico a corto plazo, aunque la causa exacta de esta mayor mortalidad no se ha definido por completo. Las causas más comunes al ingreso a medicina interna incluyen: neumonía, sepsis, hipoglucemia, hipernatremia, insuficiencia hepática-renal, eventos cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares y estados posquirúrgicos. Además, ciertos fármacos como las benzodiacepinas y los opioides son factores de riesgo para su aparición. El objetivo del estudio fue: analizar la asociación

entre síndrome confusional agudo y mortalidad en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna. Identificar esa relación podría ayudar a priorizar su diagnóstico y tratamiento temprano.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo, observacional, analítico con muestreo consecutivo llevado a cabo en el servicio de Medicina Interna del Hospital General de Mazatlán de noviembre de 2023 a enero de 2025. *Criterio de inclusión:* adultos hospitalizados. *Criterios de exclusión:* pacientes con datos incompletos, deterioro cognitivo agudo previo, coma inducido no neurológico u hospitalización menor de 24 horas.

Los pacientes se clasificaron con: síndrome de confusión aguda positivo (+) y síndrome de confusión aguda negativo (-). El objetivo fue determinar si el síndrome confusional agudo es un predictor independiente de mortalidad. Se obtuvo consentimiento informado conforme a la normativa local, y se garantizó la confidencialidad y anonimato de los datos mediante codificación y acceso

restringido al equipo investigador. El estudio fue aprobado por el comité de revisión institucional, en apego a la Declaración de Helsinki, siguiendo las directrices STROBE.<sup>8</sup>

*Parámetros de estudio:* edad, sexo, hipertensión, diabetes, enfermedad renal crónica, eventos cardiovasculares previos. Además: diagnósticos de ingreso (sepsis, neumonía, crisis hipertensiva, evento vascular cerebral, etc.). El diagnóstico de síndrome de confusión aguda se basó en los criterios del DSM-5.<sup>1</sup> Los parámetros bioquímicos generales se tomaron al ingreso. El seguimiento fue a 14 días mediante expediente clínico, registro de reingresos hospitalarios y contacto telefónico.

El objetivo primario fue la mortalidad entre síndrome de confusión aguda (+) y síndrome de confusión aguda (-), mientras que los secundarios fueron la asociación del síndrome confusional agudo con diagnósticos específicos.

Las variables continuas se expresaron en media  $\pm$  DE, comparadas con t de Student o U de Mann-Whitney. Las variables categóricas analizadas con  $\chi^2$  o prueba exacta de Fisher. La supervivencia a los 14 días con Kaplan-Meier con prueba *log-rank*. Para identificar predictores de mortalidad se hicieron modelos predictivos con la regresión logística multivariada ajustando por edad, sexo y comorbilidades. Solo las variables con  $p < 0.10$  en el análisis univariado se incluyeron en el modelo final ( $p < 0.05$  se consideró significativo). Se utilizó la fórmula para el cálculo del poder estadístico en la comparación de proporciones independientes, obteniéndose un poder estadístico superior al 90% para detectar la diferencia observada entre ambos grupos. Los análisis se realizaron en R Studio.

RESULTADOS

Se estudiaron 1359 pacientes hospitalizados de los que se excluyeron 35 (2.5%); quedaron para

el análisis 1324 (**Figura 1**). El síndrome de confusión aguda (+) se identificó en 240 pacientes (18.1%), quienes tenían mayor edad ( $59.1 \pm 18$  comparado con  $51.1 \pm 21$  años), hipertensión arterial sistémica en 105 (43.7%) comparada con 397 (36.6%), neuroinfección en 7 (2.9%) comparada con 4 (0.3%), síndrome coronario agudo en 26 (10.8%) en contra de 41 (3.7%), emergencia hipertensiva en 20 (8.3%) comparada con 39 (3.5%), evento vascular cerebral en 40 (16.6%) y 34 (3.1%), choque séptico en 20 (8.3%) en contraposición con 37 (3.4%) y menor enfermedad renal crónica en 24 (10%) comparada con 182 (16.7%) y con síndrome de confusión aguda (-), respectivamente. La mortalidad fue mayor en síndrome de confusión aguda (+) con 69 (28.7%) pacientes, comparado con 150 (13.8%) con síndrome de confusión aguda (-) (**Cuadro 1**). La supervivencia a los 14 días de seguimiento entre los pacientes hospitalizados con síndrome de confusión aguda (+) y síndrome

