

## TEMA DE INTERES

### Delirium pediátrico Pediatric delirium

Torales, Julio Cesar<sup>1</sup>; Navarro, Rodrigo Eduardo<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Cátedra de Psiquiatría, Departamento de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia. San Lorenzo, Paraguay.

Si bien el delirium pediátrico no se encuentra descrito como tal en la última edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) de la Asociación Americana de Psiquiatría (1), el mismo es observado frecuentemente en la práctica clínica del médico pediatra y del médico psiquiatra infantil, tanto en urgencias ambulatorias (2) como en pacientes hospitalizados.

El delirium es un síndrome caracterizado por el inicio agudo de una disfunción cerebral que se manifiesta con un cambio o fluctuación del estado mental basal, inatención y bien, o pensamiento desorganizado o alteración del nivel de conciencia. Otros síntomas comúnmente asociados con el delirium incluyen alteraciones del sueño, actividad psicomotora anormal y alteraciones emocionales (por ejemplo, miedo, ansiedad, ira, depresión, apatía, euforia) (3-5).

Un concepto erróneo es afirmar que los pacientes con delirium están alucinando o presentan ideas delirantes, puesto que ninguno de estos síntomas es necesario para realizar el diagnóstico. Por otra parte, tanto la atención como la orientación suelen aparecer conservadas en pacientes con episodios psicóticos. A pesar

de esto, muchas veces resulta difícil realizar una clara distinción entre el delirium y un brote psicótico en niños (sobre todo en aquellos de corta edad) (3) y en los que, además, se presentan alteraciones sensorio-perceptivas como parte de la sintomatología del delirium. He aquí la importancia de realizar un examen psíquico y semiológico completo, por parte del médico pediatra y del médico psiquiatra infantil, con el fin de establecer correctamente el diagnóstico.

El diagnóstico y tratamiento oportunos del delirium pediátrico son mandatorios, puesto que el estado hipermetabólico asociado al cuadro puede afectar negativamente la recuperación de una enfermedad médica grave, dificultar la atención del niño debido al comportamiento agitado que presenta y, además, porque los efectos psicológicos del delirium pueden ser traumáticos tras el alta (6).

El delirium pediátrico representa el 10% de todas las interconsultas de psiquiatría infantil. El cuadro se presenta en hasta el 29% de los niños críticamente enfermos y es un marcador de enfermedad grave, con una tasa de mortalidad asociada del 20% (7, 8).

*Autor correspondiente:* Dr. Rodrigo Navarro. Médico Residente de la Cátedra de Psiquiatría, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción. Campus Universitario de la UNA. San Lorenzo – Paraguay. E-mail: rodrigonavarro91@gmail.com

*Fecha de recepción el 18 de Setiembre del 2019; aceptado el 21 de Octubre del 2019.*

Al igual que el delirium en población adulta, el delirium pediátrico se clasifica clínicamente en hiperactivo, hipoactivo y mixto, según el estado psicomotor del paciente. En población pediátrica, las características clínicas más prominentes son irritabilidad, labilidad afectiva, agitación, alteración del ciclo sueño-vigilia y fluctuaciones de los síntomas. En contraste, las ideas delirantes, las alucinaciones, las alteraciones del habla y los déficits cognitivos o de memoria son menos frecuentes en los niños. Aquí se debe destacar al “niño inconsolable” como un candidato para recibir el diagnóstico del delirium. Asimismo, un niño claramente agitado, que respira contra el dispositivo de ventilación mecánica en la unidad de cuidados intensivos, y que recibe dosis crecientes de fármacos sedantes, debe considerarse como un paciente con delirium hasta demostrar lo contrario (3, 6).

El diagnóstico del delirium en niños requiere tener en cuenta, necesariamente, la historia clínica del paciente, la información que pueda ser otorgada por los padres, el personal de enfermería y/o los médicos tratantes, así como la realización de un examen psíquico completo. Se debe destacar que hay una serie de desafíos asociados con el diagnóstico preciso del delirium pediátrico. Debido a las limitaciones de comunicación inherentes a la evaluación de niños pequeños, el diagnóstico depende de la observación cercana de los síntomas conductuales. Asimismo, se han desarrollado y validado varias escalas de calificación del delirium en población pediátrica, entre las que se destacan the Pediatric Anesthesia Emergence Delirium Scale, the Pediatric Confusion Assessment Method for the ICU, the Cornell Assessment of Pediatric Delirium, y the Sophia Observation Withdrawal Symptoms-Pediatric Delirium Scale (6). Todas estas escalas poseen alta especificidad y sensibilidad, y son relativamente fáciles de usar por parte de pediatras generales, intensivistas y psiquiatras infantiles.

Una vez diagnosticados, los pacientes con delirium pediátrico deben ser evaluados

exhaustivamente, con el fin de identificar la causa del cuadro de delirium. Las tres causas más frecuentes de delirium en niños son las infecciones, la utilización de medicación deliriogénica (agentes anticolinérgicos, benzodiazepinas y opioides) y factores autoinmunes (3). A medida que el médico pediatra se esfuerza en corregir estas taras, se utilizará medicación con el fin de controlar la sintomatología comportamental y modular la hiperactividad dopaminérgica y el déficit colinérgico a nivel de la bioquímica cerebral de estos pacientes (9).

