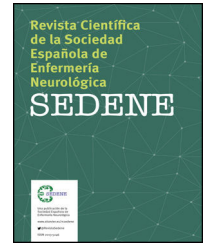




Enfermería Neurológica

www.elsevier.es/rcsedene



ORIGINAL

Delirium en pediatría: detección precoz, diagnóstico y cuidado de enfermería



Angela Henao-Castaño^{a,*}, Karen Natalia Monroy^b, Jenny Paola Moreno^b
y Edwar Yamit Pinzon Casas^c

^a Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia

^b Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia

^c Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, Colombia

Recibido el 11 de febrero de 2020; aceptado el 11 de noviembre de 2020

Disponible en Internet el 25 de diciembre de 2020

PALABRAS CLAVE

Delirium;
Pediatría;
Enfermedad crítica;
Enfermería

Resumen

Introducción: El delirium es la manifestación más frecuente de la disfunción del sistema nervioso central, una alteración cognitiva fluctuante y aguda en el paciente en estado crítico.

Objetivo: Analizar la producción científica acerca del delirium en el paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) sobre la detección precoz, diagnóstico y cuidados de enfermería.

Metodología: Se realizó una revisión integrativa, de estudios primarios en tres bases de datos PubMed, Web of Science, SCOPUS, con la estrategia de búsqueda (*Intensive Care Units, Pediatric AND (Delirium) AND (Nursing Care)*), y los criterios de inclusión: estudios primarios publicados entre los años 2011 al 2019, en idioma inglés y español, disponibles en texto completo.

Resultados: Después de la lectura analítica, 15 estudios primarios fueron seleccionados, cuyos resultados aportan a la detección precoz, los métodos de evaluación validados para diagnosticar el delirium en pacientes pediátricos de habla hispana como PsCAM-ICU, PCAM-ICU y Cornell, igualmente el cuidado de enfermería a pacientes pediátricos críticos con presencia de delirium.

Conclusiones: La valoración cognitiva por medio de escalas validadas en el paciente pediátrico permite que la práctica del profesional de enfermería en la unidad pediátrica vaya más allá de una serie de tareas instrumentales en la UCIP y permiten la prevención hasta el seguimiento y control de los casos en el paciente con delirium.

© 2020 Sociedad Española de Enfermería Neurológica. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: angmhenao@unal.edu.co (A. Henao-Castaño).

KEYWORDS

Delirium;
Paediatrics;
Critical illness;
Nursing

Delirium in paediatrics: early detection, diagnosis and nursing care**Abstract**

Introduction: Delirium is the most frequent manifestation of central nervous system dysfunction, a fluctuating and acute cognitive alteration in the critically ill patient.

Objective: To analyse the scientific production about delirium in patients in the Pediatric Intensive Care Unit on early detection, diagnosis, and nursing care.

Methodology: An integrative review of primary studies was conducted in three databases PubMed, Web of Science, SCOPUS, with the search strategy (Intensive Care Units, Paediatric) and (Delirium) and (Nursing Care), criteria of inclusion of primary studies published between 2011 and 2019, in English and Spanish available in full text.

Results: After analytical reading, 15 primary studies were selected, our results contribute to early detection, validated evaluation methods to diagnose delirium in Spanish-speaking paediatric patients such as PsCAM-ICU, PCAM-ICU and Cornell as well as nursing in the care of critical paediatric patients with the presence of delirium.

Conclusions: Cognitive assessment using validated scales in the paediatric patient allows the practice of the nursing professional in the paediatric unit to go beyond a series of instrumental tasks in the PICU and allows prevention to follow-up and control of cases in the delirious patient.

© 2020 Sociedad Española de Enfermería Neurológica. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El delirium es considerado una disfunción cerebral aguda que se caracteriza por una alteración en el estado de conciencia dada por una fluctuación del estado mental, falta de atención y la incapacidad de recibir, procesar, almacenar o recordar la información. La verdadera prevalencia del delirium en la población pediátrica no está bien documentada, sin embargo, la literatura existente en niños sugiere que los síntomas del delirium en la población pediátrica son similares a los adultos¹. El delirium se ha identificado como un factor de riesgo para la mortalidad de los pacientes críticamente enfermos, generando un mayor impacto social y económico, es decir, los pacientes requieren más días de ventilación mecánica y una estancia hospitalaria prolongada en la unidad de cuidado intensivos (UCI) aumentando los costos médicos por su estadía². Los síntomas más frecuentes en niños con posible delirium son perturbaciones, síntomas fluctuantes, alteración en la atención, irritabilidad, agitación, labilidad afectiva y confusión. Las principales causas para la presencia de delirium están asociadas con trastornos infecciosos o inflamatorios. Dentro de los factores predisponentes se encuentran: la ventilación mecánica, uso de benzodicepinas, sobre dosificación de sedación, alteraciones en el ciclo sueño/vigilia, narcóticos, restricciones físicas, exposición a vasopresores y anticonvulsivos³. El delirium puede tener una variedad de presentaciones según la conducta psicomotora que va desde: 1) hipoactivo, se observa al paciente tranquilo, calmado, con la mirada fija; 2) hiperactivo, se presenta agitado, con alucinaciones; o 3) mixto. El delirium hipoactivo puede ser diagnosticado fácilmente por las características típicas de este subtipo, sin embargo, se asocia con un peor diagnóstico para el niño críticamente enfermo. Se presentan debilidades metodológicas de los instrumentos que permitan diagnosticar el delirium en

