

ORIGINALES

Encuesta argentina sobre delirio en pacientes críticos pediátricos

LAURA V. FIGUEROA,* PAULA I. ROSSI, DAIANA E. BARRIONUEVO

Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica, Hospital Provincial Neuquén "Dr. Eduardo Castro Rendón", Neuquén, Argentina

* Correspondencia: lauritafiguroa@yahoo.com.ar

Recibido: 10 junio 2020. Revisión: 16 junio 2020. Aceptado: 5 enero 2021.

Resumen

Introducción: El delirio es un evento asociado al cuidado del paciente crítico. Los estudios pediátricos han demostrado que, al menos, el 25% de los niños en estado crítico tiene delirio y puede llegar a cerca del 38% en aquellos que permanecen más de 5 días internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Las herramientas validadas para su correcta detección son la Escala de Cornell, el pCAM-ICU y el psCAM-ICU. No hay tratamiento estandarizado, su manejo adecuado se basa en la prevención de los factores de riesgo modificables.

Objetivo: Conocer conceptos y prácticas de médicos y enfermeros que atienden a pacientes pediátricos en estado crítico, sobre el diagnóstico, el manejo y la prevención del delirio en la Argentina.

Población y Métodos: Médicos y enfermeros de la UCIP de diferentes provincias que recibieron una encuesta por correo electrónico, durante 2018.

Resultados: De 170 médicos y enfermeros invitados a participar 113 respondieron. El 85,32% considera al delirio un evento esperado en las UCIP; el 87,16%, que el delirio está subdiagnosticado y el 90,27%, que es una situación que requiere intervención. Solo el 12,38% recibió suficiente capacitación. La escala más utilizada fue la de Cornell, mientras que la forma de detección más común fue el examen clínico del médico tratante. El 65,48% considera útil el uso de benzodiazepinas para tratar el delirio.

Conclusiones: El delirio en el paciente pediátrico crítico es considerado un evento subdiagnosticado y requiere una intervención. Los resultados destacan la necesidad de mejorar la capacitación sobre delirio en el paciente pediátrico crítico.

Palabras clave: Delirio; escalas de pesquisa; encuesta.

Abstract

Introduction: Delirium is an event associated with the care of the critically ill patient. Pediatric studies have shown that delirium is present in at least 25% of critically ill children and can be as high as 38% in children who stay in the PICU for more than 5 days. The tools validated for its correct detection are the Cornell Scale, pCAM-ICU and psCAM-ICU. There is no standardized treatment, and its proper management is based on the prevention of modifiable risk factors.

Objective: To know concepts and practices of physicians and nurses who attend critically ill pediatric patients, in the diagnosis, management and prevention of delirium in Argentina.

Population and Methods: Physicians and nurses from the PICU of different provinces, were sent by email a survey during 2018.

Results: Of 170 physicians and nurses invited to participate, 113 responded.

85.32% consider delirium an expected event in the PICU, 87.16% believe that delirium is underdiagnosed and 90.27% that it is a situation that requires intervention. Only 12.38% received sufficient training. The most widely used scale was the Cornell scale, while the more common detection method was the clinical examination of the treating physician. 65.48% consider the use of benzodiazepines useful for the treatment of delirium.

Conclusions: Delirium in the critically ill pediatric patient is considered an underdiagnosed event and requires intervention. The results highlight the need to improve delirium training in critically ill pediatric patients.

Key words: Delirium; screening scales; survey.

Introducción

En las últimas décadas, se produjeron grandes avances en los diagnósticos y tratamientos de las enfermedades graves en los niños; de igual manera, se hicieron evidentes algunos de los efectos adversos de estas nuevas medidas, como el delirio en niños.¹ A pesar de que se incrementó la evidencia del delirio en pacientes pediátricos críticos, este cuadro sigue siendo poco reconocido debido a la falta de conocimiento y a los desafíos en su diagnóstico temprano.² Según el DSM-V, los criterios de diagnóstico para el delirio son: a) una perturbación de la atención o la conciencia; b) esta perturbación se acompaña de cambios en la cognición que no pueden ser mejor explicados por otro trastorno neurocognitivo preexistente (p. ej., retraso mental, demencia); c) la condición se desarrolla en horas o días y, a menudo, fluctúa durante el día, típicamente empeora por la noche y d) hay indicaciones de los antecedentes del paciente, el examen o los resultados de laboratorio de que el trastorno es probablemente el resultado de una condición médica o de su tratamiento.³ Se clasifica según su clínica en: hiperactivo, hipoactivo y mixto.¹

Un estudio multicéntrico internacional reveló una prevalencia del 25% y que esta aumenta hasta un 38% en niños en estado crítico que permanecen 6 o más días internados en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP).⁴

La identificación temprana del delirio es un tema urgente en medicina, ya que su reconocimiento y tratamiento tempranos pueden reducir, al mínimo, las consecuencias de su aparición, que incluyen estancia más prolongada en la UCIP y más días en ventilación mecánica. Además, el delirio es un fuerte factor predictivo independiente de muerte.⁵

Sin embargo, a pesar del reconocimiento de los riesgos para esta población, no hay consenso sobre la detección, la evaluación y el manejo del delirio.⁶

En los últimos años, su diagnóstico ha mejorado gracias a la validación de herramientas de detección que fomentan la monitorización dentro del entorno de cuidados intensivos (escalas de delirio).⁷⁻¹⁰

A través de esta encuesta se intenta conocer los conceptos y las prácticas de los médicos y enfermeros que atienden a niños en estado crítico en las UCIP de la Argentina, con respecto a la detección, el diagnóstico y el manejo del delirio.

