

DELIRIUM PEDIÁTRICO

UN ABORDAJE PRÁCTICO

**Jan N. M. Schieveld, Erwin Ista, Hennie Knoester &
Marja L. Molag**

Editores: Daniel Martínez Uribe, Matías Irrázaval & Andres Martin

Traductores: Jon Iñaki Etxeandia Pradera, Joaquín Gil Badenes, Beatriz Ortega, Paula Cox



Niño con delirium pediátrico. Mark Janssen, con permiso.

Jan NM Schieveld MD, PhD

Consultor, Neuropsiquiatra
Pediátrico, División de
Psiquiatría y Neuropsicología,
Departamento de Psiquiatría
del Niño y el Adolescente,
Maastricht University
Medical Centre+, Maastricht,
Mutsaersstichting, Venlo;
Koraal Groep, Sittard, Países
Bajos

Conflicto de intereses: ninguno
declarado

Erwin Ista RN, PhD

Enfermera Científica, Unidad
de Cuidados Intensivos,
Erasmus Medical Center,
Sophia Children's Hospital,
Países Bajos

Conflicto de intereses: ninguno
declarado

Hennie Knoester MD, PhD

Intensivista Pediátrico, Emma
Children's Hospital, Academic
Medical Center, Universidad
de Amsterdam, Amsterdam,
Países Bajos

Conflicto de intereses: ninguno
declarado

Esta publicación está destinada para profesionales en formación en salud mental y no para el público general. Las opiniones expresadas corresponden a los autores y no representan necesariamente las posturas del Editor o de la IACAPAP. Esta publicación busca describir los mejores tratamientos y prácticas basadas en la evidencia científica disponible en el momento de su redacción según la evaluación de los autores y podría cambiar como consecuencia de nuevas investigaciones. El lector debe aplicar este conocimiento a los pacientes de acuerdo con las guías y leyes del país donde ejerza. Algunas medicaciones pueden no estar disponibles en algunos países y el lector deberá consultar la información específica de los fármacos dado que no todas las dosis y efectos adversos están mencionados. Se citan o enlazan diversas organizaciones, publicaciones y páginas web para ilustrar aspectos o como fuente de información adicional. Esto no significa que los autores, el Editor o la IACAPAP apoyen sus contenidos o recomendaciones, que deben ser abordados de forma crítica por el lector. Las páginas web pueden asimismo cambiar o dejar de existir. ©IACAPAP 2018. Esta es una publicación de acceso abierto bajo licencia [Creative Commons Attribution Non-commercial License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/). El uso, distribución y reproducción en cualquier medio están autorizados sin permiso previo siempre que el trabajo original esté citado correctamente y el uso sea no comercial.

Cita sugerida: Schieveld JNM, Ista E, Knoester H, Molag ML. Delirium pediátrico: Un abordaje práctico. (Martínez D, Irrázaval M, Martin A, Etxeandia J.I, Gil J, Ortega B, Cox P. trad.) En Rey JM (ed), *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP*. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesionales Afines 2018.

Se han empleado distintos términos desde diferentes disciplinas para describir la entidad clínica del delirium, tales como “estado confusional agudo”, “psicosis tóxica”, “psicosis UCI”, “psicosíndrome orgánico”, “encefalopatía”, etc. El delirium pediátrico fue descrito por primera vez en el tratado *Psiquiatría Infantil* (1935) de Leo Kanner, en el capítulo “Infecciones cerebrales transitorias”. “Los niños se vuelven delirantes tan frecuente y rápidamente que carece de interés para nosotros”, escribió Bleuler (1955) en su *Lehrbuch der Psychiatrie*. Tras un largo periodo en el que el delirium pediátrico fue ignorado en los tratados, el tema fue abordado en la edición de 1991 del *Lewis’s Textbook of Child an Adolescent Psychiatry*. En el DSM-IV, la sección dedicada a niños y adolescentes no hace una sola mención del delirium pediátrico y tan sólo hay alguna alusión en la sección dedicada al delirium en adultos. El delirium pediátrico no está descrito en el DSM-5. Sin embargo, en los últimos años ha habido una concienciación creciente sobre la importancia clínica del delirium pediátrico, consistente con el ascendente número de publicaciones sobre el tema (Kudchadkar et al, 2014; Schieveld y Janssen, 2014; Schieveld et al, 2014), y creciente preocupación sobre sus implicaciones clínicas, la carencia de evidencia sistemática y la falta de guías de tratamiento (Schieveld y Janssen, 2014; Schieveld et al, 2014).

DEFINICIÓN

Delirium, del latín *de-lira* (fuera del surco), es el nombre de un trastorno neurocognitivo debido a una enfermedad somática o a su tratamiento. El cerebro puede reaccionar a la enfermedad, especialmente a la enfermedad crítica, con diversas respuestas, las más importantes de las cuales son: conducta de enfermedad, fiebre, epilepsia, catatonía, delirium, agitación refractaria y coma.

Por enfermedad crítica se entiende un fallo del cerebro, del corazón o de órganos fundamentales que amenaza la vida. La conducta de enfermedad es el repertorio conductual de los humanos (y otras especies de mamíferos) en respuesta a una infección, trauma o problemas oncológicos, o a su tratamiento. Esta conducta está caracterizada por la pérdida de intereses y de apetito, irritabilidad emocional, cansancio y una mayor necesidad de sueño.

Según el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) las características esenciales del delirium son:

- Una alteración de la atención o de la conciencia
- Esta alteración se acompaña de cambios en la cognición que no se pueden explicar mejor por otro trastorno neurocognitivo preexistente (ej: retraso mental, demencia)
- Esta condición se desarrolla en un periodo de tiempo corto, de horas o días, y a menudo fluctúa durante el día, con empeoramiento típicamente nocturno; y
- Hay indicios a partir de la historia del paciente, la exploración o los resultados de laboratorio de que la alteración es probablemente el resultado de una enfermedad médica o de su tratamiento.

Marja L Molag MSc, PhD

Asesor, Kennisinstuut van Medisch Specialisten, Utrecht, Países Bajos

Conflicto de intereses: ninguno declarado

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a los otros miembros del grupo de estudio neerlandés *Multidisciplinaire Richtlijn Pediatrisch Delier 2014* (Guías Multidisciplinares de Delirium Pediátrico 2014), ER de Graeff-Meeder, LJ Kalverdijk, JAM Gerver, M de Neef, M de Hoog, E Koomen, CE Catsman-Berrevoets, MA Witten, y H Rippen. ME Wessels del Kennisinstuut van Medisch Specialisten (Instituto Conocimiento de Especialistas Médicos); Kirsten Venrooij, Petra Wiegel, Jolien Nivelte, Nico Roozendaal del Maastricht University Medical Centre+; y Noortje Sax y Marlies de Feiter de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (Sociedad Neerlandesa de Psiquiatría).