el paciente pediátrico críticamente enfermo⁴; la prevalencia del delirium en niños oscila entre 5-10%, quizás porque existe una subestimación de la verdadera prevalencia del delirium en niños, dada la ausencia de métodos de evaluación validados para diagnosticar el delirium en pacientes pediátricos y el conocimiento limitado por parte del equipo de salud para identificar los síntomas del delirium del niño hospitalizado en la Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico (UCIP)⁵. La incidencia y prevalencia del delirium en pediatría es baja porque no existen instrumentos bien validados que permitan realizar el diagnóstico de forma clara y oportuna en la cabecera del paciente hospitalizado en la UCIP⁶.

El equipo de enfermería es el proveedor de atención de primera línea ideal para evaluar la presencia o ausencia de delirium. El conocimiento sobre la importancia de la detección del delirium y la capacidad de realizar con precisión una evaluación rápida y eficiente que sea uniforme en la UCIP es de vital importancia para la atención del paciente críticamente enfermo⁷. El cribado y la intervención temprana para el delirium son clave para mitigar los resultados adversos en los niños críticamente enfermos. Las estrategias no farmacológicas se basan en la prevención y el tratamiento de un cribado positivo del delirium.

Dado lo anterior, la presencia del delirium en niños críticamente enfermos es un tema poco explorado para la investigación, ya que los datos que se encuentran en la literatura son derivados de estudios con pequeñas poblaciones que presentan sesgos y no se alcanza a dimensionar la verdadera prevalencia del delirium en la población pediátrica críticamente enferma, por lo tanto, el propósito de esta revisión integrativa de la literatura es presentar los hallazgos del delirium la detección precoz, diagnóstico, tratamiento farmacológico y el cuidado de enfermería en el paciente pediátrico en la unidad de cuidado intensivo.

Metodología

Se desarrolló una Revisión integrativa, en la que se aplicaron las etapas propuestas por Cooper⁸: 1) identificación del tema; 2) establecimiento de criterios de inclusión y exclusión de estudios, muestreo o búsqueda en la literatura; 3) definición de la información a extraer de los estudios seleccionados o categorización de los estudios; 4) evaluación de los estudios incluidos en la revisión integrativa y 5) interpretación de los resultados.

La búsqueda se llevó a cabo en las bases de datos PubMed, Web of Science, SCOPUS; se analizaron artículos con metodología cuantitativa, cualitativa. Se utilizó el esquema PICO: Población Pediátrica con delirium y cuidado de enfermería en la Unidad de Cuidado Intensivo. Con los descriptores PubMed (*Intensive Care Units, Pediatric*) AND (*Delirium*) AND (*Nursing Care*); Scopus (*intensive AND care AND units AND pediatric AND delirium AND nursing AND care*) Web of Science (*Intensive Care Units, Pediatric AND Delirium AND Nursing Care*) se combinaron mediante los operadores booleanos «AND» y «OR» en idiomas inglés y español.

El proceso de búsqueda se refinó empleando los siguientes filtros: años 2011-2019; se incluyeron solo aquellos artículos a los que se pudo acceder al texto completo con los medios disponibles para los autores. Igualmente se seleccionaron los artículos que cumplían con los siguientes *Criterios de inclusión*: estudios primarios, artículos publicados en español e inglés; *Criterios de exclusión*: artículos editoriales, de opinión, revisiones de literatura, estudios secundarios como revisiones sistemáticas, estudios de caso y otros escenarios diferentes a la unidad de cuidado intensivo. Para el análisis y lectura crítica de los artículos se emplearon las plantillas del *Critical Appraisal Skills Programme* en español (CASPe) de acceso libre por tres investigadores de manera independiente, por medio de un formulario electrónico para registrar los resultados de la crítica de los estudios incluidos y evaluados en los cuales se anotaron el objetivo o características clínicas, autor, diseño del estudio, context o país, año, participantes (número, edad, sexo, etc.) herramienta de evaluación del delirium y el resultado principal.