Población y Métodos

Se realizó una encuesta sobre delirio en el paciente crítico pediátrico. Fue elaborada por personal de terapia intensiva pediátrica del Hospital Provincial Neuquén "Dr. Eduardo Castro Rendón". Esta encuesta fue aprobada por el Comité de Docencia de dicho hospital.

La encuesta, de carácter anónimo, se distribuyó entre marzo y octubre de 2018. Se incluyó como desti-

natarios al personal asistencial: médicos y enfermeros de UCIP de todo el país, sin criterios de exclusión. Se accedía a ella por un enlace a través del correo electrónico (Anexo).

El cuestionario fue elaborado con respuestas de opciones determinadas. Las encuestas se enviaron por correo electrónico a 170 profesionales que se desempeñan en UCIP. Para darle formalidad hicimos prensa y difusión a través de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva. Antes se había realizado una prueba piloto con 10 médicos intensivistas con el fin de evaluar la comprensión de las preguntas y la accesibilidad a la encuesta.

Con los datos obtenidos se elaboró un análisis descriptivo, basado en el análisis estadístico de modelos empíricos de frecuencias unidimensionales y bidimensionales. Se utilizaron tablas de contingencias y gráficos según la naturaleza de las variables cualitativas, con un tipo de muestreo casual o por conveniencia no probabilístico.

Resultados

Datos generales

Se recibieron 113 (66,4%) respuestas a 170 encuestas enviadas de 17 provincias de la Argentina (Tabla).

TABLA
Encuestas recibidas por provincia

Provincia	Cantidad de encuestas	Porcentaje
Buenos Aires	44	39%
Catamarca	2	2%
Chaco	3	3%
Chubut	4	4%
Córdoba	6	5%
Corrientes	2	2%
Formosa	3	3%
Jujuy	1	1%
La Pampa	1	1%
Neuquén	25	22%
Río Negro	2	2%
Salta	5	4%
San Juan	1	1%
San Luis	2	2%
Santa Fe	5	4%
Tierra del Fuego	1	1%
Tucumán	4	4%
Ushuaia	1	1%
Sin especificar	1	1%
Total	113	100%

Las provincias con más respuestas fueron Buenos Aires (39%) y Neuquén (22%), y respondieron menos enfermeros (19%) que intensivistas pediátricos (70%) y solo un 11% de médicos en formación. La mayoría de las UCIP eran públicas, académicas (93,81%) y el 59,29% eran polivalentes sin recuperación cardiovascular, mientras que el 35,40% eran polivalentes con recuperación cardiovascular y el 4,42%, exclusivas de recuperación cardiovascular.

Si bien la mayoría de las UCIP eran públicas, el 54,87% eran cerradas.

Con respecto a la antigüedad, el 46% de los médicos tenía más de 5 años en la UCIP; por el contrario, el 57% de los enfermeros tenía una experiencia inferior a 5 años.

Conocimientos sobre delirio

Sobre la frecuencia de la evaluación del delirio, el 66,38% nunca evalúa el delirio o lo hace solo ocasionalmente. El 6,19% evalúa siempre el delirio y el 27,43% lo hace a menudo. Solo el 4,42% lo evalúa de forma continua, cuatro o más veces por día.

El 12,38% de los encuestados recibió suficiente capacitación sobre delirio, mientras que un alto porcentaje (87,61%) recibió poca o ninguna capacitación sobre delirio.

Para la evaluar la presencia de delirio, la escala más utilizada fue la de Cornell y el pCAM-ICU, mientras que el examen clínico del médico tratante fue el método más común utilizado por los profesionales y, en un menor porcentaje, el examen a cargo de un psiquiatra infantil; el resto de las respuestas engloba el uso de una o más escalas o una combinación de opciones (Figura 1).

A la pregunta sobre los hallazgos que forman parte del cuadro de delirio, el 25,89% reconoció cuatro

componentes: agitación psicomotora, pensamientos desorganizados, alucinaciones y fluctuaciones del nivel de conciencia. El 10,7% respondió solo agitación psicomotora; el 1,79%, solo alucinaciones; el 2,68%, solo fluctuaciones del nivel de conciencia y el 0,89%, solo pensamientos desorganizados como parte del cuadro. El resto nombró combinaciones de dos o más hallazgos.

Como tratamiento para el delirio, la mayoría administra benzodicepinas, al menos, como una de las drogas para tratarlo. Un 12% utiliza una combinación de haloperidol y benzodicepinas, y el resto, en porcentajes menores, solo dexmedetomidina, opioides y antipsicóticos atípicos (Figura 2).

