

## En personas mayores, no se recomienda la prescripción rutinaria de benzodiacepinas para prevenir o tratar los episodios de delirium

**Actualización marzo de 2025.** Esta recomendación sustituye a la anterior “Benzodiacepinas en el episodio agudo de delirium” (julio de 2015).

- El delirium tiene una alta prevalencia en pacientes de edad avanzada hospitalizados, especialmente en unidades de cuidados intensivos, y se asocia a mayor mortalidad, riesgo de demencia e institucionalización.
- Las benzodiacepinas (BZD) son a menudo prescritas para tratar el delirium, sobre todo en personas mayores, aunque se ha demostrado que pueden aumentar el riesgo de sufrirlo, especialmente en pacientes con demencia, pacientes quirúrgicos o ingresados en cuidados intensivos.
- Las BZD pueden triplicar el riesgo de delirium, especialmente en pacientes vulnerables, aumentando el riesgo de caídas, fracturas y deterioro cognitivo, así como la probabilidad de desarrollar demencia.
- Para el manejo del delirium hay que tratar la causa, priorizando las intervenciones no farmacológicas. Si es necesario el tratamiento farmacológico, se recomiendan antipsicóticos a dosis bajas y en monoterapia. Las BZD solo se recomiendan en casos de delirium por retirada de alcohol o sedantes, o asociado a convulsiones.

### ¿Por qué el uso rutinario de benzodiacepinas en episodios de delirium es una práctica clínica de poco valor?

El delirium, también conocido como **síndrome confusionario**,<sup>1,2</sup> es un **síndrome geriátrico clínico con alta prevalencia que suele ser temporal y potencialmente reversible**. Tiene una etiología multifactorial, y puede ser desatado por diversos factores, como enfermedades físicas agudas (infecciones, insuficiencia orgánica o enfermedades neurológicas, entre otros), cirugías, desorientación asociada a estar hospitalizado, consumo de fármacos (especialmente aquellos con actividad anticolinérgica) o desequilibrios electrolíticos por deshidratación o desnutrición.<sup>2</sup>

Las **principales manifestaciones** incluyen alteraciones cognitivas, trastornos del ciclo sueño-víspera y cambios en la actividad psicomotora, que pueden ser de exaltación o reducción. En algunos casos, también pueden aparecer alteraciones del afecto o síntomas de la esfera psicótica.<sup>1,2</sup> Sin embargo, el diagnóstico del delirium a menudo pasa desapercibido, especialmente en los casos de delirium hipoactivo, donde los síntomas principales son letargo y somnolencia, y no agitación o alucinaciones.<sup>1,2</sup>

El uso de las BZD no se recomienda para el tratamiento del episodio agudo de delirium. Tanto los criterios de Beers como los criterios STOPP-START coinciden en evitar el uso de BZD en las personas mayores siempre que sea posible.<sup>3</sup> Para el tratamiento del delirium, se recomienda priorizar estrategias no farmacológicas. Las BZD tampoco son efectivas en la profilaxis del delirium en personas mayores hospitalizadas, ya que aumentan la probabilidad de sufrirlo.<sup>4</sup> Además, preocupa

especialmente el uso de BZD con una vida media intermedia o prolongada, ya que pueden aumentar los efectos adversos, como el agravamiento del delirium o el riesgo de caídas y fracturas.<sup>4</sup>

## ¿Qué dice la evidencia sobre el manejo del delirium?

Las guías de práctica clínica y los documentos de consenso recomiendan que el manejo adecuado de la agitación en pacientes con delirium se centre en identificar y tratar las causas reversibles, priorizando las medidas no farmacológicas y restringiendo el uso de tratamientos farmacológicos.<sup>1,4-7</sup>

Las **medidas no farmacológicas para prevenir el delirium** son la estrategia más efectiva para prevenir el delirium en personas hospitalizadas. Algunas de estas medidas son la fisioterapia, la estimulación cognitiva, la movilización precoz o favorecer la hidratación.<sup>1</sup> En este sentido, las aproximaciones multicomponente no farmacológicas pueden reducir el delirio en un 43 % respecto a la atención hospitalaria habitual, previniendo dos de cada cinco casos en adultos hospitalizados fuera de la UCI. También pueden reducir la estancia hospitalaria y, si se produce delirio, acortar su duración en un día.<sup>8</sup>

Tal y como lo expresa la guía coordinada por el Plan director sociosanitario, la evidencia disponible no avala las medidas farmacológicas para la prevención del delirium.<sup>1</sup>

