

DOI: 10.25237/revchilanestv55n5-06

Actualización en el manejo del delirium en el paciente crítico adulto. Revisión narrativa

Update on the management of delirium in the adult critically ill patient. Narrative review

Daniel Pérez-Ajami Sr. M.D.^{1,*} , José Javier Martínez Antequera Jr.¹, Sonia Arnal García Sr.¹, Andrés Alegre Cortés Jr.¹, Lucía Peñalver Rubio Jr.¹, María del Carmen Buil Peralta Sr.¹

¹ Anestesiología, Hospital Rojo Villanova. Zaragoza, España.

Fuente de financiamiento: Ninguna.

Conflicto de intereses: Ninguno.

Fecha de recepción: 10 de febrero de 2026 / Fecha de aceptación: 01 de julio de 2026

ABSTRACT

Delirium is a frequent and clinically significant complication in critically ill adult patients, with a high prevalence in intensive care units (ICUs) and a consistent association with increased mortality, prolonged duration of mechanical ventilation, longer hospital length of stay, and persistent cognitive impairment. Over the past decade, the management of delirium has undergone a paradigm shift, moving away from a pharmacology-centered approach toward prevention, early detection, and the implementation of multicomponent non-pharmacological interventions. The aim of this narrative review is to provide a critical and up-to-date synthesis of the available scientific evidence on the diagnosis, prevention, and treatment of delirium in critically ill adult patients, integrating recommendations from major international clinical practice guidelines. Current evidence supports systematic daily assessment using validated tools, structured implementation of the ABCDEF bundle, and a restrictive, individualized, and time-limited use of pharmacological therapy, reserved for selected cases of severe hyperactive delirium with safety concerns.

Keywords: Delirium; critically ill patient, intensive care unit, prevention, sedation.

RESUMEN

El delirium es una complicación frecuente y clínicamente relevante en el paciente crítico adulto, con elevada prevalencia en las unidades de cuidados intensivos (UCI) y una asociación consistente con aumento de la mortalidad, prolongación de la ventilación mecánica, mayor estancia hospitalaria y deterioro cognitivo persistente. Durante la última década, el abordaje del delirium ha experimentado un cambio de paradigma, desplazando el énfasis desde el tratamiento farmacológico hacia la prevención, la detección precoz y la implementación de intervenciones no farmacológicas multicomponente. El objetivo de esta revisión narrativa es sintetizar de forma crítica y actualizada la evidencia científica disponible sobre el diagnóstico, la prevención y el tratamiento del delirium en el paciente crítico adulto, integrando las recomendaciones de las principales guías de práctica clínica internacionales. La evidencia respalda la evaluación sistemática diaria mediante escalas validadas, la aplicación estructurada del bundle ABCDEF y un uso restrictivo, individualizado y temporal del tratamiento farmacológico, reservado a situaciones seleccionadas de delirium hiperactivo grave con compromiso de la seguridad.

Palabras clave: Delirium, paciente crítico, unidad de cuidados intensivos, prevención, sedación.

*Autor de correspondencia:

Daniel Pérez-Ajami Sr. M.D.

daniajami1995@gmail.com

*ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0136-0246>

ISSN: 0719-6792



Introducción

El delirium, también denominado síndrome confusional agudo, es un trastorno neuropsiquiátrico de inicio agudo y curso fluctuante, caracterizado por alteraciones de la atención, del nivel de conciencia y de la cognición, frecuentemente acompañado de pensamiento desorganizado y alteraciones perceptivas[1]. En el contexto de la unidad de cuidados intensivos (UCI), constituye una de las complicaciones más prevalentes, con incidencias descritas entre el 30% y el 80%, particularmente elevadas en pacientes sometidos a ventilación mecánica[2]-[4].

La importancia clínica del delirium radica en su impacto pronóstico. Numerosos estudios han demostrado su asociación independiente con mayor mortalidad hospitalaria y a largo plazo, incremento de la duración de la ventilación mecánica, prolongación de la estancia en UCI y hospitalaria, aumento de los costes sanitarios y deterioro cognitivo persistente tras el alta[5]-[8]. En este sentido, el delirium se reconoce actualmente como un componente central del síndrome post-UCI, con implicancias funcionales, cognitivas y sociales de largo alcance.