Enunciados sobre el delirio

Ante el enunciado de si el delirio es un evento esperado en cuidados intensivos, un gran porcentaje estuvo de acuerdo o totalmente de acuerdo (Figura 3).

La gran mayoría estuvo de acuerdo en que el delirio está subdiagnostico. (Figura 4).

Un alto porcentaje respondió que el delirio es considerado un problema que requiere una intervención, que puede ser farmacológica o no farmacológica para controlarlo. (Figura 5).

Con respecto al enunciado de si la agitación psicomotora es un componente imprescindible para el diagnóstico de delirio, el 29,9% está de acuerdo o totalmente de acuerdo, mientras que el 70,09% está en desacuerdo.

También el 77,35% reconoce la inatención como parte del cuadro.

El 67,29% está en desacuerdo con el enunciado que dice que el delirio en los niños siempre se manifiesta como un estado hiperactivo y confuso, es decir, reconocen el delirio hipoactivo.

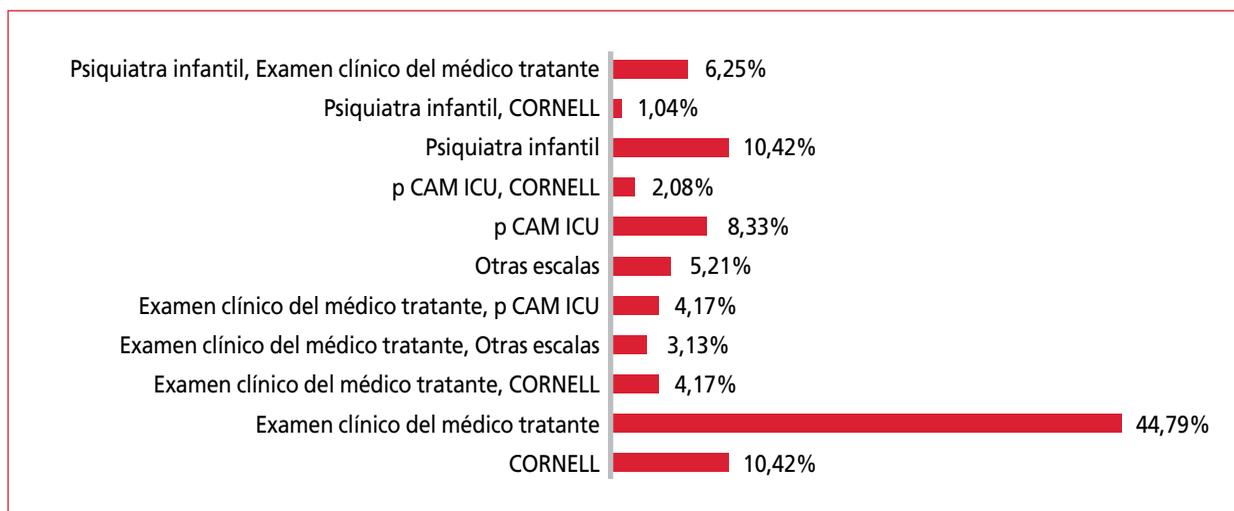


Figura 1. Si evalúa el delirio, ¿qué herramienta utiliza?

