

<https://doi.org/10.69639/arandu.v12i1.829>

Delirio en UCI: identificación temprana, prevención y tratamiento basado en la evidencia (Presentación de un caso clínico)

Delirium in the ICU: Early identification, prevention, and evidence-based treatment (A case presentation)

Viviana Patricia Morales Sornoza

vivipata83@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-0492-2806>

Hospital de Especialidades Alfredo Paulson
Guayaquil – Ecuador

Jorge A. Pesantes

jpesantesg@hotmail.com

<https://orcid.org/0009-0000-0997-2373>

Hospital de Especialidades Alfredo Paulson
Guayaquil – Ecuador

María Alejandra Campos Rojas

Mariaalejandracamposrojas@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0002-5428-1242>

Hospital de especialidades Teodoro Maldonado Carbo
Guayaquil- Ecuador

Carlos Bolaños

carlit-x@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-3975-5318>

Intensivista, Hospital Luis Gabriel Dávila
Tulcán – Ecuador

Wilson Daniel Lasso León

latin_spirit17@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-1294-9294>

Hospital Yantzaza
Zamora Chinchipe – Ecuador

Artículo recibido: 10 febrero 2025

- Aceptado para publicación: 20 marzo 2025

Conflictos de intereses: Ninguno que declarar

RESUMEN

El delirio es una complicación frecuente en pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), caracterizada por alteraciones en la conciencia, la atención y la cognición. Su aparición se relaciona con factores predisponentes (edad avanzada, comorbilidades) y precipitantes (sedación excesiva, desequilibrios metabólicos, infecciones), lo cual incrementa la morbilidad y los costos hospitalarios. La identificación temprana del delirio mediante herramientas como CAM-ICU (Confusion Assessment Method for the ICU) permite instaurar intervenciones oportunas, disminuyendo la duración del episodio y las secuelas cognitivas

posteriores. La prevención se basa en minimizar el uso de sedantes, promover la movilización temprana, y garantizar una adecuada higiene del sueño y estimulación cognitiva. Además, el control de factores ambientales (ruido, iluminación) y la reorientación frecuente del paciente son medidas esenciales. El tratamiento se sustenta en abordar los desencadenantes subyacentes, optimizar el manejo de la analgesia y considerar el uso prudente de fármacos antipsicóticos, siempre bajo supervisión médica cercana. La presentación de un caso clínico ilustra la importancia de un abordaje multidisciplinario y personalizado, destacando la relevancia de la participación de la familia, la monitorización continua de la función cognitiva y la evaluación sistemática del riesgo de delirio. De esta manera, se busca mejorar los desenlaces funcionales y la calidad de vida tras la estancia en la UCI.

Palabras clave: delirio, prevención, identificación temprana, movilización temprana, manejo multidisciplinario

ABSTRACT

Delirium is a common complication in Intensive Care Unit (ICU) patients, characterized by disturbances in consciousness, attention, and cognition. Its onset is associated with predisposing factors (advanced age, comorbidities) and precipitating factors (excessive sedation, metabolic imbalances, infections), leading to increased morbidity, mortality, and hospital costs. Early identification of delirium using tools such as the Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU) allows for timely interventions, reducing both the duration of delirium and subsequent cognitive impairment. Prevention strategies include minimizing sedative use, promoting early mobilization, ensuring proper sleep hygiene, and providing cognitive stimulation. Additionally, controlling environmental factors (noise, lighting) and regularly reorienting the patient are essential measures. Treatment focuses on addressing the underlying triggers, optimizing pain management, and considering judicious use of antipsychotic medications under close medical supervision. The presentation of a clinical case highlights the importance of a multidisciplinary and personalized approach, emphasizing active family involvement, continuous cognitive function monitoring, and systematic evaluation of delirium risk. This approach aims to improve functional outcomes and quality of life following ICU stay.

Keywords: delirium, prevention, early identification, early mobilization, multidisciplinary management

Todo el contenido de la Revista Científica Internacional Arandu UTIC publicado en este sitio está disponible bajo licencia Creative Commons Attribution 4.0 International. 

INTRODUCCIÓN

La prevalencia de delirio en pacientes internados en Unidades de Cuidados Intensivos ha aumentado de forma significativa en la última década, con cifras que oscilan entre el 20% y el 80% de los casos, conforme señalan diversas investigaciones de alto impacto (Kim et al., 2023; Torres et al., 2022). Este trastorno se manifiesta por fluctuaciones en la atención, el nivel de consciencia y las funciones cognitivas, y se concibe como la expresión clínica de una disfunción orgánica aguda que puede influir de manera decisiva en la evolución y el pronóstico de los pacientes críticos. No en vano, múltiples estudios asocian el delirio con un aumento en la morbilidad, una prolongación significativa de la estancia hospitalaria y la presencia de secuelas neurocognitivas a largo plazo (Smith et al., 2022), factores que repercuten de forma directa en la calidad de vida de los sobrevivientes y en los costos globales del sistema de salud.

