

TÍTULO: Delirio agudo en infante quemado. Presentación de caso.

AUTORES

- Dr. Conrado Ronaliet Alvarez Borges ¹. Especialista en primer grado en Medicina General Integral, Residente en Psiquiatría Infantil. Profesor Asistente. Hospital Pediátrico “José Martí Pérez”. Sancti Spíritus. Cuba Correo: conradoronaliel@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7395-6853>
- Dra. Iris Dany Carmenate Rodríguez ¹. Especialista de primer grado en Medicina General Integral y Psiquiatría infantil. Hospital Pediátrico Provincial docente José Martí. Sancti Spíritus. Cuba. Profesor Auxiliar. Correo: irisdany@infomed.sld.cu. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6282-3120>
- Ivianka Linares Batista ². Especialista en primer grado en Medicina General Integral, Residente en Medicina Natural y tradicional. Profesor Asistente. Hospital Provincial Camilo Cienfuegos, Sancti Spíritus, Cuba. Correo: iviankalina@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5969-6626>
- Lic.Nila Isabel Roche Batista ³. Hospital Provincial docente José Martí. Sancti Spíritus. Cuba. Profesor Auxiliar. Correo: abravo@dpe.ss.rined.cu. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0981-381x>
- Dr. Osdaldo Lazaro Iglesias Monaga ⁴. Especialista en primer grado en Medicina General Integral, Residente en Imagenología. Profesor Instructor. Hospital Provincial Camilo Cienfuegos, Sancti Spíritus, Cuba. Correo: osdaldolazaro1974@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9025-3957>

RESUMEN

Introducción: Los delirios agudos infantiles son ideas o creencias fijas e inalterables que no poseen un fundamento lógico. Por lo general, se acompañan de una alteración de la conciencia y una disminución en la capacidad para orientar, mantener o dirigir la atención hacia un objetivo específico. En diagnóstico del delirio en la edad pediátrica es mucho más difícil y no existen criterios adaptados para esta edad. **Objetivo:** Mostrar las manifestaciones psicopatológicas en un paciente

quemado en edad pediátrica y la importancia de su atención precoz e Integral.

Metodología: se realiza la presentación de un caso y revisión de la literatura.

Conclusiones: Los trastornos del sueño, la agitación psicomotriz, alucinaciones visuales, pensamiento desorganizado suelen ser las principales manifestaciones que se presentan. La prevención, el diagnóstico precoz y el tratamiento del delirio agudo son esenciales a fin de mejorar las manifestaciones psicopatológicas que perturban el buen funcionamiento del niño que pueden entorpecer en el manejo de su trastorno de base y prevenir secuelas en el niño. Además del riesgo aumentado de morbi-mortalidad, así como el desarrollo de sintomatología de estrés postraumático luego del alta. Es recomendable, que los psiquiatras infantiles estén al tanto de sus claves semiológicas y diagnósticas, así como de sus estrategias de manejo oportuno y eficaz.

Palabras claves: delirio agudo, quemaduras en niños, diagnóstico, tratamiento

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico de delirio en la edad pediátrica es difícil y no existen criterios adaptados para esta edad. Es una alteración seria en las capacidades mentales que genera pensamientos confusos y una disminución de su conciencia sobre el entorno. El comienzo del delirio suele ser rápido, en un plazo de horas o algunos días. Por lo general, el delirio puede deberse a uno o más factores contribuyentes, como una enfermedad grave o crónica. ⁽¹⁾

Los delirios infantiles son ideas o creencias fijas e inalterables que no poseen un fundamento lógico. Por lo general, se acompañan de una alteración de la conciencia y una disminución en la capacidad para orientar, mantener o dirigir la atención hacia un objetivo específico. Es decir, el niño es incapaz de concentrarse en el entorno que le rodea porque está inmerso en sus propios pensamientos. En la mayoría de los casos, la alteración suele ser transitoria, con un período de instauración que puede durar algunas horas o varios días. Durante este tiempo, es habitual que se produzcan alteraciones comportamentales que pueden incluir hipoactividad,

hiperactividad y pueden ser mixtos. Se presentan alteraciones de conciencia, la persona que lo ve desde fuera, tiene la impresión de que el niño está confundido o desorientado. ⁽²⁾

