

Delirium en la persona mayor: abogacía por su prevención, detección y su manejo oportuno

Autores: Andrés Glasinovic, Isidora Behm, Agustín Arriaza, Juan Villalobos, Verónica Silva, Sofía Contreras
Facultad de Medicina, Departamento de Medicina Familiar y APS. Universidad de Los Andes, Chile.

DOI: <https://doi.org/rscuandes.2026e04>

1. Resumen Ejecutivo

En las personas mayores, el delirium constituye una urgencia médica frecuente y subdiagnosticada, asociada a una alta morbilidad y mortalidad y a un gran impacto en los costos sanitarios (1,2). Es imperativo que los equipos de salud y los cuidadores de personas mayores reconozcan y enfrenten adecuadamente y de manera oportuna esta condición, dado que es potencialmente prevenible y reversible (3). Las intervenciones no farmacológicas constituyen la estrategia principal tanto para su prevención como para su manejo, con un beneficio limitado del uso de fármacos (4,5).

El objetivo de este documento es visibilizar la problemática del delirium en la comunidad y promover su prevención, detección y manejo oportuno en la persona mayor, priorizando intervenciones de bajo costo y alto impacto que sean viables en el contexto chileno.

2. Planteamiento del problema

El delirium constituye un desafío de alta relevancia dado su alta morbimortalidad y aumento exponencial en contexto del acelerado envejecimiento poblacional en Chile (2,6). En la persona mayor, el delirium tiene una considerable alta prevalencia en los servicios de urgencia, unidades hospitalarias y establecimientos de larga estadía del adulto mayor (ELEAM) (2,7). Los adultos mayores son el grupo etario más afectado, dado que a mayor edad es más frecuente, observándose con mayor frecuencia en personas con deterioro cognitivo, multimorbilidad, fragilidad y deterioro funcional. Se entiende en términos simples el delirium como un síndrome agudo, multifactorial y potencialmente reversible (1,6). Tiene un subdiagnóstico elevado debido a su presentación clínica heterogénea, especialmente en las formas hipoactivas (3,8). Un diagnóstico tardío o erróneo del delirium en esta población vulnerable se asocia con un aumento de la mortalidad, caídas, hospitalizaciones prolongadas, deterioro funcional y cognitivo acelerado, mayor riesgo de institucionalización y aumento de costos sanitarios (1,2,3). La dificultad para distinguir el delirium de condiciones crónicas preexistentes, como la demencia u otros trastornos psiquiátricos, agrava el problema, haciendo que el reconocimiento y manejo oportunos sean cruciales (6,9). El principal desafío actual es que el delirium constituye una condición poco visibilizada por el personal de salud no experto y los familiares de las personas mayores. Sumado a lo anterior, en los entornos comunitarios y los ELEAM en donde viven personas mayores en riesgo de delirium, habitualmente no se realizan las medidas preventivas necesarias, falta capacitación del personal de salud no experto y cuidadores en la detección temprana y el manejo oportuno (6,7).

En suma, el delirium no solo es un desafío clínico, sino también organizacional y de salud pública. La fragmentación entre niveles de atención, la ausencia de protocolos estandarizados en varios de los centros chilenos, la sobrecarga del personal y la escasa inclusión del delirium en la formación de pregrado demuestran un escenario en que esta condición sigue siendo subestimada y mal manejada (1,2,6).

3. Antecedentes y Análisis de la Política/Estrategia Actual

Actualmente, el delirium en Chile se vincula con el marco normativo que protege los derechos de las personas mayores. La Convención Interamericana sobre la protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, ratificada por Chile mediante el Decreto N°162 en 2017 (10), establece el derecho a la salud de la vejez. La Ley 19.966 del régimen de Garantías en Salud (GES) del año 2004, constituyen un mecanismo para asegurar el diagnóstico y tratamiento oportuno de problemas de salud de alto impacto en Chile (11); sin embargo, el delirium no se encuentra incluido actualmente dentro de las patologías con cobertura GES. Por otro lado, la Política Nacional de Salud y Envejecimiento Activo (MINSAL, 2024) reconoce la necesidad de fortalecer la atención integral geriátrica (12). El abordaje clínico del delirium se basa en recomendaciones nacionales que priorizan el reconocimiento oportuno, identificación de causas reversibles y medidas no farmacológicas (6).

Para la detección, existen herramientas de tamizaje validadas con distintos perfiles de factibilidad: el Confusion Assessment Method (CAM) sigue siendo el instrumento de referencia y más usado, pero requiere entrenamiento formal por el profesional de salud y su rendimiento cae significativamente sin este. (2,3) El 4 A's Test (4AT) ofrece una alternativa pragmática: se administra en menos de 2 minutos, no requiere entrenamiento especial y ha demostrado una adecuada sensibilidad y especificidad (13).

Dentro de las medidas no farmacológicas preventivas, se incluyen la orientación en tiempo y espacio, la estimulación cognitiva del paciente, la corrección de déficits sensoriales, la adecuada hidratación y nutrición, el respeto del ciclo sueño-vigilia y la evitación de restricciones físicas innecesarias. La contención física debe evitarse y considerarse sólo como última alternativa y por el menor tiempo posible (6,9). Un metaanálisis encontró una disminución del 44 % en el delirium solo con manejo no farmacológico multicomponente (14).

El uso rutinario de fármacos preventivos no ha demostrado beneficio claro (1,3,8), por lo que debe reservarse sólo para casos de pacientes con agitación severa o riesgo de daño para el mismo paciente o terceros. De utilizarse antipsicóticos debe ser con precaución y por mínima duración, mientras que las benzodiazepinas se reservan para situaciones precisas como, la abstinencia alcohólica (6).