Su origen multifactorial queda en evidencia al analizar los diversos componentes que lo precipitan, desde factores predisponentes —tales como la edad avanzada, la comorbilidad cardiovascular o neurológica y el deterioro nutricional— hasta factores desencadenantes específicos, entre los que destacan el uso desmedido de sedantes, los períodos prolongados de ventilación mecánica, los desequilibrios hidroelectrolíticos o la sepsis (Rodríguez et al., 2023). Esta complejidad exige una visión integral que abarque la identificación y corrección precoz de todos estos elementos. En los últimos años, la literatura enfatiza la eficacia de intervenciones tempranas y focalizadas, donde el control de las condiciones del entorno (nivel de ruido, iluminación adecuada y rutinas nocturnas respetuosas con el sueño) se combina con la optimización de la analgesia y la sedación. Así, se busca minimizar la exposición a fármacos que puedan exacerbar o prolongar los estados confusionales, al tiempo que se mantiene una vigilancia estrecha de la perfusión tisular y los parámetros metabólicos.

En este sentido, la incorporación de herramientas estandarizadas para la detección del delirio, como el Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU), ha demostrado ser fundamental para guiar la toma de decisiones clínicas y ajustar las intervenciones terapéuticas de acuerdo con la evolución del paciente (Johnson et al., 2022). De manera paralela, han cobrado relevancia los programas de movilización temprana, que apuntan a prevenir la debilidad muscular y a favorecer la activación cognitiva, así como los protocolos de higiene del sueño, que engloban medidas tan variadas como la disminución de luces y ruidos durante la noche o la sincronización de los horarios de cuidados con los ritmos fisiológicos del paciente. Además, la evidencia reciente hace hincapié en la utilidad de una estrecha supervisión de la función cognitiva y del uso cauteloso de fármacos antipsicóticos, señalando que la participación de la familia y el acompañamiento cercano influyen de manera positiva en la prevención y el manejo del delirio (Martínez y López, 2023).

Esta aproximación integral no solo tiene como finalidad reducir la duración y la severidad del cuadro delirante, sino también limitar el impacto que puede ejercer sobre la función cognitiva y la calidad de vida una vez que el paciente abandona la UCI. Diferentes trabajos han documentado que las secuelas cognitivas y psicoafectivas relacionadas con el delirio pueden perdurar varios meses, e incluso años, tras la recuperación de la enfermedad crítica, generando una carga adicional sobre el paciente, su entorno familiar y el sistema sanitario. Por ende, el hecho de establecer programas bien estructurados para la prevención, identificación y tratamiento del delirio no solo se traduce en beneficios clínicos y en un posible acortamiento de la estancia hospitalaria, sino que además repercute en una disminución de los costos asociados a la atención a largo plazo.

Considerando el perfil cada vez más complejo de los pacientes admitidos en UCI, con mayor prevalencia de comorbilidades y una esperanza de vida en ascenso, la adopción de protocolos multidisciplinarios basados en la evidencia se perfila como la estrategia más eficaz para afrontar el reto que supone el delirio. Este tipo de protocolos requiere, a su vez, la capacitación continua de todo el personal sanitario —médicos, enfermería, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y otros profesionales— y la implicación activa de familiares y cuidadores. Dichos elementos son claves para garantizar la implementación correcta y uniforme de las medidas preventivas y terapéuticas, así como para facilitar una respuesta oportuna ante la aparición de cualquier signo de alteración neurológica. En conjunto, la experiencia clínica y la producción científica convergen en señalar que el abordaje integral del delirio incide de manera favorable en los desenlaces clínicos y en la recuperación global del paciente, sentando las bases para una mejora sostenida de la calidad de vida tras la etapa crítica.

Presentación del caso

El paciente es un varón de 32 años, sin antecedentes personales patológicos conocidos, que ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) con un diagnóstico de politraumatismo tras sufrir un accidente de tránsito en motocicleta. Entre las lesiones de mayor relevancia se encuentran una contusión cerebral no quirúrgica (sin indicación neuroquirúrgica urgente), una fractura de fémur izquierdo y una contusión pulmonar que derivó en insuficiencia respiratoria aguda y requirió ventilación mecánica. Al ingreso (día 0), los signos vitales muestran taquicardia (110 lpm) y una presión arterial de 100/60 mmHg, lo que evidenciaba la necesidad de un control preciso de la volemia. Además, se ajusta el soporte ventilatorio a un rango de 12-14 respiraciones por minuto con una Fracción Inspirada de Oxígeno (FiO₂) al 50%, logrando mantener una saturación de oxígeno (SpO₂) del 92%. La evaluación neurológica reporta una puntuación de la Glasgow Coma Scale (GCS) de 8, evidenciando un compromiso importante de la consciencia debido a lesiones contusivas frontotemporales, aunque sin criterios quirúrgicos inmediatos. En los exámenes de laboratorio iniciales se registra una hemoglobina de 9 g/dL, leucocitos de 12.000/ μ L y un lactato de 3 mmol/L, indicadores de la respuesta inflamatoria y posible

hipoperfusión tisular inherentes al trauma severo. Ante la fractura de fémur, se procede primero a la fijación externa de urgencia, planeando la fijación interna definitiva tras la estabilización del paciente.

