



ROL DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN TRATAMIENTO DE NIÑOS CON DELIRIUM HOSPITALARIO INFANTIL EN UNIDADES HOSPITALARIAS DE CHILE

OCCUPATIONAL THERAPIST ROLE IN CHILDREN TREATMENT WITH HOSPITAL INFANTILE DELIRIUM AT HOSPITAL UNITS OF CHILE

Sebastián Gallegos Berríos,¹ Javiera Cortez Álvarez², Valentina Escobar Gimpel,³ Geraldine Fritzsche Bolaño,⁴ Karla Squicciarini Toro⁵

RESUMEN

En los últimos años, a nivel mundial, se han incrementado los casos de niños que desarrollan Delirium Hospitalario Infantil (DHI) en diferentes unidades hospitalarias. Por esto, se han realizado investigaciones orientadas al diagnóstico de este cuadro, sin evidencia suficiente que justifique y respalde el abordaje de niños con DHI desde terapia ocupacional. En Chile no existen estudios en el área pediátrica, sin embargo, hay evidencia que sí justifica el abordaje de este cuadro desde terapia ocupacional en población adulta mayor, lo cual entrega un precedente de efectividad de este tratamiento en delirium hospitalario. Por ello, el objetivo de esta investigación es describir el rol del terapeuta ocupacional en el tratamiento del Delirium Hospitalario Infantil en Unidades Hospitalarias de Chile.

Esta investigación se enmarca en una metodología cualitativa, diseño fenomenológico, con alcance exploratorio-descriptivo. Cuenta con un universo total de 8 terapeutas ocupacionales (TO) que trabajan actualmente en unidades hospitalarias pediátricas y que han abordado casos de niños con DHI, profesionales que debieron responder cuestionarios, entrevistas en profundidad o entrevista a experto, a modo de triangular los resultados obtenidos para el logro del objetivo.

A través de esta investigación se invita a los TO que se desempeñan en el área a sistematizar sus experiencias, con el fin de generar protocolos de intervención para un cuadro de salud subdiagnosticado en población pediátrica, y que es de suma urgencia abordar de manera interdisciplinaria, para promover el menor impacto de la hospitalización en el desarrollo normal de estos niños.

PALABRAS CLAVE

Delirium Infantil, Terapia Ocupacional, Delirium Pediátrico.

- 1 Licenciado en Ciencias de la Ocupación Humana, Universidad de Chile, Terapeuta Ocupacional, ResearcherID: N-4971-2017, Avda. Independencia #1027. Independencia 8380453, Santiago, sgallegosb@uchile.cl, +562297886342
- 2 Licenciada en Ciencias de la Ocupación Humana, Universidad de Chile, ResearcherID: W-9992-2018, Avda. Independencia #1027. Independencia 8380453, Santiago, .javiera.cortez@ug.uchile.cl
- 3 Licenciada en Ciencias de la Ocupación Humana, Universidad de Chile, ResearcherID: X-1006-2018, Avda. Independencia #1027. Independencia 8380453, Santiago, valemeg7@gmail.com
- 4 Licenciada en Ciencias de la Ocupación Humana, Universidad de Chile, ResearcherID: X-1015-2018, Avda. Independencia #1027. Independencia 8380453, Santiago, geraldinefritzsche@gmail.com
- 5 Licenciada en Ciencias de la Ocupación Humana, Universidad de Chile, ResearcherID: X-1005-2018, Avda. Independencia #1027. Independencia 8380453, Santiago, karliara94@gmail.com



ABSTRACT

In recent years, worldwide, there has been an increase in cases of children who develop Delirium Hospitalario Infantil (DHI) in different hospital units. Therefore, there have been research with the aim of diagnose this condition, although without adequate evidence to substantiate and sustain occupational therapy to attend children with delirium.

In Chile, there are not studies in the pediatric area, however, there are evidence that validate the Occupational Therapy attend in elderly people, which provides a precedent to effectiveness of this treatment in hospital delirium. Thus, the objective of this study is to describe the role of occupational therapist in the treatment of the Hospital Infantil Delirium (HID) in hospital units of Chile.

This study is framed in a qualitative methodology, phenomenological with exploratory-descriptive scope. It has a total universe of 8 occupational therapist currently working in pediatric hospital units and who have addressed cases of children with HID, professionals who had to answer questionnaires, in-depth interviews or expert interviews, in order to triangulate the results obtained for the achievement of the objective.

Through this study, occupational therapist who work in the area are invited to systematize their experiences, in order to generate intervention protocols for an underdiagnosed health condition in pediatric population, and it is critical to approach them in an interdisciplinary manner, to promote a minor impact hospitalization on the normal development of these children.

KEYWORDS

Infantile Delirium, Occupational Therapy, Pediatric Delirium.

Recepcionado: 27/11/2018

Aceptado: 30/05/2019

INTRODUCCIÓN

El Delirium es “una alteración aguda y perturbadora de la conciencia y el conocimiento, de curso fluctuante, que se caracteriza por una falta de atención y un deterioro de la capacidad de recibir, procesar, almacenar y recordar la información” (American Psychiatric Association, 2000). Se considera como un trastorno neurocognitivo debido a una enfermedad somática o como consecuencia de un tratamiento. No existe una causa específica, sino que se considera de origen multifactorial, el cual contempla factores de riesgo, como la privación del sueño, la administración de fármacos, la ventilación mecánica, hospitalización prolongada, factores ambientales; factores predisponentes, como la edad (inferior a 12 años o mayor de 65 años), enfermedad grave (intervenciones quirúrgicas mayores, procesos infecciosos generalizados, lesión del Sistema Nervioso Central y cáncer), déficit nutricional, déficit sensoriales (Ruiz, Mateos, Suárez & Villaverde, s.f.; González, De Pablo & Valdés, 2003); factores desencadenantes como las reacciones adversas a los fármacos, abstinencia a sustancias, entre otros (González, De Pablo & Valdés, 2003). Estos factores son los que generan mayor riesgo en la población infantil de presentar esta alteración (Turkel & Tavaré, 2003; Smith, Fuchs, Pandharipande, Barr & Ely, 2009).