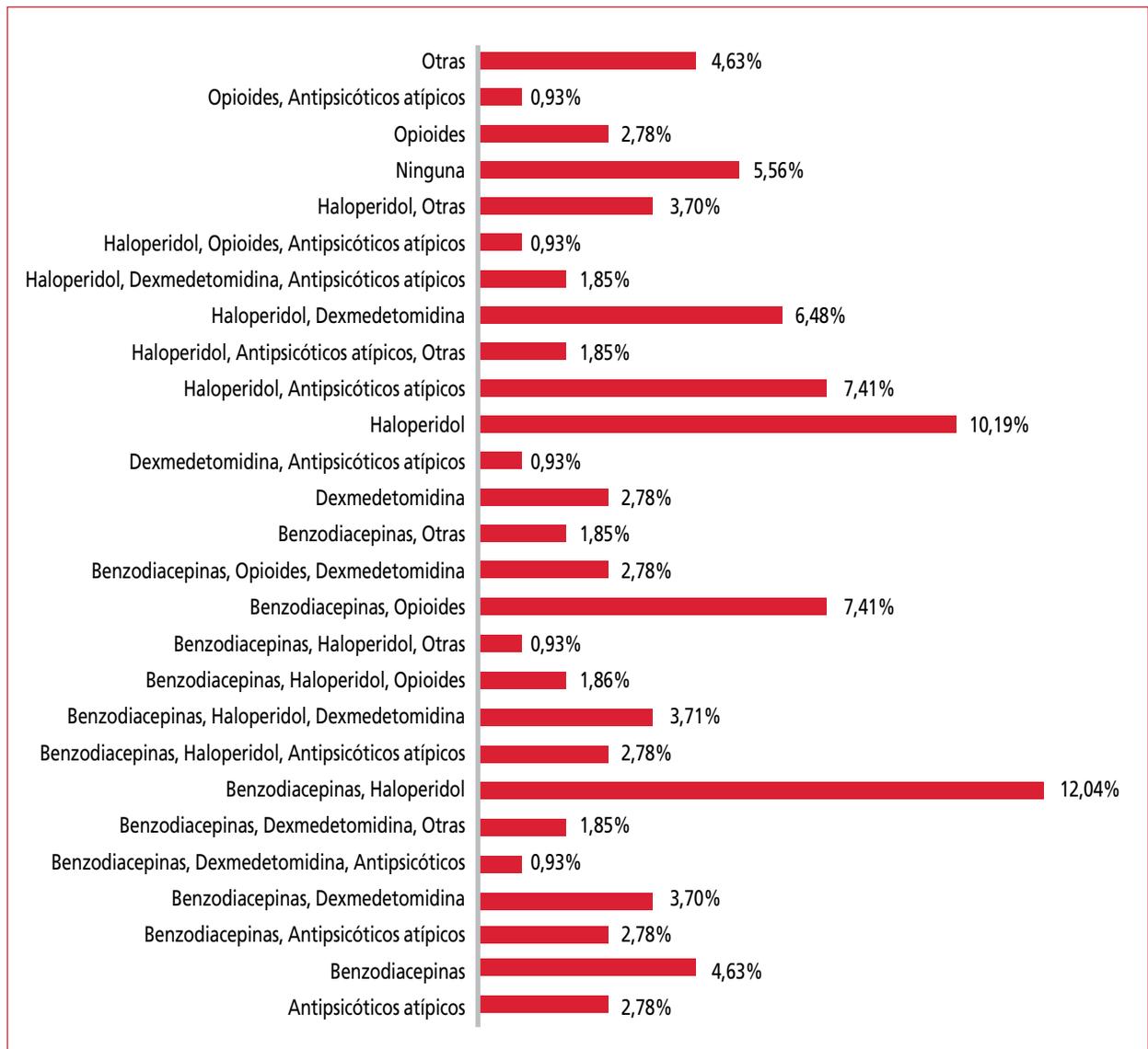


Figura 2. ¿Qué drogas utiliza para tratar el delirio?

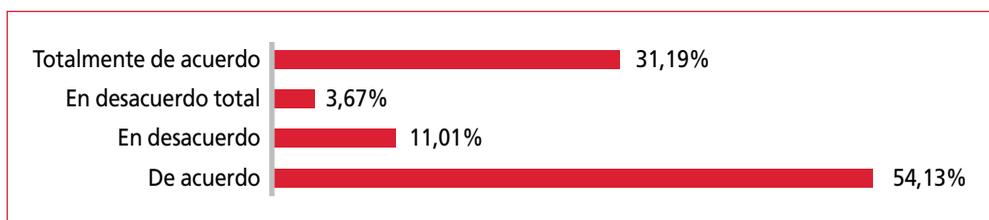


Figura 3. Respuestas a la afirmación: "El delirio es un evento esperado en los cuidados intensivos".

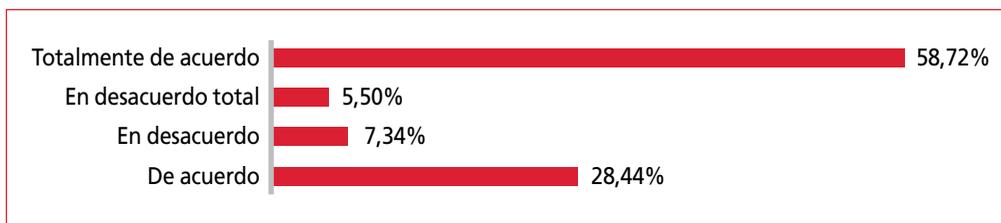


Figura 4. Respuestas a la afirmación: "El delirio es subdiagnosticado".

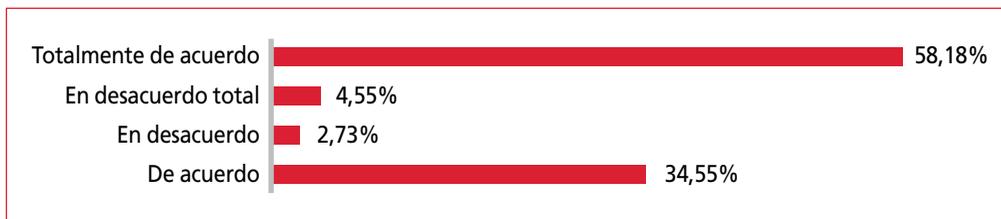


Figura 5. Respuestas a la afirmación: "El delirio es un problema que requiere intervención".

Los cambios de comportamiento en el transcurso del día son típicos del delirio, el 73,59% está de acuerdo o totalmente de acuerdo con este enunciado.

En cuanto a la frase: "Los niños generalmente no recuerdan haber sufrido delirio", el 41,35% está de acuerdo o totalmente de acuerdo; el 50,96%, en desacuerdo y el 7,69%, en desacuerdo total.

Con respecto al enunciado si la Escala de Coma de Glasgow es la mejor escala para diagnosticar el delirio, el 8,25% de los encuestados está de acuerdo o totalmente de acuerdo.

El 76,9% está totalmente de acuerdo o de acuerdo en que se seda excesivamente al paciente crítico.