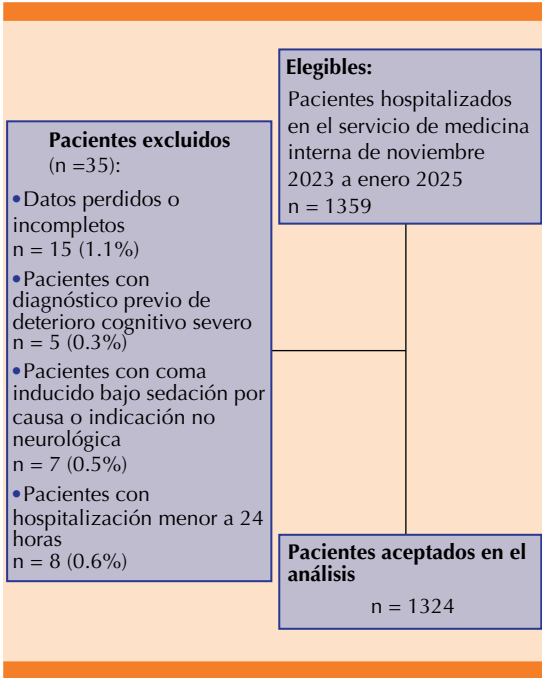


Figura 1. Diagrama de flujo de la población del estudio.

**Cuadro 1.** Características iniciales de pacientes hospitalizados con y sin síndrome confusional agudo en el servicio de Medicina Interna

Variable	Síndrome confusional agudo (-)	Síndrome confusional agudo (+)	p
Pacientes (n) [%]	1084 (81.9)	240 (18.1)	
Edad (años)[ $\pm$ DE]	51.1 ( $\pm$ 21)	59.1 ( $\pm$ 18)	<0.01*
Mujer (n) [%]	468 (43.2)	86 (35.8)	0.03*
Hombre (n) [%]	616 (56.8)	154 (64.2)	0.08
<b>Comorbilidades (n) (%)</b>			
Hipertensión arterial sistémica	397 (36.6)	105 (43.7)	0.04*
Diabetes mellitus 2	295 (27.2)	73 (30.4)	0.32
Toxicomanías	188 (17.3)	41 (17.1)	0.92
Enfermedad renal crónica	182 (16.7)	24 (10)	<0.01*
Hospitalizaciones previas	144 (13.2)	33 (13.7)	0.85
Insuficiencia cardíaca	91 (8.4)	18 (7.5)	0.63
Hipotiroidismo	41 (3.7)	6 (2.5)	0.27
Evento vascular cerebral previo	38 (3.5)	16 (6.6)	0.06
Infarto agudo de miocardio previo	26 (2.4)	4 (1.6)	0.44
<b>Diagnósticos de ingreso (n) (%)</b>			
Pancreatitis	9 (0.8)	1 (0.4)	0.40
Neuro-infección	4 (0.3)	7 (2.9)	0.02*
Síndrome coronario agudo	41 (3.7)	26 (10.8)	<0.01*
Insuficiencia cardíaca aguda	70 (6.4)	10 (4.1)	0.12
Sangrado de tubo digestivo	87 (8)	19 (7.9)	0.95
Exacerbación de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica	32 (2.9)	10 (4.1)	0.38
Neumonía adquirida en la comunidad	103 (9.5)	18 (7.5)	0.29
Emergencia hipertensiva	39 (3.5)	20 (8.3)	0.01*
Tumor maligno	29 (2.6)	4 (1.6)	0.29
Cirrosis descompensada	30 (2.7)	13 (5.4)	0.08
Evento vascular cerebral	34 (3.1)	40 (16.6)	<0.01*
Crisis convulsivas	25 (2.3)	11 (4.5)	0.11
Lesión renal aguda	196 (18.1)	36 (15)	0.23
Enfermedad renal crónica	236 (21.7)	38 (15.8)	0.02*
Choque séptico	37 (3.4)	20 (8.3)	<0.01*
Choque hipovolémico	11 (1)	4 (1.6)	0.46
Choque cardiogénico	2 (0.2)	3 (1.2)	0.14
Tuberculosis	47 (4.3)	9 (3.7)	0.67
Síndrome de abstinencia	1 (0.1)	3 (1.2)	0.11
Intoxicación por fármacos-drogas	16 (1.4)	6 (2.5)	0.34
Cetoacidosis diabética	30 (2.7)	9 (3.7)	0.45
Lupus eritematoso sistémico	4 (0.3)	0 (0)	0.04*
Días de estancia (media) [ $\pm$ DE]	6.0 ( $\pm$ 6)	6.3 ( $\pm$ 5)	0.39
Mortalidad (n) (%)	150 (13.8)	69 (28.7)	<0.01*