Generalmente, el cuadro no se desencadenará por sí solo, y en la mayoría de los casos no es corregible a corto plazo. Es por esto que la importancia de conocer y reconocer estos factores permite determinar qué niños son más susceptibles a desarrollar un delirium, extremando en dichas personas las medidas preventivas y estableciendo un diagnóstico (y un tratamiento) precoz y oportuno cuando se presenten (Ruiz, Mateos, Suárez & Villaverde, s.f.).

Para que se desarrolle el delirium se precisan dos condiciones; por un lado los factores precipitantes, y por otro, un individuo susceptible. No todas las personas tienen la misma predisposición para presentar delirium, ya que la reserva cognitiva actúa como un factor protector ante el desarrollo del síndrome (Ruiz, Mateos, Suárez & Villaverde, s.f.).

El delirium de inicio súbito o repentino (horas o días), de evolución breve y variable, mejora rápidamente si

se identifica y elimina el o los factores precipitantes, aunque todas estas características pueden variar según el paciente (Alonso, González-Torres & Gaviria, 2012). Se caracteriza por una incapacidad del cerebro para responder eficazmente a las demandas ambientales, producto de una respuesta a una injuria cerebral, fundamentalmente neuroquímica difusa. Sus mecanismos exactos son muy complejos, y aún no se conocen en su totalidad (Ruiz, Mateos, Suárez & Villaverde, s.f.). Aún no existe una total comprensión de la fisiopatología del delirium, y existen teorías asociadas a la alteración funcional a nivel de neurotransmisores, resultante de una disminuida función colinérgica simultánea a una aumentada función dopaminérgica y serotoninérgica. Otro efecto es la hiperactividad de la función del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, además de un aumento de la producción de citoquinas (Young et al., 2007).

En torno al Delirium Hospitalario infantil (DHI) existe escasa información, en comparación a la gran incidencia de casos que se ha dado con el transcurso del tiempo. Schieveld (2008) señala que existe un incremento de este síndrome de hasta un 40% en niños admitidos en Unidades de Cuidado Intensivo Pediátrico (UCIP), debido a que la etiología del delirium contempla una gama de factores. A esto se suma que, por efecto del delirium, las estancias en UCIP pueden prolongarse en 2,39 días; además, los gastos totales de la hospitalización son 85% mayores en pacientes que presenten el síndrome, en contraposición de quienes nunca han sido diagnosticados con éste (Traube, Mauer, Gerber, Kaur, Joyce, Kerson, Carlo, Notterman, Worgall, Silver & Greenwald, 2016).

Las características clínicas están asociadas a signos cognitivos, perceptivos y alteraciones psicomotoras asociados a acciones sin propósito, labilidad emocional, dificultad para consolarse (Smith HA, et al., 2013).

Para establecer el diagnóstico de DHI se considera los criterios establecidos en el DSM-IV para niños mayores a 8 años (Grover & Kate, 2012), los criterios de la CIE-10, que posee criterios comunes al DSM-IV, además de considerar alteraciones psicomotrices y del sueño sueño-vigilia (Shieveld, Van der Walk, Smeets, Berghmans, Wassenberg, Leroy, Vos & Van Os, 2009); y otras pautas de evaluación, especificadas en la Tabla N° 1.



TABLA N° 1

PAUTA DE EVALUACIÓN	EDAD DE APLICACIÓN	VALIDEZ
pCAM-ICU	5 a 16 años	No.
Sophia Observation withdrawal Symptoms-Paediatric Delirium scale (SOS-PD)	0 a 16 años	
PAED	19 meses a 6 años	Validado en fase post-anestésica, sin embargo no en UCIP.
Delirium Rating Scale (DRS)	-	-

(Turkel, Braslow, Tavaré & Trzepacz, 2003).

Desde el contexto nacional, existe un estudio en adultos mayores donde el tratamiento preventivo de Terapia Ocupacional se asocia a una menor incidencia del cuadro, menos días de hospitalización y aumento de los niveles de independencia motora al momento del alta. De este estudio se concluye que “la intervención precoz de Terapia Ocupacional es efectiva en la prevención del Delirium en Adultos Mayores hospitalizados” (Álvarez, Garrido, González, Guzmán, Donoso, Gallejos, Vergara, Aranda, Prieto, Briceño, Tobar, Alzamora, Bolvarán, Concha, Valencia & Villalobos, 2012). Esto se contrapone con los estudios realizados en pediatría dentro del ámbito internacional (ya que en el contexto nacional son inexistentes), los cuales son escasos y principalmente enfocados al diagnóstico del DHI, sin abordar la importancia de tratamientos oportunos orientados a la repercusión en el ámbito ocupacional de niños y adolescentes, considerando que es un grupo etario que está en desarrollo, donde el contexto hospitalario se convierte en un factor desfavorable. Frente a esto, la Terapia Ocupacional propone un tratamiento menos invasivo, contribuyendo al desarrollo integral de los niños y niñas con DHI, implementando estrategias fundamentales como la presencia constante de uno de los padres o cuidadores durante la hospitalización, las fotografías fácilmente visibles de ellos o de otro miembro de la familia, incluso los juguetes favoritos del niño, ya que desde el manejo ambiental disminuyen la gravedad del delirium (Schieveld, Ista, Knoester & Molag, 2015).

Por lo expuesto, es posible aseverar que existe un desconocimiento sobre el rol que el terapeuta ocupacional (TO) ejerce en el tratamiento de niños con DHI. Por lo cual, se considera relevante dar respuesta a la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es el rol del terapeuta ocupacional en el tratamiento de niños con Delirium Hospitalario Infantil en las Unidades Hospitalarias de Chile?

