

# Delirio tras una lesión por quemadura

Abril de 2020

[www.msktc.org/burn/factsheets](http://www.msktc.org/burn/factsheets)

Hoja informativa sobre las lesiones por quemadura

Esta hoja informativa explica lo que es el delirio y lo que usted o sus amigos y familiares pueden hacer al respecto.

## Lo que necesita saber sobre el delirio

- ¿Qué es el delirio?
- ¿Cuáles son los síntomas del delirio?
- Después de una lesión por quemaduras, ¿quién desarrolla delirio en el hospital?
- ¿Qué puede hacer el equipo de atención médica para ayudar?
- ¿Se quita el delirio?
- ¿Cuáles son los efectos a largo plazo del delirio?
- ¿Qué se puede hacer para ayudar a alguien que tiene delirio?
- Preguntas frecuentes sobre el delirio

## ¿Qué es el delirio?

El delirio es una 'perturbación en las habilidades mentales que causa pensamientos confusos y menor conciencia del entorno'<sup>1</sup>. Por lo general, es causada por un problema de salud subyacente, como una infección. Otras causas incluyen cambios en el ciclo del sueño, una enfermedad, medicamentos o abstinencia de medicamentos. El delirio no significa que su ser querido esté "loco" o que tenga una enfermedad mental permanente.

Se han identificado tres tipos de delirio:<sup>1,2</sup>

- **Delirio hiperactivo.** Este es probablemente el tipo más fácil de reconocer. Los signos incluyen sentirse inquieto o agitado; la gente puede caminar de un lado a otro. Las personas pueden tener cambios rápidos en su estado de ánimo. También pueden alucinar o ver cosas que no están allí. No pueden cooperar con los cuidadores y pueden quitarse los catéteres y tubos intravenosos (I.V.) o tratar de pararse de la cama.
- **Delirio hipoactivo.** Los signos de este tipo pueden incluir inactividad (actividad lenta y/o limitada). Las personas pueden sentirse lentas o más cansadas de lo normal. Pueden parecer estar aturdidas y no reconocer a sus seres queridos.
- **Delirio mixto.** Este tipo incluye signos y síntomas hiperactivos e hipoactivos. La persona puede cambiar rápidamente entre estos dos estados.

## ¿Cuáles son los síntomas del delirio?<sup>1,2</sup>

Los síntomas del delirio pueden comenzar en unas horas o unos días. Pueden ir y venir durante todo el día. Otras veces, las personas pueden no tener síntomas obvios. Los síntomas tienden a empeorar por la noche cuando está oscuro. Algunos de los síntomas principales incluyen los siguientes.

El programa sobre quemaduras, Burn Model System Program, está patrocinado por el National Institute on Disability, Independent Living, and Rehabilitation Research, Administration for Community Living, Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. (Véase <http://www.msktc.org/burn/model-system-centers> para obtener más información).



**Menor conciencia del entorno.** Esto incluye:

- No ser capaz de mantenerse concentrado.
- Distraerse con facilidad.
- Volverse introvertido, tener poca o ninguna actividad o poca respuesta al entorno.

**Habilidades para pensar deficientes.** Esto incluye:

- Tener mala memoria y atención. Es posible que una persona no recuerde las instrucciones. Es posible que pida que le repitan las preguntas.
- Estar desorientado. Es posible que una persona no sepa dónde está o lo que está sucediendo.
- Problemas con el habla. Esto puede incluir divagaciones o hablar sin sentido.
- Problemas con la lectura o la escritura.

**Cambios en el comportamiento.** Esto puede incluir:

- Ver cosas que no están ahí.
- Estar inquieto, agitado o incluso volverse agresivo.
- Llamar. Esto puede incluir gemir o decir palabras que no tienen sentido.
- Volverse introvertido; esto es común en los adultos mayores.
- Tener o mostrar poco o ningún sentimiento o emoción.
- No dormir bien.
- Revertir los ciclos diurnos y nocturnos. Esto causa problemas para dormir por la noche y somnolencia diurna.

**Alteraciones emocionales o cambios.** Estos incluyen:

- Tener una amplia gama de emociones. Las personas pueden sentirse ansiosas, asustadas o paranoicas. También pueden sentirse tristes, malhumorados o enojados.
- Tener cambios de humor repentinos que no se pueden predecir.
- Tener cambios de personalidad.