\* p &lt; 0.05

de confusión aguda (-) fue de 71.2% (IC95%: 0.65-0.77) comparado con 86.2% (IC95%: 0.84-0.88),  $p < 0.01$ , respectivamente. **Figura 2**

Se identificaron las variables asociadas con mortalidad en pacientes hospitalizados mediante un análisis de regresión logística multivariado y se encontró un mayor riesgo de muerte en pacientes con choque séptico (OR 1.39; IC95%: 1.27-1.53,  $p < 0.01$ ), tumor maligno (OR 1.32; IC95%: 1.17-1.49;  $p < 0.01$ ), choque hipovolémico (OR 1.29; IC95%: 1.18-1.69;  $p < 0.01$ ), tuberculosis (OR 1.27; IC95%: 1.16-1.40;  $p < 0.01$ ), síndrome de confusión aguda (+) (OR 1.13; IC95%: 1.07-1.18;  $p < 0.01$ ), neumonía adquirida en

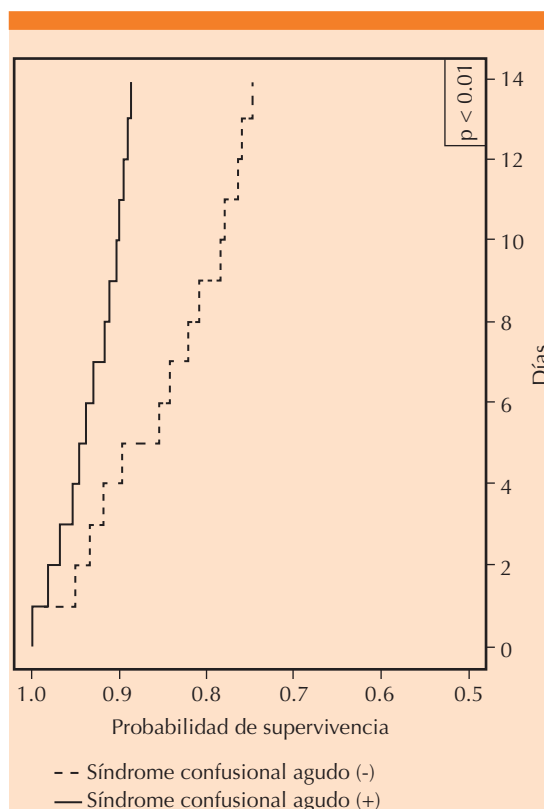
la comunidad (OR 1.07; IC95%: 1.00-1.15;  $p < 0.01$ ) y lesión renal aguda (OR 1.05; IC95%: 1.00-1.11;  $p = 0.03$ ). **Cuadro 2**