Resultados

La búsqueda en diferentes bases de datos produjo un total de 85 referencias, después de eliminar los artículos duplicados quedaron 70 artículos, cuyos títulos y resúmenes fueron evaluados por los revisores. Después de esta primera fase, se seleccionaron 55 artículos como potencialmente elegibles, y el texto completo se leyó, nuevamente por pares ciegos para evaluar su calidad, extraer datos y determinar su inclusión o no en la revisión, finalmente se seleccionaron 15 estudios para esta revisión (tabla 1).

Los hallazgos de cada uno de los artículos analizados hacen hincapié en la detección temprana por medio del uso de herramientas validadas en el contexto de la Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico, del tratamiento farmacológico y del trabajo interprofesional (fig. 1).

Detección temprana por medio del uso de herramientas validadas

El reconocimiento del delirium es clave para la implementación de las intervenciones con el objetivo de reducir la morbilidad asociada con el delirium. El reconocimiento del delirium es más probable cuando se utilizan herramientas de detección⁹. La detección de la presencia del delirium en niños críticamente enfermos debe llevarse en las primeras 12 horas después del ingreso a UCIP. Inicialmente los psiquiatras infantiles fueron quienes hicieron el diagnóstico de delirium, pero una evaluación psiquiátrica, aunque fiable, no está disponible para su uso en todas las unidades de cuidado intensivo pediátrico; por lo anterior hay tres herramientas de detección en la presencia de delirium en los pacientes pediátricos críticamente enfermos: la *Pediatric Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit* (pCAM-UCI), la *Pediatric Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit* (psCAMICU), y la *Cornell Assessment of Pediatric Delirium* (CAPD)¹⁰.

Las herramientas de evaluación son diferentes en sus métodos y en los rangos de edad en que se pueden aplicar. El pCAM-UCI y psCAM-UCI tienen cuatro características: 1) cambio agudo o curso fluctuante del estado mental; 2) inatención; 3) grado de conciencia alterado; y 4) trastorno del ciclo de sueño vigilia. El tamizaje se realiza en un periodo de tiempo determinado, empezando con la característica 1; si contesta «Sí» en cualquiera de las preguntas, la característica 1 está presente y debe pasar a la característica 2; si contesta «Sí» en cualquiera de las preguntas, la característica 2 está presente y debe pasar a evaluar 3 y 4 para determinar la presencia del delirium¹¹⁻¹².

El CAPD se utiliza para niños en estado crítico desde el nacimiento hasta los 21 años. La herramienta evalúa ocho ítems de comportamientos en el transcurso de las primeras 12 horas, los elementos a evaluar son signos y síntomas del delirium hipoactivo e hiperactivo basados en la conciencia, la cognición, la orientación y la actividad psicomotora¹³.

Existe un frecuente subdiagnóstico del delirium pediátrico relacionado con la dificultad para evaluar, diagnosticar y tratarlo, lo que genera una alta vulnerabilidad en el paciente pediátrico y lleva a aumentos en las tasas de morbilidad. A su vez la sintomatología presentada en el delirium puede fácilmente confundirse con la de otras alteraciones como son la agitación y el síndrome de abstinencia por lo que es importante conocer las diferentes formas de evaluación y diagnóstico de cada una para así, poder determinar cuál es el diagnóstico y tratamiento necesarios.

Los cambios abruptos de comportamiento, la agitación motora y las interrupciones en el ciclo sueño-vigilia son características en el proceso del delirium; estas también se pueden presentar en otras alteraciones acompañadas de otra sintomatología como es el caso del síndrome de abstinencia iatrogénica, donde además se puede presentar diarrea, vómito y cambios en la temperatura; para realizar el diagnóstico diferencial lo indicado es realizar una valoración haciendo uso de la escala *Withdrawal Assessment Tool-1* (WAT-1), herramienta que evalúa los síntomas de la abstinencia dos veces al día o la escala *Sophia Observation*