La mayoría reconoce los siguientes factores de riesgo: la enfermedad crítica (66,99%), la deshidratación (65,48%), la desnutrición (56,64%), el uso de más medicación, como sedantes y analgésicos (benzodiazepinas, opioides), para el manejo del paciente ventilado (78,76%), analgésicos opioides (65,48%), amarres para la contención física (60,18%), el ruido excesivo en la UCIP (77%) y la pérdida del ciclo sueño-vigilia (85,84%).

El 65,48% considera útil el uso de las benzodiazepinas para tratar el delirio hiperactivo.

Discusión

El delirio es una disfunción cerebral aguda caracterizada por inatención, confusión, fluctuación del estado de conciencia y pensamiento desorganizado. Según el DSM-V, esta perturbación cognitiva global no tiene relación con compromiso severo del nivel de conciencia, como el coma, y es consecuencia fisiológica de otra condición médica.

El delirio en niños en estado crítico se está convirtiendo en un diagnóstico extremadamente importante que debe ser reconocido por todos los intensivistas pediátricos. Una combinación de enfermedades críticas, los medicamentos sedante-analgésicos y la interrupción del sueño son factores de riesgo para el paciente crítico pediátrico con ventilación mecánica. Las consecuencias pueden incluir el aumento de la morbilidad y la mortalidad, de la intubación prolongada y el destete de medicamentos.⁶

Cabe destacar también que los pacientes con cuidados intensivos cardíacos exhiben una prevalencia aun mayor. Un estudio muestra que la tasa de delirio fue del 100% en pacientes cardíacos con ECMO y el 49% de los niños sometidos a cirugía que requiere revascularización cardíaca.^{11,12} En nuestro país, no hay datos estadísticos sobre la incidencia y la prevalencia en la población pediátrica.

En la actualidad, las escalas validadas para la detección de delirio en niños son el pCAM-ICU (*Pediatric Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit*), psCAM-ICU (*Preschool Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit*) y la Escala de Evaluación de Cornell del Delirio en Pediatría (*Cornell Assessment of Pediatric Delirium, CAPD*).

El pCAM-ICU es una herramienta interactiva, orientada cognitivamente, y se utiliza en niños >5 años.⁸ El psCAM-ICU es una herramienta interactiva utilizada en niños de 6 meses a 5 años.¹⁰ Ninguna de estas escalas está validada para su uso en niños con alteraciones en el neurodesarrollo.

La escala de Cornell es una herramienta estrictamente de observación, diseñada para niños de todas las edades y puede ser utilizada en niños con altera-

ciones en el neurodesarrollo, permite evaluar ambos tipos de delirio, y no requiere de la colaboración del paciente.⁷⁻⁹

La *European Society of Pediatric and Neonatal Intensive Care* recomienda el uso de la escala de Cornell como instrumento para evaluar el delirio en lactantes y niños críticos (grado de recomendación A).¹³

En la bibliografía, hemos encontrado encuestas similares para evaluar el conocimiento y las opiniones sobre el delirio^{6,14-16} en pacientes pediátricos.

En la encuesta de Kudchadkar et al,⁶ al caracterizar las prácticas internacionales de las UCIP, el 71% de los encuestados informó que su unidad no realiza la detección de rutina del delirio, y solo el 2% comunicó que se realiza la detección de delirio en cada niño, al menos, una vez por turno, frecuencia similar a la de nuestra población, en la que el 66,38% no realiza la detección o lo hace muy poco, y un mínimo porcentaje lo evalúa una vez por turno.

En otra encuesta efectuada en cuidados intensivos cardíacos,¹⁴ el 75% informó que su UCIP no detecta rutinariamente el delirio.

De los encuestados que informaron que hacían detección frecuente y ocasional de delirio, la única herramienta validada reportada fue el pCAM-ICU,⁶ a diferencia de lo que ocurre en nuestra población que, además, reconoció a la escala de Cornell en un porcentaje menor.

Hay conceptos específicos que identifican brechas y áreas de conocimientos para mejorar la capacitación sobre delirio. En nuestra muestra, un tercio de los participantes utiliza el examen clínico como forma de detección, herramienta no validada para realizar el diagnóstico. Surge además de manera errónea la Escala de Coma de Glasgow como la mejor escala (8,25% de los encuestados), este porcentaje es similar al observado en otra encuesta en la cual el 11% de las enfermeras creía que la Escala de Coma de Glasgow es un método apropiado para detectar el delirio¹⁵ y, en menor proporción, las escalas de abstinencia, escalas no adecuadas para la detección de delirio. Así también, en otra encuesta,⁶ muchos nombraron erróneamente escalas de abstinencia, como Sophia y Finnegan.

A pesar de disponer de herramientas validadas (escalas) para la detección y el diagnóstico del delirio, y que eventualmente, de no conocerlas, el diagnóstico lo puede hacer un psiquiatra infantil, en esta muestra, un alto porcentaje de los encuestados no evalúa nunca o lo hace ocasionalmente.

