



El manejo del delirio en Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos

Primer Autor : Irene Martínez Muñoz - Hospital General Virgen de la Arrixaca

Coautor2 : Purificación Yepes García - Hospital General Virgen de la Arrixaca

Coautor3 : María José Frutos Flores - Hospital General Virgen de la Arrixaca

Coautor4 : Ana Isabel Guerrero Díaz - Hospital General Virgen de la Arrixaca

Coautor5 : Miriam Jiménez Martínez - Hospital General Virgen de la Arrixaca

Coautor6 : Patricia del Pilar Martínez Pina - Hospital General Virgen de la Arrixaca

Coautor7 : Francisco Javier Cano Padilla - Hospital General Virgen de la Arrixaca

Coautor8 : Raquel Montosa García - Hospital General Virgen de la Arrixaca

Coautor9 : Carmen Gil Ros - Hospital General Virgen de la Arrixaca

Coautor10 : Silvia Mengs Arévalo - Hospital Infanta Leonor

1. INTRODUCCIÓN

El delirium viene definido en el Manual de Diagnóstico y Estadística de Trastornos Mentales (DSM-V) como una alteración de la conciencia y la cognición que se desarrolla de manera aguda con un estado mental fluctuante, falta de atención y una capacidad deteriorada para recibir, procesar, almacenar o recordar información, desencadenada directamente por una afección médica general.

En pediatría representa el 10% de las consultas a psiquiatría infantil. En el caso de los niños ingresados en uci pediátrica, su incidencia supone un 29%, siendo un indicador de enfermedad grave.

La evidencia confirma que su aparición es el resultado de un conjunto de factores predisponentes como edad, genética o la enfermedad que se padece y factores precipitantes modificables referentes al tratamiento (en especial a los utilizados en la sedación) y al entorno dentro de la UCIP.

Nos encontramos ante tres tipos de delirio:

- Hiperactivo, que se caracteriza por agitación, labilidad emocional e irritabilidad. -
- Hipoactivo, siendo el más frecuente en pediatría. Manifestado por desorientación, apatía, bajo nivel de conciencia.
- Mixto, combinación de los anteriores.



La literatura existente sobre el manejo del niño con delirio es escasa, en muchas ocasiones se extrapolan los conocimientos evidentes en el adulto, a pesar de los riesgos y complicaciones que tiene un subdiagnóstico o un no adecuado manejo de este problema.

En el paciente pediátrico, el diagnóstico de delirium viene acompañado de resultados deficientes en el momento del alta, de ahí la necesidad de optimizar protocolos con el fin de prevenir, detectar y tratar de forma precoz el delirio en el paciente pediátrico en la UCI.

2. JUSTIFICACIÓN

El delirio es una patología subdiagnosticada en el paciente pediátrico. Es escasa la información existente acerca del manejo del delirio en pediatría por lo que la actuación ante este problema se basa en la experiencia en adultos.

Es fundamental que en las unidades de cuidados intensivos se efectúen estrategias para la prevención, la detección y el tratamiento del delirio.

Existen escalas validadas como son la Escala de Evaluación de Cornell y la Pediatric/Pre School Confusion Assesment Method, que realizadas de forma protocolizada para asegurarnos que todos los casos de delirio son identificados, ya que los síntomas pueden ser muy diversos y cambiantes.

El tratamiento consiste en medidas farmacológicas y no farmacológicas, referentes a la presencia de los padres o los cuidadores, disponer en el box juguetes o fotografías familiares para el niño, favorecer el sueño-vigilia y evitar las contenciones físicas.

El papel de enfermería es fundamental tanto para realizar las escalas e identificar un posible delirio como realizar las medidas de prevención de este.

Es necesario una evaluación sistemática del delirio en estos pacientes con el fin de confirmar la existencia de síntomas y permitir su abordaje desde una perspectiva interdisciplinaria. El manejo exitoso consiste en la prevención (actuando ante los factores predisponentes), manejo de los síntomas y resolución de las causas.

Es el personal enfermero el encargado de estar a pie de cama, siendo el administrador de la asistencia en primera línea, por lo que su papel es fundamental para la evaluación de la existencia del delirio. De ahí lo importante que es tener la formación y el conocimiento para la detección, así como contar con las herramientas que permitan una evaluación rápida y constante.

El diagnóstico y una intervención lo antes posible son primordiales a la hora de disminuir los resultados no deseados en los niños.



3. OBJETIVOS

- Conocer el manejo del delirio en las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricas.
- Conocer el papel de enfermería en el manejo del delirio.