Tabla 1 Características de los 15 artículos seleccionados

Referencia en la bibliografía	Objetivo	País	Año	Autores	Diseño	Análisis
7	Determinar el conocimiento actual sobre el delirium y los factores de riesgo entre las enfermeras de la UCIP antes de una educación	EE. UU.	2016	Flaigle et al.	Encuesta descriptiva	Cuidado de enfermería
9	Implementar algoritmos de gestión clínica después de las pruebas y presentará la incorporación necesaria del delirium como medida de resultado para futuros ensayos clínicos en medicina pediátrica de cuidados críticos	EE. UU.	2012	Gesin et al.	Descriptivo	Herramienta de diagnóstico
10	Medir el impacto del uso de la Lista de verificación de cribado del delirium en cuidados intensivos (ICDSC), con o sin un programa educativo multifacético, sobre el conocimiento y las percepciones del delirium por parte de las enfermeras de STICU y su capacidad para evaluarlo correctamente	EE. UU.	2011	Smith et al.	Descriptivo	Herramienta de diagnóstico
11	Determinar la validez y confiabilidad de una herramienta de evaluación del delirium fundamentalmente objetiva y desarrollada apropiadamente para los lactantes críticos y niños en edad preescolar y determinar la prevalencia del delirium	EE. UU.	2016	Smith et al.	Observacional prospectivo	Herramienta de diagnóstico
12	Validar un instrumento de diagnóstico para el delirium pediátrico en niños críticos, tanto ventilados como no ventilados, que utiliza medidas estandarizadas y apropiadas para el desarrollo	EE. UU.	2011	Smith et al.	Pruebas diagnósticas	Herramienta de diagnóstico
13	Determinar la validez y confiabilidad de la Evaluación de Cornell del delirium pediátrico, una herramienta de detección rápida por observación	EE. UU.	2014	Traube et al.	Ensayo clínico	Herramienta de diagnóstico
14	Evaluar las propiedades de medición del componente de delirium pediátrico (escala PD) de <i>Sophia Observation</i>	Países Bajos	2018	Ista et al.	Observacional prospectivo-multicéntrico	Herramienta de diagnóstico
15	Comprender el uso de herramientas, protocolos y medidas de bienestar relacionados con la sedación y analgesia, y detectar la aparición de delirium en las unidades de cuidados intensivos pediátricos	Brasil	2020	Colleti Junior et al.	Encuesta	Tratamiento no farmacológico
16	Proporcionar recomendaciones clínicas para la evaluación del dolor, el grado de sedación, el síndrome de abstinencia iatrogénica y el delirium en lactantes y niños en estado crítico	Países Bajos	2016	Harris et al.	Descriptivo	Tratamiento farmacológico
17	Examinar el papel de la solución oral de gabapentina en la atenuación de la EA (<i>Emergence Agitation</i>) asociada con desflurano en niños después de una cirugía de estrabismo bajo anestesia general	Egipto	2018	Badawy et al.	Ensayo clínico	Tratamiento farmacológico
18	Determinar si el tratamiento del delirium hipoaactivo con la quetiapina reduce la duración del delirium en comparación con ningún tratamiento farmacológico	EE. UU.	2015	Michaud et al.	Observacional prospectivo	Cuidado de enfermería

Tabla 1 (continuación)

Referencia en la bibliografía	Objetivo	País	Año	Autores	Diseño	Análisis
19	Describir una iniciativa de mejora de la calidad para implementar la evaluación del delirium en una unidad de cuidados intensivos pediátricos e identificar las barreras para completar la detección del delirium	EE. UU.	2018	Rohlik et al.	Descriptivo	Cuidado de enfermería
20	Implementar la detección del delirium en una UCIP. Evaluar el impacto de la educación multifacética en el conocimiento del delirium de las enfermeras de la UCIP	EE. UU.	2019	Norman y Taha	Descriptivo	Cuidado de enfermería
21	Identificar en los residentes y enfermeras pediátricos que atienden a pacientes en el entorno de cuidados intensivos expondría malentendidos sobre el delirium	EE. UU.	2019	McGetrick et al.	Encuesta, descriptiva	Tratamiento no farmacológico
22	Evaluar el impacto y efecto de la implementación de paquetes de enfermería no farmacológicos sobre la incidencia del delirium pediátrico. Aún no se sabe si los paquetes reducen de manera consistente la incidencia de delirium	EE. UU.	2018	Franken et al.	Encuesta, descriptiva	Tratamiento no farmacológico
23	Adicionalmente el ingreso de los niños a la unidad de cuidado intensivo pediátrico los expone a una serie de eventos dolorosos y estresantes que repercuten directamente en el desarrollo de sus funciones cognitivas y comportamentales, que en algunos casos son derivados del dolor, agitación y delirium, por lo tanto, es importante utilizar herramientas de valoración del dolor en la UCIP que permiten identificar de manera objetiva el grado de dolor que presentan los pacientes pediátricos críticamente enfermos y así lograr diferenciar el delirium, del síndrome de abstinencia y el dolor Examinar el impacto de un paquete de UCI en el delirium. Detección y prevalencia y describir las características del delirio casos	EE. UU.	2017	Simone et al.	Observacional analítico	Tratamiento no farmacológico

Fuente: datos del estudio 2019.

withdrawal Symptoms-scale (SOS) que consta de 15 ítems y que es desarrollada a partir de la experiencia de expertos de síntomas que consideran relevantes¹⁴⁻¹⁵.