## Después de una lesión por quemaduras, ¿quién desarrolla delirio en el hospital?

Existen sólo unos pocos estudios que han analizado el delirio en pacientes con quemaduras. En un estudio se encontró que hasta el 77% de los pacientes con quemaduras y que necesitan un tubo respiratorio desarrollan delirio en la unidad de cuidados intensivos (UCI)<sup>3</sup>. El delirio también puede desarrollarse después de una operación. Cerca del 15% de los pacientes con quemaduras desarrollan delirio después de una operación<sup>4</sup>. La vejez es un factor de riesgo de presencia de delirio en el hospital. En algunos casos, el delirio puede no tener una causa conocida.

## ¿Qué puede hacer el equipo de atención médica para ayudar?

Los médicos y las enfermeras utilizan varias herramientas de detección diarias para ayudar a identificar el delirio. Pueden hacer las mismas preguntas cuando ven al paciente todos los días, o incluso durante cada turno de enfermería.

El equipo de atención médica sabe que el delirio puede desarrollarse, especialmente en pacientes de la UCI. Ellos tratarán de evitarlo. Esto puede incluir hacer que el paciente camine alrededor de la unidad de enfermería o se siente en una silla. Los pacientes deben caminar tan pronto como puedan y con frecuencia (asegúrese de que el equipo de quemaduras aprueba este tipo de actividad). El equipo también puede hacer que el paciente permanezca despierto durante el día y buscar maneras de ayudar al paciente a dormir por la noche. El equipo puede pedirle que le ayude con esto y pedirle que se ajusten las luces y el ruido en la habitación a ciertas horas del día.

El equipo tratará de controlar el dolor de su ser querido por su lesión por quemaduras sin que se le dé un tratamiento superior o menor al debido.

El equipo puede limitar los medicamentos que pueden hacer que las personas se sientan confundidas. Si su ser querido está respirando con la ayuda de un respirador, los médicos y enfermeras tratarán de disminuir el uso de medicamentos que provoquen que su ser querido se sienta somnoliento.

Ellos tratarán infecciones, corregirán los desequilibrios de líquidos y electrolitos, y promoverán los ciclos normales de sueño y vigilia.

Tratarán de limitar las interrupciones por medio de agrupamiento de la atención nocturna (administración de medicamentos, signos vitales y otras valoraciones).

La atención que recibe un paciente con delirio o las estrategias utilizadas por el equipo de atención médica para tratar o prevenir el delirio pueden diferir.

## ¿Qué puede hacer uno para ayudar a alguien que está experimentando delirio?

El equipo de atención médica puede hacerle preguntas sobre la historia clínica y el comportamiento habitual de su ser querido. A menudo, los pacientes con delirio no pueden comunicar una historia clínica adecuada. Es de gran ayuda el que usted ayude al equipo a entender en qué medida el estado mental de su familiar es diferente del habitual. También es importante que le diga a los médicos y enfermeras de su ser querido si nota un cambio repentino en el comportamiento o las emociones del paciente.

Es útil informar al equipo de atención médica sobre la rutina y los hábitos domésticos de su ser querido. Esto puede incluir a qué hora se despierta y se va a dormir, sus pasatiempos, y sus gustos y aversiones. El que realice tareas familiares puede ayudarle a que su larga estancia en el hospital se sienta como algo más normal.

Minimice las siestas diurnas para ayudar a restablecer el ciclo de sueño diurno/nocturno. Mantenga las luces encendidas y las persianas abiertas durante el día. Apague el televisor y las luces a la misma hora todas las noches. El uso de una mascarilla para los ojos, tapones para los oídos o auriculares (que reproduzcan música calmante) puede ayudar a ahogar el ruido del hospital. Estos hábitos también pueden ayudar a mejorar el sueño del paciente.

Asegúrese de llevar los anteojos y audífonos de su ser querido al hospital. Esto les ayudará a reconocerlo a usted y a su entorno, lo que ayuda con el delirio. Traiga algunas fotos del paciente y sus seres queridos, como las fotos de mascotas, para ayudar a reorientarlos. Llevar un juguete favorito o un animal de peluche también puede ayudar al niño que experimenta el delirio.

No discuta con su ser querido si está confundido. Esto lleva a la frustración. En vez, tranquilice con suavidad al paciente y recuérdale que está a salvo en el hospital. También puede ayudar a que su ser querido recuerde la fecha, el día de la semana y el año. Mantenga las instrucciones sencillas y dele tiempo a su ser querido para procesar las instrucciones. Si usted se frustra, está bien alejarse de la cabecera para tomar un descanso.

