



SOCIEDAD PARAGUAYA DE MEDICINA INTERNA



Guía Clínica Visual: Síndrome Confusional Agudo en el Adulto Mayor

Protocolos de prevención, diagnóstico y manejo de la falla cerebral aguda basados en evidencia.

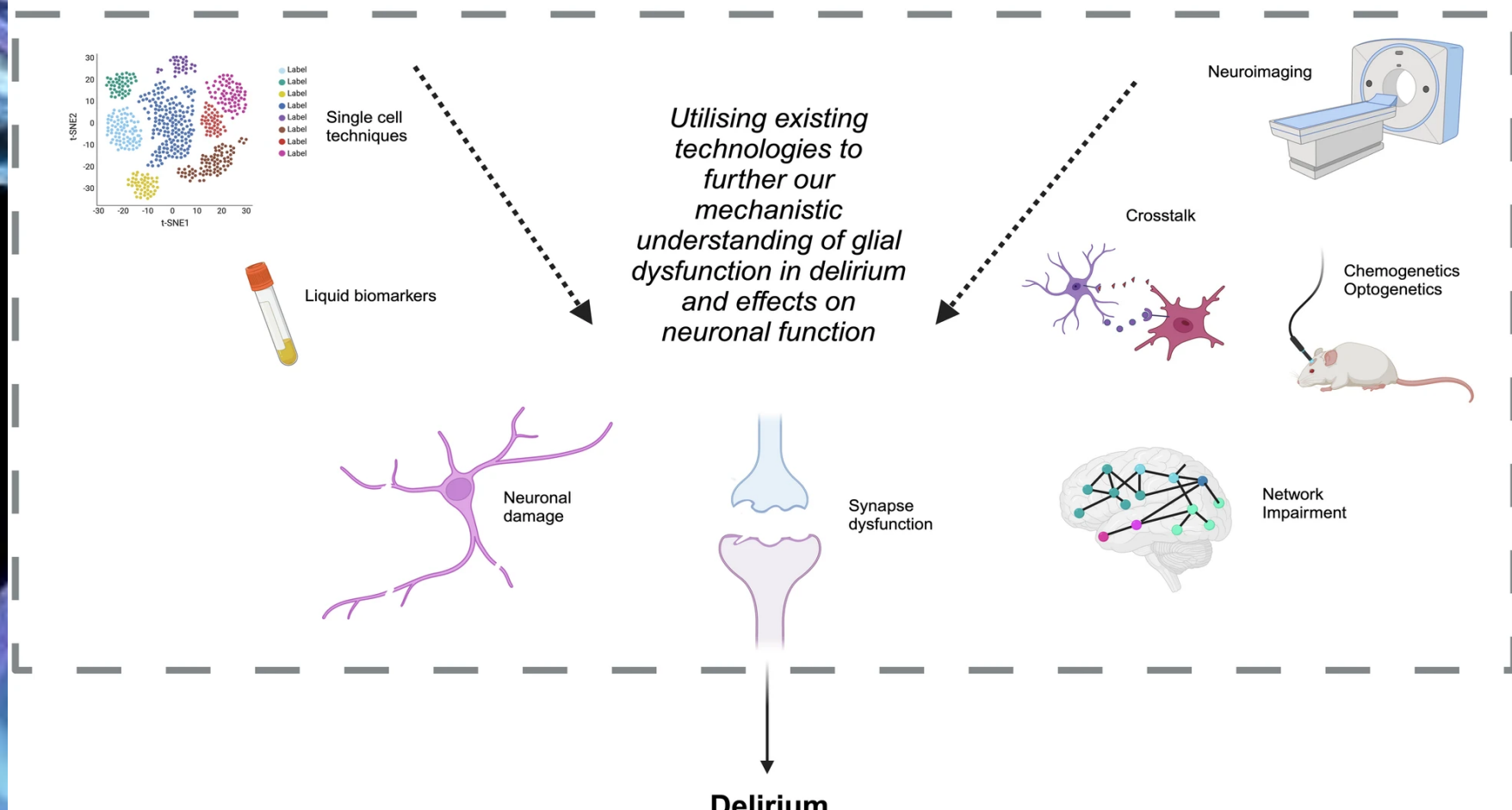
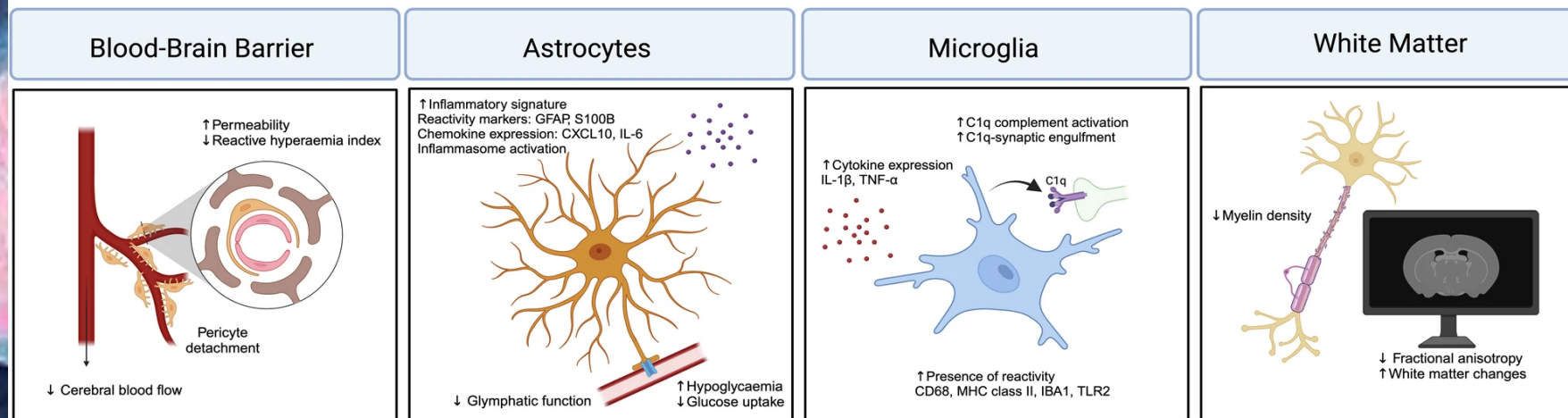
Diseñado para médicos de sala, intensivistas, geriatras y personal de enfermería.