En el análisis de regresión logística multivariado exclusivo para pacientes con síndrome de confusión aguda (+), se identificó un mayor riesgo significativo de mortalidad solo en quienes tuvieron tumor maligno (OR 1.74; IC95%: 1.13-2.67;  $p < 0.01$ ) y choque séptico (OR 1.52; IC95%: 1.24-1.87;  $p < 0.01$ ). En contraste, la urgencia hipertensiva (OR 0.81; IC 95%: 0.67-0.99;  $p = 0.04$ ) y la cetoacidosis diabética (OR 0.73; IC95%: 0.54-0.97;  $p = 0.03$ ) se asociaron con una disminución del riesgo de muerte en este grupo. **Cuadro 3**

De los 57 pacientes con choque séptico, 20 tuvieron síndrome de confusión aguda (+), con una mortalidad del 70% (14 de 20), en comparación con el 45.9% (17 de 37) en el grupo con síndrome de confusión aguda (-). La coexistencia de síndrome de confusión aguda (+) en choque séptico se asoció con mayor mortalidad (OR 1.52; IC95%: 1.24-1.87;  $p < 0.01$ ). Entre los 33 pacientes con tumor maligno, 4 tenían síndrome de confusión aguda (+), con una mortalidad del 100% (4 de 4), mientras que en el grupo de síndrome de confusión aguda (-) fallecieron 12 de 29 (41.3%). La coexistencia de síndrome de confusión aguda (+) en tumor maligno se asoció con un mayor riesgo de mortalidad (OR 1.74; IC95%: 1.13-2.67;  $p = 0.01$ ).

## DISCUSIÓN

Se evaluó la asociación entre el síndrome confusional agudo y la mortalidad en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna. Los resultados muestran que el síndrome confusional agudo (+) se asoció con una mayor tasa de mortalidad hospitalaria (28.7% comparado con 13.8%;  $p < 0.01$ ), con un incremento del riesgo significativo en un 13%. Estos hallazgos son consistentes con



**Figura 2.** Supervivencia de pacientes hospitalizados con síndrome confusional agudo (+) y síndrome confusional agudo (-) en el servicio de Medicina interna a los 14 días de seguimiento.

**Cuadro 2.** Análisis de regresión logística multivariada de los factores asociados a mortalidad

Variable	Odds ratio	IC 95%	p
Edad	1.00	1.00-1.00	<0.01*
Mujer	0.93	0.90-0.97	<0.01*
Neumonía adquirida en la comunidad	1.07	1.00-1.15	0.02*
Tumor maligno	1.32	1.17-1.49	<0.01*
Lesión renal aguda	1.05	1.00-1.11	0.03*
Enfermedad renal crónica	1.00	0.95-1.05	0.87
Choque séptico	1.39	1.27-1.53	<0.01*
Choque hipovolémico	1.29	1.18-1.69	<0.01*
Tuberculosis	1.27	1.16-1.40	<0.01*
Cetoacidosis diabética	0.92	0.82-1.03	0.16
<b>Síndrome confusional agudo</b>			
Síndrome confusional agudo (-)	1.00 (referencia)	(referencia)	-
Síndrome confusional agudo (+)	1.13	1.07-1.18	<0.01*

Solo las variables con  $p < 0.10$  en el análisis univariado fueron incluidas en el análisis multivariado.

\*  $p < 0.05$

**Cuadro 3.** Análisis de regresión logística multivariada de los factores asociados a mortalidad solo entre pacientes con síndrome confusional agudo (+)

Variable	Odds ratio	IC 95%	p
Edad	1.00	0.99-1.00	0.27
Toxicomanías	0.89	0.77-1.04	0.15
Urgencia hipertensiva	0.81	0.67-0.99	0.04*
Tumor maligno	1.74	1.13-2.67	0.01*
Cirrosis descompensada	0.80	0.62-1.02	0.07
Choque séptico	1.52	1.24-1.87	<0.01*
Choque hipovolémico	1.49	0.96-2.30	0.07
Cetoacidosis diabética	0.73	0.54-0.97	0.03*

En el análisis multivariado solo se incluyeron las variables con  $p < 0.10$ .