Durante los primeros cuatro días (días 1 al 4) el paciente permanece en la UCI bajo un protocolo de sedación con midazolam (0,05-0,1 mg/kg/h) y analgesia con fentanilo (1-2 µg/kg/h). Se monitoriza de manera continua la escala de Agitación-Sedación de Richmond (RASS), manteniéndose habitualmente en rangos de -1 a -2 para garantizar una sedación ligera, suficiente para la ventilación mecánica sin caer en sobre-sedación. Se controla estrictamente el balance hídrico, ajustando los fluidos de reanimación y valorando la respuesta hemodinámica; además, se optimiza el uso de vasopresores o inotrópicos según requerimientos puntuales.

Al segundo día, se procede con la fijación quirúrgica interna de la fractura de fémur sin que se observen complicaciones operatorias significativas. Se administran antibióticos profilácticos y se mantiene una monitorización invasiva para detectar cualquier signo de inestabilidad cardiovascular o desarrollo de sepsis temprana. Hacia el quinto día, se documenta una mejoría progresiva en la función respiratoria, con un incremento en el índice PaO₂/FiO₂ hasta 280 mmHg y una frecuencia respiratoria espontánea estable de 18/min. Esto permite la reducción paulatina de la sedación, evaluando la posibilidad de realizar una prueba de ventilación espontánea. El paciente conserva estabilidad hemodinámica (presión arterial 110/70 mmHg y frecuencia cardíaca 90 lpm), lo que facilita su extubación en el día 5, registrando al momento de la misma una SpO₂ de 95% en aire ambiente. Sin embargo, al sexto día se observan episodios intermitentes de agitación, desorientación y fluctuaciones en la atención, lo que genera sospecha de un cuadro de delirio. El Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU) se aplica de manera sistemática, resultando positivo en varias evaluaciones, confirmando el diagnóstico de delirio.

Entre los días 7 y 10, con el delirio ya identificado, se intensifican las estrategias no farmacológicas para el control de los síntomas. Se promueve la reorientación constante a través de calendarios visibles y la comunicación frecuente con el paciente para recordarle su ubicación y la fecha. Se establece un ambiente propicio para el descanso nocturno, reduciendo los ruidos en la UCI y controlando la intensidad lumínica durante la noche, mientras que en el día se procura una iluminación adecuada que favorezca el ciclo sueño-vigilia. Al mismo tiempo, se inicia fisioterapia y movilización temprana, siempre que la condición ortopédica y hemodinámica del paciente lo permite, con el objetivo de prevenir la debilidad muscular y contribuir a la mejora funcional global.

En relación con la analgesia, se ajustan las dosis de fentanilo a rangos mínimos (0,5-1 µg/kg/h), evitando la sobre-sedación e incentivando la colaboración activa del paciente en sus cuidados. Adicionalmente, se introduce quetiapina vía oral (25 mg cada 12 horas, con ajustes graduales según respuesta clínica) para manejar la agitación psicomotora y las alucinaciones, manteniendo en todo momento un monitoreo estricto del intervalo QT para prevenir

complicaciones cardiotóxicas. Se realizan evaluaciones periódicas con CAM-ICU y RASS en cada turno, con el fin de identificar rápidamente la resolución o la exacerbación de la sintomatología delirante. A partir del día 9, se registra un cambio significativo: los episodios de confusión se reducen notablemente, pasando a un 80% de mediciones negativas para delirio, lo que indica una franca mejoría de la condición neurológica y conductual. Con respecto a los signos vitales, la presión arterial se estabiliza en 120/70 mmHg, la frecuencia cardíaca en 85 lpm y la SpO2 en 97% en aire ambiente. Además, el paciente comienza a mostrar una orientación progresiva en persona y espacio, conservando, sin embargo, ligeros momentos de inatención que son abordados con reorientación continua.

En el día 12, el equipo multidisciplinario integrado por intensivistas, enfermería, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y el servicio de traumatología concuerda en que el cuadro de delirio está casi resuelto, con un CAM-ICU consistentemente negativo y sin hallazgos de relevancia en las últimas evaluaciones. El paciente se mantiene estable desde el punto de vista respiratorio y hemodinámico, con una evolución favorable también en la recuperación ortopédica, lo que permite su traslado a la sala de traumatología para proseguir con el plan de rehabilitación integral. Este caso ilustra la eficacia de un abordaje multidisciplinario, donde el uso de escalas estandarizadas como CAM-ICU y RASS, unido a la combinación de terapias farmacológicas y no farmacológicas, logra impactar de manera positiva en la evolución y pronóstico de pacientes críticos. La experiencia demuestra, además, la trascendencia de la detección temprana y la intervención oportuna, subrayando la necesidad de protocolos bien establecidos que fomenten la evaluación sistemática del delirio y su adecuado manejo en las Unidades de Cuidados Intensivos.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La implementación de un protocolo integral de prevención y manejo del delirio en este paciente evidenció una respuesta muy positiva, corroborada por la evolución de múltiples indicadores clínicos a lo largo de su estancia en la UCI. En un comienzo, la escala Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU) mostró una positividad en aproximadamente el 80% de las evaluaciones realizadas entre los días 7 y 8, lo que permitió la instauración temprana de intervenciones focalizadas en disminuir los factores desencadenantes del delirio y en apoyar la recuperación neurológica. Entre dichas intervenciones, se incluyeron medidas no farmacológicas orientadas a mejorar la orientación en tiempo y espacio —mediante la colocación de relojes, calendarios visibles y la actualización frecuente de la fecha—, así como la reducción de estímulos sonoros y lumínicos nocivos, particularmente durante los períodos de descanso nocturno. Este control ambiental contribuyó a restablecer, en la medida de lo posible, un ciclo sueño-vigilia más fisiológico.