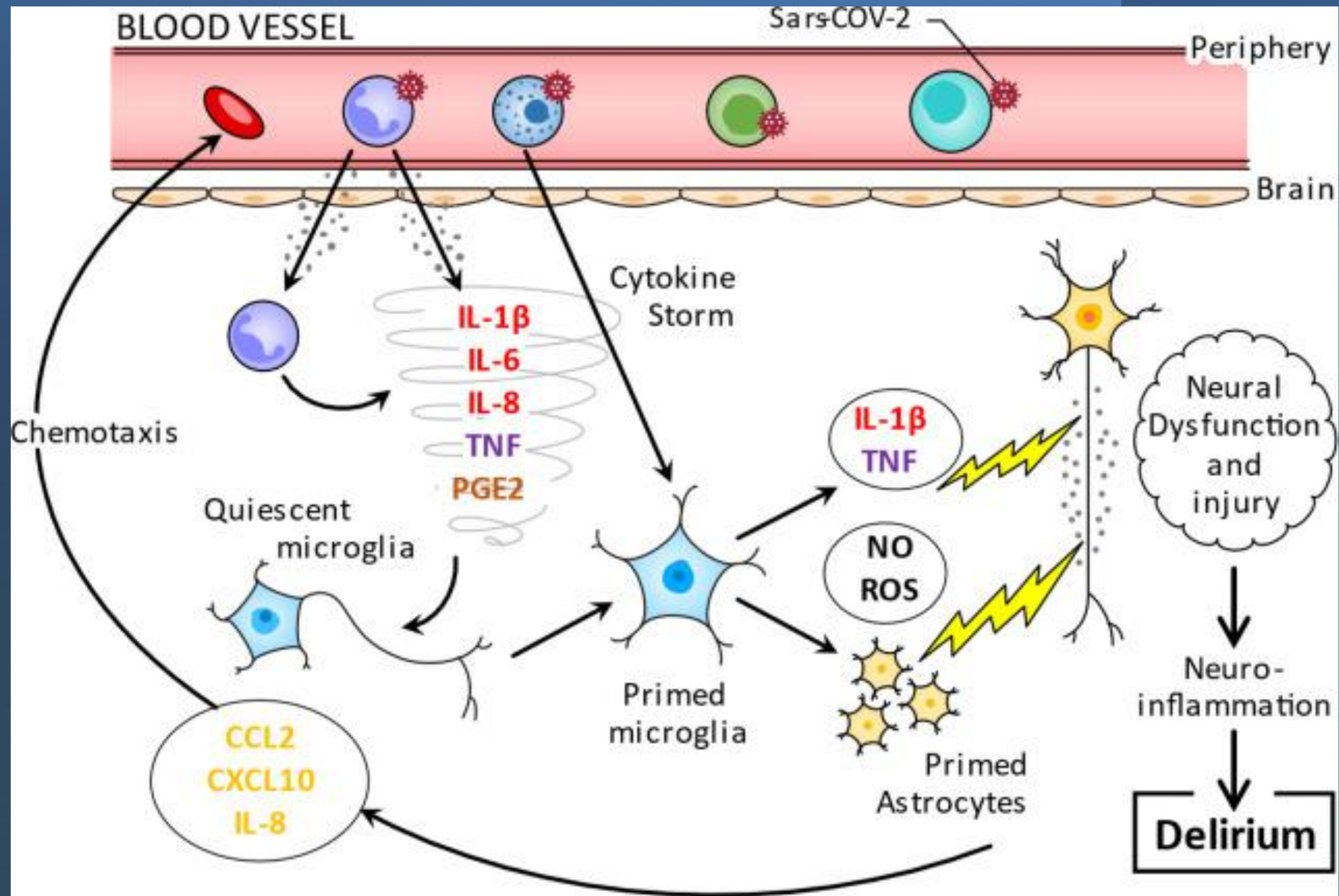
DR. GUSTAVO A. ARBO
MEDICINA INTERNA
MEDICINA INTERNA
GERIÁTRICA
NEUROPSIQUIATRÍA
GERIÁTRICA