Varios estudios han hallado que tanto los adultos como los niños tienen recuerdos de su estado delirante después del alta de la UCI,¹⁶⁻¹⁸ que pueden tener secuelas psicológicas a largo plazo. En nuestra encuesta, la mitad concuerda con esta información. Colville et al¹⁶ hallaron que, tres meses después del alta, un tercio de los pacientes de la UCIP reportaron recuerdos

de características psicóticas, inclusive delirios y alucinaciones inquietantes, sugestivas de delirio durante el ingreso en la UCIP. En otra encuesta,¹⁵ se observa que el 37% del personal de enfermería cree que los niños no recuerdan estar delirantes. La idea errónea de que el delirio no es recordado puede conducir a una disminución de la urgencia y del énfasis en la prevención y el tratamiento.

El manejo adecuado del delirio comienza con identificar y modificar los factores que contribuyen a su desarrollo en niños en estado crítico, para lo que se han propuesto medidas no farmacológicas y farmacológicas.

Existen factores de riesgo claramente identificados en cuidados críticos que favorecen su aparición, como el nivel de ruido, la pérdida del ciclo sueño-vigilia y el uso de benzodiazepinas.^{15,19} La mayoría de los encuestados reconoce como factores de riesgo: la deshidratación, la desnutrición, el uso de más medicación (sedantes y analgésicos para el manejo del paciente ventilado), analgésicos opioides, amarres para la contención física y el ruido excesivo en la UCIP y la pérdida del ciclo sueño-vigilia, si bien en la encuesta no se formularon preguntas con respecto al manejo no farmacológico del delirio, su prevención se basa en el conocimiento de los factores de riesgo.

Una de las estrategias en la prevención y el manejo del delirio podría estar centrada en la presencia de los padres dentro de la terapia. En nuestra muestra, observamos que, si bien la mayoría de las terapias son públicas, más de la mitad son cerradas.¹⁵

Con respecto al tratamiento farmacológico, no hay un consenso sobre el manejo adecuado.

En un estudio de Smith et al,¹⁹ el delirio se asoció significativamente con una menor probabilidad de alta de la UCIP en niños preescolares. La mayor exposición a las benzodiazepinas se asoció significativamente con menor probabilidad de alta de la UCIP y mayor desarrollo y duración del delirio, además del aumento del riesgo de delirio al día siguiente.

Un estudio retrospectivo reciente de Mody et al²⁰ halló que las benzodiazepinas son un factor predictivo independiente de delirio en niños críticamente enfermos. Comunicaron una relación dependiente de la dosis, temporal y causal entre la exposición a benzodiazepinas y el desarrollo del delirio. El tratamiento con benzodiazepinas aumenta más del doble el riesgo de un niño de tener delirio al día siguiente (razón de probabilidades [odds ratio] 2,0; intervalo de confianza 1,4-2,9; $p < 0,001$), incluso después de controlar el estado delirante previo. En aquellos niños que aún no estaban delirantes, la exposición a las benzodiazepinas cuadruplicó la posibilidad de delirio (razón de probabilidades 4,4, intervalo de confianza 1,7-11,1; $p \leq 0,002$), lo que muestra que estas drogas se asocian independientemente con una transición del estado mental normal al delirio.^{20,21} En la encues-

ta realizada en UCIP cardiovasculares,¹⁴ los encuestados utilizaron benzodicepinas, como lorazepam o midazolam, como agentes de primera línea para el manejo del delirio.

A pesar de esto, el 65,48% de nuestra población considera útil el uso de las benzodicepinas para tratar el delirio, y un 45,08% las utiliza como, al menos, una de las drogas para tratarlo.

Esto resalta la necesidad de capacitación para reducir la exposición o evitar las benzodicepinas y disminuir así la probabilidad de desarrollar delirio y mitigar el daño iatrogénico en pacientes pediátricos críticos.

Finalmente, en esta encuesta, la mayoría recibió poca o ninguna capacitación sobre delirio, concuerda con otra encuesta en la cual más de la mitad de los participantes no recibió capacitación.¹⁴

Esta encuesta evalúa los conocimientos, conceptos y prácticas de médicos y enfermeros que atienden a niños en estado crítico, sobre el diagnóstico, el manejo y la prevención del delirio en algunas UCIP de la Argentina. Entre sus limitaciones, podemos mencionar que el tipo de muestreo que se realizó es una técnica no probabilística; por lo tanto, no se puede efectuar una inferencia estadística, pero sí se pueden extraer hipótesis de trabajo y se concluye en función de la muestra seleccionada. La importancia de este estudio es que nos permite hacer una aproximación a las prácticas con respecto al delirio de una muestra de profesionales que atienden a niños en estado crítico.

Conclusiones

A pesar de que el delirio en la población de la UCIP es considerado un evento subdiagnosticado, pero esperado y que requiere una intervención, los profesionales de la salud encuestados no lo evalúan con frecuencia, no emplean una herramienta validada para su evaluación en la UCIP, y dentro del manejo del delirio, utilizan benzodicepinas en un alto porcentaje. Los resultados destacan la necesidad de mejorar la capacitación sobre la importancia del delirio en niños en estado crítico.

Los autores no declaran conflictos de intereses.