A pesar de su elevada prevalencia y relevancia clínica, el delirium continúa siendo infradiagnosticado y, con frecuencia, manejado de forma inadecuada. En la última década, la acumulación de evidencia científica ha impulsado un cambio sustancial en su abordaje, priorizando estrategias preventivas y no farmacológicas frente al uso rutinario de fármacos. El objetivo de esta revisión es ofrecer una actualización integral y crítica del manejo del delirium en el paciente crítico adulto, con un enfoque práctico y alineado con la evidencia contemporánea.

Metodología

Se realizó una revisión narrativa de la literatura científica publicada entre enero de 2015 y enero de 2025. La búsqueda bibliográfica se llevó a cabo en las bases de datos PubMed/MEDLINE, Scopus y Cochrane Library, utilizando combinaciones de términos MeSH y texto libre relacionados con *delirium*, *critical care*, *intensive care unit*, *prevention*, *management*, *sedation* y *antipsychotics*.

Se priorizaron ensayos clínicos aleatorizados, revisiones sistemáticas, metaanálisis y guías de práctica clínica elaboradas por sociedades científicas internacionales. Se incluyeron estudios realizados en población adulta crítica, médica y quirúrgica. Se excluyeron estudios centrados en población pediátrica, delirium perioperatorio fuera del ámbito de la UCI y publicaciones no disponibles en texto completo. Dada la naturaleza narrativa del trabajo, no se realizó análisis cuantitativo ni evaluación formal del riesgo de sesgo.

Diagnóstico del delirium en la UCI

El diagnóstico del delirium en el paciente crítico debe basarse en una evaluación sistemática y protocolizada. Las guías internacionales recomiendan valorar de forma rutinaria el nivel de sedación mediante escalas validadas, como la Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS), y realizar cribado de delirium en todos los pacientes con un RASS superior a -3[9].

Las herramientas más utilizadas y validadas en el ámbito de

la UCI son el Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU) y el Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC), ambas con adecuada sensibilidad, especificidad y factibilidad para su aplicación repetida por personal entrenado[10],[11]. La evaluación sistemática resulta especialmente relevante para la detección del delirium hipoactivo, la forma más frecuente y habitualmente infradiagnosticada, asociada además a peor pronóstico.

El diagnóstico debe complementarse con una evaluación etiológica dirigida, orientada a identificar factores precipitantes potencialmente reversibles, como hipoxemia, infección, dolor insuficientemente tratado, alteraciones metabólicas, abstinencia de sustancias o efectos adversos farmacológicos.

Prevención del delirium

La prevención constituye la estrategia más eficaz para reducir la incidencia y el impacto del delirium en la UCI. La evidencia más robusta respalda la implementación de intervenciones no farmacológicas multicomponente, destacando el bundle ABC-DEF, que integra el manejo adecuado del dolor, la interrupción diaria de la sedación, la preferencia por sedantes no benzodiazepínicos, la evaluación sistemática del delirium, la movilización precoz y la participación de la familia[12]-[15].

Estudios prospectivos y metaanálisis han demostrado que la aplicación consistente de este enfoque se asocia a una reducción significativa de la incidencia y duración del delirium, así como a una disminución de los días de ventilación mecánica y de la estancia en UCI[13],[16]. Entre los componentes con mayor impacto independiente destacan la movilización precoz y la evitación de la sedación profunda prolongada.

Otras medidas preventivas relevantes incluyen la optimización del ciclo sueño-vigilia, la reducción del ruido ambiental nocturno, la exposición a luz natural durante el día, la reorientación frecuente del paciente y la corrección de déficits sensoriales.