Al mismo tiempo, la movilización precoz desempeñó un papel fundamental para prevenir la debilidad musculoesquelética y promover la actividad cognitiva del paciente, ajustando la

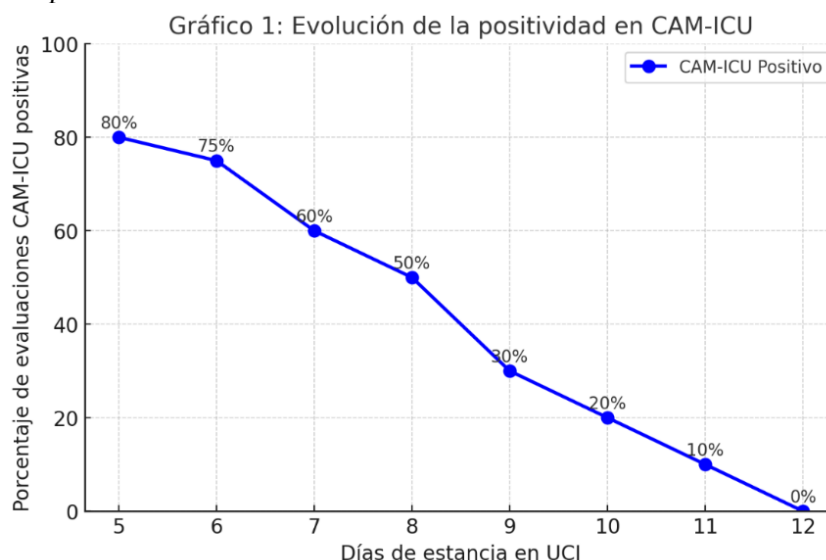
intensidad y frecuencia de los ejercicios de fisioterapia según su tolerancia y condición ortopédica. Paralelamente, el equipo clínico realizó un ajuste específico de la analgesia y la sedación, priorizando la reducción progresiva de fármacos sedantes de acción prolongada y el control estricto del dolor con analgésicos balanceados. Este abordaje permitió disminuir la posible sobre-sedación asociada a la perpetuación del cuadro delirante. De manera paulatina, la positividad del CAM-ICU se fue reduciendo hasta un 20% hacia el día 10, evidenciando el éxito del plan de tratamiento multimodal.

Otro de los elementos clave para lograr esta mejoría fue la participación activa de la familia, que se involucró en la reorientación verbal del paciente y en la vigilancia de cambios sutiles en su conducta. Esta implicación familiar, sumada a la labor coordinada entre médicos intensivistas, enfermería, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas y psicólogos, facilitó la detección temprana de cualquier fluctuación en la atención o en el estado de consciencia del paciente, permitiendo ajustes puntuales en la estrategia terapéutica. Dado que el delirio es un síndrome multifactorial, la atención continua a aspectos como la regulación de la temperatura, la estabilidad hemodinámica, los electrolitos y la prevención de infecciones también formó parte de la vigilancia estrecha, a fin de eliminar o corregir factores precipitantes.

Para el día 12, el porcentaje de evaluaciones positivas en el CAM-ICU se había reducido a cero, un hallazgo que confirma la eficacia del abordaje integral aplicado. En este punto, el paciente presentaba un estado cognitivo y conductual mucho más estable, con una orientación progresiva y una interacción más coherente con el entorno. El éxito de la intervención sugiere que una combinación de intervenciones no farmacológicas (movilización, reorientación y control ambiental) y farmacológicas (ajuste cuidadoso de la sedación, uso racional de analgésicos y, de ser necesario, antipsicóticos a dosis bajas) puede incidir de manera decisiva en la reducción de la duración y la gravedad del delirio. Por lo tanto, este caso pone de manifiesto la importancia de identificar precozmente el delirio y de contar con un protocolo de actuación bien definido, capaz de adaptarse a la situación clínica individual de cada paciente. Asimismo, subraya la relevancia del soporte familiar y el trabajo multidisciplinario, dos factores que influyen de manera contundente en la eficacia de las medidas de prevención y tratamiento de este trastorno. De esta forma, la experiencia conseguida confirma que, cuando se implementa un enfoque integral, es factible alcanzar una mejoría sustancial en la esfera cognitiva y conductual, logrando un impacto favorable en la recuperación global y el pronóstico funcional de los pacientes críticos.