4. METODOLOGÍA

Se usaron como fuente de búsqueda de información las principales bases de datos.

Se realizó una revisión bibliográfica durante los meses de febrero y marzo en las principales bases de datos como Pubmed, SciELO, Cuiden, Cochrane. Para la búsqueda se usaron tanto DeCS como MeSH, utilizando operadores booleanos para las distintas combinaciones de palabras clave y así realizar una adecuada revisión bibliográfica.

5. RESULTADOS

La incidencia de delirio en niños se relaciona con el uso de ventilación mecánica, algunos fármacos como las benzodiazepinas, la edad y el uso de restricciones físicas. La existencia de delirio aumenta la estancia de ingreso en las unidades de cuidados intensivos.

A pesar de que no existe un fármaco cuya función sea la prevención del delirio, sí que existen ciertas herramientas que actúan como medidas de prevención:

- Optimizar la sedoanalgesia:

Incluyendo tanto en control y tratamiento del dolor, abordaje de sedoanalgesia individualizado y disminuir el uso de benzodiazepinas a favor de fármacos como la dexmedetomidina (tiene factor neuroprotector) y la ketamina.

- Sueño:

En uci pediátrica es necesaria una protección más eficaz del sueño, favoreciendo la luz natural, disminuir el ruido por la noche, minimizar los procedimientos a realizar durante la noche e intentar ajustar los horarios de procedimientos como el aseo para favorecer la orientación temporal.

El uso de dexmedetomidina que induce a un sueño similar al fisiológico o melatonina que favorece el ciclo vigilia-sueño.

El tratamiento consiste en el uso de medidas no farmacológicas, ya nombradas en la prevención, como la disminución de ruido, el control ambiental del entorno, el respeto al sueño, la presencia de los padres que resultan muy eficaces para el tratamiento del delirio ya que favorecen la orientación del niño con su entorno. Las medidas farmacológicas hacen referencia al ajuste de dosis de sedoanalgesia, minimizando benzodiazepinas, y utilizando, en algunos casos, dexmedetomidina y algunos antipsicóticos, como haloperidol o risperidona.



La alta incidencia de delirio en los pacientes pediátricos y los resultados que implica es esencial la implementación de un protocolo de prevención y detección precoz. En la actualidad existen dos escalas validadas para el uso en pediatría que son el Método de Evaluación de Confusión Pediátrica para la Unidad de Cuidados Intensivos (PCAM-ICU) y la Evaluación de Cornell del Delirio Pediátrico (CAPD).

La literatura apunta a la importancia de llevar a cabo un cribado sistematizado del delirio mediante un instrumento validado y que el personal de enfermería pueda aplicar de forma fácil durante la práctica asistencial.

6. CONCLUSIÓN

El delirium es un trastorno grave y de inicio agudo que afecta al estado emocional y del comportamiento del niño en situación de enfermedad crítica. Su incidencia va en aumento y su no abordaje se asocia a peores resultados en los niños, como aumento de días de ingreso o incluso, estrés postraumático.

Su aparición, se debe en parte a factores modificables por lo que es preciso un protocolo establecido con escalas validadas de valoración del delirio, así como medidas de prevención.

Enfermería tiene un papel fundamental en la detección precoz de estos casos, así como en la prevención y tratamiento por lo que en las unidades de cuidados intensivos se debería asegurar una adecuada formación en lo referente a este tema.

Es evidente la necesidad de ampliar las investigaciones en este tema, así como potenciar la capacitación del personal para la detección precoz y el uso de las herramientas disponibles.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM5TM). American Psychiatric Publishing; 2013.
2. Decia M, Ferré A. Delirio en pediatría, un diagnóstico olvidado. Arch Pediatr Urug. 2020; 91: 316-324
3. Torales JC, Navarro RE. Delirium pediátrico. An. Fac. Cienc. Méd. 2019; 3: 317-319
4. Stegmann T, Camejo M, Rey J, Sieba A, Moraes D. Incidencia de delirium en una cohorte de pacientes críticos pediátricos. Nure Inv. 2021; 18: 1-7
5. Yun Castilla C, Fernández Carrión F. Delirium pediátrico en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Protoc diagn ter pediatr. 2020; 3: 35-49
6. Thom RP. Pediatric Delirium. The American Journal of Psychiatry Resident`s Journal. 2017; 12: 6-8
7. Ista E, Van Dijk M. High Incidence of Pediatric Delirium in PICU; Time for Action! Pediatr Crit Care Med. 2020; 21: 96-97