De esta forma, es necesario indagar en las apreciaciones subjetivas del profesional, sobre la base de sus funciones y acciones a nivel disciplinar, así como su relación con otros miembros del equipo de trabajo dentro del contexto de intervención en el cual se enmarcan. Para efectos prácticos de esta investigación, se considerarán como Unidades Hospitalarias la Unidad de Cuidados Especiales (UCE) y UCIP, donde la UCE entrega “atención a pacientes crónicos con requerimientos especiales mayores al paciente de cuidados mínimos” y que posee por objetivo “disminuir la brecha tecnológica y asistencial entre la Unidad de Pacientes Críticos y la sala de cuidados básicos” (Ministerio de Salud, 2006, p. 14), mientras que la UCIP es aquella que otorga atención a pacientes críticos menores de 15 años, inestables pero con posibilidades de recuperación, durante las 24 horas (Ministerio de Salud, 2006). Por lo tanto, esta investigación lleva como objetivo general: Describir el rol del terapeuta ocupacional en el tratamiento del Delirium Hospitalario Infantil en Unidades Hospitalarias de Chile. De este derivan los siguientes objetivos específicos:

- Detectar las características principales del rol del terapeuta ocupacional en el tratamiento del Delirium Hospitalario Infantil.
- Conocer el o los enfoques y modelos teóricos que utiliza el terapeuta ocupacional para abordar el Delirium Hospitalario Infantil.
- Indagar las estrategias empleadas por el terapeuta ocupacional en el tratamiento del Delirium Hospitalario Infantil.

MÉTODO

Este estudio se sitúa desde un paradigma interpretativo con enfoque cualitativo, teniendo un alcance exploratorio-descriptivo. Comprendiendo que, el paradigma interpretativo reconoce que no existe una realidad única, sino la subjetividad de las personas, y por ende señala que la construcción de la realidad se genera a partir de la configuración de los significados, tal como señala Pérez (1994 en Ricoy, 2006) intenta entender la realidad, pues el conocimiento es relativo a los significados de las personas en una constante interacción con otras y su contexto.

Asimismo, el enfoque cualitativo busca generar conocimiento extrapolable (Hernández, Fernández & Baptista, 2014) y es un proceso que permite acceder a nuevo conocimiento, organizar y manipular la información recogida para comprender e interpretar los significados (Pérez, 2004). El alcance exploratorio a su vez, permite conocer nuevos problemas asociados al tema, identificar conceptos, establecer prioridades para investigaciones futuras, entre otros elementos claves (Hernández, Fernández & Baptista, 2014), necesarios para dar aproximaciones de base sobre el tema a investigar. Por otra parte, el carácter descriptivo ya que estos "recolectan datos sobre diversos conceptos (variables), aspectos, [...] del fenómeno a investigar" (Hernández, Fernández & Baptista, 2014).

Diseño del estudio

El diseño del estudio es de tipo fenomenológico, debido a que se enfocan en las experiencias individuales

subjetivas de los participantes, rescatando el significado, estructura y esencia de la experiencia vivida, respecto de un fenómeno en particular. Por otro lado, permite al investigador contextualizar dichas vivencias en términos de tiempo y espacio en específicos, definir a las personas físicas que las experimentaron y el contexto relacional (Salgado, 2007).

Estrategias de generación de datos

El método de recogida de datos se realizó a través de tres técnicas, para el posterior desarrollo de una triangulación de las mismas (Gurdián, 2007). De estas, cinco TO respondieron a cuestionarios abiertos, dos entrevistas en profundidad y uno entrevista a experto.

El cuestionario abierto es un conjunto de preguntas respecto a la temática a investigar, este empleará preguntas abiertas, ya que estas no delimitan las respuestas y son capaces de proporcionar información más amplia. (Hernández, Fernández & Baptista, 2014). Para conocer la validez de contenido, es decir, si las preguntas representan todas las interrogantes que pudieran hacerse, si se comprenden y las respuestas abarcan todas las dimensiones, se lleva a cabo validación por experto, es decir, el instrumento se aplica a un TO con conocimientos sobre Delirium Hospitalario, y en base a sus respuestas se establece si las preguntas abarcan las diversas dimensiones para corregir y elaborar una versión final.

La entrevista se comprende como una instancia en la cual se conversa e intercambia información entre una persona (entrevistador/a) y otra (entrevistado/a), la entrevista cualitativa se caracteriza porque pueden realizarse preguntas sobre experiencias, opiniones, valores y creencias, hechos, historias de vida, percepciones, entre otros (Hernández, Fernández & Baptista, 2014). La entrevista a experto y entrevista en profundidad son variantes de esta técnica, con la distinción de que la primera se realiza a una persona especialista en el área o con mayor cantidad de años de experiencia en el tema de investigación y la segunda "sigue el modelo de plática entre iguales [...], reuniones orientadas hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras" (Robles, 2011, p. 40).



Los resultados se obtuvieron en un período de tres meses.

Muestra

La muestra se compone de ocho Terapeutas Ocupacionales que se encontraban trabajando en instituciones de salud en distintas ciudades de Chile, durante el año 2017.

Esta selección es intencionada y se encuentra delimitada y considera los siguientes criterios de inclusión:

- Ser Terapeuta Ocupacional.
- Tener mínimo tres años de experiencia laboral ejerciendo la profesión.
- Trabajar actualmente en una Unidad Hospitalaria Pediátrica.
- Haber abordado casos con presencia de signos de Delirium Infantil en la unidad hospitalaria donde se desempeña.

El instrumento de recolección de datos fue validado por juicio a experto, además de ser aprobado, y cada participante firmó un consentimiento informado.

Se incluyeron TO que se desempeñan tanto en el servicio público como privado. Sus años de experiencia eran variados, desde los 2 años hasta más de 20 años de desempeño profesional. Si bien se incluyeron TO de diversas regiones del país, cabe destacar que las entrevistas en profundidad y la entrevista a experto fueron realizadas a TO que trabajan en el servicio público, en dos hospitales de la Región Metropolitana.

Plan de análisis de datos

Para llevar a cabo la recolección de datos, a los TO entrevistados se les solicitó en el consentimiento informado el uso de grabadora, para luego ser transcritas. Por otra parte, los cuestionarios fueron enviados por correo electrónico y recepcionados por la misma vía. Posteriormente, se llevó a cabo una lectura de las entrevistas y cuestionarios, dando paso a la marcación, codificación y categorización de los resultados, para su posterior análisis.