El dolor descrito en los pacientes pediátricos es en su mayoría agudo y de localización específica, se da una mayor expresión vocal y facial del dolor, el paciente puede mostrar agitación emocional y motora como forma de expresión de su incomodidad. Las herramientas usadas para evaluar el dolor en la población pediátrica han sido ampliamente documentadas y son usadas en el ambiente clínico con éxito, como la escala de dolor, agitación y sedación neonatal (N-PASS) que se usa para evaluar el dolor agudo y prolongado en recién nacidos y lactantes. La herramienta Rostros, Piernas, Actividad, Grito y Consolabilidad (FLACC) fue diseñada para evaluar el dolor en niños entre las edades de dos meses y siete años con base en observaciones de comportamiento, y finalmente, la escala de calificación numérica usada en

niños mayores de ocho años que son capaces de identificar y asignar un valor numérico a su dolor¹⁵.

Es importante tener en cuenta los criterios que presenta el DSM-5 para el diagnóstico: A) perturbación en la atención (es decir, capacidad reducida para dirigir, enfocar, mantener y cambiar la atención) y conciencia (orientación reducida hacia el medio ambiente); B) La alteración se desarrolla durante un corto período de tiempo (generalmente horas a unos pocos días), representa un cambio agudo de la atención y la conciencia de referencia, y tiende a fluctuar en severidad durante el transcurso de un día; c) una alteración adicional en la cognición (p. ej., déficit de memoria, desorientación, lenguaje, capacidad o percepción visoespacial); D) las perturbaciones en los criterios A y C no se explican mejor por un trastorno neurocognitivo preexistente, establecido o en evolución y no ocurren en el contexto de un grado de excitación severamente reducido como el coma; y

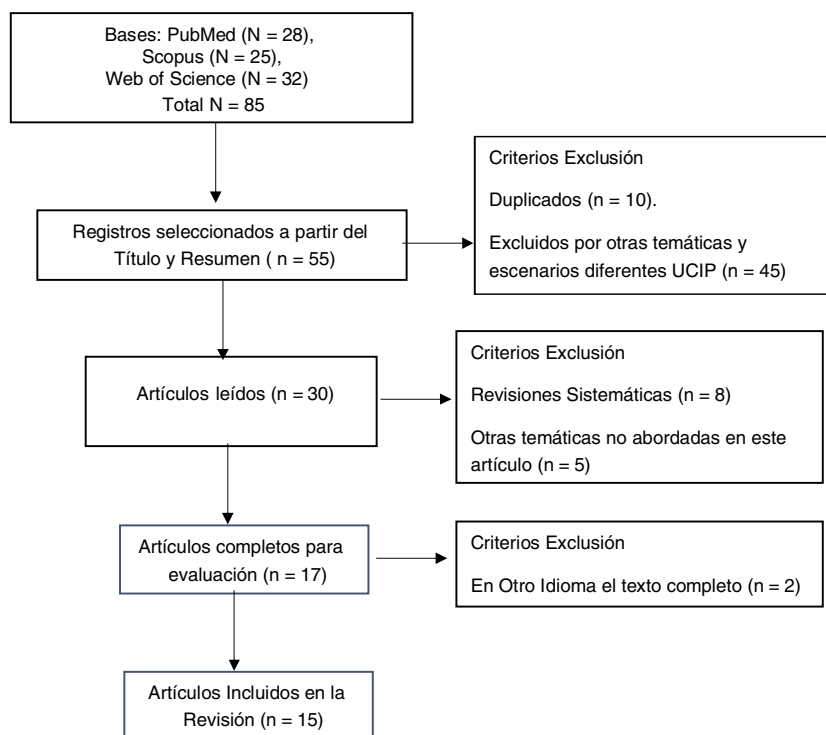


Figura 1 Diagrama de recolección de la información:
Fuente: Datos del estudio 2019.

E) hay evidencia de la historia, el examen físico o los hallazgos de laboratorio de que la alteración es una consecuencia fisiológica directa de otra afección médica, intoxicación o abstinencia de sustancias (es decir, debido a una droga de abuso o a un medicamento), la exposición a una toxina se debe a múltiples etiologías¹⁶.