Agradecemos también a Mark Janssen y Roel Seidell por permitimos reproducir sus ilustraciones inicialmente publicadas en *De Limburger*, febrero de 2008, y *K&Z magazine*, diciembre de 2014, respectivamente.

El delirium es un fallo cerebral agudo en el hombre

—Lipowski, 1990

- ¿Tienes algunas preguntas?
- ¿Comentarios?

Haz clic aquí para ir a la página del Manual en Facebook para compartir tus impresiones sobre el capítulo con otros lectores, preguntar a los autores o al editor y hacer comentarios.

La definición del DSM-5 del delirium ha sido criticada por incluir el requisito de excluir el coma sin especificar cómo se debe hacer esto. La conciencia tiene dos aspectos simultáneos:

- Activación, que va desde la claridad mental hasta somnolencia, estupor y coma; y
- Contenido del pensamiento, que va desde el razonamiento lógico, de acuerdo con la edad y la educación, hasta el trastorno del pensamiento.

Sin un adecuado nivel de activación no es posible pensar; esto es, la activación es necesaria para pensar. La activación hace posibles los procesos mentales y la habilidad de fijar, mantener y cambiar la atención de un estímulo a otro. En algunos trastornos somáticos, la atención es lo primero que se pierde y lo último que se recupera.

La CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 2015) define el delirium como un síndrome orgánico cerebral de etiología inespecífica caracterizado por alteraciones concurrentes de la conciencia y la atención, la percepción, el pensamiento, la memoria, la conducta psicomotriz, la emoción y el ciclo sueño-vigilia. La duración es variable y el grado de gravedad va desde leve a muy grave.

EPIDEMIOLOGÍA

El delirium tiene una alta prevalencia: afecta al 10-30% de pacientes ingresados en hospitales generales y hasta un 80% en la unidades de cuidados intensivos (UCI) terciarias. El delirium en adultos y ancianos está fuertemente asociado con un aumento de la duración de la estancia hospitalaria, la morbilidad y la mortalidad. En los ancianos se asocia con un deterioro cognitivo más rápido, la pérdida de independencia y un aumento de la mortalidad en el año posterior al alta hospitalaria. El delirium es el predictor más importante de la proximidad de la muerte en los ancianos y en pacientes oncológicos, sean éstos jóvenes o mayores (delirium terminal).

La prevalencia registrada de delirium en niños críticamente enfermos varía entre el 20% y el 30%. Los porcentajes dependen de la edad (más frecuente cuanto más joven), de la gravedad de la enfermedad, el número de medicaciones, los instrumentos diagnósticos empleados y el grupo de pacientes estudiado (ej: pacientes de UCI pediátrica o área general). El retraso mental y un episodio previo de delirium son también factores de riesgo conocidos.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Según su gravedad, el delirium pediátrico puede ser benigno o no benigno. Hay dos tipos de delirium pediátrico benigno: el delirium de emergencia y el delirium común observado en la práctica general.

El delirium de emergencia, también conocido como agitación de emergencia, es un fenómeno bien documentado que ocurre en niños (y adultos) en el periodo postoperatorio inmediato, tras la retirada de los fármacos anestésicos. Ocurre a menudo en un niño por lo demás sano tras una cirugía menor o un procedimiento diagnóstico. Clínicamente cumple todos los criterios del delirium pediátrico, pero

*El cerebro - es más
amplio que el cielo –
colócalos juntos –
contendrá uno al otro
holgadamente – y tú –
también.*

—Emily Dickinson
(1830-1886)



Paul Eugen Bleuler (1857-1939) fue un psiquiatra suizo conocido por su contribución al entendimiento de la enfermedad mental. Acuñó el término "esquizofrenia". Bleuler consideraba al delirium pediátrico insignificante porque los niños se volvían delirantes fácilmente y a menudo. La opinión al respecto ha cambiado desde entonces.

Caso 1

Un niño de 6 años fue ingresado en la UCI pediátrica por una insuficiencia respiratoria debida a un ataque de asma. Pese al tratamiento del asma, el niño empeoró y requirió intubación y ventilación mecánica con altas dosis de sedativos e incluso relajación muscular durante algunas horas por sus episodios de hiperventilación. Antes de la intubación dijo que tenía miedo de morir por su dificultad respiratoria.

Después de dos días su asma mejoró y se le retiró el ventilador. Tras la extubación, en el tercer día de ingreso, se volvió confuso, extremadamente ansioso, y tenía alucinaciones con objetos voladores y monstruos; se volvió verbalmente agresivo (jurando usando palabras que sus padres creían que no conocía). Además, sus padres no reconocían aquel comportamiento como el de su hijo. Fue diagnosticado de delirium y tratado con lorazepam (por su ansiedad extrema) y haloperidol por vía intravenosa.

24 horas después de empezar el tratamiento el delirium mejoró, su conducta se normalizó y dijo a sus padres que se sentía bien de nuevo. Ésta es la presentación típica de un delirium pediátrico hiperactivo.

Caso 2

Un niño de 4 años fue ingresado en la UCI pediátrica por epiglotitis, requiriendo ventilación mecánica durante tres días. El chico estuvo muy agitado durante el periodo de ventilación (ej: luchando con el ventilador, visiblemente agitado) y fue sedado con midazolam, ketamina y morfina. Tras 48 horas mejoró y se le retiró el ventilador. En el tercer día de ingreso no necesitaba ya soporte de ventilación invasiva y fue extubado. Los sedantes se redujeron y retiraron.

El cuarto día de ingreso se programó su traslado a su hospital de referencia. Por la tarde, dos horas antes del traslado, el niño se volvió súbitamente muy agitado y ansioso. Pese a que sus padres estaban presentes, no establecía contacto ocular con ellos o con los enfermeros. Poco después no parecía ser consciente del ambiente (ej: la presencia de sus padres) y parecía “vivir en su propio mundo”. Puntuó con un siete en la escala SOS-PD (una puntuación de 4 o más es consistente con un delirium pediátrico). Un psiquiatra infantil concluyó que el niño había desarrollado un delirium y recomendó tratamiento con risperidona. Doce horas después de empezar el tratamiento su comportamiento se normalizó y fue posible trasladarlo a su hospital de referencia. Este es un caso de delirium pediátrico de tipo combinado (inicialmente hiperactivo y después hipoactivo).

Caso 3

Una niña de 3 años de edad fue ingresada por cirugía traqueal. Tras la intervención quirúrgica fue ventilada mecánicamente durante seis días en los que fue sedada con midazolam, quetamina, dexmedetomidina, levomepromazina y morfina en varias combinaciones; también fue tratada con dexametasona. En preparación para la extubación la sedación fue disminuida, excepto la morfina que se cambió por metadona. El día después de la extubación se volvió súbitamente algo agitada, desorientada e incapaz de fijar la atención. Esa misma tarde se volvió apática y no respondía. Parecía ver a través de nosotros con una mirada vacía y sin establecer contacto ocular. Puntuó 21 puntos en la escala CAP-D (una puntuación por encima de 10 es consistente con un delirium pediátrico), con puntuaciones especialmente altas en los criterios de delirium hipoactivo. Sus padres remarcaron: “No reconocemos más a nuestra hija”. Éste es un caso típico de delirium pediátrico hipoactivo.