En cuanto a la prevención farmacológica, ensayos clínicos aleatorizados han demostrado que el uso profiláctico de haloperidol no reduce la incidencia de delirium ni mejora la supervivencia, por lo que no se recomienda su utilización sistemática[17]. La dexmedetomidina, empleada como sedante, se ha asociado a una menor incidencia de delirium en comparación con benzodiazepinas, aunque sin beneficio demostrado en mortalidad y con un perfil de efectos adversos hemodinámicos que obliga a individualizar su indicación[18]-[20]. La melatonina y su agonista ramelteón han mostrado resultados prometedores, si bien la calidad global de la evidencia sigue siendo limitada[21]-[23].

Tratamiento del delirium

El tratamiento del delirium establecido en el paciente crítico debe centrarse prioritariamente en el abordaje etiológico y en el refuerzo de las intervenciones no farmacológicas. La identificación y corrección de los factores precipitantes resulta fundamental y, en muchos casos, suficiente para la resolución del cuadro.

La evidencia contemporánea cuestiona el beneficio del tratamiento farmacológico específico del delirium en la UCI. Ensayos clínicos aleatorizados han demostrado que ni el haloperidol

ni los antipsicóticos atípicos reducen la duración del delirium ni mejoran desenlaces clínicos relevantes[24],[25]. En consecuencia, su uso debe reservarse exclusivamente para el control sintomático del delirium hiperactivo grave, cuando exista riesgo para la seguridad del paciente o del personal sanitario. En estos casos, se recomienda emplear la dosis mínima eficaz, durante el menor tiempo posible y con monitorización estrecha de efectos adversos, especialmente la prolongación del intervalo QT.

La dexmedetomidina puede considerarse como alternativa sedante en pacientes con delirium que requieren sedación continua, tras una valoración individualizada del balance beneficio-riesgo.

La Figura 1 resume de forma esquemática un algoritmo práctico para el manejo del delirium en el paciente crítico adulto, integrando la evaluación sistemática, las medidas no farma-

cológicas y la indicación restrictiva del tratamiento farmacológico.

Discusión

La evidencia acumulada en la última década ha transformado de manera sustancial el manejo del delirium en el paciente crítico adulto. Existe un consenso creciente en que la prevención y las intervenciones no farmacológicas constituyen el pilar del abordaje, mientras que el tratamiento farmacológico desempeña un papel limitado y fundamentalmente sintomático.

La implementación sistemática de estrategias multicomponente, como el *bundle* ABCDEF, ha demostrado beneficios clínicamente relevantes, aunque su adopción continúa siendo