Si bien las múltiples escalas y herramientas para diagnosticar el delirium han resultado bastante acertadas en el diagnóstico del mismo, se debe tener presente la importancia de la valoración integral, en la cual, la observación del comportamiento del niño es el primer paso para identificar si existe alguna alteración o cambio significativo que resulte relevante para el personal de salud.

Tratamiento farmacológico

El uso de anestésicos en niños está asociado con una alta incidencia de agitación de emergencia (AE) a través de un ensayo prospectivo doble ciego, sin embargo, este estado de agitación se encuentra ligado a otros factores, principalmente la separación del niño del padre durante la inducción anestésica; además, se encontró que el uso de la gabapentina redujo la incidencia general y el puntaje de severidad de la AE, y que los pacientes del grupo a quienes se administró este medicamento se mostraron en un estado más adormilado, sin embargo, ningún paciente de este grupo o del grupo control presentó un estado obnubilado; finalmente se recalca como limitación la falta de claridad sobre la dosis a usar¹⁷. La implicación de múltiples vías del sistema nervioso central en el desarrollo del delirium permitió determinar que la farmacoterapia con agentes psicoactivos, particularmente quetiapina, es una opción fisiológicamente

razonable, el uso sigue siendo limitado debido a sus efectos adversos potencialmente graves; así mismo, se plantea la necesidad de un ensayo prospectivo doble ciego controlado con placebo de quetiapina antes de la adopción de la quetiapina como tratamiento de rutina para el tratamiento del delirium pediátrico¹⁸.

Trabajo interprofesional y cuidados de enfermería

Los cuidados de enfermería se encuentran enfocados desde la valoración de necesidades hasta el apoyo emocional para el paciente y la familia que se pueda brindar. Un cuidado de calidad requiere tanto de actitud como de conocimiento, esto hace que la necesidad de capacitación del personal sea constante, donde enfermería pueda adquirir los conocimientos necesarios para saber identificar, diferenciar y, en menor instancia, tratar la sintomatología que presente su paciente. Este conocimiento va a marcar la diferencia entre mantener a un paciente y en realidad brindar cuidado⁷.

A través de los estudios, se ha visto la necesidad de implementar un cambio en la práctica al identificar los facilitadores y las barreras; la falta de conocimiento es una barrera, recordar completar las evaluaciones, documentación fuera del flujo de trabajo y «paciente ocupado». Los factores con números de predicción de alto riesgo fueron la falta de tiempo y los gráficos en papel¹⁹.

El facilitador tendría que proporcionar educación a lo largo de la fase de implementación, por ello las herramientas para la de detección del delirium deben ser incluidas en la valoración y el registro, como parte de la historia clínica, es decir que dichas herramientas deben estar disponibles y ser fáciles de usar. Lo anterior, sin dejar de lado que la

detección y evaluación del delirium debe darse desde un enfoque multidisciplinario²⁰.

Entre las barreras, se tienen creencias erróneas en torno al tratamiento del delirium, reconociendo que las benzodiazepinas son una terapia apropiada para el delirium y que los niños con delirium no tendrán recuerdos de la experiencia²¹.

En relación con el tratamiento no farmacológico para pacientes de la unidad de cuidados intensivos pediátricos, de dos a 18 años de edad, se ha demostrado disminución del delirium en estos escenarios, mostrando de esta manera un camino para el desarrollo de estas estrategias en la UCIP²². Estas estrategias incluyen intervenciones para abordar los factores desencadenantes del delirium propios del ambiente, la interrupción del sueño, la atención familiar integrada y la movilización. Las intervenciones ambientales son una estrategia preventiva que utilizan las enfermeras para reducir la prevalencia y la duración del delirium, estas intervenciones abordan el exceso de ruido, la luz, y la interrupción del sueño. Las enfermeras pueden minimizar el ruido ajustando el volumen de las alarmas en los monitores, dispositivos de infusión y otros equipos médicos, así como limitando la conversación dentro y fuera de la habitación. Las imágenes del hogar, las mascotas, la familia y los amigos deben ser visibles para el niño y pueden disminuir el miedo, así como reorientar al paciente pediátrico. Las estrategias para orientar al niño mayor incluyen calendarios y relojes. La interrupción del sueño se puede minimizar con un horario de día y noche, mediante la coordinación de terapias con otros miembros del equipo para orientar al paciente en estado crítico⁴.

El cuidado familiar integrado implica la presencia de los padres durante todo el día. Las enfermeras deben educar a los padres sobre el delirium y las tácticas para orientar y consolar a su hijo. Se deben ofrecer las medidas de comodidad preferidas por el niño, como música favorita y juguetes favoritos, adicionalmente las intervenciones de los padres incluyen llevar un diario, participar en rondas, notificar al equipo de atención médica de los cambios sutiles en el paciente y realizar movimientos pasivos²³.