Zbigniew J Lipowski (1924-1997), neuropsiquiatra polaco-canadiense, escribió varios libros sobre la psiquiatría de enlace-interconsulta, delirium y enfermedad psicósomática, además de numerosos artículos. Lipowski tenía un gran interés y conocimiento sobre la interrelación entre la psiquiatría de enlace-interconsulta y la neurología, especialmente del problema del delirium. Su trabajo culminó con la publicación en 1980 de su influyente libro *Delirium: Acute Confusional States*.

tiene un curso benigno y frecuentemente se resuelve completamente (a menudo sin intervención alguna) en 30-45 minutos.

En la práctica general el delirium pediátrico ocurre a menudo en el contexto de una infección (delirium febril). Se caracteriza por confusión, que puede ser intensa, con un curso fluctuante, aumentando por la tarde y la noche, coincidiendo frecuentemente con un incremento de la fiebre. Aunque la presentación puede ser dramática, a menudo la infección subyacente se resuelve en dos o tres días y lo mismo ocurre con el delirium. Una valoración médica urgente está indicada en casos de delirium persistente de este tipo. El delirium puede ser también hiperactivo (los niños están agitados, irritables y violentos), hipoactivo (parecen apáticos, sin interés) o mixtos (véanse las historias de casos en la página anterior para ejemplos clínicos).

En general, hay más similitudes que diferencias entre niños, adultos y ancianos:

- En general, los niños críticamente enfermos con delirium tienen una mayor resistencia (y un mejor pronóstico) que los adultos. Esto es probablemente debido a una mejor vascularización de sus cerebros, corazones, pulmones, etc. Además habitualmente no tienen otras comorbilidades ni polifarmacia.
- Los efectos neurocognitivos negativos del delirium en adultos y ancianos son bien conocidos, pero no sabemos aún si esto es así en los niños.

ETIOLOGÍA

Una evidencia creciente sugiere que hay una asociación positiva entre la gravedad de la enfermedad y el delirium pediátrico, esto es, que la gravedad del trastorno es un factor de riesgo importante para el delirium (la causa más común de delirium grave es la enfermedad crítica). Dependiendo de los dispositivos sanitarios disponibles, los lugares donde más frecuentemente se trata el delirium pediátrico son los hospitales y las UCI pediátricas. El diagnóstico diferencial de las situaciones que potencialmente pueden conducir a un delirium se recogen en el acrónimo (en inglés) “I WATCH DEATH” (Wise et al, 1987; véase Tabla I.5.1).

El diagnóstico diferencial del delirium hipoactivo (dada su alta prevalencia y su a menudo pobre respuesta al tratamiento) merece una particular atención en los siguientes casos:

- En el contexto de retirada de medicación (demasiado bruscamente)
- Cuando hay una intoxicación subyacente por psicotrópicos o un síndrome por neurolépticos por sensibilidad a los antipsicóticos
- La posibilidad de estatus epilépticos no convulsivos, trastorno depresivo mayor o inhibición catatónica debe ser excluida.

Un EEG puede ser de ayuda en estos casos, aunque a menudo hay una combinación de signos opuestos y concurrentes y posibles explicaciones plausibles.

DIAGNÓSTICO

De acuerdo con la literatura, el delirium está infradiagnosticado, especialmente en niños críticamente enfermos (Schieveld y Janssen, 2014; Schieveld et al, 2009). Una razón posible es que las enfermeras y médicos no buscan específicamente los síntomas del delirium y es difícil establecer los síntomas en pacientes pre-verbales.

Tabla I.5.1. Posibles causas de delirium, recogidas en el acrónimo “I WATCH DEATH”**

I	Infecciones	Encefalitis, meningitis, infección del tracto urinario, neumonía...
W	Withdrawal (abstinencia)	Alcohol, barbitúricos, benzodiazepinas...
A	Enfermedad metabólica Aguda	Desequilibrio electrolítico, fallo hepático o renal...
T	Trauma	Trauma craneal, postoperatorio...
C	CNS (patología del SNC)	Ictus, hemorragia, tumor, trastorno convulsivo...
H	Hipoxia	Anemia, fallo cardíaco, embolismo pulmonar...
D	Deficiencias	Vitamina B12, ácido fólico, tiamina...
E	Endocrinopatías	Tiroides, glucosa, paratiroides, adrenal...
A	Acute vascular (Enfermedad vascular aguda)	Shock, vasculitis, encefalopatía hipertensiva...
T	Tóxicos o fármacos	Toxinas, intoxicación por sustancia, medicaciones (alcohol, anestésicos, anticolinérgicos, narcóticos, etc.)
H	Heavy metals (metales pesados)	Arsénico, plomo, mercurio

*Wise et al, 1987.

Ciertos síntomas de delirium se solapan con los observados en otras condiciones, como son el dolor, la angustia y la retirada de opioides o benzodiazepinas (Ista et al, 2007). Hay motivos clínicamente relevantes para considerar el delirium pediátrico y su gravedad potencial (Schieveld y Janssen, 2014):

- El delirium es un fallo cerebral agudo y las consecuencias de tal fallo pueden ser graves
- El estrés neurometabólico del delirium tiene probablemente un efecto negativo en el resultado y recuperación de la enfermedad crítica
- Un delirium hiperactivo se acompaña de diversos riesgos, como retirarse las vías intravenosas o catéteres, la autodetubación, ladearse o caerse de la cama, etc.
- Es estresante para el paciente, que puede experimentar alucinaciones o delirios terroríficos (en ocasiones con amnesia) que podrían dar pie a un trastorno de estrés postraumático (TEPT) y
- Puede ser muy estresante para la familia del niño y el personal clínico (hasta un 25% de los padres de niños que han estado en una UCI pediátrica podrían desarrollar un TEPT) (Colville & Pierce, 2012).

La aparición aguda de una alteración de la cognición, las emociones, la conciencia o la aparición de alteraciones conductuales en un niño enfermo crítico debería hacer pensar en un delirium pediátrico y en la necesidad de consultar a un psiquiatra infantil, en caso de estar disponible. Enfermeras y médicos pueden encontrar difícil evaluar los síntomas de delirium, incluidos los cambios cognitivos, especialmente en niños pre-verbales, en enfermos críticos y en los ventilados mecánicamente. En estos niños, otros aspectos, como la conducta y las interacciones no verbales entre los padres y el niño, deben ser considerados.