\*  $p < 0.05$

estudios previos que han documentado una mayor mortalidad en pacientes con delirio en distintos contextos hospitalarios,<sup>4</sup> así como un predictor independiente de mayor mortalidad a los seis meses y de una estancia hospitalaria más prolongada.<sup>9</sup>

Un metanálisis reportó que los pacientes con delirio tienen un riesgo de mortalidad signifi-

cativamente mayor, incluso después del alta hospitalaria.<sup>5</sup> Esto respalda la hipótesis de que el síndrome de confusión aguda no solo es un marcador de gravedad sino un factor contribuyente, independiente. En pacientes con síndrome confusional agudo, la mortalidad parece depender, en parte, de las comorbilidades y los padecimientos agudos al ingreso. En este estudio, el choque séptico (OR 1.52; IC95%: 1.24-1.87;  $p <$



0.01) y el tumor maligno (OR 1.74; IC95%: 1.13-2.67;  $p = 0.01$ ) fueron los factores con mayor asociación con la mortalidad en el subgrupo de pacientes con síndrome de confusión aguda (+). Esto sugiere que la interacción entre el síndrome de confusión aguda y las enfermedades graves puede potenciar el riesgo de muerte.

En términos fisiopatológicos, el síndrome de confusión aguda podría contribuir a la mortalidad a través de múltiples mecanismos, incluidas las alteraciones en la neurotransmisión colinérgica, disfunción autonómica, activación de la respuesta inflamatoria sistémica y mayor vulnerabilidad a eventos adversos hospitalarios.<sup>10</sup> En pacientes críticos se ha demostrado que la disfunción del eje hipotálamo-hipofisario y la hiperactivación del sistema simpático inducida por el delirio pueden predisponer a inestabilidad hemodinámica y mayor riesgo de insuficiencia multiorgánica.<sup>11</sup>

En este ensayo se observó que múltiples variables se asociaron con mayor mortalidad: edad avanzada, neumonía adquirida en la comunidad, tumor maligno, lesión renal aguda, choque séptico, choque hipovolémico y tuberculosis, todas previamente reconocidas como factores de mal pronóstico. Sin embargo, al incluir solo a pacientes con síndrome de confusión aguda (+) en el análisis, su asociación con la mortalidad perdió significación estadística, excepto en el choque séptico y el tumor maligno, lo que sugiere que su repercusión podría estar mediada por otras afecciones subyacentes. Así, solo el choque séptico y el tumor maligno permanecieron como predictores significativos de mortalidad, incluso con un incremento del riesgo.

La mayor mortalidad en pacientes con síndrome de confusión aguda (+) asociado con choque séptico y tumor maligno puede explicarse por mecanismos fisiopatológicos interrelacionados. En el choque séptico, la disfunción neuroinflamatoria, la hipoxia cerebral y la disautonomía agravan el deterioro clínico,<sup>12</sup> mientras que, en

el tumor maligno, la inflamación sistémica, la neurotoxicidad de tratamientos oncológicos y el estado avanzado de la enfermedad contribuyen a un peor pronóstico.<sup>13</sup>