Los juegos son estrategias que permiten distraer y apoyar al niño y la familia en la prevención del delirium, asimismo se recomienda la movilización temprana como una intervención preventiva para reducir la incidencia y duración del delirium; por lo tanto, la movilización temprana es una intervención que puede disminuir la incidencia y duración del delirium en el paciente pediátrico críticamente enfermo. La movilización temprana incluye rango activo de movimiento, sentarlo en el borde de la cama, sentarse en una silla o deambulando²⁴.

La enfermera debe ser consciente de los efectos adversos asociados con los medicamentos antipsicóticos y vigilar de cerca al paciente en caso de que ocurran. Los efectos secundarios incluyen trastorno del movimiento extrapiramidal y arritmias cardíacas, específicamente un intervalo QT corregido prolongado, que puede conducir a torsades de pointes y, en última instancia, insuficiencia cardíaca²³.

Es importante realizar un inventario de todos los agentes farmacológicos de cada medicamento y suspender cualquiera que se sepa que causa delirium o que tiene un alto potencial anticolinérgico. Debido a que una alteración anticolinérgica interviene en procesos neurocognitivos

y conductuales de riesgo, así como no administrar midazolam con fentanilo en una misma solución o vía de acceso porque genera acumulación de estos metabolitos (casi del doble de los pacientes que no tienen dicha infusión)²⁵.

Se recomienda tener y aplicar el paquete de medidas en UCI-ABCDEF²⁶.

- A= Evaluación, prevención y gestión del dolor
- B= Contribuir al despertar espontáneo y respiración espontánea
- C= Elección correcta y justa de sedación y analgesia
- D= Evaluación del delirium, prevención y manejo
- E= Facilitar la movilización temprana y ejercicio
- F= Tener comunicación constante con los familiares.

Conclusiones

La principal dificultad del diagnóstico y tratamiento adecuado del delirium en población pediátrica es la falta de conocimiento que se tiene sobre el mismo; a su vez, en la literatura es un tema que es poco investigado, lo que muestra la posible brecha del conocimiento que existe. El diagnóstico de delirium aún es un tema que genera confusión entre el personal de salud, ya que mucha de la sintomatología puede ser confundida con la de otras patologías, lo cual solo dificulta aún más su tratamiento.

La poca literatura encontrada evidencia la necesidad de investigar y capacitar al personal, tanto de enfermería como de otras áreas de la salud, sobre delirium pediátrico. La importancia de identificar a tiempo, prevenir y tratar el delirium es mayormente reconocida en el ámbito laboral puesto que son en las UCIP donde están los pacientes y es ahí donde la realidad de las necesidades de estos se encuentra y demuestra la necesidad de que la investigación sea dirigida en estos ámbitos.

Las limitaciones para este estudio se relacionaron con el no incluir otro idioma diferente al español e inglés.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association; 2013.
2. Ely EW, Inouye SK, Bernard GR, Gordon S, Francis J, May L, et al. Delirium in mechanically ventilated patients: validity and reliability of the confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU). *JAMA*. 2001;286:2703–10.
3. Schievelde JNM, van der Valk JA, Smeets I, Berghmans E, Wassenberg R, Leroy PLMN, et al. Diagnostic considerations regarding pediatric delirium: a review and a proposal for an algorithm for pediatric intensive care units. *Intensive Care Med*. 2009;35:1843–9.
4. Smith HAB, Brink E, Fuchs DC, Ely EW, Pandharipande PP. Pediatric delirium: monitoring and management in the pediatric intensive care unit. *Pediatr Clin North Am*. 2013;60:741–60.
5. Traube C, Mauer EA, Gerber LM, Kaur S, Joyce C, Kerson A, et al. Cost Associated with Pediatric Delirium in the ICU. *Crit Care Med*. 2016;44:e1175–9.