RESULTADOS

En los resultados se presentan seis categorías de análisis. De estas, tres fueron elaboradas a partir de los tres objetivos específicos: rol del terapeuta ocupacional; enfoques, teorías y modelos y estrategias. Además, a partir de la codificación de las entrevistas emergieron tres nuevas categorías: contextualización del ambiente hospitalario; contextualización del estado del niño; y delirium como tema emergente. A continuación, se presentan esas seis categorías en un orden lógico, exponiendo los resultados desde lo más general a lo más particular.

Contextualización del ambiente hospitalario

Cabe destacar que el contexto hospitalario comprende diversos aspectos ambientales, tales como las luces encendidas las 24 horas del día, exposición constante a ruidos tanto por monitores como por parte del personal, además de la rutina propia de una unidad hospitalaria de alta complejidad.

“Exposición a ruidos y disposición de los elementos ambientales, presencia de luz natural v/s luz artificial, uso de maquinaria con luz y ruido constante” (C2. VG)⁶.

Contextualización del estado del niño

En estas unidades hospitalarias, los niños se caracterizan por requerir cuidados especiales permanentes. Por este motivo, en ciertas circunstancias su estadía se ve prolongada, además, se debe recurrir a procedimientos invasivos y sedación para mantenerlos fisiológicamente estables, predisponiendo a una desconexión al medio.

Sobre la base de lo descrito, se puede desencadenar un estado de privación o delirium en el niño, observándose los siguientes signos desde la clínica: irritabilidad, hiperreactividad al tacto y agitación psicomotora.

6 Cuestionario 2, 09/09/2017, TO: VG.

“Entonces de repente se inquietan porque no pueden moverse y los parámetros se alteran mucho, entonces empiezan a desaturar o se ponen muy taquicárdicos o bradicárdicos, entonces claro los mantienes así como en un coma inducido para que puedan sacarlo rápido de ahí, y el promedio de un niño grave son 3-4 días, y son 3-4 días que el niño está sedado y después de eso la sedación se retira y (...) se mezclan, diferentes drogas, em... para ir disminuyendo este síndrome como de privación o delirium” (EE. MIS)⁷.

“Generalmente los niños que están con delirium o con síndrome de privación tienen escasa conexión o no es muy consistente, o están muy interferidos por esta necesidad sensorial más interoceptiva, entonces es como importante considerar eso, el nivel de alerta de conexión al medio, y cuáles son los síntomas que uno ve clínicamente (...) que es la agitación psicomotora, la irritabilidad, y (...) la dificultad para disminuir la irritabilidad” (EE. MIS).

“Los delirium general cursan más con hiperreactividad táctil, es lo que yo veo en la clínica” (EE. MIS).

Producto de los signos ya descritos, el niño desarrolla una alteración de la conducta transitoria, la cual se refleja en conductas hetero y autoagresivas.

“Bueno los niños a veces juegan con el ventilador para llamar la atención, eh, se tapan los conductos o se decanulan ellos mismos, em, se sacan ponte tú, los parches que son para el estrabismo, hacen apnea, yo creo que esos son los factores más importantes. Cuando son más grandes, eh, el tema de los cambios conductuales, que empiezan a tratar mal a las TENS o a tirar los juguetes a los compañeros (...), pasa también que dejan de controlar esfínter por ejemplo. Esas son como, nosotras

nos hemos pesquisado como algunas características” (EP2. CM)⁸.

Rol del TO

Los TO refieren que, para tratamiento del DHI, requieren abordar al niños desde todas sus áreas del desempeño, principalmente a través del juego, enfocado en su funcionalidad durante su estadía hospitalaria y post alta, buscando el menor impacto en el desarrollo típico del niño, considerando su estado de salud basal.

“Vamos a ayudar a favorecer el desarrollo integral del niño, todas sus áreas y eso es principalmente a través del juego” (EE. MIS).

“Rol como profesional integrador en el aspecto rehabilitador, con una mirada más funcional hacia el alta hospitalaria, incidiendo en una estadía más corta y por ende de menor repercusión en el desarrollo normal del niño” (C5. KC)⁹.

La evaluación del niño es a través de las entrevistas a los padres (cuidador) y observación clínica del menor, principalmente de cómo se desempeña en el juego. Esta observación le permitirá al TO evaluar el nivel de conexión al medio que tiene el niño, como por ejemplo si atiende, si fija la mirada, entre otros signos. Cabe destacar que los terapeutas refieren no aplicar pautas estandarizadas, debido a que la condición del niño no lo permite. Posterior a la evaluación, se define la problemática, donde se determinan los objetivos de intervención en coordinación con el equipo tratante, donde se valora la mirada integral del niño, y el TO aplica su plan de intervención, considerando modelos, marcos y enfoques teóricos de intervención.

“Hay un proceso de razonamiento clínico (...), en donde uno finalmente establece cuáles son las características del usuario posterior a la evaluación, eh cuál es su problemática de salud o qué está afectando su desempeño

7 Entrevista a Experta, 05/10/2017, TO: MIS.

8 Entrevista en Profundidad 2, 20/10/2017, TO: CM.

9 Cuestionario 5, 02/11/2017, TO: KC.



ocupacional en este caso y desde ahí es que se plantea la posibilidad de un enfoque o un modelo de intervención que pueda ajustarse a los objetivos que necesitamos desarrollar” (EP1. PA)¹⁰.

“No puedo aplicar pautas estandarizadas porque los niños están muy invadidos, están o ventilados, están con tubos, están llenos de monitores, vías, entonces las pautas en general piden que los niños estén ojalá en el contexto más normalizador posible o cotidiano, cosa que en la UCIP jamás va a ser” (EE. MIS).

Por otra parte, se utilizan estrategias de TO, tales como manejo ambiental, educación a la familia, educación y coordinación del equipo tratante, entre otras.

“En el área hospitalaria somos el profesional que se involucra en las modificaciones ambientales, coordinación del equipo en los horarios de intervención e incorporación de la familia en el proceso de intervención” (C2. VG).