Otro hallazgo relevante fue que ciertos padecimientos, como la urgencia hipertensiva (OR 0.81; IC95%: 0.67-0.99;  $p = 0.04$ ) y la cetoacidosis diabética (OR 0.73; IC95%: 0.54-0.97;  $p = 0.03$ ) se asociaron con menor riesgo de mortalidad en pacientes con síndrome de confusión aguda (+). Esto podría explicarse por la naturaleza aguda, reversible y altamente tratable de estas afecciones cuando se tratan de manera oportuna, así como un mayor índice de sospecha y acción rápida de tratamiento, y una menor carga comórbida asociada. La cetoacidosis diabética, a pesar de su gravedad inicial, reacciona rápida y favorablemente a la administración de insulina, líquidos intravenosos y corrección de desequilibrios electrolíticos, lo que permite una recuperación sin secuelas graves en la mayoría de los casos.<sup>14</sup> De manera similar, la urgencia hipertensiva, aunque potencialmente letal, puede estabilizarse con antihipertensivos intravenosos adecuados y monitoreo intensivo, lo que evita complicaciones mayores, como la insuficiencia orgánica o los eventos vasculares cerebrales.<sup>15</sup>

Si bien la cetoacidosis diabética y la urgencia hipertensiva se consideran padecimientos graves, su asociación con menor riesgo de mortalidad podría explicarse por su naturaleza aguda y ampliamente tratable, sobre todo en contextos hospitalarios donde la intervención es rápida y protocolizada. Estos hallazgos deben interpretarse en el marco de la eficacia de los tratamientos y no como condiciones “protectoras”, sino como situaciones clínicas donde la reversibilidad temprana puede mitigar el efecto negativo del síndrome de confusión aguda.

En la práctica clínica, estos hallazgos resaltan la importancia de la identificación temprana y el tratamiento intensivo de estas enfermedades en



pacientes con síndrome confusional agudo. Su pronta atención puede mitigar el efecto negativo del delirio en la evolución hospitalaria y mejorar los desenlaces clínicos.

Las limitaciones del estudio incluyen la falta de una escala objetiva para medir la gravedad del síndrome de confusión aguda, la heterogeneidad de comorbilidades que pudo influir en los resultados y la ausencia de seguimiento a largo plazo. Además, al ser un estudio de un solo centro, la generalización de los hallazgos es limitada. Las fortalezas del estudio son su innovación al demostrar que el síndrome de confusión aguda no solo se asocia con mayor mortalidad, sino que su repercusión es particularmente significativo en pacientes con choque séptico y tumor maligno. Además, aporta un hallazgo novedoso al identificar condiciones agudas tratables, como la cetoacidosis diabética y la urgencia hipertensiva, pueden reducir la mortalidad en estos pacientes, resaltando la importancia del tratamiento oportuno. Su diseño prospectivo, el tamaño de la muestra amplio y el análisis multivariado fortalecen la validez de los resultados, con una relevante aplicación clínica para optimizar la detección y tratamiento de pacientes con síndrome de confusión aguda en entornos hospitalarios.

Esta investigación no recibió ninguna beca específica de agencias de los sectores públicos, comercial, o sin ánimos de lucro. El autor declara no tener alguno. Se recurrió al uso de inteligencia artificial para la traducción al idioma inglés, así como la redacción correcta de la gramática.

## CONCLUSIONES

El estudio confirma que el síndrome de confusión aguda se asocia con mayor mortalidad hospitalaria, sobre todo en casos de choque séptico y tumor maligno. En contraste, la cetoacidosis diabética y la urgencia hipertensiva se vinculan con menor mortalidad; sin embargo, esta aso-

ciación no debe interpretarse como un efecto protector inherente a tales padecimientos, sino como reflejo de su alta eficacia terapéutica y potencial de reversibilidad cuando son tratadas oportunamente. El ensayo ofrece hallazgos clínicamente relevantes para mejorar la detección, el proceso diagnóstico y el tratamiento oportuno del síndrome en pacientes hospitalizados.