Delirium risk factors and triggers



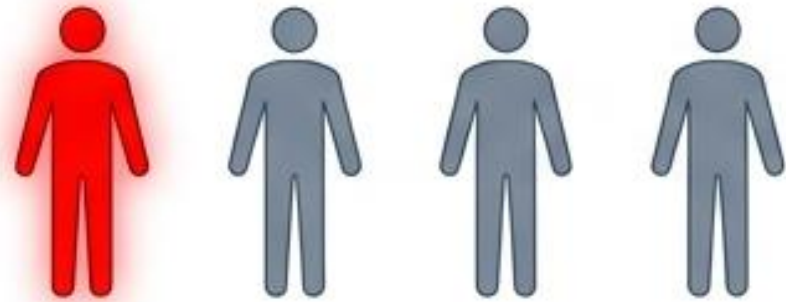
Glial Dysfunction



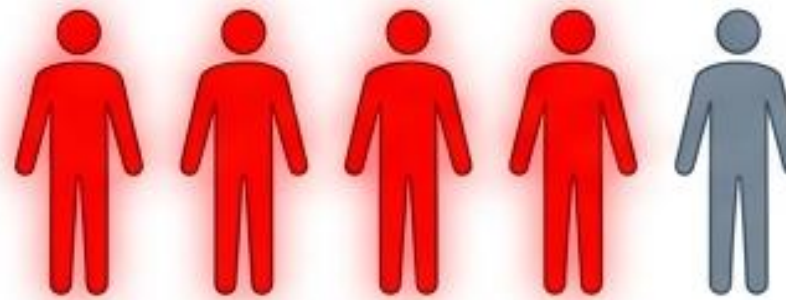


La Magnitud de la Falla Cerebral Aguda

Prevalencia Hospitalaria



● **Sala Médica:**
1 de cada 4 pacientes
(23.6% - 25%)



● **Unidad de Cuidados Intensivos (UCI):**
4 de cada 5 pacientes
(80% - 87%)

Pronóstico a Largo Plazo



Mortalidad:
Riesgo triplicado en
el año posterior al
alta.



Institucionalización:
Mayor grado de
dependencia.



Demencia Incidente:
Acelerador masivo
del deterioro
cognitivo.

El delirium es una emergencia médica, un biomarcador de colapso sistémico subyacente.

Los Tres Fenotipos Clínicos (La Trampa del Paciente Silencioso)

Hiperactivo

Agitación, inquietud, agresividad.
Frecuentemente confundido con psicosis primaria o demencia.
Rápida respuesta del personal por interrupción.

Mixto

Alternancia impredecible entre letargo y agitación.