Cuando su ser querido esté delirando, limite el ruido y las visitas. Identifique a un pequeño grupo de amigos de confianza o familiares que puedan estar con el paciente para tranquilizarlo. Durante esos momentos de silencio, limite la conversación, tocarlo o introducir otros estímulos.

## ¿Se quita el delirio?

Para la mayoría de los pacientes, el delirio mejora cuando reciben tratamiento para la causa subyacente del cambio en su estado mental. Esto podría ser un problema médico, un trastorno del sueño o efectos secundarios de la medicina.

## ¿Cuáles son los efectos a largo plazo del delirio?

Para algunos pacientes, los efectos del delirio persisten después de su estancia en el hospital. Estos efectos pueden no ser obvios. Los pacientes pueden mejorar mucho, pero todavía tener problemas para realizar ciertas tareas que requieren del pensamiento enfocado.

En un estudio de pacientes con quemaduras que habían sido tratados en un centro de rehabilitación para pacientes hospitalizados se mostró que, después de una estancia en el hospital, alrededor del 25% de los pacientes tuvieron alguna dificultad con la memoria o para considerar bien un nuevo problema después de abandonar el hospital de rehabilitación<sup>5</sup>.

En los estudios de pacientes sin quemaduras se ha encontrado que los pacientes que pasaron más días con delirio durante su estadía en la UCI tenían problemas más graves a largo plazo en lo referente a la cognición<sup>6</sup> y algunos tenían problemas para realizar las actividades y con su funcionamiento del diario<sup>7</sup>.

## Preguntas frecuentes sobre el delirio

1. **¿Es el delirio una especie de demencia?** No, pero a veces puede ser difícil distinguir entre demencia y delirio. Una persona puede tener ambas cosas. “La demencia es la pérdida del funcionamiento cognitivo—pensamiento, capacidad para recordar y razonar— y de las capacidades de conducta hasta tal punto que ello interfiere con la vida diaria y las actividades de una persona<sup>8</sup>”.
2. **¿Cómo puedo diferenciar entre demencia y delirio?** Los signos del delirio comienzan después de unas horas o unos días; la demencia comienza con síntomas menores que empeoran lentamente con el tiempo. Con el delirio, mantenerse concentrado es difícil. Una persona en las primeras etapas de la demencia generalmente está alerta. Los síntomas del delirio pueden cambiar con frecuencia a lo largo del día. Con la demencia, las personas tienen una memoria y habilidades de pensamiento bastante consistentes durante el transcurso de un día.

Comparación entre delirio y demencia<sup>9</sup>

	Delirio	Demencia
Tiempo de aparición de los síntomas	Se desarrolla rápidamente, en horas o días	Se desarrolla a lo largo de meses o incluso años
Impacto en la memoria o el pensamiento	El delirio puede empeorar los problemas de memoria y pensamiento	La demencia es una perturbación del pensamiento
Duración de la enfermedad/síntomas	Por lo general, se aclara después de unos días o semanas	Por lo general, es una condición permanente

3. **¿Es el delirio una enfermedad?** No, es un grupo de síntomas.
4. **¿Cuál suele ser el primer signo de delirio?** Confusión repentina sobre el tiempo y el lugar (donde están).
5. **¿Puede ocurrir delirio a cualquier edad?** Sí, el delirio puede ocurrir a cualquier edad incluso a los niños, pero es más común en los ancianos.

## Recursos adicionales

Critical Illness, Brain Dysfunction, and Survivorship (CIBS) Center (Centro de Enfermedades Críticas, Disfunción Cerebral y Supervivencia): <https://www.icudelirium.org>. Consultado el 21 de enero de 2020.

*Patient Education: Delirium (Beyond the Basics)* (Educación del paciente, delirio (más allá de lo básico)): [https://www.uptodate.com/contents/delirium-beyond-the-basics?topicRef=16994&source=see\\_link](https://www.uptodate.com/contents/delirium-beyond-the-basics?topicRef=16994&source=see_link). Consultado el 21 de enero de 2020.