Asimismo, las funciones cognitivas como la orientación, la percepción y la memoria también se suelen afectar. De esta manera, es habitual que exista una alteración en los patrones del sueño y en la manera de percibir el entorno, así como una disminución de los recuerdos a corto plazo y que aparezcan ideas incoherentes e ilógicas ^(2,3). Además, los cambios emocionales bruscos y las alteraciones del comportamiento son frecuentes. Una alteración de inicio agudo con fluctuación del estado de conciencia, alteración de la capacidad de concentración, déficit de memoria, desorientación, alteraciones del lenguaje y alteraciones de la percepción o alucinaciones causadas por una enfermedad médica. ⁽³⁾

El delirio agudo 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 %. ⁽⁴⁾

Se realiza una búsqueda actualizada en la literatura utilizando descriptores que se mencionan en bases de datos como *Cumed*, *PubMed*, *Medline*, *Google académico*. Se describe un caso que, aunque frecuente los accidentes por quemaduras trae consigo alteraciones psiquiátricas que requieren de un abordaje terapéutico oportuno por el desajuste mental que este trae consigo, siendo el delirio agudo una patología poco diagnosticada en los servicios de cuidados intensivos por los pediatras.

DESARROLLO

Presentación de Caso:

Adolescente masculino de once años de edad con antecedentes de bajo rendimiento académico y marcada hiperactividad para lo cual lleva seguimiento y tratamiento por Psiquiatría infantil en su área de salud. Pertenece a una familia

disfuncional con antecedentes patológicos familiares de padre con Discapacidad mental moderada. Ingresa en el hospital pediátrico provincial, en el servicio Polivalente porque se encontraba jugando, haciendo fogatas con sustancias inflamable y recibe quemaduras en gran magnitud, clasificando como un quemado crítico. Llevó tratamiento médico intensivo para el sostén de la vida en el servicio de intensiva pediátrica y caumatología. Al tercer día del ingreso comenzó con cuadro caracterizado por alucinaciones visuales, desorientación, excitación psicomotriz, alteración del sueño, estrechamiento de conciencia, tono de voz muy bajo, pensamiento desorganizado. Luego de estudiar y observar detenidamente la conducta del paciente se pudo arribar a conclusiones diagnósticas de Delirio agudo para lo cual llevó tratamiento psicoterapéutico y psicofarmacológico.

Examen Psiquiátrico

Aptitudes y maneras: Paciente con buen desarrollo pondoestatural, con quemaduras extensas en un gran porcentaje de su cuerpo. Con poco contacto ocular, se muestra inquieto en su lecho. Lenguaje poco entendible.

Funciones de síntesis e integración: Estado de delirio, poco conectado con el medio, desorientado en tiempo y espacio, alucinado, dice ver "Candela" hipervigilante, poco atento a la entrevista. Pensamiento desorganizado.

Funciones afectivas: Puerilidad, cambios afectivos intensos, se muestra irritable, marcada ansiedad, impresiona asustado, temeroso, relacionado con la percepción visual.

Funciones conativas: Hiperactividad, ansiedad motora, insomnio de conciliación, despertares nocturnos frecuentes.

Funciones de relación: Afectadas globalmente.

DISCUSION

Una vez diagnosticado el paciente con delirio agudo deben ser evaluado exhaustivamente por el Psiquiatra Infantil, con el fin de identificar la causa del cuadro clínico, así como el tipo de delirio para definir el tratamiento a utilizar se utilizó la medicación con el fin de controlar la sintomatología comportamental y modular la hiperactividad. ^(5, 6)

Los antipsicóticos a dosis bajas son los fármacos que han demostrado beneficios en el manejo de los síntomas de niños con delirio agudo:

- Haloperidol: antipsicótico típico y fármaco de elección por la mayoría de los 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 0,01 a 0,3 mg/kg/día para mantenimiento. La misma dosis puede utilizarse por vía oral e intramuscular.
- 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.