Uno de los mayores desafíos es cómo diagnosticar un delirium pediátrico en niños críticamente enfermos. Sin embargo, dado que la mayoría de pacientes pediátricos enfermos son menores de tres años o pueden tener discapacidades intelectuales, uno debe basarse en los síntomas conductuales. En principio no hay límite de edad para que un delirium pueda ocurrir; los casos más tempranos descritos han sido en niños de dos meses (Schieveld, 2008; Silver et al, 2012; Turkel y Tavaré, 2003). En los últimos años se han dado pasos para desarrollar instrumentos observacionales de cribado (que pueden ser útiles cuando los padres nos dicen que “¡este no es mi niño!”).

Los síntomas descritos más frecuentemente son sutiles: cognitivos (ej: no recordar lo que se les acaba de decir, incapacidad para concentrarse, no saber dónde están), perceptivos (ej: alucinaciones visuales), de pensamiento (ej: delirios), del lenguaje, emocionales (ej: pueden estar asustados, irritable) y alteraciones psicomotoras (ej: inquietud, agitación, no poder estar quieto). Responder a las siguientes preguntas (basándonos en el CAP-D; Silver et al, 2012) puede ser útil



Niño con delirium pediátrico. Roel Seidell, con permiso.

Tabla I.5.2 Características de los instrumentos validados para la evaluación del delirium en niños críticamente enfermos

	PAED	pCAM-ICU	CAP-D	SOS-PD
Edad	1-17 años	> 5 años	0-21 años	0-16 años
Variables evaluadas	<ul style="list-style-type: none"> • Contacto ocular con el cuidador • Acciones con finalidad • Conciencia del entorno • Inquietud • Inconsolable 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cambio agudo o curso fluctuante del estado mental 2. Inatención 3. Nivel de conciencia alterado 4. Pensamiento desorganizado 	<ul style="list-style-type: none"> • Contacto ocular con el cuidador • Acciones con finalidad • Conciencia del entorno • Habilidad de comunicar necesidades • Inquietud • Inconsolable • Infra-actividad • Respuesta a la interacción 	<ul style="list-style-type: none"> • Agitación (inquietud), ansiedad, contacto ojos, gesticulación • Disminuida atención • Discurso • Temblor • Tono muscular • Acciones con finalidad • Insomnio • Alucinaciones • Desorientación • Sudoración • Cambio agudo/ fluctuación
Rango (punto corte)	0-25 (10)	Delirium* si 1, 2 y 3 o 4 presentes	0-40 (9)	0-15 (4)
Datos de fiabilidad	+	+	+	+/-
Formas de validez establecidas	Validez de criterio	Validez de criterio	Validez de criterio	Validez aparente
Sensibilidad	91%	83%	94%	91%
Especificidad	98%	99%	79%	97%
Utilidad clínica	Viabilidad y utilidad en cabecero cama	Viabilidad	Utilidad en cabecero de cama	Viabilidad

PAED: *Pediatric Anesthesia Emergence Delirium scale* (Janssen et al, 2011).

pCAM-ICU: *Pediatric Confusion Assessment Method-Intensive Care Unit* (Smith et al, 2011).

CAP-D: *Cornell Assessment of Pediatric Delirium* (Silver et al, 2012; Traube et al, 2013);

SOS-PD: *Sophia Observation withdrawal Symptoms-Pediatric Delirium scale* (van Dijk et al, 2012; Ista et al, 2014).

*No hay rango de puntuación.

en la evaluación de un posible delirium:

- ¿Establece contacto ocular con sus padres?
- ¿Tienen las acciones del niño un propósito o finalidad?
- ¿Es consciente de lo que sucede a su alrededor?
- ¿Comunica sus necesidades y deseos?
- ¿Está inquieto?
- ¿Es inconsolable?
- ¿Está demasiado poco activo (se mueve muy poco cuando está despierto)?
- ¿Le lleva mucho tiempo responder a las interacciones de los demás?

El diagnóstico de delirium en niños mayores de 5 años con un desarrollo normal se realiza a partir de los criterios del DSM-5 o la CIE-10. Diagnosticar de forma precisa un delirium pediátrico requiere el empleo de instrumentos fiables, válidos y clínicamente adecuados que podrían servir también para el cribado y para guiar el tratamiento, tales como la escala *Pediatric Anesthesia Emergence Delirium* (PAED; Sikich y Lerman, 2004), el *Confusion Assessment Method for ICU Pediatric* (pCAM-ICU; Smith et al, 2011), la herramienta *Cornell Assessment Pediatric Delirium* (CAP-D; Silver et al, 2012; Traube et al, 2013) y la escala *Sophia Observation Withdrawal Symptoms-Pediatric Delirium* (SOS-PD; van Dijk et al, 2012, Ista et al, 2014). Ningún instrumento destaca por encima del resto, por lo que la elección depende del contexto y la preferencia personal. Las características de las escalas mejor estudiadas se recogen en la Tabla I.5.2.

Debe destacarse de todos modos que el diagnóstico y tratamiento correcto del delirium pediátrico no puede realizarse únicamente basándose en las puntuaciones obtenidas con un instrumento de cribado observacional. Es también necesario evaluar todas las demás hipótesis diagnósticas de una alteración emocional o conductual súbita en un niño gravemente enfermo (según se indican en la Tabla I.5.1). Después de una puntuación positiva en una escala de evaluación de delirium pediátrico, y antes de empezar el tratamiento, uno debería responder a tres preguntas para excluir otras hipótesis (según lo descrito por Esseveld et al, 2013). Solo después de responder negativamente a estas preguntas se diagnosticaría un delirium y se trataría apropiadamente. Estas preguntas son:

- ¿Son los síntomas la manifestación de una complicación somática en desarrollo (ej: neumonía)?
- ¿Ha habido algún cambio de medicación?
- ¿Hay incomodidad física (vejiga o intestino llenos, distensión abdominal, hambre, sed, comezón, dolor producido por vías intravenosas, catéteres, etc.?)

TRATAMIENTO

Intervenciones no farmacológicas

Minimizar los factores de riesgo

Se han identificado numerosos factores de riesgo para el delirium. Éstos pueden ser clasificados según estén relacionados con el paciente, sean yatrogénicos o ambientales (por ej: hospitalización, ingreso a sala, ingreso a la UCI pediátrica). Los



Haz clic en la imagen (y selecciona "Multidisciplinaire Richtlijn pediatrisch delier") para acceder a la Guía Neerlandesa Multidisciplinar para el Delirium Pediátrico (en neerlandés).

problemas médicos graves por los que los niños son ingresados en UCI a menudo predisponen a un delirium: infecciones, trastornos metabólicos, hipertensión, dolor y retirada de medicaciones. Factores yatrogénicos que precipitan el delirium en pacientes de UCI incluyen: ventilación mecánica, alteración del sueño, uso de catéteres y vías intravenosas.

Minimizar estos factores es un paso lógico e importante para prevenir la aparición de delirium. Las intervenciones no farmacológicas han producido bastantes éxitos en numerosos estudios (Tabet y Howard, 2009). Por ejemplo, se logró una reducción del 40% en la incidencia de delirium en adultos empleando maniobras múltiples que incluían reorientación repetida, rápida movilización, reducción del ruido y manejo no farmacológico del sueño (Marcantonio et al, 2001). En adultos, la eficacia de intervenciones preventivas como la movilización precoz, los tapones para los oídos y el estar solo en una habitación están bien establecida (Colombo et al, 2012; van Rompaey et al, 2012; Zaal et al, 2013).