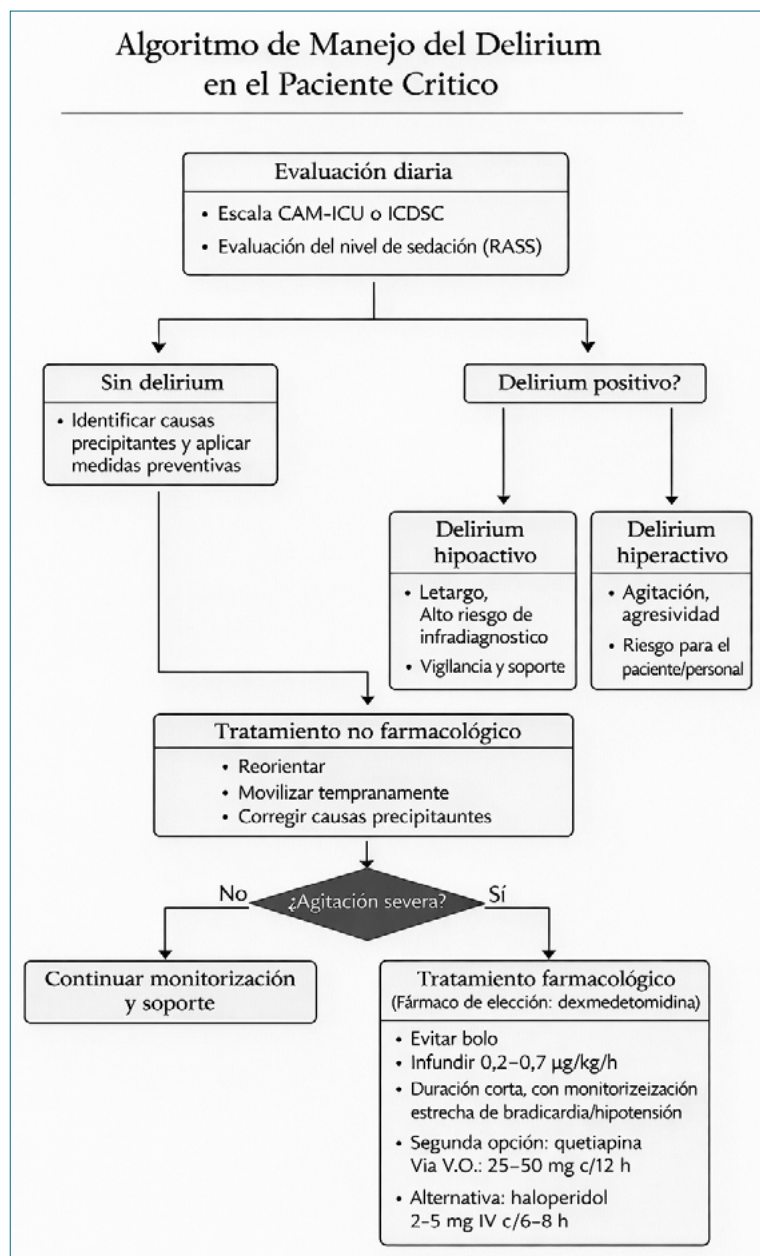


Figura 1. Algoritmo de manejo del delirium en el paciente crítico adulto.

un desafío en muchas UCI debido a barreras organizativas y de recursos. Asimismo, el delirium hipoactivo sigue representando un reto diagnóstico, reforzando la necesidad de integrar el cribado diario en la práctica asistencial habitual.

Persisten lagunas de conocimiento relevantes, especialmente en relación con el seguimiento a largo plazo de los pacientes que han presentado delirium en la UCI y con la identificación de biomarcadores que permitan una detección más precoz y objetiva.

Conclusiones

El delirium en el paciente crítico adulto es una entidad frecuente y con importantes repercusiones pronósticas. La evidencia actual respalda un enfoque centrado en la prevención, la detección precoz y la aplicación sistemática de intervenciones no farmacológicas multicomponente. El tratamiento farmacológico debe reservarse para situaciones seleccionadas y utilizarse de forma restrictiva y temporal. La implementación de protocolos basados en la evidencia constituye una oportunidad clave para mejorar la calidad asistencial y los resultados clínicos en las unidades de cuidados intensivos.