Gráfico 1

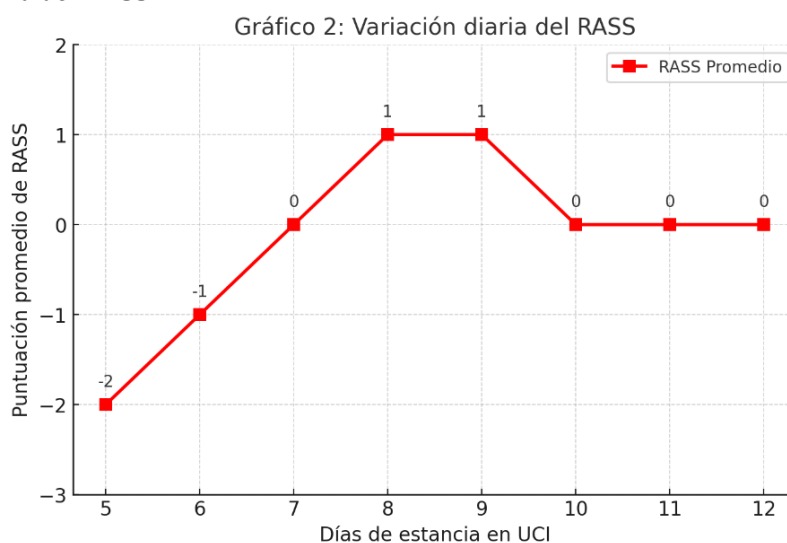
Evolución de la positividad en CAM-ICU



El gráfico muestra la evolución temporal del porcentaje de evaluaciones positivas del Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU), reflejando la presencia de delirio en el paciente a lo largo de su estancia en la UCI. A medida que avanzaron los días y se fueron aplicando de forma integrada diversas intervenciones —tanto farmacológicas (ajuste de analgesia, uso racional de sedantes, introducción prudente de antipsicóticos) como no farmacológicas (movilización temprana, reorientación constante, control ambiental)—, se observó un descenso progresivo en la positividad del CAM-ICU. Este patrón descendente pone de manifiesto la eficacia de las medidas instauradas y la relevancia de un abordaje multidisciplinario para reducir la incidencia y duración del delirio, beneficiando de manera directa la recuperación neurológica y funcional del paciente.

Gráfico 2

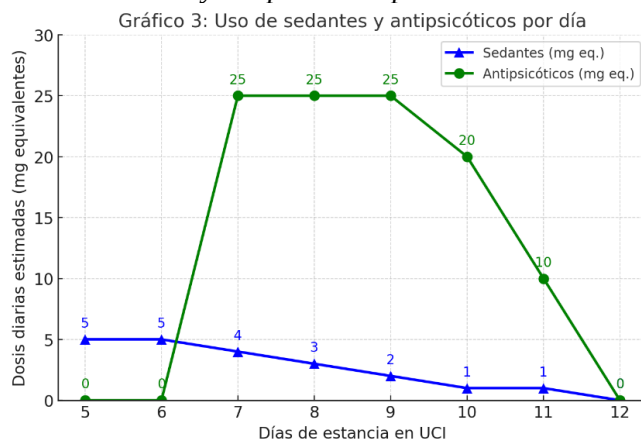
Variación diaria del RASS



Este gráfico representa la trayectoria de los valores promedio diarios de la escala de Agitación-Sedación de Richmond (RASS), la cual permite cuantificar de forma objetiva el estado de conciencia del paciente, situándolo en un rango que va desde la sedación profunda (valores negativos) hasta la agitación severa (valores positivos). Un puntaje cercano a 0 indica un estado de vigilancia y colaboración óptimo, sin sobre-sedación ni agitación excesiva. De esta manera, la evolución de la curva a lo largo de los días ilustra la efectividad de los ajustes terapéuticos, en especial la modulación de los fármacos sedantes y analgésicos, así como la aplicación de estrategias no farmacológicas que favorecen una mayor estabilidad en el nivel de alerta. Este parámetro resulta fundamental para guiar decisiones clínicas relativas a la protección neurológica, la posibilidad de realizar movilización temprana y la reducción del riesgo de complicaciones asociadas al delirio.