¿Pueden estos hallazgos en los adultos extrapolarse a los niños? Existe evidencia limitada de que esto es así. Sin embargo, el sentido común sugiere que estas intervenciones (como promover la orientación y el ritmo día-noche, y evitar la sobreestimulación por luz y sonidos) pueden ser efectivas también en niños.

El papel de los padres

Además de estar implicados en el cuidado diario del niño hospitalizado, los padres pueden tener un papel importante en la prevención, detección y tratamiento del delirium. Es útil un modelo que reconoce y respeta la singularidad de cada familia y autoriza y anima a ésta a colaborar con el personal sanitario: se buscan sus opiniones, se respetan sus valores y los miembros de la familia son vistos como elementos clave en el cuidado del niño. Con esta alianza se busca crear un ambiente adecuado para el niño para prevenir o mitigar el inicio del delirium y de optimizar las posibilidades de recuperación del niño.

Las unidades de cuidados intensivos son lugares que intimidan.

Foto: Dayton Children's



Tabla I.5.3 Intervenciones no farmacológicas para el delirium en niños*

- Presencia constante de los padres y estimulación tranquilizadora de los cinco sentidos
- Tenue iluminación nocturna, horario de iluminación día/noche
- Música/sonidos/voces y olores familiares
- Juguetes favoritos, mascotas, mantas y fotografías familiares junto a la cama
- Psicoeducación del personal (para confortar y mejorar la orientación)
- Folletos informativos para padres sobre el delirium pediátrico
- Optimizar el nivel de estimulación sensorial (en caso de delirium hiperactivo mover al niño a una habitación individual tranquila; si el delirium es hipoactivo, aumentar la interacción social)
- Si es posible, interrumpir los fármacos que pueden producir delirium
- Movilización precoz

*Hatherill et al, 2010; Schieveld et al, 2007.

Síntomas relacionados con el delirium, como los delirios o las alucinaciones, pueden sorprender a la familia, algo que no han visto antes, y pueden ser aterradores tanto para el niño como para los padres. Esto puede hacer que los padres no reconozcan el comportamiento de su niño, angustiándose temiendo que se haya producido un daño neurológico o que su hijo se va a morir (Schieveld et al, 2007). El no saber cómo responder a estas conductas de sus hijos hace que los padres se sientan inseguros y ansiosos; esto puede influir a su vez en el niño haciendo que el delirium empeore. Se aconseja una estimulación delicada de los cinco sentidos del niño con delirium. La presencia constante de uno de los padres durante la hospitalización, escuchar la voz de los familiares, fotografías visibles de los padres o de otros miembros conocidos de la familia y juguetes favoritos disminuyen la gravedad del delirium (Kim et al, 2010; Hatherill et al, 2010; Schieveld et al, 2007). Por tanto, es esencial que los padres y los miembros de la familia sean informados con detalle de todos los aspectos del delirium y que se les permita estar cerca del niño tanto y tan frecuentemente como sea posible.

Es igualmente importante reconocer que un niño con una enfermedad crítica es una gran carga para los padres, que puede agotarles y llevar a fricción en la pareja y con el equipo tratando al niño, afectando a la relación de los padres, a la relación con el equipo de profesionales y al trabajo de éstos en el cuidado de otros niños. Estas cuestiones deberían ser afrontadas dentro del equipo con una actitud abierta. Un folleto que con información para padres y familiares puede ser de ayuda. Se muestra un ejemplo en el Apéndice.

Prevención farmacológica

La prevención del delirium pediátrico por medios farmacológicos no está recomendada en niños, aunque esté recomendada en adultos, especialmente en pacientes que han sufrido delirium previamente. No hay estudios sobre prevención farmacológica del delirium en niños, aunque hay estudios sobre la prevención del delirium de emergencia en niños. La calidad de estos estudios es muy variable y no se pueden extraer conclusiones firmes.

Tratamiento farmacológico

Delirium hiperactivo

Se puede considerar el uso de medicación para reducir síntomas como ansiedad, agitación, alucinaciones y alteraciones del sueño. La farmacocinética en los niños es diferente a la de los adultos. Antes de empezar tratamiento farmacológico se deben considerar y sopesar los efectos adversos e interacciones con otras medicaciones y la vía de administración frente a los potenciales beneficios del tratamiento.

Se emplean los mismos antipsicóticos (típicos como el haloperidol y atípicos como la risperidona) en niños que en adultos. Se utilizan benzodiacepinas y clonidina en el tratamiento del delirium por abstinencia de benzodiacepinas; para el tratamiento del delirium por abstinencia de opiáceos se usan clonidina y metadona.

Los estudios sobre tratamiento farmacológico del delirium pediátrico son escasos y tienen numerosos defectos metodológicos: escaso número de pacientes con grandes diferencias de edad y muy distintas enfermedades físicas, intervenciones o resultados pobremente descritos o la frecuente ausencia de un grupo control. Por lo tanto, recomendaciones se basan en consenso más que en evidencia científica. Sin embargo, existen sugerencias de que el haloperidol y la risperidona son efectivos en la reducción de síntomas de delirium pediátrico en niños gravemente enfermos.

El haloperidol se administra fundamentalmente por vía intravenosa; la risperidona es disponible solo por vía oral. En una UCI pediátrica es preferible la vía intravenosa porque es más rápida y más fácil de controlar. La administración oral de haloperidol o risperidona es también aceptable. La dosis varía en los diferentes estudios. Las dosificaciones recomendadas se exponen en las Tablas I.5.4 y I.5.5. Las benzodiacepinas no suelen recomendarse por sus potenciales efectos delirógenos en adultos y ancianos.

La mayoría de expertos recomiendan empezar el tratamiento farmacológico del delirium pediátrico cuando, a pesar de las medidas no farmacológicas, el niño presenta extrema agitación o ansiedad, alucinaciones o delirios, especialmente cuando esto produce molestia, estrés o peligro para el niño (por ej: arrancarse catéteres intravenosos o tubos endotraqueales), cuando el delirium produce un estrés extremo en los padres o cuando interfiere seriamente con el cuidado de otros pacientes de la UCI o de la sala. Cuando el niño está cómodo, es más fácil para los padres el cuidarlo. Algunos estudios indican que los niños tratados farmacológicamente estarían más cómodos y se les podría retirar antes la ventilación asistida, en comparación con pacientes no tratados.