Se reconoce dentro del equipo tratante a: médico fisiatra, médico internista, neurólogo, enfermera, TENS, kinesiólogo, fonoaudiólogo, psicólogo, trabajador social, educadora diferencial y terapeuta ocupacional, donde se destaca el trabajo de carácter interdisciplinario por parte del equipo. Las diferencias entre las funciones de cada miembro del equipo se destacan principalmente sobre la base de los conocimientos propios de su disciplina, contribuyendo conjuntamente a los objetivos generales del tratamiento.

“Médicos y enfermeras depende de ellos la derivación a kine, TO, fono y psicólogo. Principalmente este manejo lo realizamos en conjunto con psicología, la diferencia se basa en el cómo” (C4. RR)¹¹.

“De acuerdo a los objetivos también del equipo médico, que pa’ mí puede ser súper importante que esté conectado al medio pero, pa’l equipo es importante que, no sé po’h, ventile mejor y que necesite sentarse, entonces yo tengo que aportar con confeccionando un sitting adecuado pa’ que ese niño ventile mejor, entonces claro, es la pesquisa la evaluación en el fondo me va a entregar eh cuáles son las necesidades de las habilidades que necesito estimular, de los equipos y aditamentos que yo pueda entregar” (EE. MIS).

“Particularmente en el hospital, es el Terapeuta Ocupacional el que da la visión de integralidad y enfoque rehabilitador, el cual se complementa con el enfoque médico de los pediatras y enfoque social de la dupla psico-social (asistente social y psicología)” (C5. KC).

Además, se utilizan canales formales e informales de comunicación por parte del equipo tratante, tales como reuniones clínicas, conversaciones de pasillo, uso de redes sociales, revisión de fichas clínicas, entre otros.

“La realización de reuniones clínicas cada 15 días con el equipo tratante, revisión y llenado de ficha clínica del niño, evoluciones en polí-clínica digital y utilización de grupos de chat donde se encuentra todo el equipo [whatsapp]. Siendo esta última herramienta una de las más utilizadas” (C2. VG).

Enfoques y modelos teóricos

Se reconocen diferentes enfoques, teorías y modelos que contribuyen a la intervención, aportando con formas de comprender la problemática, lineamientos y estrategias.

¹⁰ Entrevista en Profundidad 1, 05/10/2017, TO: PA.

¹¹ Cuestionario 4, 23/10/2017, TO: RR.

“Los modelos comunes ayudan a comprender al usuario como un ser integral, con un desempeño ocupacional interferido por aspectos médicos, físicos, cognitivos, sociales y ambientales” (C3. CP)¹².

Entre los más referenciados para el tratamiento del DHI se encuentran los siguientes:

- Modelo Rehabilitador
- Modelo de Ocupación Humana
- Enfoque biopsicosocial
- Teoría de Integración Sensorial

“Se utilizan técnicas desde la integración sensorial que favorezcan respuestas adaptativas al medio. Se utiliza el Modelo de Ocupación Humana, como guía en la creación de rutinas y hábitos dentro del contexto hospitalario” (C2. VG).

“Yo creo que lo que más sirve es cómo pesquisar por qué el niño está entrando en este delirium. Muchas veces se da por la ansiedad de separación, porque ya llevan mucho tiempo hospitalizados (...), yo creo que de verdad el enfoque biopsicosocial es lo que más nos ha servido para el tema del manejo” (EP2. CM).

Estrategias

Los terapeutas ocupacionales entrevistados utilizan diversas acciones para abordar el tratamiento de niños con DHI, entre las que se destacan:

- Manejo ambiental
- Posicionamiento a través de aditamentos y confección de estos
- Incorporación de la familia en el tratamiento
- Estimulación sensorial
- Coordinación y educación al equipo tratante
- Anticipar al niño sobre los procedimientos que se le realizan

“Se les solicita a las familias mantener un diario mural con objetos de interés del niño, como fotografías o algún juguete de su agrado. Se regula la exposición a ruidos y luces en coordinación con el equipo de turno (enfermeras, técnicos). Se regulan los horarios de intervención a fin de realizarlos de forma conjunta para evitar fatiga y favorecer el descanso entre actividades” (C2. VG).

“Aditamentos de posicionamiento, educación a la familia y personal de atención sobre el uso y cuidados de los elementos entregados, educación a la familia en técnicas de estimulación sensorial, educación en el establecimiento de rutina y actividades funcionales en los niños” (C2. VG).

“Estimulación neurosensorial, principalmente estimulación propioceptiva para disminuir nivel de ansiedad y favorecer una mejor organización del comportamiento. Facilitar la comprensión de las vivencias a través de verbalizar las acciones, sentimientos y emociones posibles en la situación” (C3. CP).

Debido al estado de conciencia que presenta el niño, el TO debe aplicar estrategias puntuales relacionadas a cada cuadro clínico.

“Entonces lo que nosotros hacemos es que cuando cambian los esquemas de sedación, intervenimos para que el niño esté con mejores ciclos de sueño-vigilia, esté mucho más conectado, eh... más orientado en donde se encuentra, em... tenga mejor intención, mejor interacción y además tolere mejor su instancia finalmente en la uci” (EP1. PA).

“Si yo veo que un niño me coopera, que está activo, que está contento, que está conectado... voy a llevarle los juguetes para que se vaya desarrollando *altiro*, pero hay otros niños que le voy a pasar un juguete y no me va a servir de nada, entonces dependiendo de la conexión al medio es como yo voy trabajando, el contexto es muy importante” (EE. MIS).

¹² Cuestionario 3, 18/10/2017, TO: CP.



Rol de la familia como estrategia

Se educa a la familia, en muchos casos la madre, para que así sean parte activa del tratamiento durante la hospitalización del niño y tras el alta médica.

“La familia es fundamental, ya que son quienes comparten con el usuario de forma cotidiana, la falta de compromiso de ella interfiere en la intervención; por lo que es fundamental involucrarla a través de la educación del manejo ambiental, estimulación y posicionamiento adecuado” (C3. CP).

“Desde el acompañamiento a la familia también... no sé po’h, de cómo yo puedo entrenar a la mamá, porque es una mamá especializada en el fondo, no es una mamá cualquiera que quiere a su hijo, sino que además tiene que hacerse cargo de curar, de aspirar, de alimentar por gastro, por sonda y entonces yo también tengo que ir buscando estrategias pa que ella vaya eh y cuidándola también a ella” (EE. MIS).