Sin embargo, la implementación de estas recomendaciones clínicas enfrenta barreras considerables en Chile. La falta de recursos, acceso a servicios de salud, la sobrecarga del cuidador y del personal en los centros de salud, así como la dificultad para realizar la evaluación geriátrica integral de manera sistemática en pacientes hospitalizados y en los ELEM, constituyen obstáculos en la aplicación efectiva de las mejores prácticas en el delirium (2,6,7,8).

4. Recomendaciones

A partir de la evidencia revisada y la experiencia del equipo investigador, se proponen las siguientes recomendaciones:

4.1. Capacitación del personal de salud y cuidadores:

Implementar programas de formación continua sobre detección oportuna y manejo inicial no farmacológico del delirium. Además, se sugiere incorporar el delirium como materia obligatoria en el pregrado de las carreras de salud.

4.2. Uso de herramientas de tamizaje y evaluación integral:

Aplicar sistemáticamente herramientas de tamizaje validadas ante cualquier cambio agudo en el estado mental o funcional u otro síntoma que haga sospechar delirium en una persona mayor e investigar y revertir sus causas. Sumado a lo anterior, la información de los cuidadores y familiares con respecto a la funcionalidad y cognición basal del paciente y los cambios en su evolución, es fundamental.

4.3. Priorizar intervenciones no farmacológicas preventivas:

Integrar en la rutina diaria de pacientes hospitalizados e institucionalizados en riesgo, medidas como la estimulación cognitiva, orientación en tiempo y espacio, el fomento de la movilidad, la estimulación sensorial y las medidas ambientales preventivas.

4.4. Uso racional de fármacos y contenciones mecánicas ante agitación:

Reservar antipsicóticos y benzodiazepinas únicamente para casos de agitación severa, bajo estricta indicación médica, monitorización y por el menor tiempo posible. La contención física es una indicación médica que se debería considerar sólo como la última alternativa cuando fracasan las otras alternativas con demostrada efectividad.

4.5. Incorporar el delirium al GES:

Garantizar su diagnóstico y manejo oportuno para las personas mayores en el sistema de salud Chileno, dado su alta prevalencia, morbimortalidad e impacto de salud pública.

Los autores declaran no tener conflictos de interés y que se utilizan herramientas de inteligencia artificial con fines de apoyo en la redacción y edición del artículo.

Referencias

1. Inouye SK, Westendorp RGJ, Saczynski JS. Delirium in elderly people. *Lancet* [Internet]. 2014 [cited 2026 Apr 20];383(9920):911-22. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60688-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60688-1)
2. Carrasco M, Zalaquett M. Delirium: una epidemia desde el servicio de urgencia a la unidad de paciente crítico. *Rev Méd Clín Las Condes*. 2017;28(2):697-708
3. Oh ES, Needham DM, Nikoobie R, Wilson LM, Zhang A, Robinson KA, et al. Delirium in older persons: advances in diagnosis and treatment. *JAMA* [Internet]. 2017 [cited 2026 Apr 20];318(12):1161-74. Available from: <https://doi.org/10.1001/jama.2017.12067>
4. Hsieh TT, Yue J, Oh E, Puelle M, Dowal S, Trivison T, et al. Effectiveness of multicomponent nonpharmacological delirium interventions: a meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 2015;175(4):512-20
5. Marcantonio ER. Delirium in hospitalized older adults. *N Engl J Med* [Internet]. 2017 [cited 2026 Apr 20];376(1):46-54. Available from: <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1605501>
6. Rojas P. Delirium. En: Ministerio de Salud de Chile, editor. *Manual de geriatría para médicos*. Santiago: MINSAL; 2017. p. 229-238.
7. Wouters I, Yang KL, Rex S, Milisen K. Prevalence, risk factors, and preventive interventions for delirium in older adults living at home and in residential care: a scoping review. *BMC Geriatr*. 2026;26(1):371.
8. Fong, T.G., Tulebaev, S. R. and Inoue, S.K. (2009) Delirium in elderly adults: diagnosis, prevention and treatment. *Nature Reviews Neurology*, 5, 210-220.
9. Jaqua EE, Nguyen VTN, Chin E. Delirium in older persons: prevention, evaluation, and management. *Am Fam Physician* [Internet]. 2023 [cited 2026 Apr 20];108(3):278-87.
10. Ministerio de Relaciones Exteriores de Chile. Decreto N°162: Promulga la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Santiago: Diario Oficial; 2017 Oct 7.

11. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Ley 19.966 - Establece un Régimen de Garantías en salud (internet). Santiago:BCN;2004 (citado 6 may 2026). Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=229834>
12. Ministerio de Salud de Chile. Política Nacional de Salud y Envejecimiento Activo para Personas Mayores de 60 años (2024-2030). Departamento de Ciclo Vital, División de Atención Primaria. Santiago: MINSAL; 2024.
13. Tiegies Z, Maclullich AMJ, Anand A, Brookes C, Cassarino M, O'Connor M, et al. Diagnostic accuracy of the 4AT for delirium detection in older adults: systematic review and meta-analysis. *Age Ageing* [Internet]. 2021 [cited 2026 Apr 24];50(3):733-43.
14. Francis J Jr. Delirium and acute confusional states: prevention, treatment, and prognosis. En: Aminoff MJ, Schmader KE, Wilterdink JL, editores. *UpToDate* [Internet]. Waltham (MA): UpToDate Inc.; 2024 [cited 2026 Apr 28]. Available from: <https://www.uptodate.com>