Table I.5.4. Dosis recomendadas de haloperidol intravenoso (iv) para delirium pediátrico hiperactivo

Edad (años)	Peso (kg)	Dosis de carga máxima (IV)	Dosis de mantenimiento (IV)	Dosis máxima (IV)
0-1	3,5-10	<ul style="list-style-type: none"> 0.05 mg en 30 minutos 	<ul style="list-style-type: none"> Se desconoce la dosis exacta 0.01-0.05 mg/kg/día, divididos en 2-4 tomas diarias 	<ul style="list-style-type: none"> Desconocida
1-3	10-15	<ul style="list-style-type: none"> 0.15 mg en 30 minutos 	<ul style="list-style-type: none"> 0.025 mg/kg/día divididos en 2-4 tomas diarias 	<ul style="list-style-type: none"> Desconocida
3-18	> 15 kg	<ul style="list-style-type: none"> 0.3-0.5 mg en 30 minutos 	<ul style="list-style-type: none"> 0.05 mg/kg/día divididos en 2-4 tomas diarias 	<ul style="list-style-type: none"> Desconocida en niños menores de 16 años 16 o mas años: 5 mg divididos en 2-4 tomas

Los efectos adversos son los síntomas extrapiramidales, como distonía, crisis oculógira, acatisia e hiperpirexia. Los síntomas extrapiramidales se ven frecuentemente, especialmente cuando la dosis se aumenta de forma rápida. Es importante empezar con dosis bajas y subirlas despacio. Pueden precisarse 24-48 horas antes de alcanzar una respuesta adecuada. Para cubrir la agitación durante este periodo se puede añadir a corto plazo levomepromazina (también conocida como metoprimprazina), con una dosis total de inicio de 1-3 mg/iv en perfusión lenta en 30 minutos y después titulando según la respuesta clínica, hasta una dosis máxima de 1 mg/kg/iv en 24 horas).

Reconocer y tratar los efectos adversos es importante. Tratamiento consiste en reducir la dosis de antipsicótico y administrar un anticolinérgico como el biperideno (50 microgramos/kg/iv en 15 minutos). En pacientes adultos la prolongación del intervalo QTc, con la posibilidad de Torsades de Pointes, es un riesgo; esto no se ha descrito en niños. Los expertos, no obstante, recomiendan realizar un ECG antes de empezar el tratamiento con haloperidol cuando el niño tiene otros factores de riesgo para un aumento del intervalo QTc (por ej: anomalías electrolíticas, otras medicaciones que pueden prologar el intervalo QTc o medicamentos que pueden influir en el metabolismo del CYP2D6 o CYP3A4).

El haloperidol parece tener más efectos adversos que la risperidona. Por tanto la risperidona es el tratamiento de elección cuando los síntomas no son extremos y es posible la administración oral. Cuando no se obtiene beneficio con uno se debe considerar el otro.

Tabla I.5.5 Dosis recomendadas de haloperidol y risperidona por vía oral (vo) para delirium pediátrico hiperactivo. Las dosis orales de haloperidol y risperidona son las mismas.

Peso (kg)	Dosis de carga (mg) (VO)	Dosis mantenimiento (mg) (VO)	Dosis máxima (mg) (VO)
<45 kg	<ul style="list-style-type: none"> 0.02 mg/kg 	<ul style="list-style-type: none"> 0.01-0.08 mg/kg/día divididos en 2-4 tomas 	<ul style="list-style-type: none"> 4 mg/día divididos en 2-4 tomas
>45 kg	<ul style="list-style-type: none"> 0.5-1 mg Máximo 2 mg/día, divididos en 2-4 tomas 	<ul style="list-style-type: none"> 0.01-0.08 mg/kg/día divididos en 2-4 tomas 	<ul style="list-style-type: none"> 6 mg/día divididos en 2-4 tomas. Dosis >6 mg no han sido estudiadas

El consenso es que se debe emplear una escala para evaluar el delirium al menos tres veces al día, para cuantificar la intensidad del delirium cuando se empieza la medicación y mientras el paciente la reciba. Se desconoce por cuánto tiempo debería mantenerse el tratamiento. Algunos expertos recomiendan continuarlo al menos hasta que los síntomas hayan desaparecido y hasta que los factores de riesgo que posiblemente condujeron al delirium hayan disminuido. La medicación debería rebajarse gradualmente a lo largo de unos días.

Delirium hipoactivo

No se dispone de estudios y no existe consenso sobre el tratamiento farmacológico del delirium pediátrico hipoactivo.

SECUELAS DEL DELIRIUM EN NIÑOS Y PADRES

No hay estudios sobre las secuelas a largo plazo del delirium pediátrico. Los estudios publicados (sobre las secuelas a largo plazo en niños que tuvieron un ingreso hospitalario) se han realizado en niños prematuros ingresados en unidades de cuidado intensivo neonatales, niños con cáncer o niños ingresados en la UCI pediátrica. A menudo se informa de síntomas de TEPT en estos niños y en sus padres. Algunos estudios describen una asociación entre problemas psicológicos y psiquiátricos tras el alta y las “memorias delirantes” (posiblemente un síntoma del delirium) sobre su estancia en UCI y los procedimientos invasivos durante su ingreso en UCI (Colville et al, 2008; Colville y Pierce, 2012).

En adultos existe evidencia de que algunos problemas cognitivos tras el alta de la UCI se relacionan con el uso de benzodicepinas y el delirium. Algunas posibles causas de problemas cognitivos en niños tras un ingreso en una UCI pediátrica son hipoxia, hipoperfusión, infección o trauma. Los efectos a largo plazo de medicamentos como las benzodicepinas, los opioides o los anestésicos no han sido estudiados en niños. Estudios en animales muestran que estos fármacos pueden ser neurotóxicos, especialmente para el cerebro en desarrollo.

- ¿Tienes alguna pregunta?
- ¿Comentarios?