“Cada vez que el niño yo vea que está irritable, está muy desconectado o que necesite alguna de las técnicas y está la mamá, que la mamá lo haga [aplicar las estrategias], obviamente, o el papá y/o cuidador, si es super importante y el rol, claro ahí el rol es de co-terapeuta” (EE. MIS).

Sin embargo, hay situaciones en que ningún miembro de la familia se hace presente durante la hospitalización del niño.

“(...) Son niños que están mucho más desconectados también, eh son niños que cuesta regularlos más, que cuesta que disfruten del, del juego, no tan solo de la UCI, pero, pero también los de hospitalizados, no sé, larga estadía y eso, sí se nota, o sea, están mucho más deprivados desde los afectos, desde la contención familiar, entonces su desarrollo se va a pique” (EP1. PA).

Para estos casos, tanto TO como el equipo tratante han abordado la situación entregándole un cuidador único o figura vinculante al niño.

“Lo que hacemos en general es que tratamos de igual que tenga una figura referencial, es que es súper complejo porque finalmente en el hospital, cuando un niño está en el hospital (...) tiene múltiples cuidadores, múltiples, entonces lo que uno trata de hacer es que haya una persona que por ejemplo siempre lo alimente, que siempre lo bañe, entonces es como darle ese cuidador único, que es esa figura vincular que, que te da más seguridad también po’h. Eso es una estrategia, pero es difícil lograr, o ya, por turnos, que siempre sea el mismo turno” (EP1. PA).

Estrategias no implementadas

La mayoría de los TO entrevistados destacan lo primordial de establecer un equipo estable de tratamiento en las unidades hospitalarias, donde se desempeñan y/o contar con mayor número de horas de trabajo semanales.

“No obstante, sería ideal poder contar con un equipo fijo de desempeño en la unidad” (C2. VG).

“Me gustaría poder contar con más horas de trabajo en la unidad para dedicarlo al trabajo directo con los niños, ya que al sólo trabajar dos a tres veces por semana, es difícil poder intervenir en las estrategias de abordaje que se educan a los padres” (C2. VG).

Cabe destacar que se requiere que este equipo tratante trabaje en sintonía, implementando estrategias generales que faciliten el tratamiento del niño con DH1 u otro estado de salud por el cual se encuentra hospitalizado.

“Yo creo que falta mucho como la anticipación a lo que es lo que le van a hacer y cómo, que los equipos entiendan por qué uno anticipa a un niño, por qué yo le digo ‘te voy a sacar la ropa’, ‘te voy a...’” (EP1. PA).

Por otro lado, se destaca el temor por parte de la institución a implementar ciertos cambios u otorgar recursos que contribuyan al tratamiento de niños con DHI.

“Las estrategias ambientales son las más difíciles de aplicar, ya que la infraestructura de los servicios de salud aún no se encuentra adaptada en su totalidad, existe desinformación y temor por hacer cambios” (C3. CP).

Recursos

El principal recurso destacado es la propia formación profesional de cada TO, tanto de pregrado como postgrado, incorporando a su vez una perspectiva integral que aborda a la persona desde las esferas cognitiva, física, afectiva, social, cultural, entre otras.

“El terapeuta al tener este enfoque más desde lo biopsicosocial como desde la base de su formación, tiene la posibilidad de mirar más allá de lo que es el cuerpo físico, y finalmente poder fijarse en lo que está pasando con la familia, lo que le está pasando al niño, más allá del trastorno motor que lo puede tener hospitalizado” (EP2. CM)

En adición, desde los recursos, los TO destacan obstáculos en su contexto laboral, por ejemplo el desconocimiento de su labor por parte del equipo tratante y de las mismas intervenciones realizadas. Además, no se reconoce por parte de los médicos la presencia del DHI, debido a que su prioridad radica en la urgencia que genera un riesgo vital, por medio del tratamiento convencional a través del uso de fármacos.

“Otros aspectos (como estimulación cognitiva o estimulación de desarrollo psicomotor) son poco conocidos y valorados” (C1. CA).

“Pienso que los médicos no lo identifican como tal o en cualquier caso no es un tema para ellos, puesto que el énfasis está en resolver la urgencia vital. Se lo he consultado a algunos médicos y me han dicho que el delirium en general ‘no se da en los niños’” (C1. CA)¹³.

Delirium como tema emergente

No se reconoce por parte del equipo tratante la presencia del delirium en niños, motivo por el cual en algunos casos se asocia a otras causas. Debido a lo anterior, el TO aborda la problemática de base que lleva al niño a la hospitalización y en este proceso de intervención se encuentra con el delirium, el cual debe ser abordado junto a la problemática basal.

“Yo creo que ninguno de los demás se preocupa del tema del delirium hospitalario infantil. Más que por ejemplo, lo que yo te comentaba, cuando uno le dice a los TENS o a las enfermeras que hagan este tipo de adecuaciones, pero la verdad es que creo que no está tan concientizado, creo que el delirium está más asociado todavía como a los adultos mayores” (EP2. CM).

“Siempre se piensa que es por otra causa, que ese niño está agitado porque algún medicamento le hizo mal, porque, porque no sé, es mañoso, etc. muy pocas veces se da que realmente la enfermera piensa al tiro ‘uy algo está pasando con este niño’, como algo como más asociado al delirium” (EP2. CM).

Cabe destacar que, bajo ciertas condiciones, los TO han observado que el delirium podría ser gatillado por factores de privación emocional, como la falta de preocupación de sus cuidadores principales o situaciones de abandono.

13 Cuestionario 1, 04/09/2017, TO: CA.



“Porque los otros modelos que nosotros utilizamos como terapeutas ocupacionales, tienen que ver más para la rehabilitación de la patología, como desde lo más motor y el delirium es muchas veces en los niños algo tan emocional, que va más allá de si tiene una parálisis cerebral o lo que sea” (EP2. CM).