Bibliografía

1. Schieveland JNM, Leroy PLM, van Os J, et al. Pediatric delirium in critical illness: phenomenology, clinical correlates and treatment response in the pediatric intensive care unit. *Intensive Care Med* 2007; 33: 1033-1040. <https://doi.org/10.1007/s00134-007-0637-8>
2. Simone S, Edwards S, Lardieri A, et al. Implementation of an ICU bundle: An interprofessional quality improvement project to enhance delirium management and monitor delirium prevalence in a single PICU. *Pediatric Crit Care* 2017; 18(6): 531-540. <https://doi.org/10.1097/PCC.0000000000001127>
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association ; 2013.
4. Traube C, Silver G, Reeder RW, et al. Delirium in critically ill children: An international point prevalence study. *Crit Care Med* 2017; 45: 584-590. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002250>
5. Traube C, Silver G, Gerber LM, et al. Delirium and mortality in critically ill children: Epidemiology and outcomes of pediatric delirium. *Crit Care Med* 2017; 45: 891-898. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002324>
6. Kudchadkar SR, Yaster M, Punjabi N. Sedation, sleep promotion, and delirium screening practices in the care of mechanically ventilated children: A wake-up call for the pediatric critical care community. *Crit Care Med* 2014; 42(7): 1592-1600. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000000326>
7. Silver G, Kearney J, Traube C, Hertzog M. Delirium screening anchored in child development: The Cornell Assessment for Pediatric Delirium. *Palliat Support Care* 2015; 13: 1005-1011. <https://doi.org/10.1017/S1478951514000947>
8. Smith H, Boyd J, Funchs C, 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(1): 150-157. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3181feb489>
9. Traube C, Silver G, Kearney J. Cornell Assessment of Pediatric Delirium: a valid, rapid, observational tool for screening delirium in the PICU. *Crit Care Med* 2014; 42(3): 656-663. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3182a66b76>
10. Smith H, Gangopahyay M, Goben C, 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. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000001428>
11. Patel AK, Biagas KV, Clark EC, et al. Delirium in the pediatric cardiac extracorporeal membrane oxygenation patient population: A case series. *Pediatr Crit Care Med* 2017; 18: e621-e624. <https://doi.org/10.1097/PCC.0000000000001364>
12. Walker T, Kudchadkar SR. Pain and Sedation Management: 2018 Update for the Rogers' Textbook of Pediatric Intensive Care. *Pediatric Crit Care Med* 2019; 20(1): 54-61. <https://doi.org/10.1097/PCC.0000000000001765>
13. Harris J, Ramelet AS, van Dijk M, 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: 972-986. <https://doi.org/10.1007/s00134-016-4344-1>
14. Staveski SL, Pickler RH, Lin L, et al. Management of Pediatric Delirium in Pediatric Cardiac Intensive Care Patients: An international survey of current practices. *Pediatr Crit Care Med* 2018; 19(6): 538-543. <https://doi.org/10.1097/PCC.0000000000001558>
15. 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(1): 81-84. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2015.07.009>
16. Colville G, Kerry S, Pierce C, et al. Children's factual and delusional memories of intensive care. *Am J Respir Crit Care Med* 2008; 177(9): 976-929. <https://doi.org/10.1164/rccm.200706-857OC>
17. Wade DM, Brewin CR, Howell DC, et al. Intrusive memories of hallucinations and delusions in traumatized intensive care patients: An interview study. *Br J Health Psychol* 2014; 20(3): 613-631. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12109>

18. Svenningsen H, Tonnesen EK, Videbech P, et al. Intensive care delirium - effect on memories and health-related quality of life - a follow-up study. *J Clin Nurs* 2014; 23(5-6): 634-644. <https://doi.org/10.1111/jocn.12250>
19. Smith H, Fuchs C, Pandharipande P, et al. Delirium: an emerging frontier in the management of critically ill children. *Crit Care Clin* 2009; 25(3): 539-614. <https://doi.org/10.1016/j.ccc.2009.05.002>
20. Mody K, Kaur S, Mauer EA, et al. Benzodiazepines and development of delirium in critically ill children: Estimating the causal effect. *Crit Care Med* 2018; 46(9): 1486-1491. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003194>
21. Pandharipande P, Shintani A, Peterson J, et al. Lorazepam is an independent risk factor for transitioning to delirium in intensive care unit patients. *Anesthesiology* 2006; 104(1): 21-26. <https://doi.org/10.1097/00000542-200601000-00005>

Cómo citar este artículo: Figuroa LV, Rossi PI, Barrionuevo DE. Encuesta argentina sobre delirio en pacientes críticos pediátricos. *RATI*. 2021;38:e723.05012021.



Anexo. Encuesta argentina sobre delirio en pacientes críticos pediátricos

El grupo de delirio de la unidad de terapia intensiva infantil del Hospital "Castro Rendón" te invita a llenar un formulario:

ENCUESTA ARGENTINA SOBRE DELIRIO EN PACIENTES CRÍTICOS PEDIÁTRICOS

El delirio es una condición aguda que puede afectar a los pacientes críticos de manera global cuando no se identifica y se toman medidas preventivas para evitar su aparición.

Al ser una condición, desconocida o no reconocida en muchas oportunidades no podemos conocer su frecuencia en nuestras terapias con exactitud, por lo que no tenemos magnitud del problema y herramientas para su detección.