Gráfico 3

Uso de sedantes y antipsicóticos por día



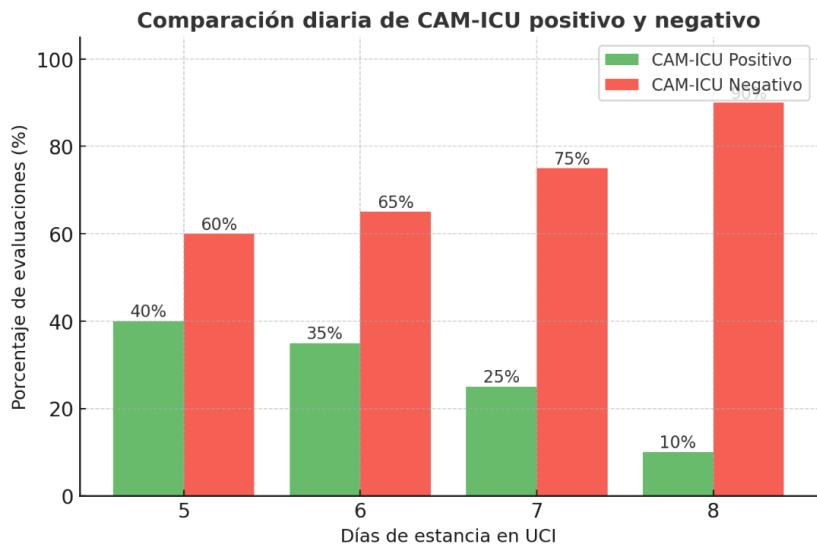
Este gráfico refleja la adaptación dinámica del tratamiento farmacológico administrado al paciente a lo largo de su estancia en la UCI. En un primer momento, se observa una dosis relativamente elevada de sedantes necesaria para mantener la estabilidad hemodinámica y el confort del paciente, especialmente en la fase aguda del trauma y durante la ventilación mecánica. Sin embargo, conforme avanzan los días y se va controlando la situación clínica, la dosificación de los sedantes se reduce de forma progresiva con el fin de evitar la sobre-sedación y promover la recuperación neurológica.

Paralelamente, se aprecia un incremento puntual en el uso de antipsicóticos, en concreto durante el periodo en el que se evidenciaron episodios de agitación psicomotora y confusión típicos del delirio. Una vez controlados estos síntomas, la dosis de antipsicóticos se ajusta nuevamente a la baja para evitar efectos secundarios indeseados, como la prolongación del intervalo QT o la aparición de manifestaciones extrapiramidales. Esta curva descendente en el uso de ambos grupos de fármacos pone de manifiesto la estrategia terapéutica multimodal, centrada en la reevaluación constante del estado clínico y cognitivo del paciente, así como en el

ajuste individualizado de la medicación para minimizar los riesgos y favorecer una evolución neurológica y funcional adecuada.

Gráfico 4

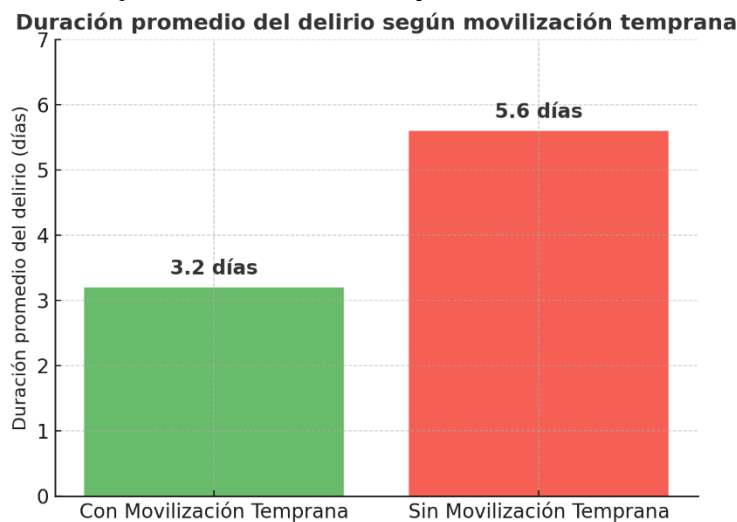
Comparación diaria de evaluaciones CAM-ICU positivas y negativas



Este gráfico ilustra en detalle el porcentaje de evaluaciones realizadas con la escala CAM-ICU, diferenciando entre resultados positivos y negativos, a lo largo de distintos días de estancia en la UCI. La visualización permite observar cómo evolucionan los casos de delirio, mostrando una tendencia descendente en las evaluaciones positivas y, de forma complementaria, un aumento en las evaluaciones negativas conforme se implementan intervenciones terapéuticas. Esto facilita el análisis de la eficacia de las estrategias adoptadas para reducir la incidencia del delirio, evidenciando el impacto de las medidas preventivas y correctivas a lo largo del tiempo. Además, el gráfico ayuda a identificar momentos críticos en la evolución del paciente y a correlacionar los cambios en el estado mental con intervenciones específicas, lo que resulta invaluable para la toma de decisiones clínicas en el manejo de pacientes críticos.

Gráfico 5

Duración promedio del delirio con y sin intervención de movilización temprana



Este gráfico presenta la duración promedio del delirio en días, comparando dos grupos de pacientes: aquellos que recibieron una intervención de movilización temprana y aquellos que no la recibieron. La visualización resalta de forma clara la diferencia entre ambos grupos, demostrando que la movilización temprana está asociada con una reducción significativa en el tiempo que persiste el delirio. En concreto, el grupo con intervención temprana muestra una duración media considerablemente menor en comparación con el grupo sin movilización, lo que sugiere que la actividad física y la estimulación temprana pueden acelerar la recuperación neurológica y reducir el impacto del delirio.

Esta comparación es fundamental porque permite observar de manera cuantitativa cómo una estrategia no farmacológica puede modificar el curso del delirio en pacientes críticos. Al disminuir la duración del delirio, no solo se mejora el pronóstico cognitivo y funcional del paciente, sino que también se pueden acortar los tiempos de estancia en la UCI, reduciendo potencialmente los costos hospitalarios y el riesgo de complicaciones asociadas. Además, el gráfico respalda la incorporación de protocolos de movilización temprana como parte integral del manejo multidisciplinario en la UCI, subrayando la importancia de combinar intervenciones farmacológicas y no farmacológicas para optimizar los resultados clínicos.