En cuanto al **tratamiento de la sintomatología del delirium**, se priorizan las medidas no farmacológicas, dada la falta de evidencia de que los fármacos sean efectivos y los efectos adversos asociados. De esta forma, se proponen algunas intervenciones como la identificación y el tratamiento de causas graves del delirio, la optimización de la fisiología y el ambiente, la gestión de la agitación con medidas no farmacológicas, la comunicación del diagnóstico y la implicación de los cuidadores, así como la prevención de complicaciones y el seguimiento de la recuperación, con derivación a especialistas si es necesario.<sup>1</sup>

## ¿Cuál es el alcance del uso de benzodiacepinas en episodios de delirium en nuestro contexto?

En Cataluña, hubo **más de 69.000 episodios anuales de estado confusional** (delirium y desorientación no especificada) atendidos entre 2017 y 2020. La edad media de las personas que presentaban delirium en 2020 fue de 81,4 años en mujeres y 77,8 años en hombres.<sup>1</sup>

Los casos de delirium aumentan con la edad, siendo más frecuentes entre los pacientes mayores hospitalizados o residentes en instituciones, y también varían según el tipo de entorno sanitario. Según una revisión sistemática de 2014,<sup>9</sup> en las unidades de medicina general y geriátrica, entre el 18-35 % de las personas ya tienen delirium cuando llegan al hospital. Si sumamos los casos que se desarrollan durante el ingreso, la cifra asciende hasta el 29-64 %. En la comunidad, el delirium es poco común (1-2%), pero a menudo hace que los pacientes necesiten atención de emergencias. Cuando una persona mayor llega a urgencias, el delirium se presenta en el 8-17 % de los casos y en el 40 % de los que viven en una residencia.

## ¿Qué eventos adversos se asocian al uso de benzodiacepinas en episodios de delirium?

La aparición de delirium en personas mayores es un acontecimiento grave, que **a menudo predice un aumento de la morbilidad-mortalidad** <sup>10,11</sup> y también motiva un incremento del uso de

**recursos.**<sup>12,13</sup> La gente mayor que desarrolla delirium postoperatorio, por ejemplo, tiene un incremento significativo de la mortalidad a un año respecto a aquellos que no han tenido delirium,<sup>14</sup> y un riesgo doce veces superior de desarrollar demencia,<sup>15</sup> así como un mayor riesgo de institucionalización.<sup>16</sup>

**Las BZD son uno de los grupos farmacológicos más utilizados, principalmente en las personas mayores, aunque tienen importantes efectos adversos** como deterioro cognitivo, inestabilidad de la marcha, caídas, fracturas y riesgo de delirium.<sup>17</sup> Las BZD pueden agravar y prolongar el delirium y afectar de forma negativa a la memoria, la atención y la percepción.<sup>4</sup>

Algunos estudios también apuntan a que la hospitalización podría ser un inductor del consumo de BZD, por lo que muchas personas de edad avanzada que no consumen BZD antes del ingreso, las consumen después del alta hospitalaria. Además, este consumo posterior se asocia a un aumento de los reingresos, del deterioro funcional, el aislamiento social, la institucionalización y un incremento de la morbilidad-mortalidad.<sup>18-20</sup>

## ¿Hay algún caso en el que se recomienden las benzodiacepinas en los episodios de delirium?

El tratamiento con BZD como monoterapia **se reserva para el tratamiento agudo del delirium causado por la privación de alcohol o sedantes como ansiolíticos y barbitúricos, y para el delirium asociado a convulsiones.**<sup>1,6,7</sup> Se pueden utilizar benzodiacepinas como el midazolam como sedantes para paliar los efectos del delirio, especialmente en pacientes con ventilación mecánica invasiva.<sup>1</sup>

### En conclusión

**En las personas mayores, el delirium no debería prevenirse ni tratarse de forma rutinaria con benzodiacepinas, salvo en los casos en que sea causado por la privación de alcohol o de sedantes.**

## Con la colaboración de

Centro Cochrane Iberoamericano - Comisión MAPAC (Mejora de la Adecuación de la Práctica Asistencial y Clínica) del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona)

## Con el apoyo de

- Sociedad Catalana de Farmacia Clínica
- Sociedad Catalana de Farmacología
- Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria
- Sociedad Catalana de Neurología
- Sociedad Catalana de Psiquiatría y Salud Mental

- [Societat Catalana de Qualitat Asistencial](#)
- [Plan Director de Salut Mental y Adicciones](#)
- [Programa de armonización farmacoterapéutica - Área del Medicamento - Servei Català de la Salut](#)

