

En respuesta a: «Diagnóstico del *delirium* en pediatría: una tarea ardua pero imprescindible»



In reply to: «The diagnosis of delirium in pediatric intensive care: A burdensome yet essential task»

Sr. Editor:

Agradecemos el interés de Rodríguez-Rubio et al.¹ en nuestro artículo sobre características del *delirium* en niños de 5 a 14 años en estado crítico, publicado en *MEDICINA INTENSIVA*. Sus comentarios nos animan a discutir conceptos fundamentales sobre el fenotipo del trastorno, su cribado y sus factores de riesgo, que habitualmente se tratan de forma superficial en los reportes de investigación.

La conciencia es el conocimiento de las sensaciones, pensamientos y actos propios. El *delirium* —un trastorno mental según la OMS— es la obnubilación de la conciencia ocurrida al decrecer el grado de alerta, como consecuencia de alguna condición médica².

La psicopatología experimental ha definido la combinación de 3 dominios que caracterizan la obnubilación: Cognitivo, Pensamiento de Orden Superior y Circadiano (ver nuestro artículo). Por otra parte, las alteraciones fluctuantes del comportamiento ayudan a sospechar *delirium*, pero son inespecíficas, ya que es difícil diferenciarlas de la respuesta conductual a la enfermedad de base o al dolor. También es arduo atribuirles al trastorno de la conciencia cuando hay discapacidad intelectual o desencadenantes como los trastornos electrolíticos o el síndrome de abstinencia iatrogénico. A la inversa, las entidades precipitantes del *delirium* —igual que este—, presentan tanto síntomas inespecíficos como una agrupación de aspectos clínicos más característicos³.

Ya que no siempre hay un psiquiatra disponible, los instrumentos de despistaje de *delirium* sirven de apoyo al equipo tratante, pero deben reflejar lo mejor posible las alteraciones mentales nucleares del cuadro⁴.

El pCAM-ICU y la CAPD sirven para cribar el *delirium* en la UCIP. Se validaron frente al diagnóstico de un psiquiatra según los criterios DSM-IV. El primero valora en una sola aplicación la fluctuación del estado mental en 24 h, y tiene en cuenta síntomas de 2 dominios: Cognitivo (atención) y Pensamiento de Orden Superior (desorganización del pensamiento). La segunda, demanda observaciones repetidas durante una guardia de fluctuaciones en la motricidad (dominio circadiano) y en comportamientos inespecíficos como estar inconsolable o responder a interacciones. El índice Youden del pCAM-ICU es 0,830 vs. 0,733 de la CAPD. El mayor Índice del pCAM-ICU implica más validez (menos falsos positivos y negativos) y refleja su mejor representación de las características nucleares del *delirium*. En el mismo sentido es elocuente que en presencia de discapacidad intelectual la especificidad de la CAPD caiga a 0,512^{5,6}.

Estas consideraciones reafirman que acertamos tanto en la elección del pCAM-ICU como en su aplicación transversal para reportar la prevalencia de *delirium*.

Rodríguez-Rubio et al. consideran que nuestro estudio contradice la literatura por no haber encontrado que la administración de benzodiazepinas aumenta el riesgo de *delirium* en la UCIP evaluada. Ellos refieren como ejemplos confirmatorios de dicha relación de riesgo las publicaciones de Smith et al. (2017) y de Madden et al. (2018)^{7,8}. Nosotros pensamos que no hay consenso entre investigadores sobre todos los factores relacionados con el *delirium*. Sin ir más lejos, sus ejemplos más bien apoyan nuestra posición sobre la falta de unanimidad: mientras los primeros autores reportan aumento moderado del riesgo del trastorno según la dosis de benzodiazepinas, los segundos no encontraron relación causal.

Reafirmamos lo expuesto en nuestro artículo: necesitamos estudios en unidades con diversas formas de funcionamiento, monográficas o con muchos pacientes en sedación profunda. Todas estas características modifican el impacto de diversos factores sobre el *delirium*.

Financiación

Este trabajo fue financiado por la Dirección de Investigación e Innovación (CIDI) de la Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia (proyecto: 434B-08/15-45). La CIDI no participó en el diseño del estudio ni en la recolección, el análisis o la interpretación de los datos. Tampoco tuvo injerencia en la redacción de ningún manuscrito.

Bibliografía

- Rodríguez-Rubio M, Álvarez-Rojas E, de la Oliva P. Diagnóstico del *delirium* en cuidados intensivos pediátricos: una tarea ardua pero imprescindible. *Med Intensiva*. 2020;44:128.
- Franco JG, González M. *Delirium*. En: Rosman C, Cardellach F, editores. *Farreras Rozman. Medicina Interna*. 18.ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2016. p. 1530-4.
- Trzepacz PT, Meagher DJ, Franco JG. Comparison of diagnostic classification systems for delirium with new research criteria that incorporate the three core domains. *J Psychosom Res*. 2016;84:60-8.
- Cano E, Mejía IC, Uribe K, Ricardo C, Álvarez ML, Consuegra RA, et al. Delirium during the first evaluation of children aged five to 14 years admitted to a paediatric critical care unit. *Intensive Crit Care Nurs*. 2018;45:37-43.
- Smith HA, 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.
- 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.
- Smith HAB, Gangopadhyay M, Goban CM, Jacobowski NL, Chestnut MH, Thompson JL, et al. Delirium and benzodiazepines associated with prolonged ICU stay in critically ill infants and young children. *Crit Care Med*. 2017;45:1427-35.
- Madden K, Hussain K, Tasker RC. Anticholinergic medication burden in pediatric prolonged critical illness: A potentially modifiable risk factor for delirium. *Pediatr Crit Care Med*. 2018;19:917-24.

C. Ricardo Ramírez^{a,*}, M. Álvarez Gómez^b
y J.G. Franco Vásquez^a

^a *Grupo de Investigación en Psiquiatría de Enlace, Escuela de Ciencias de la Salud, Facultad de Medicina, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia*

^b *Grupo de Investigación en Cuidado, Escuela de Ciencias de la Salud, Facultad de Medicina, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: carmenza.ricardo@upb.edu.co
(C. Ricardo Ramírez).

<https://doi.org/10.1016/j.medin.2019.05.001>

0210-5691 / © 2019 Elsevier España, S.L.U. y SEMICYUC. Todos los derechos reservados.