6. Malas N, Brahmhatt K, McDermott C, Smith A, Ortiz-Aguayo R, Turkel S. Pediatric Delirium: Evaluation, Management, and Special Considerations. *Curr Psychiatry Rep.* 2017;19:65.
7. Flaigle MC, Ascenzi J, Kudchadkar SR. Identifying Barriers to Delirium Screening and Prevention in the Pediatric ICU: Evaluation of PICU Staff Knowledge. *J Pediatr Nurs.* 2016;31:81–4.
8. Cooper H. The integrative research review: a systematic approach. BH. *The integrative research review: a systematic approach.* Beverly Hills: Sage Pub.; 1984.
9. Gesin G, Russell BB, Lin AP, Norton HJ, Evans SL, Devlin JW. Impact of a delirium screening tool and multifaceted education on nurses' knowledge of delirium and ability to evaluate it correctly. *Am J Crit Care.* 2012;21:e1–11.
10. Smith HAB, Fuchs DC, Pandharipande PP, Barr FE, Ely EW. Delirium: An emerging frontier in the management of critically ill children. *Anesthesiol Clin.* 2011;29:729–50.
11. Smith HAB, Gangopadhyay M, Goben CM, Jacobowski NL, Chestnut MH, Savage S, et al. The Preschool Confusion Assessment Method for the ICU: Valid and Reliable Delirium Monitoring for Critically Ill Infants and Children. *Crit Care Med.* 2016;44:592–600.
12. Smith HAB, Boyd J, Fuchs DC, Melvin K, Berry P, Shintani A, et al. Diagnosing delirium in critically ill children: Validity and reliability of the Pediatric Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit. *Crit Care Med.* 2011;39:150–7.
13. 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*. *Crit Care Med.* 2014;42:656–63.
14. Ista E, van Beusekom B, van Rosmalen J, Kneyber MCJ, Lemson J, Brouwers A, et al. Validation of the SOS-PD scale for assessment of pediatric delirium: a multicenter study. *Crit Care.* 2018;22:309.
15. Colleti Junior J, Araujo OR de, Andrade AB de, Carvalho WB de. Practices related to assessment of sedation, analgesia and delirium among critical care pediatricians in Brazil. *Einstein (Sao Paulo).* 2020;18:eAO5168.
16. Harris J, Ramelet AS, van Dijk M, Pokorna P, Wielenga J, Tume L, et al. Clinical recommendations for pain, sedation, withdrawal and delirium assessment in critically ill infants and children: an ESPNIC position statement for healthcare professionals. *Intensive Care Med.* 2016;42:972–86.
17. Badawy AA, Kasem SA, Rashwan D, Al Menesy T, Adel G, Mokhtar AM, et al. The role of Gabapentin oral solution in decreasing desflurane associated emergence agitation and delirium in children after stabismus surgery, a prospective randomized double-blind study. *BMC Anesthesiol.* 2018;20:73.
18. Michaud CJ, Bullard HM, Harris SA, Thomas WL. Impact of Quetiapine Treatment on Duration of Hypoactive Delirium in Critically Ill Adults: A Retrospective Analysis. *Pharmacotherapy.* 2015;35:731–9.
19. Rohlik GM, Fryer KR, Tripathi S, Duncan JM, Coon HL, Padhya DR, et al. Overcoming Barriers to Delirium Screening in the Pediatric Intensive Care Unit. *Crit Care Nurse.* 2018;38:57–67.
20. Norman SL, Taha AA. Delirium Knowledge, Self-Confidence, and Attitude in Pediatric Intensive Care Nurses. *J Pediatr Nurs.* 2019;46:6–11.
21. McGetrick ME, Lach C, Mullen JE, Munoz-Pareja JC. Assessing Nursing and Pediatric Resident Understanding of Delirium in the Pediatric Intensive Care Unit. *Crit Care Nurs Clin North Am.* 2019;31:481–8.
22. Franken A, Sebbens D, Mensik J. Pediatric Delirium: Early Identification of Barriers to Optimize Success of Screening and Prevention. *J Pediatr Heal Care.* 2019;33:228–33.
23. Schieveld JNM, Leroy PLJM, van Os J, Nicolai J, Vos GD, Leentjens AFG. Pediatric delirium in critical illness: phenomenology, clinical correlates and treatment response in 40 cases in the pediatric intensive care unit. *Intensive Care Med.* 2007;33:1033–40.
24. Van Tuijl SG, Van Cauteren YJ, Pikhart T, Engel M, Schieveld JN. Management of pediatric delirium in critical illness: a practical update. *Minerva Anesthesiol.* 2015;81:333–41.
25. da Silva PS, Reis ME, de Aguiar VE, Fonseca MC. Use of fentanyl and midazolam in mechanically ventilated children-Does the method of infusion matter? *J Crit Care.* 2016;32:108–13.
26. Simone S, Edwards S, Lardieri A, Walker LK, Graciano AL, Kishk OA, et al. Implementation of an ICU Bundle: An Inter-professional Quality Improvement Project to Enhance Delirium Management and Monitor Delirium Prevalence in a Single PICU. *Pediatr Crit Care Med.* 2017;18:531–40.