

Delirio: valoración y diagnósticos

N. García Gómez

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

El delirio o síndrome confusional agudo es una disfunción cerebral aguda, de inicio brusco, debida a una enfermedad somática o a su tratamiento. La OMS, en CIE-10, lo describe como *“síndrome cerebral orgánico que carece de una etiología específica, caracterizado por la presencia simultánea de trastornos de la conciencia y atención, de la percepción, del pensamiento, de la memoria, de la psicomotilidad, de las emociones y del ciclo sueño-vigilia. Puede presentarse en cualquier edad, pero es más frecuente después de los 60 años. El cuadro de delirium es transitorio y de intensidad fluctuante”*. Sus principales características son la alteración de la atención o conciencia, acompañadas de cambios en la cognición y que se desarrollan en un periodo de tiempo corto (de horas o días, a menudo fluctúa durante el día con empeoramiento nocturno). Aunque el delirio se asocia más a pacientes adultos de avanzada edad, en la bibliografía se describen cada vez más casos relacionados con el delirio pediátrico, principalmente en niños ingresados en UCI-P, con el riesgo que este conlleva.

Sus principales síntomas son la confusión, desorientación, irritabilidad inconsolable, dificultad para poner atención o recordar cosas, alteraciones cuantitativas en el sueño, (mucho/poco) incluso cambios en el ciclo vigilia-sueño, alucinaciones, conducta no habitual, entre otros. Los padres acostumbran a utilizar la expresión: “¡Este no es mi hijo!”.

Las causas más comunes de delirio son: la misma enfermedad subyacente, infección, medicaciones para calmar o para el manejo del dolor, interrumpir los ciclos del sueño, hipoxia cerebral, alcohol o drogas (relacionados con la sedación) en su intoxicación, impregnación o la retirada de estas.

Los factores de riesgo de aparición están asociados a la misma hospitalización, como pueden ser el estrés por ingreso en UCI-P o la duración del ingreso, incluso podemos añadir los trastornos del sueño a causa del mismo ingreso.

Las Unidades de Críticos Pediátricos (UCI-P) se caracterizan, en general, por ser unidades con habitaciones abiertas (box), con o sin puerta, pueden no disponer de luz natural, las camas están rodeadas con aparatos de electromedicina (monitor, bombas de infusión continua, respirador, etc.) los cuales utilizan una señal lumínica y acústica. Por lo tanto, se encuentran ingresados en un espacio desconocido, con una importante contaminación acústica e imposible o difícil de orientarse en tiempo y con una atención constante y mantenida de su equipo médico (pediatras, residentes, especialistas, enfermeras, TCAIS, rehabilitadores, etc.). Pueden estar ingresados días, semanas, incluso meses. Durante ese tiempo, según la patología y el estado del paciente, su movilidad será nula o muy reducida saliendo del box únicamente para pruebas diagnósticas o intervenciones quirúrgicas. En general, hoy en día, la mayoría de UCI-P están abiertas 24 h a los padres, pudiendo acompañar a sus hijos durante todo el ingreso y ayudando en sus cuidados. Pueden ser visitados por familiares directos, incluyendo las visitas de sus hermanos, sean o no mayores de edad.

Como sabemos por nuestra experiencia personal y como acabamos de ejemplificar, el ingreso en UCI-P, así como todo lo que rodea al mismo

actúa como causa y factor de riesgo para la aparición del delirio. Por lo tanto, va a ser imprescindible conocer todos aquellos factores de riesgo, causas y sintomatología para poder detectar precozmente el delirio y actuar en consecuencia.

La formación y la educación a los padres al respecto puede ser una herramienta útil para ayudarnos a detectar síntomas precozmente.

Los signos clínicos que nos deben hacer sospechar la aparición de delirio van a depender de la tipología del mismo, que puede ser: hiperalerta o hiperactivo, hipoalerta o hipoactivo y mixto.