## REFERENCIAS

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013; 326
2. Maldonado JR. Delirium pathophysiology: An updated hypothesis of the etiology of acute brain failure. *Int J Geriatr Psychiatry* 2018;33(11):1428-57. <https://doi.org/10.1002/gps.4823>
3. Ely EW, Shintani A, Truman B, Speroff T, Gordon SM, Harrell FE Jr, Inouye SK, Bernard GR, Dittus RS. Delirium as a predictor of mortality in mechanically ventilated patients in the intensive care unit. *JAMA*. 2004 Apr 14;291(14):1753-62. <https://doi.org/10.1001/jama.291.14.1753>
4. Inouye SK, Westendorp RG, Saczynski JS. Delirium in elderly people. *Lancet* 2014;383(9920):911-22. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60688-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60688-1)
5. Witlox J, Eurelings LS, de Jonghe JF, Kalisvaart KJ, Eikelenboom P, van Gool WA. Delirium in elderly patients and the risk of postdischarge mortality, institutionalization, and dementia: a meta-analysis. *JAMA* 2010;304(4):443-51. <https://doi.org/10.1001/jama.2010.1013>
6. Wilson JE, Mart MF, Cunningham C, et al. Delirium. *Nat Rev Dis Primers* 2020;6(1):90. <https://doi.org/10.1038/s41572-020-00228-2>
7. Wang E, Belley-Côté EP, Young J, He H, et al. Effect of perioperative benzodiazepine use on intraoperative awareness and postoperative delirium: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials and observational studies. *Br J Anaesth* 2023; 131 (2): 302-313. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2022.12.001>
8. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, et al. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *J Clin Epidemiol* 2008; 61 (4): 344-49. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2007.11.008>
9. Ely EW, Shintani A, Truman B, et al. Delirium as a predictor of mortality in mechanically ventilated patients in the intensive care unit. *JAMA* 2004; 291 (14): 1753-62. <https://doi.org/10.1001/jama.291.14.1753>
10. Wilson JE, Mart MF, Cunningham C, et al. Delirium in septic patients: a result of neuroinflammatory dysregulation. *Nat Rev Dis Primers* 2020; 6 (1): 90. <https://doi.org/10.1038/s41572-020-00228-2>



11. Maldonado JR. Delirium pathophysiology: An updated hypothesis of the etiology of acute brain failure. *Int J Geriatr Psychiatry* 2018; 33 (11): 1428-57. <https://doi.org/10.1002/gps.4823>
12. Girard TD, Jackson JC, Pandharipande PP, et al. Delirium as a predictor of long-term cognitive impairment in survivors of critical illness. *Crit Care Med* 2010; 38 (7): 1513-20. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3181e47be1>
13. Palmero-Picazo J, Lassard-Rosenthal J. Delirium: una revisión actual. *Aten Fam* 2021; 28 (4): 284-290. <http://dx.doi.org/10.22201/fm.14058871p.2021.4.80600>
14. Dhatariya KK; Joint British Diabetes Societies for Inpatient Care. The management of diabetic ketoacidosis in adults- An updated guideline from the Joint British Diabetes Society for Inpatient Care. *Diabet Med* 2022; 39 (6): e14788. <https://doi.org/10.1111/dme.14788>
15. Arbe G, Pastor I, Franco J. Diagnostic and therapeutic approach to the hypertensive crisis. *Med Clin (Barc)* 2018; 150 (8): 317-22. <https://doi.org/10.1016/j.med-cli.2017.09.027>

### AVISO PARA LOS AUTORES

*Medicina Interna de México* tiene una nueva plataforma de gestión para envío de artículos. En: **[www.revisionporpares.com/index.php/MIM/login](http://www.revisionporpares.com/index.php/MIM/login)** podrá inscribirse en nuestra base de datos administrada por el sistema *Open Journal Systems* (OJS) que ofrece las siguientes ventajas para los autores:

- Subir sus artículos directamente al sistema.
- Conocer, en cualquier momento, el estado de los artículos enviados, es decir, si ya fueron asignados a un revisor, aceptados con o sin cambios, o rechazados.
- Participar en el proceso editorial corrigiendo y modificando sus artículos hasta su aceptación final.