DISCUSIÓN

A partir de los resultados obtenidos de las entrevistas, su posterior transcripción y análisis podemos reconocer que existe una determinada percepción del rol del TO, quienes declaran que la TO interviene en el tratamiento del DHI desde un abordaje integral de los niños atendidos, considerando todas las áreas de desempeño, principalmente el juego; la influencia del contexto hospitalario; el dirigir intervenciones en post de la funcionalidad durante su estadía hospitalaria y post alta; y la menor incidencia del mismo en el desarrollo normal del niño. Para ello se contempla un proceso de evaluación a través de la entrevista a padres y la observación clínica del niño respecto a su desempeño en el juego y la conexión con el medio, y posteriormente, se define la problemática para determinar los objetivos de intervención con el equipo tratante, considerando modelos, marcos y enfoques de intervención.

Desde aquí, se utilizan estrategias de terapia ocupacional como: manejo ambiental, posicionamiento a través de aditamentos y confección de los mismos, incorporación de la familia, educación a la familia, estimulación sensorial, educación y coordinación del equipo tratante, anticipación al niño sobre los procedimientos que se le realizarán, entre otras.

El TO utiliza variadas estrategias para abordar el DHI, sin embargo, no en todas se evidencia necesariamente un beneficio sobre los usuarios. A pesar de esto, la disciplina aporta una perspectiva válida para abordar la problemática lo que permite considerar otros aspectos del cuadro, que van orientadas a promover el bienestar integral de los niños en su estadía hospitalaria, más que la supervivencia de la patología basal. Por lo tanto, el TO debe lograr dialogar estos enfoques biomédicos, que se fundamentan principalmente por prevalecer la vida, con otros de carácter psicosocial, que se orientan en

relevar la calidad de vida y bienestar integral durante la estadía hospitalaria.

Desde los resultados obtenidos, se considera de suma importancia proveer de un equipo interdisciplinario capacitado, estable y de mayor dedicación para cada unidad hospitalaria, asegurando así la continuidad de los cuidados hacia cada niño. Dentro de este equipo, el TO es quien concientiza y educa a los demás miembros respecto al DHI, identificando y reconociendo en el contexto hospitalario como uno de los mayores factores de riesgo a desarrollar este cuadro.

“El hecho que estén en el contexto hospitalario es importante considerar, es un lugar cerrado, que finalmente están todas las luces prendidas todo el día, donde la conversación de pasillo se da sin preocuparse que el niño pueda o no estar escuchando porque tú crees que no te está entendiendo. El factor de cómo las personas manejan la situación de cada niño (...) creo que es importante por ejemplo, el tema de las rutinas, del tema de los horarios de la alimentación, de las terapias, el tema de las visitas, que en algunas UCE/UCIP son más restringidos” (EP2. CM).

El contexto hospitalario es un ambiente adverso por sí solo, por las características físicas y sociales que presenta y además, la demanda de una madurez emocional y cognitiva de la persona hospitalizada, quien debe comprender que, por su situación de salud, este contexto representa un beneficio para su bienestar.

Sin embargo, estas habilidades no están desarrolladas en el niño, quien requiere de contención, rutina, estabilidad, juego para estimular un desarrollo integral y una figura vincular, lo cual es otorgado principalmente por su familia. De esta forma, se requiere que el equipo favorezca un vínculo seguro al niño, el cual se encuentra interferido.

Respecto a esto, el TO cuenta con diferentes herramientas, entre ellas la estrategia de “anticipación”, la cual contempla informar verbalmente al niño de los procedimientos que a él se le realizan, ya sea en actividades terapéuticas como en procedimientos médicos

y de enfermería más complejos, considerando al niño un sujeto de derechos, por ende, el TO en su rol de educador debe enseñar dicha estrategia a los demás miembros del equipo.

Por otra parte, la incorporación de los padres o cuidadores en el tratamiento cobra relevancia, debido a que generalmente son los primeros en pesquisar un cambio en la conducta del niño, alertando al equipo tratante respecto al desarrollo de un posible cuadro de DHI. Además, los TO consideran que la familia adquiere un rol de co-terapeutas en el tratamiento del niño, esto porque la situación de salud del niño así lo amerita. La mayoría de los niños que se atienden en estas unidades hospitalarias tienen una condición de salud que requiere de cuidados especializados, aun cuando se encuentran en casa.

La intervención de la TO se considera como una estrategia, es necesario generar estrategias de cuidado y autocuidado a los padres o cuidadores, para promover su bienestar propio como personas y así logren brindar los cuidados necesarios incorporándose de forma activa en el tratamiento del DHI. De esta forma, se favorece un vínculo efectivo y seguro con el niño, que en su conjunto, representa un factor protector frente al desarrollo del cuadro.

En los casos que no se cuenta con la presencia de una figura vinculante (ya sea madre, padre, cuidador u otros) los niños están más expuestos a una desconexión al medio, lo que restringe la posibilidad de implementar estrategias que incorporen a la figura vincular, demanda de mayor responsabilidad al equipo tratante y puede prolongar el periodo de recuperación del DHI, frente a lo cual algunos TO consideran que este cuadro puede ser desencadenado por factores de privación emocional.

CONCLUSIONES

De este modo se invita a los TO que se desempeñan en unidades hospitalarias pediátricas a sistematizar su experiencia, pues como se señala en estudios previos, las investigaciones en esta área son escasas, lo ideal es generar evidencia sobre el abordaje del DHI. Como país estamos al debe respecto a la formación de profesionales que aborden este cuadro, puesto que los casos en pediatría han aumentado a nivel mundial. Por lo tanto, es posible aseverar, sobre la base de los resultados

de esta investigación, que el DHI es un cuadro que se encuentra subdiagnosticado y en consecuencia, su adecuado tratamiento recae en la responsabilidad del TO del equipo. Esto en contraste con casos a nivel internacional, donde se muestra una gran evidencia respecto al diagnóstico de este cuadro, por lo que el equipo tratante cuenta con la información pertinente para diagnosticar y abordar adecuadamente el DHI.

Al ser una condición de salud emergente, es posible proyectar nuevas investigaciones en el área, que contemplen comprobar la eficacia de diferentes estrategias de intervención tanto para prevenir el desarrollo del DHI como para tratarlo, además de establecer posibles factores de riesgo que no se hayan identificado, como podría ser la falta de una figura vincular durante la hospitalización del niño. En conjunto con esto, identificar el impacto sobre la familia que puede generar el desarrollo de este cuadro.