Haz clic aquí para ir a la página del Manual en Facebook para compartir tus impresiones sobre el capítulo con otros lectores, preguntar a los autores o al editor y hacer comentarios.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders—DSM-5*, fifth edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Bleuler EP (1955). *Lehrbuch der Psychiatrie*. Berlin: Springer.
- Colombo R, Corona A, Praga F et al (2012). A reorientation strategy for reducing delirium in the critically ill. Results of an interventional study. *Minerva Anestesiologica*, 78:1026-1033.
- Colville G, Pierce C (2012). Patterns of post-traumatic stress symptoms in families after paediatric intensive care. *Intensive Care Medicine*, 38:1523-1531. doi: 10.1007/s00134-012-2612-2
- Colville G, Kerry S, Pierce C (2008). Children's factual and delusional memories of intensive care. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 177:976-982 available from: PM:18244955
- Ely EW, Inouye SK, Bernard GR et al (2001). Delirium in mechanically ventilated patients: validity and reliability of the confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU). *JAMA*, 286:2703-2710.
- Esseveld MM, Leroy PL, Leue C et al (2013). Catatonia and refractory agitation in an updated flow chart for the evaluation of emotional-behavioral disturbances in severely ill children. *Intensive Care Medicine*, 39:528-529.
- Hatherill S, Flisher AJ (2010). Delirium in children and adolescents: A systematic review of the literature. *Journal of Psychosomatic Research*, 68:337-344 available from: PM:20307700
- Hatherill S, Flisher AJ, Nassen R (2010). Delirium among children and adolescents in an urban sub-Saharan African setting. *Journal of Psychosomatic Research*, 69:187-192 available from: PM:20624518
- Ista E, de Beest H, de Hoog M et al (2014). A preliminary validation of a screening tool for pediatric delirium. *Archives of Disease in Childhood*, 99 (Sup 2):A84-A85.
- Ista E, van Dijk M, de Hoog M et al (2009). Construction of the Sophia Observation Withdrawal Symptoms-Scale (SOS) for critically ill children. *Intensive Care Medicine*, 35:1075-1081.
- Ista E, van Dijk M, Gamel C et al (2007). Withdrawal Symptoms in children after long-term administration of sedatives and/or analgesics: A literature review. "Assessment remains troublesome". *Intensive Care Medicine*, 33:1396-1406.
- Janssen NJ, Tan EY, Staal M et al (2011). On the utility of diagnostic instruments for pediatric delirium in critical illness: An evaluation of the Pediatric Anesthesia Emergence Delirium Scale, the Delirium Rating Scale 88, and the Delirium Rating Scale-Revised R-98. *Intensive Care Medicine*, 37:1331-1337.
- Kanner L (1935). *Child Psychiatry*. Springfield, IL: Charles C Thomas.
- Kim SJ, Oh YJ, Kim KJ et al (2010). The effect of recorded maternal voice on perioperative anxiety and emergence in children. *Anaesthesia and Intensive Care*, 38:1064-1069.
- Kudchadkar SR, Yaster M, Punjabi NM (2014). Sedation, sleep promotion, and delirium screening practices in the care of mechanically ventilated children: a wake-up call for the pediatric critical care community. *Critical Care Medicine*, 42:1592-1600. doi: 10.1097/CCM.0000000000000326.
- Lipowski, Z J (1980) *Delirium: Acute Brain Failure in Man*. Springfield, IL: Charles C Thomas.
- Marcantonio ER, Flacker JM, Wright RJ et al (2001). Reducing delirium after hip fracture: A randomized trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49:516-522.
- Schieveld JN, Brouwers AG, Schievelde BR (2014). On the lack of standardized essential PICU guidelines. *Critical Care Medicine*, 42:1724-1725.
- Schieveld JN, Janssen NJ (2014). Delirium in the pediatric patient. On the growing awareness of its clinical interdisciplinary importance. *JAMA Pediatrics*, 168:595-596.
- Schieveld JN, Van Der Valk JA, Smeets I et al (2009). Diagnostic Considerations Regarding Pediatric Delirium: A Review And A Proposal For An Algorithm For Pediatric Intensive Care Units. *Intensive Care Med*, 35, 1843-9.
- Schieveld JN (2008). *On Pediatric Delirium in Critical Illness. A Clinical Multidisciplinary Study in Child Neuropsychiatry at the PICU*. PhD Thesis, Maastricht University.
- Schieveld JN, Leroy PL, Van Os J et al (2007). Pediatric delirium in critical illness: Phenomenology, clinical correlates and treatment response in 40 cases in the pediatric intensive care unit. *Intensive Care Medicine*, 33:1033-1040.
- Sikich N, Lerman J (2004). Development and psychometric evaluation of the pediatric anesthesia emergence delirium scale. *Anesthesiology*, 100:1138-1145.
- Silver G, Traube C, Kearney J et al (2012). Detecting pediatric delirium: development of a rapid observational assessment tool. *Intensive Care Medicine*, 38:1025-1031.
- Smith HA, Boyd J, Fuchs DC et al (2011). Diagnosing delirium in critically ill children: validity and reliability of the Pediatric Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit. *Critical Care Medicine*, 39:150-157.
- Tabet N, Howard R (2009). Non-pharmacological interventions in the prevention of delirium. *Age and Ageing*, 38:374-379.
- Traube C, Silver G, Kearney J et al (2013). Cornell Assessment of Pediatric Delirium: A valid, rapid, observational tool for screening delirium in the PICU. *Critical Care Medicine*, 42:656-663.

Trzepacz PT, Mittal D, Torres R et al (2001). Validation of the Delirium Rating Scale-revised-98: comparison with the delirium rating scale and the cognitive test for delirium. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 13:229-242.

Turkel SB, Taware CJ (2003). Delirium in children and adolescents. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 15:431-435.

van Dijk M, Knoester H, van Beusekom BS et al (2012). Screening pediatric delirium with an adapted version of the Sophia Observation Withdrawal Symptoms Scale (SOS). *Intensive Care Medicine*, 38:531-532.

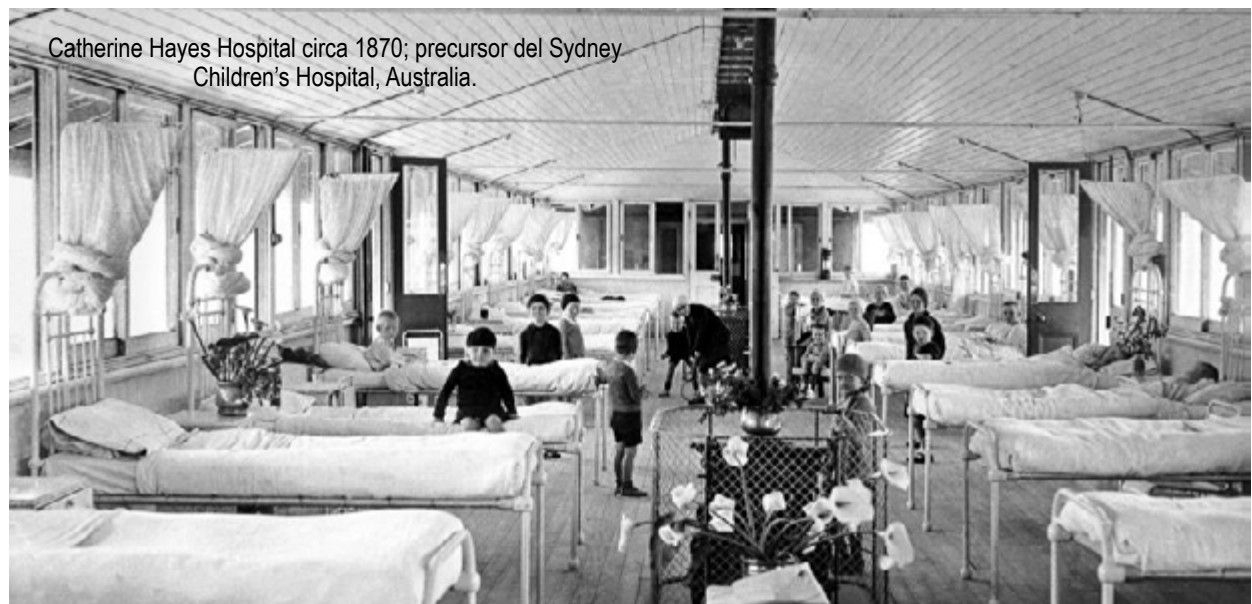
van Rompaey B, Elseviers MM, van Drom W et al (2012).

