

I convención de Atención primaria y Salud Comunitaria "Dr. José Raimundo Oquendo"
Abreus 2023

Manifestaciones psicopatológicas en infante quemado. A propósito de un caso

Dr. Conrado Ronaliet Alvarez Borges ¹

Dra. Iris Dany Carmenate Rodríguez ¹

Dra. Ivianka Linares Batista ²

¹ Hospital Pediátrico "José Martí Pérez". Sancti Spiritus. Cuba

² Hospital Provincial Camilo Cienfuegos, Sancti Spiritus, Cuba.

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.

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

Conclusiones: 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

En diagnóstico del delirio en la edad pediátrica es mucho más difícil y no existen criterios adaptados para esta edad.

El delirio 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.

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⁾

CASO CLINICO

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 tratamientos médicos intensivos para el sostén de la vida en los servicios 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.

DISCUSIÓN

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⁾

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 0,005 a 0,5 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.

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.^(3,5)

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 BIBLIOGRÁFICAS

1. Mayo Clinic Family Health Book (Libro de Salud Familiar de Mayo Clinic) 5.^a edición Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/delirium/symptoms-causes/syc-20371386>
2. Viñas Díaz J, Juan Rodríguez J, Mileidis González Rodríguez M. Epidemiología de las lesiones por quemaduras. Rev Ciencias Médicas v.13 n.4 Pinar del Río (2009) Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942009000400006
3. Hernández González T,- Solenzal Álvarez Y, Amaro Garrido M, Yumar Díaz A. Quemaduras en edad pediátrica. Hospital Provincial General Camilo Cienfuegos de Sancti Spíritus. Gac Méd Espirit vol.20 no.2 Sancti Spíritus mayo.-ago. 2018. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212018000200028
4. 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: 1033-1040. Disponible en: <http://remi.uninet.edu/2007/06/REMI1115.htm>



5. Sánchez López JE. Manejo del niño quemado. Rev Cient Cienc Méd. 2011;14(2):28-30.