El delirio hiperactivo es aquel que se caracteriza por agitación, labilidad emocional, agresividad e inquietud psicomotora. Comporta más riesgo de retirada de dispositivos (tubo endotraqueal, catéteres, drenajes, etc.). Se presenta más frecuentemente en intoxicación por sustancias o síndrome de abstinencia. Es la consecuencia de un alto estado dopaminérgico que comporta fases de agitación y de agresión, así como un trastorno del pensamiento, hablar con dificultad y sin sentido y se pueden dar también alucinaciones (pueden ver, oír o sentir pensamientos no reales). Este es el más fácil de detectar y de diagnosticar por sus características clínicas.

El delirio hipoactivo se caracteriza por la apatía, la disminución de la respuesta, poco contacto o la escasa comunicación. Se asocia más a trastornos metabólicos o fallo orgánico. En este caso los niveles de dopamina son normales o bajos y hay una desregulación colinérgica. Es más difícil de detectar ya que puede quedar enmascarado por la patología principal, conllevando más riesgo de una lesión secundaria.

En el delirio mixto se alternan los dos conceptos expuestos anteriormente y se caracteriza por tener signos clínicos de ambos.

Diagnosticar el delirio pediátrico a menudo es complicado, ya que la intensidad de los síntomas descritos puede ser muy sutil.

Existen diferentes escalas tanto para el manejo de los factores de riesgo como para la confirmación de delirio. La escala de valoración por excelencia del delirio es la CAM-ICU (en adultos) teniendo su adaptación pediátrica a la escala pCAM-ICU, pendiente aún de validar (pediatric Confusion Assessment Method for the ICU, *método pediátrico de evaluación confusional en UCI*), existiendo también aunque aún no validada la escala psCAM-ICU para niños de 6 meses a 5 años. Esta escala resulta en delirium presente SI o NO teniendo en cuenta 4 criterios. El primer criterio valora el cambio agudo o curso fluctuante del estado mental, en el segundo criterio se valora la inatención, el tercer criterio tiene en cuenta el nivel de conciencia alterado y por último el pensamiento desorganizado. Para un resultado positivo (presencia de delirio), en la valoración de la escala tiene que resultar criterio 1 y 2 positivo más el criterio 3 o 4 positivo. Por lo tanto al inicio de la escala, si los criterios 1 o 2 ya resultan negativos no es necesario continuar con la escala, el resultado ya es NO presencia de delirio.

La diferencia principal de las 3 escalas (CAM-ICU, pCAM-ICU I psCAM-ICU) está en el criterio 2, adaptando esta evaluación a la edad y a su desarrollo intelectual. Este criterio se positiviza al realizar más de 8 errores



FIGURA 1. Escala RASS (2001).

no detectando la vocal "A" a la palabra "CASABLANCA" o deletreos "A B A D B A D A A Y". En su adaptación pediátrica se utilizan 10 imágenes a una distancia corta delante de los ojos del paciente moviéndolas despacio, acompañadas por el estímulo verbal para que miren la imagen e intercambiando las imágenes. Se valorará cuantas imágenes el paciente mira directamente y si continuamente cierra los ojos entre los estímulos verbales. En el caso de niños con una edad inferior a 5 años adoptaremos imágenes más sencillas, incluso espejos, y su valoración se hará teniendo en cuenta si fija la mirada, sigue la imagen o si intenta coger o tocar la imagen.

Tendremos también en cuenta para el criterio 3 (nivel de consciencia alterado) la escala de RASS, siendo sugestivo de delirio cualquier puntuación diferente de 0 (alerta y tranquilo). La escala RASS (*Richmond Agitation-Sedation Scale, escala de agitación y sedación Richmond*) es una escala gradual del +4 al -5 siendo 0 el estado despierto y tranquilo, los grados positivos son referentes a la agitación de menor a mayor y los grados negativos describen el nivel de sedación también de -1 a -5.