El objetivo de esta encuesta anónima es conocer conceptos y prácticas de los intensivistas pediátricos así como de los médicos/as en formación y enfermeros/as que atienden a pacientes críticos en las unidades de terapia intensiva de la Argentina, con respecto a la detección, diagnóstico, tratamiento y manejo del delirio.

Ciudad y provincia de la institución donde trabaja

Nombre de la institución en la que trabaja

1. Cargo que desempeña

- a. Enfermero/a
- b. Médico/a
- c. Médico/a residente

2. Tipo de hospital

- a. Académico
- b. No académico

3. Tipo de institución

- a. Pública
- b. Privada

4. Es una terapia abierta (sin restricción de visitas)

- a. Abierta
- b. Cerrada

5. ¿Hace cuántos años trabaja en UTIP?

- a. Menos de 5
- b. 6 a 10 años
- c. 11 a 15 años
- d. 16 a 20 años
- e. Más de 20 años

6. Números de cama de terapia intensiva

- a. Menor a 5 camas
- b. 6 a 10 camas
- c. 11 a 15 camas
- d. 16 a 20 camas
- e. Más de 20 camas

7. Tipo de terapia

- a. POP cirugía cardiovascular
- b. Polivalente
- c. Recuperación de trasplante
- d. Polivalente y recuperación cardiovascular

Anexo. Encuesta argentina sobre delirio en pacientes críticos pediátricos (*continuación*)

- 8. ¿Qué porcentaje de sus pacientes requieren ARM?**
 - a. 20%
 - b. 40 a 60%
 - c. 60 a 80%
 - d. Más de 80%
 - e. Desconozco

- 9. ¿En su terapia se evalúa la presencia de delirio asociado al cuidado crítico?**
 - a. Siempre
 - b. Frecuentemente
 - c. Ocasionalmente
 - d. Nunca

- 10. Responder esta pregunta sólo si la anterior se respondió como "siempre". ¿Cuántas veces al día evalúa el delirio?**
 - a. 1
 - b. 2
 - c. 3
 - d. 4 ó más

- 11. ¿Recibió capacitación sobre delirio?**
 - a. No
 - b. Poco
 - c. Suficiente
 - d. Más que suficiente

- 12. Si evalúa el delirio, ¿Qué herramienta utiliza? (Puede marcar más de una opción.)**
 - a. Psiquiatra infantil
 - b. Examen clínico del médico tratante
 - c. p CAM ICU
 - d. CORNELL
 - e. Otras escalas

- 13. Si en la pregunta 12 respondió "Otras escalas" indique cuáles**

- 14. ¿Cuáles de los siguientes enunciados forman parte del cuadro clínico de delirio? (Puede marcar más de una opción)**
 - a. Agitación psicomotora
 - b. Pensamientos desorganizados
 - c. Alucinaciones
 - d. Fluctuaciones del nivel de conciencia

- 15. ¿Qué drogas utiliza para tratar el delirio? (Puede marcar más de una)**
 - a. Benzodíacepinas
 - b. Haloperidol
 - c. Opioides
 - d. Dexmedetomidina
 - e. Propofol
 - f. Antipsicóticos atípicos
 - g. Ninguna
 - h. Otros

- 16. Si la respuesta anterior es "otros", especifique**

Anexo. Encuesta argentina sobre delirio en pacientes críticos pediátricos (continuación)

17. Con respecto al delirio, responda según lo que considere

- a. En desacuerdo total
- b. En desacuerdo
- c. De acuerdo
- d. Totalmente de acuerdo

Enunciado	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	En blanco
El Delirio es un evento esperado en los cuidados intensivos.					
La agitación psicomotora es un componente imprescindible para el diagnóstico de delirio					
El delirio es subdiagnosticado					
Sedamos excesivamente al paciente crítico					
El delirio dificulta la extubación					
La escala de Glasgow es la mejor escala para valorar el delirio					
Los pacientes con delirio a menudo experimentan alteraciones perceptuales					
La pérdida del ciclo sueño-vigilia es un factor de riesgo para delirio					
A mayor medicación que el niño reciba, mayor riesgo de delirio					
Los niños en general no recuerdan haber sufrido delirio					
La desnutrición aumenta el riesgo de delirio					
La inatención está presente en el delirio					
El delirio es un problema que requiere intervención					
Los opioides se asocian a la aparición de delirio					
La deshidratación puede aumentar el riesgo de delirio					

Anexo. Encuesta argentina sobre delirio en pacientes críticos pediátricos (continuación)

Enunciado	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	En blanco
El delirio en adultos esta asociado a alteraciones cognitivas a largo plazo y a mayor mortalidad					
La enfermedad crítica es la causa más común en niños					
El delirio en los niños siempre se manifiesta como un estado hiperactivo y confuso					
Los cambios de comportamiento en el transcurso del día son típicos del delirio					
Las benzodiazepinas pueden ser útiles en el tratamiento del delirio hiperactivo					
El nivel de ruido en la terapia intensiva pediátrica favorece la aparición de delirio					
La contención física, es un factor que puede contribuir al desarrollo de delirio en niños					