Hipoactivo

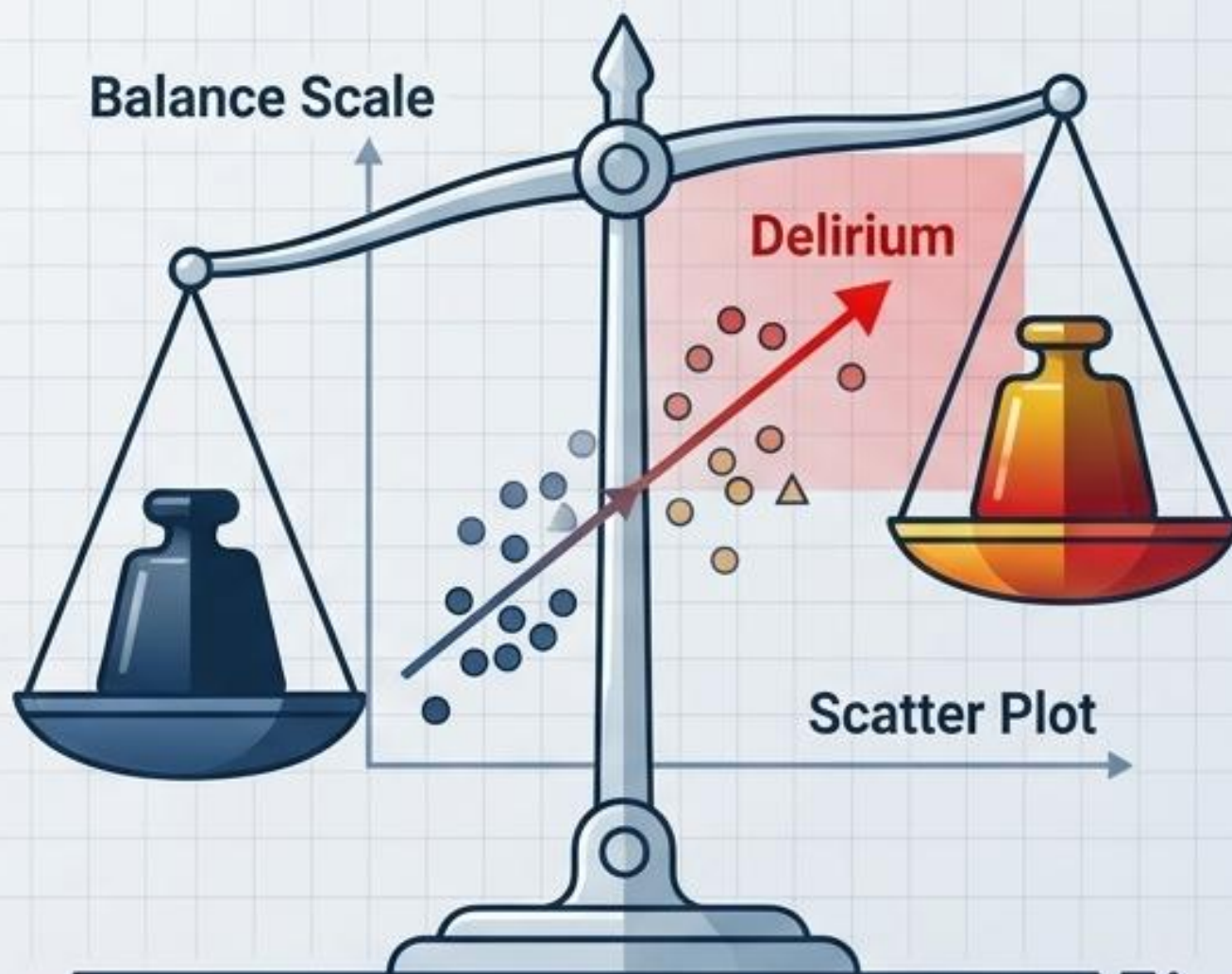
- **Características:**
Letargia, enlentecimiento psicomotor, inatención severa.
- **El Peligro:**
Frecuentemente confundido con depresión, fatiga o "buen comportamiento".

• **Métrica Clave:** Es el subotipo más frecuente y el de mayor subdiagnóstico clínico.
Mata en silencio.

La Ecuación del Riesgo: Vulnerabilidad Previa + Injuria Aguda

Predisponentes (El Terreno - Vulnerabilidad)

- Demencia previa: OR 2.61
- Fragilidad basal: OR 2.05
- Edad avanzada y comorbilidades severas.



Precipitantes (El Disparador - Modificables)

- Sujeciones físicas (Restricciones): OR 5.01 (El mayor riesgo iatrogénico)
- Antecedentes de caídas intrahospitalarias: OR 1.99
- Enfermedad grave (APACHE II): OR 1.32

! Clinical Insight

En un paciente con demencia previa, una simple retención urinaria o una dosis de lorazepam dispara el cuadro. En un paciente robusto, se requiere sepsis o cirugía mayor para cruzar el umbral.