## Fuentes

1. Sánchez A, Abdelnour C, Giraldo M, et al. [Guia d'abordatge del delírium](#). Barcelona: Departament de la Salut. Generalitat de Catalunya; 2022.
2. Burry L, Mehta S, Perreault MM, et al. [Antipsychotics for treatment of delirium in hospitalised non-ICU patients](#). Cochrane Database Syst Rev 2018; 6: CD005594.
3. Delgado-Silveira E, Molina Mendoza MD, Montero-Errasquín B, et al. [Versión en español de los criterios STOPP/START 3. Avances en la detección de la prescripción inapropiada de medicamentos en personas mayores](#). Rev Esp Geriatr Gerontol. 2023;58:101407.
4. American Psychiatric Association. [Practice Guideline for the Treatment of Patients With Delirium](#); 2009.
5. National Institute for Care and Clinical Excellence (NICE). [Delirium: prevention, diagnosis and management in hospital and long-term care. Clinical guideline](#). Reference number:CG103.. London (United Kingdom): NICE; Published: 28 July 2010. Last updated: 18 January 2023.
6. Grover S, Avasthi A. [Clinical practice guidelines for management of delirium in elderly](#). Indian J Psychiatry. 2018;60:S329–S340.
7. Soiza, Roy L, and Phyo K Myint. The Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) 157: [Guidelines on Risk Reduction and Management of Delirium](#). Medicina. 2019;55(8):491.
8. Burton JK, Craig LE, Yong SQ, et al. [Non-pharmacological interventions for preventing delirium in hospitalised non-ICU patients](#). Cochrane Database Syst Rev 7. 2021; CD013307.
9. Inouye SK, Westendorp RG, Saczynski JS. [Delirium in elderly people](#). Lancet. 2014;383(9920):911-22.
10. Al Huraizi AR, Al-Maqbali JS, Al Farsi RS, et al. [Delirium and its association with short- and long-term health outcomes in medically admitted patients: A prospective study](#). J Clin Med. 2023 Aug 17;12(16):5346.
11. Salluh JIF, Wang H, Schneider EB, et al. [Outcome of delirium in critically ill patients: systematic review and meta-analysis](#). BMJ 2015; 350: h2538.
12. Hshieh TT, Gou RY, Jones RN, et al. [One-year Medicare costs associated with delirium in older hospitalized patients with and without Alzheimer's disease dementia and related disorders](#). Alzheimers Dement. 2023;19:1901–12.
13. Rosgen BK, Krewulak KD, Stelfox HT, et al. [The association of delirium severity with patient and health system outcomes in hospitalised patients: a systematic review](#). Age Ageing. 2020;49:549–57.
14. Yan E, Veitch M, Saripella A, et al. [Association between postoperative delirium and adverse outcomes in older surgical patients: A systematic review and meta-analysis](#). J Clin Anesth. 2023;90: 111221.
15. Pereira JV-B, Aung Thein MZ, Nitchingham A, et al. [Delirium in older adults is associated with development of new dementia: a systematic review and meta-analysis](#). Int J Geriatr Psychiatry. 2021;36:993–1003.
16. Vo QT, Koethe B, Holmes S, et al. [Patient outcomes after delirium screening and incident Alzheimer's disease or related dementias in skilled nursing facilities](#). J Gen Intern Med. 2023;38:414–20.
17. Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías. [Guía consenso para el buen uso de las benzodiacepinas](#). Valencia: Socidrogalcohol; 2019.
18. Bell CM, Fischer HD, Gill SS, et al. [Initiation of benzodiazepines in the elderly after hospitalization](#). J Gen Intern Med. 2007;22:1024–9.
19. Grad R, Tamblyn R, Holbrook AM, et al. [Risk of a new benzodiazepine prescription in relation to recent hospitalization](#). J Am Geriatr Soc. 1999;47: 184–8.
20. Halme AS, Beland S-G, Preville M, et al. [Uncovering the source of new benzodiazepine prescriptions in community-dwelling older adults: Source of benzodiazepines in the elderly](#). Int J Geriatr Psychiatry. 2013;28:248–55.

Se recomienda que este documento se cite de la manera siguiente: Benzodiacepinas en episodios de delirium en personas mayores. Recomendación Essencial. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; marzo 2025.

Los contenidos de esta obra están sujetos a una licencia [Creative Commons](#) de Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional.



Essencial es una iniciativa que identifica prácticas clínicas de poco valor y promueve recomendaciones para evitar su realización.

Esta ficha es una recomendación para la ayuda de la toma de decisiones en la atención sanitaria. No es de obligado cumplimiento, ni sustituye el juicio clínico del personal sanitario.

Si quiere recibir más información sobre el proyecto, puede contactar con: [essencial.aquas@gencat.cat](mailto:essencial.aquas@gencat.cat)

Visítanos en el web [essencialsalut.gencat.cat](http://essencialsalut.gencat.cat)