## Referencias

- 1 Clínica Mayo. (n.d.). *Delirium: Symptoms and causes*. Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/delirium/symptoms-causes/syc-20371386>. Consultado el 27 de febrero de 2019.
- 2 Gleason, O. C. (2003). Delirium. *American Family Physician*, 67(5), 1027-1034.
- 3 Agarwal, V., O'Neill, P. J., Cotton, B. A., Pun, B. T., Haney, S., Thompson, J., Kassebaum, N., Shintani, A., Guy, J., Ely, E. W., & Pandharipande, P. (2010). Prevalence and risk factors for development of delirium in burn intensive care unit patients. *Journal of Burn Care and Research*, 31(5), 706–715.
- 4 Guo, Z., Liu, J., Li, J., Wang, X., Guo, H., Ma, P., Su, X., & Li, P. (2017). *Postoperative delirium in severely burned patients undergoing early escharotomy: Incidence, risk factors, and outcomes*. *Journal of Burn Care and Research*, 38(1), e370–e376.
- 5 Hendricks, C. T., Camara, K., Violick Boole, K., Napoli, M. F., Goldstein, R., Ryan, C. M., & Schneider, J. C. (2017). Burn injuries and their impact on cognitive-communication skills in the inpatient rehabilitation setting. *Journal of Burn Care Research*, 38(1), e359–e369.
- 6 Girard, T. D., Jackson, J. C., Pandharipande, P. P., Pun, B. T., Thompson, J. L., Shintani, A. K., Gordon, S. M., Canonico, A. E., Dittus, R. S., Bernard, G. R., & Ely, E. W. (2010). *Delirium as a predictor of long-term cognitive impairment in survivors of critical illness*. *Critical Care Medicine*, 38(7), 1513–1520.
- 7 Brummel, N. E., Jackson, J. C., Pandharipande, P. P., Thompson, J. L., Shintani, A. K., Dittus, R. S., Gill, T. M., Bernard, G. R., Ely, E. W., & Girard, T. D. (2014). *Delirium in the intensive care unit and subsequent long-term disability among survivors of mechanical ventilation*. *Critical Care Medicine*, 42(2), 369–377.
- 8 National Institute on Aging. (2017). *What Is dementia? Symptoms, types, and diagnosis*. Obtenido de <https://www.nia.nih.gov/health/what-dementia-symptoms-types-and-diagnosis>. Consultado el 9 de abril de 2019.
- 9 Critical Illness, Brain Dysfunction, and Survivorship (CIBS) Center. (n.d.). *Patients and families overview*. Obtenido de <https://www.icudelirium.org/patients-and-families/overview>. Consultado el 21 de enero de 2020.

## Authorship

*Delirium after Burn Injury/Delirio tras una lesión por quemadura* fue elaborado por Gretchen J. Carrougher, MN, RN; Taylor Powell, BSN, RN (Northwest Regional Burn Model System; UW Medicine Regional Burn Center, Seattle, WA); Jeffrey C. Schneider, MD (Boston-Harvard Burn Model System, Boston, MA); y Kimberly Roaten, PhD, CRC (North Texas Burn Model System, Dallas, TX) en colaboración con el Model Systems Knowledge Translation Center.

**Fuente:** El contenido de esta hoja informativa se basa en evidencia de investigación y/o consenso profesional y ha sido revisado y aprobado por un equipo editorial de expertos de Burn Injury Model Systems (BMS, sistemas modelo de lesiones por quemadura), financiado por el Instituto Nacional de Discapacidad, Vida Independiente e Investigación de Rehabilitación (NIDILRR).

**Descargo de responsabilidad:** Esta información no pretende reemplazar el consejo de un profesional médico. Usted debe consultar a su proveedor de atención médica en lo referente a sus inquietudes médicas específicas o tratamiento. El contenido de esta hoja informativa se elaboró bajo una subvención del Instituto Nacional de Discapacidad, Vida Independiente e Investigación de Rehabilitación (número de donación 90DP0082) de NIDILRR. NIDILRR es un Centro dentro de la Administration for Community Living (administración para la vida comunitaria, ACL), Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS). El contenido de esta hoja informativa no representa necesariamente la política de NIDILRR, ACL o HHS, por lo que usted no debe asumir la aprobación de parte del gobierno federal.

**Copyright © 2020** Model Systems Knowledge Translation Center (MSKTC). Puede reproducirse y distribuirse libremente con la debida atribución. Se debe obtener un permiso previo para su inclusión en materiales basados en cobro de tarifas.