Tamizaje Sistemizado: Árbol de Decisión por Entorno

Cribado episódico al ingreso y ante cualquier cambio de conducta.

Entorno: **Sala Médica / Urgencias**

Herramienta: **Escala 4AT**

Rápida, evalúa alerta, AMT4, atención y cambio agudo

Score de Alerta: ≥ 4 indica posible delirium ✓

Entorno: **Paciente Crítico / UCI**

(Intubado o no cooperativo)

Herramienta: **Escala CAM-ICU**

Rendimiento Diagnóstico:

Sensibilidad 94-100% | Especificidad 90-95%

(Excelente para excluir delirium - VPN alto)

⚠ **Regla de Base:** El estándar de oro es el DSM-5, pero las herramientas de tamizaje son el pilar de la vigilancia de enfermería.

Mapeo de Causas Reversibles: El Checklist D.E.L.I.R.I.U.M.

D

Drogas:

- Anticolinérgicos,
- benzodiazepinas,
- opioides.

E

Electrolitos:

- Hiponatremia,
- deshidratación,
- calcio.

L

Lack of drugs:

- Abstinencia
- (alcohol, benzodiazepinas).

I

Infección:

- Neumonía, ITU,
- sepsis oculta.



R

Reducción sensorial:

- ⚠ Ausencia de lentes o audífonos, inmovilidad.



I

Intracraneal:

- ACV,
- hemorragia, meningitis (menos frecuente).



U

Urinario/Fecal:

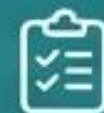
- Retención urinaria (fecaloma/globo vesical).



M

Miocárdico/Pulmonar:

- Hipoxemia (SpO2 baja), infarto, falla cardíaca.



El 25-68% de los casos son **totalmente reversibles** si se identifica la causa a tiempo. La etiología suele estar **FUERA** del cerebro.

El Campo Minado Farmacológico: Causas del 12-39% de los Casos



ZONA ROJA: EVIDENCIA FUERTE / EVITAR

Benzodiazepinas

Lorazepam, diazepam, alprazolam (OR 3.0). Causa de **1/3 de casos** en pacientes sanos.

Anticolinérgicos

Difenhidramina, amitriptilina, oxibutinina.

Opioides

Particularmente **Meperidina y Fentanilo** (OR ajustado **4.42**).



ZONA ÁMBAR: PRECAUCIÓN

Antipsicóticos de prescripción previa, Corticosteroides sistémicos, Hipnóticos no-benzo (Zolpidem).



ALERTA DE SINERGIA TÓXICA LETAL



FUROSEMIDA + OMEPRAZOL + LORAZEPAM

Combina **alteración hidroelectrolítica** con **supresión del SNC** y masiva **carga anticolinérgica**.

El Paradigma de la Prevención: Paquete Multicomponente (Programa HELP)

Hidratación: Corregir hipovolemia, facilitar 3 comidas/día.

Sensorial: Lentes limpios y audífonos colocados.



Sueño: Bloques protegidos de 4-6h ininterrumpidas sin luz/ruido.

Movilización: Precoz y frecuente. Cero inmovilismo injustificado.

Cognición: Reorientación estructurada 3x/día, reloj/calendario visible.

No existe profilaxis farmacológica aprobada. La prevención es 100% de manejo ambiental y de enfermería.

Algoritmo de Manejo Integral: La Base No Farmacológica

Rescate
Farmacológico



Regla de Oro: PROHIBICIÓN DE RESTRICCIONES FÍSICAS.

Las sujeciones multiplican el riesgo por 5 (OR 5.01) y empeoran la agitación biológica. Reevaluar <24h si son de extremo riesgo.

Soporte Fundamental


Paso 1: Investigación Activa

- Tratar causas base inmediatas (Repasar checklist D.E.L.I.R.I.U.M).
- Deprescripción radical de sedantes y anticolinérgicos (Criterios de Beers 2023).

Paso 2: Mantener el "Bundle" Ambiental

- Mantener vigentes todas las medidas físicas (HELP).
- **Impacto:** Aplicado post-diagnóstico, reduce la duración del delirium en ~1.79 días.

Uso Restringido de Antipsicóticos (Terapia de Rescate)

 **Aclaración Crítica:** Los fármacos NO curan el delirium ni reducen su duración. Solo suprimen síntomas conductuales peligrosos temporalmente.