A nivel nacional, se releva la importancia del desarrollo de políticas públicas en torno al DHI, para lo cual se deben realizar investigaciones en cuanto a incidencia y prevalencia, además de un catastro nacional de casos, el impacto sociosanitario y económico, por el aumento de los días de hospitalización y recursos destinados para su abordaje, y de esta manera generar protocolos de prevención y tratamiento. Además, se debe incorporar el DHI a las mallas curriculares de todos los profesionales y técnicos pertenecientes al área de la salud, en conjunto con capacitaciones que actualicen a los miembros de equipos de salud ya constituidos en las distintas unidades hospitalarias pediátricas respecto a este cuadro de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alonso, Z., González-Torres, M. & Gaviria, M. (2012). El Delirium. Una revisión orientada a la práctica clínica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32(114), 247-259. doi: 10.4321/S0211-57352012000200003.
- Álvarez, E., Garrido, M., González, F., Guzmán, E., Donoso, T., Gallegos, S., Vergara, S., Aranda, R., Prieto, S., Briceño, C., Tobar, E., Alzamora, C., Bolvarán, C., Concha, C., Valencia, F. & Villalobos, F. (2012). Terapia Ocupacional precoz e intensiva en la prevención del delirium en adultos mayores ingresados a unidades de paciente crítico. Ensayo clínico randomizado: Resultados Preliminares. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 12(1), 44-59.



- Álvarez, E., Gallegos, S., Romero, E., Moraga, C. & López, M. (2011). Impacto de intervención temprana a cuidadores de pacientes secuestrados de un accidente cerebro vascular: estudio piloto. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 11(2): 1-16.
- Álvarez, E., Garrido, M., González, F., Gallegos, S. & Vergara, S. (2013). Terapia Ocupacional precoz e intensiva en la prevención del delirium en adultos mayores (AM) ingresados a Unidades de Paciente Crítico (UPC). Ensayo clínico randomizado, *Revista Chilena de Medicina Intensiva*, 28(4): 187-235.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders. In Delirium, Dementia, and amnestic, and other cognitive disorders*. Cuarta ed. Washington DC: American Psychiatric Publishing Inc. 135-47.
- González, M., De Pablo, J. & Valdés, M. (2003). Delirium: la confusión de los clínicos. *Revista Médica de Chile*, 131(9), 1051-1060. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-9887200300090001>
- Grover, S. & Kate, N. (2012). Assessment scales for delirium: A review. *World Journal of Psychiatry*, 2(4), 68-70. DOI: 10.5498/wjpp.v2.i4.58.
- Gurdián, A. (2007). *El paradigma cualitativo en la investigación socio-educativa*. San José, Costa Rica: Colección IDER.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (5ª Ed) (2014). *Metodología de la Investigación*. Iztapalapa: McGRAWHILLINTERAMERICMA
- MINSAL. (2006). *Guía de organización y funcionamiento: Unidad de Pacientes críticos pediátricos. Actualización Guía UPC pediátrica*. pp. 1-50.
- Perez, G. (1994). Investigación cualitativa: retos e interrogantes. En Ricoy, C. (2006). Contribución sobre los paradigmas de investigación. *Revista do Centro de Educação*, 31(1), pp. 11-22.
- Pérez, G. (2004). *Modelos de investigación cualitativa en educación social y animación sociocultural*. Madrid: Narcea.
- Robles, B. (2011). La entrevista en profundidad: una técnica útil dentro del campo antropológico. *Cuicuilco*, 18(52), 39-49.
- Ruiz, M., Mateos, V., Suárez, H. & Villaverde, P. (s.f.). *Guía Práctica de Diagnóstico y Tratamiento: Síndrome Confusional Agudo (Delirium)*. Hospital Universitario Central de Asturias Oviedo. Recuperado de: <http://www.hca.es/huca/web/contenidos/websdepartam/pqe/GUIA%20SINDROME%20CONFUSIONAL%20AGUDO.pdf>
- Salgado, A. (2007). *Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos*. Liberabit, 13, 71-78. ISSN: 1729-4827.
- Schieveld, J., Van der Walk, J., Smeets, I., Berghmans, E., Wassenberg, R., Leroy, P., Vos G. & Van Os, J. (2009). Diagnostic considerations regarding pediatric delirium: A review and proposal for an algorithm for pediatric intensive care units. *Intensive Care Medicine*, 35, 1843-1849. DOI 10.1007/S00134-009-1652-8
- Schieveld J. (2008). *On pediatric delirium in critical illness. A clinical multidisciplinary study in Child neuropsychiatry at the PICU*. En C., Carrera. (2014). Instrumentos de identificación del delirium en niños. Todo un reto. *NURE Inv*, 11(69), 1-12.
- Schieveld, J. N. M., Ista, E., Knoester, H. & Molag M. L. (2015). *Pediatric delirium: A practical approach*. approach. En Rey J. M. (ed). *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.
- Smith, H., Fuchs, D., Pandharipande, P., Barr, F. & Ely, E. W. (2009). Delirium: an emerging frontier in the management of critically ill children. *Crit Care Clin*, 25(3), 593-614.
- Traube, C., Mauer, E., Gerber, L., Kaur, S., Joyce, C., Kerson, A., Carlo, C., Notterman, D., Worgall, S., Silver, G. & Greenwald, B. (2016). Cost Associated With Pediatric Delirium in the ICU. *Crit Care Med*, 44(12), 1175-1179. DOI: 10.1097/CCM.0000000000002004.
- Turkel, S. & Tavaré, C. (2003). Delirium in children and adolescents. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 15(4), 431-435.
- Turkel, S., Braslow K, Tavaré, C. & Trzepacz, P. (2003). The delirium rating scale in children and adolescents. En Beckwith, S., Jacobson, J. & Tavaré, C. (2013). The Diagnosis and Management of Delirium in Infancy. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 23(5), 352-356. doi: 10.1089/cap.2013.0001.