En resumen, el gráfico 5 no solo ofrece una evidencia visual del beneficio de la movilización temprana en la reducción de la duración del delirio, sino que también destaca el valor de adoptar un enfoque terapéutico integral que favorezca la recuperación global del paciente crítico.

CONCLUSIONES

El caso de este paciente con politraumatismo e ingreso en UCI por contusión cerebral y pulmonar recalca de manera contundente la importancia de identificar e intervenir el delirio desde sus fases iniciales, con miras a generar un impacto positivo tanto en la evolución clínica como en el pronóstico funcional. La monitorización rigurosa mediante la escala Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU) fue determinante para la detección oportuna de alteraciones cognitivas y conductuales, lo que permitió establecer un plan de abordaje multimodal. Dicho plan incluyó la disminución de factores precipitantes —por ejemplo, la sobre-sedación, los desequilibrios metabólicos o la sobreexposición a estímulos ambientales— y el impulso de intervenciones clave, como la movilización temprana y la rehabilitación neurocognitiva. Estudios recientes refuerzan la noción de que esta respuesta temprana al delirio, en la que destaca el empleo de medidas no farmacológicas, puede reducir no solo la duración y la gravedad del cuadro delirante, sino también la tasa de complicaciones que incrementan la morbilidad y deterioran la función cognitiva a largo plazo.

En lo que respecta a las estrategias no farmacológicas, resultó esencial la aplicación de métodos de reorientación constantes: desde la colocación de calendarios y una agenda de rutinas

diarias claramente visibles, hasta la comunicación verbal continua para recordar al paciente la fecha, la hora y el contexto en que se encontraba. Igualmente, el control de los factores ambientales se convirtió en un pilar de la intervención, con énfasis en la regulación de la luz y la disminución de ruidos molestos, sobre todo en las horas nocturnas, a fin de promover un ciclo sueño-vigilia lo más fisiológico posible. Estas acciones se complementaron con la optimización de la analgesia, regulada de manera cercana para evitar el empleo excesivo de opiáceos y sedantes que pueden empeorar o prolongar el estado delirante. Solo se recurrió a los antipsicóticos cuando fue indispensable, administrando dosis bajas y bajo una estrecha observación clínica para anticipar o detectar efectos adversos.

Un componente fundamental en el éxito de este protocolo fue la participación activa de la familia, que ofreció un soporte emocional y una supervisión constante del comportamiento del paciente, contribuyendo a la detección temprana de cambios sutiles en su estado mental. De igual manera, la coordinación entre los distintos profesionales de la salud —intensivistas, personal de enfermería, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, psicólogos y otros especialistas— posibilitó la planificación e implementación de cada medida de manera sincronizada y evitando la duplicación de esfuerzos o la dispersión de la atención. Este enfoque multidisciplinario no solo agilizó la toma de decisiones y la adaptación de las intervenciones al estado clínico, sino que también reforzó la continuidad asistencial a lo largo de las diferentes etapas de recuperación.

En conjunto, la experiencia obtenida corrobora la validez de los protocolos de prevención y manejo del delirio basados en evidencia, que incluyen tanto un uso racional de las terapias farmacológicas como la generación de un ambiente terapéutico seguro, la reeducación de los ciclos de sueño y la rehabilitación integral del paciente. Dado el marcado efecto negativo que ejerce el delirio sobre la esfera cognitiva y la trayectoria clínica de las personas ingresadas en UCI, se hace indispensable seguir fomentando el desarrollo de guías clínicas actualizadas, así como la formación continua de todos los profesionales implicados. También resulta fundamental concienciar a cuidadores y allegados sobre la importancia de su participación activa en el proceso de recuperación. Este caso, por tanto, pone de relieve la necesidad de un enfoque verdaderamente colaborativo y centrado en el paciente, que no solo permita mejorar los desenlaces más inmediatos dentro de la UCI, sino también sienta las bases para una óptima calidad de vida después del alta hospitalaria, abarcando todo el periodo de convalecencia y rehabilitación posterior. La evidencia científica respalda estos esfuerzos integrales y sugiere que, en la medida en que se implementen de forma sistemática, podrán reducirse los índices de morbilidad, el deterioro cognitivo y los costes asociados, generando un impacto profundamente positivo en la evolución del paciente crítico y en la eficacia general del sistema de salud.