The effect of earplugs during the night on the onset of delirium and sleep perception: A randomized controlled trial in intensive care patients. *Critical Care*, 16:R73.

Wise M (1987). Delirium. In Hales R and Yudofsky S (eds) *Textbook of Neuropsychiatry*. Washington: American Psychiatric Press, pp.89-106.

[World Health Organization \(2015\)](#)

Zaal IJ, Spruyt CF, Peelen LM et al (2013). Intensive care unit environment may affect the course of delirium. *Intensive Care Medicine*, 39:481-488.



Apéndice I.5.1

INFORMACION SOBRE EL DELIRIUM PEDIÁTRICO PARA LA FAMILIA, OTROS CUIDADORES Y EL EQUIPO MÉDICO Y DE ENFERMERÍA*

Introducción

Tu hijo/a ha sido ingresado en un hospital debido a una o más enfermedades médicas, accidentes u operaciones que han hecho que tu hijo esté muy enfermo. Puede que hayas notado que las reacciones de tu hijo no son las habituales y puede que estés preocupado por su estado. El niño que conoces se está ahora comportando de forma diferente a la habitual, está agitado o apático y es difícil conectar o tener una conversación con él/ella. Este estado de confusión es denominado delirium. Este folleto da información sobre el delirium, su origen y cómo afrontarlo.

¿Qué es el delirium?

El delirium es un estado de confusión mental que puede aparecer súbitamente cuando un niño tiene una enfermedad. Los niños con delirium se comportan de manera distinta a la habitual, están agitados o apáticos y pueden actuar de forma extraña. El estado de delirium es transitorio. Cuando la enfermedad física mejora, la confusión suele desaparecer. El estado de confusión puede durar desde unas horas hasta días o incluso semanas dependiendo de:

- La gravedad de la enfermedad
- La edad de tu hijo
- El estado físico de tu hijo

Causas

El delirium puede tener muchas causas. Por ejemplo, en adultos la abstinencia de alcohol es una causa frecuente de delirium. Los niños que nunca han bebido alcohol pueden desarrollar un delirium por una infección (por ejemplo una infección del oído o una neumonía), una operación, enfermedades

del corazón o el pulmón, trastornos del cerebro, infecciones, etc. La confusión mental aguda puede ser causada también por un golpe en la cabeza. Interrumpir algunas medicaciones como los analgésicos fuertes, los fármacos usados en la anestesia o dormir poco pueden en ocasiones causar delirium.

Los niños con confusión aguda o delirium pueden presentar algunos de los siguientes síntomas:

- Agitación o apatía
- No estar tan despiertos mentalmente, mostrarse como si todo les da igual, y no reconocer dónde están. Establecer contacto con ellos puede ser difícil en estas circunstancias
- Puede que no recuerden cosas que se les acaban de contar y puede que no sean conscientes de estos fallos de memoria
- Como a veces no reconocen el entorno, sus reacciones pueden ser distintas de las habituales. Pueden parecer vigilantes, suspicaces, enfadados o incluso agresivos. Puede que quieran quitarse las vías intravenosas u otros instrumentos médicos. Algunos niños pueden aislarse en sí mismos, cuando normalmente no lo hacen
- Es importante darse cuenta de que niños muy enfermos, especialmente si tienen delirium, sufren una regresión, comportándose como cuando eran mucho más pequeños, y deben ser tratados como si fueran más jóvenes de lo que son
- Pueden tener una visión distorsionada de la realidad, por ejemplo viendo u oyendo cosas que no están ahí. Para

ellos, sin embargo, estas experiencias son muy reales, pueden ser atemorizantes y es mejor no discutir las con el niño

- A menudo los síntomas varían durante el día, habitualmente empeorando por la tarde; los periodos de agitación pueden alternarse con periodos de calma o sueño.

Cómo manejar a los niños con delirium

Los niños que sufren de delirium tienen dificultades para comunicarse y responder emocionalmente. Oír voces familiares y ver a personas familiares les ayuda. Puedes dar apoyo a tu hijo de las siguientes formas:

- Hablándole tranquilamente, de una forma clara y con frases cortas
- Explicando quién eres; repitiéndoselo si es necesario
- Explicándole donde estas y por qué estás ahí
- Intentando implicar al niño en lo que está ocurriendo
- Trayéndole imágenes de casa, de familiares cercanos y de amigos
- Haciéndole preguntas simples y sencillas (por ej: “¿dormiste bien?” en lugar de “¿dormiste bien o te despertaste muchas veces?”)
- Cuando la gente hace demasiadas preguntas estos niños pueden agitarse. A menudo es mejor simplemente estar ahí
- Visitarle es importante, pero asegúrate de que no haya demasiadas visitas a la vez. Si hay más de dos personas visitando al mismo tiempo, permaneced en uno de los lados, para que el niño puede fijarse en un solo punto
- Asegúrate, si es posible, que tu hijo tenga sus gafas, audífonos, etc.
- Si los niños tienen experiencias inusuales (por ej: ver cosas que no existen) es mejor no decir nada. No discutas pero apacigua y deja claro que tú percibes las cosas de forma distinta. Intenta cambiar el tema a hablar de sucesos y personas reales.

Tratamiento médico

Antes del tratamiento, el médico que le atiende intentará determinar las causas del delirium tan pronto como sea posible (el delirium después de la anestesia es muy frecuente y puede ser preocupante pero casi siempre desaparece sin tratamiento en menos de una hora).

El tratamiento intenta orientar al niño y reducir su estrés e incomodidad estimulando todos sus sentidos de forma reconfortante, tal y como se describe en la sección “Cómo manejar a los niños con delirium”.

Hay medicaciones que pueden reducir o incluso remediar el delirium, aunque también pueden tener efectos secundarios, generalmente leves. Las dos medicaciones que se emplean más frecuentemente son el haloperidol y la risperidona. Es preferible que un psiquiatra infantil, si está disponible, u otro especialista médico o enfermero con experiencia en el tratamiento del delirium se encarguen de administrarlas.

Si los niños están agitados, a menudo se recomienda tomar precauciones para prevenir que puedan hacerse daño, por ejemplo cayéndose de la cama o quitándose las vías intravenosas. En caso de agitación grave, puede ser necesario inmovilizar al niño para prevenir lesiones.

Es difícil predecir cuánto tiempo durarán los síntomas del delirium. Puede variar de horas a días. Algunos niños pueden tener síntomas por algún tiempo.

Si tienes más preguntas después de leer este folleto, habla con el médico o enfermero.

*Modificado de: *Leaflet on Pediatric Delirium*, Jan NM Schieveld et al, 2009. Publicación interna MUMC+.