Referencias

- American Psychiatric Association. DSM-5-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington, DC: APA; 2022.
- 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;291:1753-1762. doi: 10.1001/jama.291.14.1753. PMID: 15082703.
- Salluh JIF, Wang H, Schneider EB, et al. Outcome of delirium in critically ill patients: systematic review and meta-analysis. *Crit Care*. 2015;19:1-9.
- Sakuramoto H, Subrina J, Unoki T, et al. Incidence and outcomes of delirium in intensive care units. *Intensive Care Med*. 2015;41:623-635. doi: 10.1007/s00134-015-3864-4. PMID: 26077062.
- Pandharipande PP, Girard TD, Jackson JC, et al. Long-term cognitive impairment after critical illness. *N Engl J Med*. 2013;369:1306-1316.
- Brummel NE, Jackson JC, Pandharipande PP, et al. Delirium in the ICU and subsequent long-term cognitive impairment. *Am J Respir Crit Care Med*. 2014;189:1304-1313. doi: 10.1097/ccm.0b013e3182a645bd. PMID: 24158172.
- Goldberg TE, Chen C, Wang Y, et al. Association of delirium with long-term cognitive decline. *Lancet Psychiatry*. 2020;7:312-324.
- Girard TD, Jackson JC, Pandharipande PP, et al. Delirium as a predictor of long-term mortality in mechanically ventilated patients. *Crit Care Med*. 2010;38:1513-1520.
- Devlin JW, Skrobik Y, Gélinas C, et al. Clinical practice guidelines for pain, agitation, sedation, delirium, immobility, and sleep disruption in adult ICU patients. *Crit Care Med*. 2018;46:e825-e873. doi: 10.1097/ccm.0000000000003307. PMID: 30024427.
- Gusmao-Flores D, Salluh JIF, Chalhoub RÁ, et al. The Confusion Assessment Method for the ICU: a systematic review and meta-analysis. *Crit Care*. 2012;16:R210. doi: 10.1186/cc11407. PMID: 22759376.
- Bergeron N, Dubois MJ, Dumont M, et al. Intensive Care Delirium Screening Checklist. *Intensive Care Med*. 2001;27:859-864. doi: 10.1007/s001340100909. PMID: 11430542.
- Barnes-Daly MA, Phillips G, Ely EW. Improving hospital survival and reducing brain dysfunction at seven California community hospitals: implementing PAD guidelines via the ABCDEF bundle. *Crit Care Med*. 2017;45:171-178. doi: 10.1097/ccm.0000000000002149. PMID: 27861180.
- Pun BT, Balas MC, Barnes-Daly MA, et al. Caring for critically ill patients with the ABCDEF bundle. *Crit Care Med*. 2019;47:3-14. doi: 10.1097/ccm.0000000000003482. PMID: 30339549.
- Schweickert WD, Pohlman MC, Pohlman AS, et al. Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated patients. *Lancet*. 2009;373:1874-1882.
- Marra A, Ely EW, Pandharipande PP, et al. The ABCDEF bundle in critical care. *Crit Care Med*. 2017;45:e725-e734. doi: 10.1016/j.ccc.2016.12.005. PMID: 28284292.
- Zhang Z, Pan L, Deng H, et al. Impact of delirium prevention strategies in ICU patients: systematic review and meta-analysis. *Intensive Care Med*. 2021;47:130-141. doi: 10.1097/md.00000000000028598. PMID: 35060527.
- van den Boogaard M, Slooter AJC, Brüggemann RJM, et al. Effect of haloperidol on survival among critically ill adults with delirium. *JAMA*. 2018;319:680-690.
- Reade MC, Eastwood GM, Bellomo R, et al. Effect of dexmedetomidine added to standard care on ventilator-free time. *JAMA*. 2016;315:1460-1468.
- Su X, Meng ZT, Wu XH, et al. Dexmedetomidine for prevention of delirium in elderly patients after non-cardiac surgery. *Lancet*. 2016;388:1893-1902.
- Pasin L, Landoni G, Nardelli P, et al. Dexmedetomidine reduces the risk of delirium: a meta-analysis. *J Cardiothorac Vasc Anesth*. 2014;28:1459-1466. doi: 10.1053/j.jvca.2014.03.010. PMID: 25034724.
- Hatta K, Kishi Y, Wada K, et al. Preventive effects of ramelteon on delirium. *JAMA Psychiatry*. 2014;71:397-403. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2013.3320. PMID: 24554232.
- Zhang Q, Gao F, Wang X, et al. Melatonin and delirium prevention in ICU patients: systematic review and meta-analysis. *Crit Care*. 2019;23:1-10. doi: 10.1186/s13054-019-2336-6. PMID: 30755248.
- Tang B, Chowdhury SR, Manalo JM, et al. Melatonin use in critically ill adults. *Crit Care Med*. 2025;53:e1714-e1724. doi: 10.1097/ccm.0000000000006767. PMID: 40662882.
- Girard TD, Exline MC, Carson SS, et al. Haloperidol and ziprasidone for treatment of delirium in critical illness. *N Engl J Med*. 2018;379:2506-2516.
- Page VJ, Ely EW, Gates S, et al. Effect of antipsychotic medications on delirium in critically ill patients. *Am J Respir Crit Care Med*. 2013;188:835-842.