Es necesario comentar la importancia de las escalas de abstinencia, ya que, tal y como hemos comentado, la intoxicación por sustancias o la retirada de sedación actúan como factor de riesgo para la aparición de delirio, por eso durante el tratamiento de sedación será importante mantener unas dosis mínimas de sedación suficientes para el objetivo terapéutico pero sin sobrepasar las dosis necesarias para el paciente. Según los protocolos de cada centro, la escala puede variar, pero conviene no olvidarlas en la valoración del paciente y en el momento de retirada o descenso de sedación iniciando precozmente escalas de abstinencia y tratamiento "preventivo/sustitutivo" si el paciente lo necesita, ya que el síndrome de abstinencia puede desencadenar el delirio. Las escalas de abstinencia (SOPHIA, LIFT,

FINNEGAN, entre otras) recogen diferentes signos y síntomas que nos pueden orientar sobre la presencia de síndrome de abstinencia (sudoración, taquicardia, temblores, diarrea, aumento del tono, bostezos, etc.) la suma de estos signos, según escala, describe la existencia de abstinencia o no y el grado de esta. En general, la aparición de estos síntomas durante el descenso de sedación o hasta las 24 horas siguientes a la retirada completa son sugestivos de abstinencia, sin embargo su aparición más allá de las 24 horas va más encaminada a la aparición del delirio. También, hay que tener en cuenta la persistencia de sintomatología en el tiempo más allá de lo esperable, ya que sugeriría la aparición de delirio secundario a la abstinencia.

El delirio pediátrico es difícil de detectar y de diagnosticar, por eso es importante conocer los factores de riesgo para poder hacer una buena prevención, así como los signos clínicos y las escalas para realizar un correcto diagnóstico precoz.

Por último y no menos importante, no olvidarnos de la información que nos puede aportar la familia, ya que son ellos los que habitualmente acompañan a su hijo las 24 h del día durante todos los días de la hospitalización y pueden ayudarnos a detectar precozmente los primeros signos de alerta que nos hagan sospechar de la presencia del delirio. Por esta razón deberemos informar de la posibilidad de la existencia de delirio siempre y cuando cumpla factores de riesgo y tengamos la sospecha de este.

Desde la visión enfermera, el paciente con delirio comporta una alteración de la mayoría de necesidades (según Virginia Henderson) a causa de los signos que este comporta, siendo la necesidad de seguridad la que trataremos principalmente. Si seguimos taxonomía NANDA el diagnóstico enfermero a seguir a paciente con delirio será: 00128 Confusión Aguda.

En conclusión, los pacientes ingresados en UCI pediátrica cumplen muchos factores de riesgo para poder desencadenar delirio. Debemos conocer los diferentes tipos de delirio (hiperactivo, hipoactivo y mixto) y hacer una detección precoz. Debemos saber que existen escalas para valoración del delirio. Recordar también que la familia juega un papel importante en el ingreso de los niños y fácilmente son los primeros en identificar los primeros signos de alerta, por esta razón la información y la educación de estos es relevante para un buen diagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Delirium pediátrico un abordaje práctico [Internet]. Iacapap.org. 2018 [cited 11 April 2019]. Available from: <http://iacapap.org/wp-content/uploads/1.5-DELIRIUM-Spanish-2018.pdf>
2. Bettencourt A, Mullen J. Delirium in Children: Identification, Prevention, and Management. *Crit Care Nurse*. 2017; 37(3): e9-18.
3. Silver G, Traube C, Gerber L, et al. Pediatric Delirium and Associated Risk Factors. *Pediatr Crit Care Med*. 2015; 16(4): 303-9.
4. Traube C, Silver G, Reeder R, et al. Delirium in Critically Ill Children. *Crit Care Med*. 2017; 45(4): 584-90.
5. Ricardo Ramirez C, Alvarez Gomez M, Franco Vasquez J. Delirium en niños Factores de riesgo, diagnóstico, manejo y cuidados. 1st ed. Medellín, Colombia: Editorial Universidad Pontificia Bolivariana Vigilada Mineducación; 2018.
6. Pediatric Care [Internet]. Icdelirium.org. 2019 [cited 11 April 2019]. Available from: <https://www.icdelirium.org/medical-professionals/pediatric-care>