Los antipsicóticos a dosis bajas son los fármacos que han demostrado beneficios en el manejo de los síntomas de niños con delirium (10-12), a saber:

- **Haloperidol:** antipsicótico típico y fármaco de elección por la mayoría de los pediatras y psiquiatras infantiles, antagonista puro de los receptores D2 de la dopamina. En niños con delirium hiperactivo, se recomienda 0,15 a 0,25 mg IV, seguidos de 0,005 a 0,5 mg/kg/día para mantenimiento. La misma dosis puede utilizarse por vía oral.
- **Risperidona:** antipsicótico atípico, antagonista de receptores D2 de la dopamina y 5HT2 de la serotonina. Se utiliza a dosis de carga de 0,1 a 0,2 mg (oral o enteral), seguido de 0,2 a 2,0 mg/día (oral o enteral), como mantenimiento.

Los antipsicóticos atípicos olanzapina y quetiapina también han sido utilizados con éxito (11, 12).

Se debe hacer hincapié que si bien las benzodiazepinas son parte del tratamiento de los síndromes con agitación y/o con abstinencia que se presentan en unidades de cuidados intensivos, las mismas no deben ser utilizadas en pacientes pediátricos con delirium, pues pueden empeorar el cuadro. La utilización del lorazepam en el tratamiento del delirium tremens constituye una excepción (13).

Además de la medicación, en el manejo de niños con delirium se deben utilizar estrategias no farmacológicas que incluyan la presencia frecuente de los padres o cuidadores, tener un juguete o fotografías familiares disponibles, evitar las restricciones físicas y normalizar el ciclo sueño-vigilia (3).

La prevención, el diagnóstico precoz y el tratamiento del delirium (y sus causas subyacentes) son esenciales a fin de prevenir secuelas en el niño. Además del riesgo aumentado de mortalidad, entre las secuelas se citan una mayor duración de la estancia hospitalaria, así como el desarrollo de sintomatología de estrés postraumático luego del alta (incluso en niños que carecen de memoria consciente de lo que les sucedió en la hospitalización) (14).

El delirium en pediatría es un trastorno grave y agudo, comportamental y emocional, en un niño críticamente enfermo. Es recomendable, por tanto, que los médicos pediatras y los médicos psiquiatras infantiles estén al tanto de sus claves semiológicas y diagnósticas, así como de sus estrategias de manejo oportuno y eficaz.

7. Turkel SB, Tavare CJ. Delirium in children and adolescents. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2003; 15(4):431-435.
8. Traube C, Silver G, Kearney J, Patel A, Atkinson TM, Yoon MJ et al. Cornell assessment of pediatric delirium: a valid, rapid observational tool for screening delirium in the PICU. *Pediatric Critical Care* 2014;42(30):656-663.
9. Torales J, Barrios I, Armoa L. El delirium: una actualización para Internistas y Psiquiatras. *Rev. virtual Soc. Parag. Med. Int.* 2017;4(2):54-64.
10. Rodríguez Núñez A, de Castro MJ, Fernández Carrión F. *Delirium en Pediatría: protocolo diagnóstico y terapéutico*. Madrid: Sociedad Española de Cuidados Intensivos Pediátricos; 2018.
11. Joyce C, Witcher R, Herrup E, Kaur S, Mendez-Rico E, Silver G, et al. Evaluation of the Safety of Quetiapine in Treating Delirium in Critically Ill Children: A Retrospective Review. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2015;25(9):666-70.
12. Turkel SB, Jacobson J, Munzig E, Tavaré CJ. Atypical antipsychotic medications to control symptoms of delirium in children and adolescents. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2012;22(2):126-30.
13. Mayo-Smith M, Beecher L, Fischer T. Working Group on the Management of Alcohol Withdrawal Delirium, Practice Guidelines Committee, American Society of Addiction Medicine. Management of alcohol withdrawal delirium. An evidence-based practice guideline. *Arch Intern Med.* 2004;164:1405-1412.
14. Colville G, Pierce C. Patterns of post-traumatic stress symptoms in families after pediatric intensive care. *Inten Care Med* 2012;38:1523-1531.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Arlington, VA: APA Press; 2013.
2. Torales J, Ventriglio A, Barrios I, Arce A. Demographic and clinical characteristics of patients referred to the psychiatry unit of the emergency department at the National University of Asunción's General Hospital, Paraguay. *International Journal of Culture and Mental Health* 2016;9(3):233-238.
3. Thom RP. Pediatric Delirium. *The American Journal of Psychiatry Resident's Journal* 2017;12(2):6-8.
4. Gupta N, de Jonghe J, Schieveld J. Delirium phenomenology: What can we learn from the symptoms of delirium? *J Psychosom Res.* 2008;65:215-22.
5. Silver G, Traube Ch, Gerber LM, Sun X, Kearney J, Patel A, et al. Pediatric Delirium and associated risk factors: a single-center prospective observational study. *Pediatr Crit Care Med.* 2015;16(4):303-309.
6. Schieveld JNM, Janssen NJ. Delirium in the pediatric patient: on the growing awareness of its clinical interdisciplinary importance. *JAMA Pediatrics* 2014;168(7):595-596.