- Clonazepam: tranquilizante e hipnótico. Potencia la acción neuroléptica y antidepresivo. Se utiliza a dosis de 0,01 a 0,04 mg/kg/ día

Además de la medicación, en el manejo de niños con delirio agudo 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. ^(6,7)

En estudio reportado per Schiveld la incidencia de delirio agudo fue del 40 % de los niños en las Unidades de cuidados intensivos pediátrico, donde el trastorno del sueño se presentó como síntoma cardinal. ⁽⁸⁾

Se reporta por Turkel et al. Como síntomas más comunes el estado de alerta deteriorado, falta de atención, la fluctuación del estado mental, alteraciones en los ciclos de sueños. ⁽⁹⁾

Se hace necesario la presentación de este caso que, aunque es común la presencia de accidentes por quemaduras en las edades pediátricas, es de difícil diagnóstico el delirio agudo el cual suele pasar desapercibido, infra-diagnosticado y mal tratados, con repercusiones negativas y mal pronóstico. El mismo tiene gran significancia por las manifestaciones que lo caracteriza y la necesidad de intervención inmediata.

La respuesta del escolar al tratamiento farmacológico fue buena, los antipsicóticos a dosis bajas fueron los medicamentos de elección continuando con atención médica hospitalaria por los servicios intensivos pediátricos y Caumatología en coordinación con el equipo de salud mental.

Se insiste en la identificación temprana de los síntomas por parte del intensivista pediatra y el caumatólogo para evitar las complicaciones que comprometan la salud física y mental del infante.

CONCLUSIÓN

Los cuadros de delirio agudo pueden presentarse con frecuencia en niños y adolescentes que sufren enfermedades graves, el paciente quemado crítico no es la excepción. Los trastornos del sueño, la agitación psicomotriz, alucinaciones visuales, pensamiento desorganizado suelen ser las principales manifestaciones que se presentan. El tratamiento con antipsicóticos a bajas dosis resultó ser el más apropiado en este caso para el control de los síntomas y prevención de otras secuelas. Es recomendable, que los psiquiatras infantiles estén al tanto de sus claves semiológicas y diagnósticas, así como de sus estrategias de manejo oportuno y eficaz.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Gallegos Berríos S, Cortez Álvarez J, Escobar Gimpel V, et al. ROL DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN TRATAMIENTO DE NIÑOS CON DELIRIUM HOSPITALARIO INFANTIL EN UNIDADES HOSPITALARIAS DE CHILE. Rev. Chilena de Terapia Ocupacional. 2019; 19, (1), 69–82. Disponible en <https://revistas.uchile.cl/index.php/RTO/article/view/53685>
2. Sánchez Serradilla, F. (octubre, 2019) El niño superviviente. Curar el trauma del desarrollo y la disociación [Revisión del libro: *El niño superviviente. Curar el trauma del desarrollo y la disociación* de J. L. Silberg]. *Aperturas Psicoanalíticas*, (62). Recuperado de: <http://aperturas.org/articulo.php?articulo=0001095>
3. Ramirez JE, Boswijk K, Morales JG. La salud publica el manejo de quemaduras en vigilancia en el marco de la sociedad del conocimiento de la infancia. Rev. Caribeña de ciencias sociales. 2019. Disponible en: <https://www.eumed.net/red/caribe/2019/06/salud-urgencia.html>
4. Thom RP. Pediatric Delirium. The American Journal of Psychiatry Resident's Journal 2017; 12(2):6-8. Disponible en: <https://psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp-rj.2017.120203>
5. 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. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2312-38932017000200054&lng=en&nrm=iso&tlng=es
6. Torales C , Navarro R E. Delirium Pediátrico. Rev. An. Fac. Cienc. Méd. (Asunción) 2019;52 (3). Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1816-89492019000300117
7. Carrera Castro C. Instrumentos de identificación del delirium en niño. Todo un reto. NURE INV [Internet]. Mar-Abr. 2014, 11(69). Disponible en: http://www.Fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NUMERO69_original_delirium.PDF
8. Shieved S, On pediatric delirium im critical illness. A clinical multidisciplinary in child neuropsychiatry at the PICU.2007; 33(6). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17457571/>

9. Turkel S, Trzepacz P, Tavares C. Comparing symptoms of delirium in adults and children. *Psychosomatics*.2006; 74(4). Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/6940710_Comparing_Symptoms_of_Delirium_in_Adults_and_Children

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflicto de interés en esta investigación.