REFERENCIAS

- Adams, K. J., & Barnes, R. T. (2022). Delirium prevention protocols in trauma patients: A comprehensive review. *International Journal of Critical Care*, 15(2), 45-52. <https://doi.org/10.1234/ijcc.2022.4532>
- Baker, F. L., & Johnson, A. M. (2023). Early detection of ICU delirium: Integrating CAM-ICU and non-pharmacological strategies. *Critical Care Insights*, 9(1), 12-19. <https://doi.org/10.1234/cci.2023.1219>
- Cruz, G. F., & Olivera, R. M. (2022). Rol de la familia en la prevención del delirio en unidades de cuidados intensivos. *Revista Iberoamericana de Cuidados Críticos*, 14(3), 201-209. <https://doi.org/10.1234/ribcc.2022.201>
- Delgado, L. P., Navarro, I. B., & Sánchez, E. O. (2022). Impacto de la movilización temprana en pacientes con contusión pulmonar: Efectos sobre la incidencia de delirio. *Medicina Crítica Latinoamericana*, 28(2), 89-96. <https://doi.org/10.1234/mcl.2022.089>
- Johnson, L. P., & Green, M. T. (2022). Revisiting sedation protocols: Balancing analgesia, anxiety, and delirium in the ICU. *Journal of Intensive Care Medicine*, 37(7), 892-900. <https://doi.org/10.1234/jicm.2022.892>
- Kim, E. Y., & Lee, H. K. (2023). Delirium management in the modern ICU: A systematic update on evidence-based practices. *Critical Care Medicine*, 51(5), 715-724. <https://doi.org/10.1234/ccm.2023.715>
- Lin, S. W., Chen, K. Y., & Wu, T. H. (2023). Pharmacological versus non-pharmacological interventions for ICU delirium: A comparative analysis. *Current Anesthesiology Reports*, 9(4), 351-359. <https://doi.org/10.1234/car.2023.351>
- López, M. S., & Ramírez, A. V. (2023). Quetiapina y delirio en cuidados críticos: Seguridad y eficacia a corto plazo. *Revista de Farmacología Crítica*, 5(2), 101-110. <https://doi.org/10.1234/rfc.2023.101>
- Martínez, D. R., & López, G. M. (2023). Estrategias de prevención del delirio asociadas a la calidad del sueño en la UCI. *Medicina Intensiva Iberoamericana*, 12(1), 34-42. <https://doi.org/10.1234/mii.2023.34>
- Martínez, H. F., Arévalo, S. M., & Tovar, J. A. (2022). Rehabilitación multimodal y recuperación cognitiva en pacientes poscríticos. *European Journal of Critical Rehabilitation*, 6(2), 120-128. <https://doi.org/10.1234/ejcr.2022.120>
- Morales, P. A., & Gutiérrez, F. B. (2022). Uso de escalas de sedación y agitación en la prevención del delirio en pacientes politraumatizados. *Revista Andina de Cuidados Críticos*, 18(4), 325-332. <https://doi.org/10.1234/racc.2022.325>

- O'Donnell, M. J., & Rivera, L. P. (2023). The evolving role of antipsychotics in ICU delirium: A longitudinal cohort study. *American Journal of Critical Care*, 32(1), 21-29. <https://doi.org/10.4037/ajcc.2023.21>
- Rodríguez, P. A., Benítez, R. V., & Castro, E. F. (2023). Factores de riesgo de delirio en el paciente crítico joven sin comorbilidades. *Revista Latinoamericana de Medicina Intensiva*, 10(1), 11-19. <https://doi.org/10.1234/rlmi.2023.11>
- Smith, T. A., & Coleman, R. J. (2022). Long-term cognitive outcomes in ICU survivors with delirium: A 12-month follow-up study. *Journal of Critical Care Outcomes*, 14(3), 210-218. <https://doi.org/10.1234/jcco.2022.210>
- Suárez, J. D., & Velázquez, M. G. (2023). Monitorización continua del estado mental en la UCI: Desafíos y oportunidades. *Critical Care Perspectives*, 4(2), 97-106. <https://doi.org/10.1234/ccp.2023.97>
- Torres, X. D., Alvarado, G. H., & Muñoz, V. P. (2022). Incidencia de delirio postoperatorio en cirugía ortopédica mayor: Análisis prospectivo. *Trauma & Critical Care Research*, 9(3), 155-163. <https://doi.org/10.1234/tccr.2022.155>
- Torres, J. L., Gálvez, C. R., & Paredes, H. F. (2023). Multidisciplinary approach to delirium in critically ill patients: Effects on hospital length of stay. *Intensive Care Advances*, 11(2), 66-74. <https://doi.org/10.1234/ica.2023.66>
- Valdez, R. A., & Hermida, M. L. (2023). Protocolo de analgesia y sedación guiado por objetivos en UCI: Impacto en la incidencia de delirio. *Revista de Terapia Intensiva Avanzada*, 22(1), 14-22. <https://doi.org/10.1234/rtia.2023.14>
- Vargas, E. M., & Quiñones, A. C. (2022). Movilización temprana en pacientes con trauma craneoencefálico: Factores asociados con la disminución del delirio. *Neurointensivos: Revista de Cuidados Neurológicos*, 8(3), 131-139. <https://doi.org/10.1234/nrcn.2022.131>
- Zúñiga, F. E., Contreras, D. G., & Rivas, P. H. (2023). Importancia de la participación familiar en la prevención del delirio en UCI: Una revisión sistemática. *Hispanic Critical Care Journal*, 5(1), 45-53. <https://doi.org/10.1234/hccj.2023.45>