 **¿Cuándo usar? (SÓLO si se cumple 1 y/o 2)**

- Riesgo inminente de daño físico al paciente** (ej. arranque de vías vitales) o al personal.
- Psicosis o angustia severa** (alucinaciones aterradoras inmanejables por el entorno).

 **Pautas de Dosificación Geriátrica**



Haloperidol: 0.5 mg/día inicial (Máximo 5 mg/día). Evitar estrictamente si QTc >500 ms o Parkinsonismo.



Quetiapina / Risperidona: Opciones preferidas por inicio rápido y menor perfil de efectos adversos extra-piramidales (ej. Quetiapina 12.5 - 50 mg).



Condición de Salida 

Retiro gradual lo antes posible
(habitualmente ≤ 1 semana).

Escenarios Específicos: Manejo en Cirugía y UCI



Evidencia Favorable (Aplicar)



Dexmedetomidina (Perfusión IV): Alta evidencia (**OR 0.46**) para reducir el riesgo posoperatorio y como sedación en UCI.



Agonistas de Melatonina (Ramelteon): Reducen riesgo (**OR 0.50**) restaurando ritmo circadiano.



VGI Preoperatoria: Valoración Geriátrica Integral genera reducción del 36% en incidencia (NNT: 5.6) en fracturas de cadera.



Contraindicado (Evitar)



Inhibidores de Colinesterasa: **NO** deben prescribirse de novo para prevenir o tratar el delirium posoperatorio.



Uso profiláctico de Antipsicóticos típicos: Evidencia insuficiente y altísimo riesgo de daño cardíaco en prevención rutinaria.

Reconocimiento de Patrones: Síntesis de Casos Clínicos

Sala Médica (El SCA Infeccioso)

Perfil:



Mujer 82 años, Demencia leve, Neumonía.



Detección:

4AT positivo.




Fenotipo Hipoactivo/Mixto (somnolencia diurna).



Manejo Clave:

✓ Reorientación, corregir SpO₂, 


✓ optimizar hidratación. 

⚠ Evitar sedantes absolutamente.

Posquirúrgico (El SCA Multifactorial)

Perfil:



Hombre 79 años, posoperatorio Colecistectomía. Dolor intenso. 

Detección:

CAM-ICU positivo.




Agitación psicomotriz.



Manejo Clave:

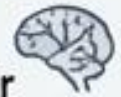
✓ Analgesia multimodal. 

⚠ Reducir masivamente carga de opioides intra/posoperatorios y anticolinérgicos. 

Traumatología (El SCA Iatrogénico/Dolor)

Perfil:




Mujer 88 años, Fractura de cadera + Demencia Vascul. 

Detección:

4AT positivo.



Inicio repentino tras administración de opioides fuertes. 

Manejo Clave:

✓ Ajuste de analgesia, 

✓ movilización temprana controlada, 

✓ iniciar VGI. 

El Pronóstico No Termina en el Alta Médica



Imperativos de Transición (Plan de Alta)



VGI Obligatoria: Valoración Geriátrica Integral exhaustiva al egreso.



Educación Familiar: Capacitar al cuidador en reorientación e higiene del sueño.



Seguimiento Cognitivo: Reevaluación estructurada para descartar demencia incidente o acelerada.



Revisión Farmacológica Continua: Mantener fuera los fármacos delirio-génicos prescritos durante la crisis.

Resumen Ejecutivo: Las 5 Reglas de Oro en Sala y UCI

1 El **delirium** es una **falla cerebral aguda** indicativa de colapso sistémico. Busque siempre la causa (Infección, dolor, isquemia).



2 El **fenotipo hipoactivo mata en silencio**. Utilice rutinariamente el 4AT en sala y el CAM-ICU en críticos.



3 **Detenga la iatrogenia**. Tenga extrema precaución con la combinación letal de Benzodpinas y Anticolinérgicos.



4 **Las medidas físicas** (Programa HELP: movilización, sueño, hidratación, lentes) superan a cualquier fármaco en la prevención y tratamiento base.



5 **Los antipsicóticos** (ej. Haloperidol 0.5 mg) son exclusivamente un freno de emergencia para riesgo vital o psicosis inmanejable, **nunca** un tratamiento curativo de primera línea.





**Yo: voy a jugar en modo leyenda,
no debe ser tan difícil**

**El equipo rival
en la primera jugada:**


TikTok
© conmebol

Jaha ñande
Paraguái