

**GUIA DE MANEJO PARA EL SINDROME CONFUSIONAL AGUDO (SCA), EN
LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI).**

**NUBIA CRISTINA GOMEZ VARGAS
LUZ ALBA ARDILA GARCIA**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
POSTGRADO DE ATENCION DE ENFERMERIA AL PACIENTE CRÍTICO
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA
BUCARAMANGA
2010**

**GUIA DE MANEJO PARA EL SINDROME CONFUSIONAL AGUDO (SCA), EN
LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI).**

**NUBIA CRISTINA GÓMEZ VARGAS
LUZ ALBA ARDILA GARCÍA**

**PROYECTO DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN CUIDADO CRÍTICO**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
POSTGRADO DE ATENCION DE ENFERMERIA AL PACIENTE CRÍTICO
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA
BUCARAMANGA**

2010

DEDICATORIA

A Dios por brindarnos la sabiduría para culminar este proyecto, a nuestras hijas quienes son la motivación y motor de nuestra existencia por su comprensión y sacrificio, a nuestras familias por su apoyo incondicional y especialmente a los docentes y personal de la Facultad de Salud y la Escuela de Enfermería UIS por su compromiso en generar en cada una de nosotras principios, valores y conocimientos que perduraran en nuestras vidas.

NUBIA CRISTINA GÓMEZ VARGAS
LUZ ALBA ARDILA GARCÍA

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	10
OBJETIVOS	11
OBJETIVO GENERAL	11
OBJETIVOS ESPECIFICOS	11
1. DEFINICIÓN	12
2. CUADRO CLÍNICO	13
3. INCIDENCIA Y PREVALENCIA	15
4. FACTORES DE RIESGO Y ETIOLOGIA	16
5. DIAGNÓSTICO	18
6. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	21
7. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS	24
7.1 LISTA DE CHEQUEO PARA EL TAMIZAJE DE DELIRIO EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVOS	24
7.2 MÉTODO PARA LA EVALUACIÓN DEL ESTADO CONFUSIONAL EN LA UCI	26
7.2.1 CAM-ICU en la práctica clínica.	26
8. TRATAMIENTO	32
9. CUIDADOS DE ENFERMERÍA	38
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	39
ANEXOS	41

RESUMEN

TITULO

GUIA DE MANEJO PARA EL SINDROME CONFUSIONAL AGUDO (SCA), EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI).*

AUTORES

Nubia Cristina Gómez Vargas, Luz Alba Ardila García **

PALABRAS CLAVES

Síndrome Confusional Agudo, Síndrome de la Unidad de Cuidados Intensivos, Psicosis de la UCI y Delirio en UCI.

OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores que generan síndrome confusional agudo en las unidades de cuidados intensivos y elaborar una guía útil para orientar el manejo de esta alteración en el paciente de UCI.

JUSTIFICACION

El delirio es el trastorno psiquiátrico más frecuente en UCI. Produce alteraciones fisiológicas y psicológicas importantes que influyen en el desenlace del paciente. También ha sido denominado "Psicosis de la UCI", "Síndrome de la Unidad de Cuidados intensivos" y "Síndrome confusional agudo" (SCA). Es un padecimiento subdiagnosticado y frecuentemente no tratado, con alta morbilidad y mortalidad.

Muchos profesionales de la salud consideran que el delirio es un problema frecuente y grave, y solo existen una minoría utiliza herramientas específicas para la detección y manejo sistemático de la enfermedad, lo cual refleja la falta de conocimientos en relación a este tema, pues las consecuencias negativas del delirio van mas allá de las derivadas de las conductas agresivas y autolesivas de los pacientes.

METODOS

Se realizará una revisión de la literatura de las principales bases de datos del área de la salud como son: Ovid, Pubmed, Hinari, Scielo y Proquest.

RESULTADOS

Dar a conocer documentación actualizada y específica sobre el SCA/UCI, los diferentes factores que influyen para la aparición de este cuadro, así como los cuidados que se pueden proveer a las personas con SCA/UCI, de tal manera que oriente mejor hacia identificación temprana de problema y su atención oportuna. Tanto para el personal de enfermería, como para los demás miembros del equipo de salud.

* Trabajo de tesis

** Facultad de salud. Escuela de Enfermería. Universidad Industrial de Santander. Posgrado de atención de Enfermería en cuidado crítico

SUMMARY

TITLE

GUIDE BOOK FOR THE ACUTE CONFUSIONAL SYNDROME (ACS) IN THE INTENSIVE CARE UNIT (ICU). *

AUTHORS

Nubia Cristina Gomez Vargas, Luz Alba Ardila Garcia **

KEY WORDS

Acute confusional syndrome, intensive care unit syndrome, psychosis and delirium in the ICU.

MAIN OBJECTIVE

To determine the factors that generate the acute confusional syndrome in the intensive care unit and to elaborate a useful guide to orientate the management of this alteration in the ICU patients.

JUSTIFICATION

Delirium is the most frequent psychiatric disorder found in the ICU. It produces important physiological and psychological changes that affect the patient's recovery. It has also been called "Psychosis in the ICU", "Intensive Care Unit Syndrome" and "Acute Confusional Syndrome" (ACS). It is a subdiagnostic ailment usually mistreated, with high morbidity and mortality.

Many health care professionals consider delirium to be a serious, frequently occurring problem, and just a minority use specific tools to stop and manage the disease systematically which reflects a lack of knowledge in relation to this topic. The negative consequences of delirium go farther than those derived from the aggressive conduct and self-mutilation in patients.

METHODS

A revision of the literature of the main databases in the field of study will be reviewed. These are: Ovid, Pubmed, Hinari, Scielo y Proquest.

RESULTS

The result of this is an advisory to the reader that updated and specific documentation about ACS and ICU exists along with the different factors that affect this syndrome, and the special care that needs to be given to people with ACS and ICU syndromes. The main objective is to advise health personnel and medical staff about the early identification of this problem and its appropriate treatment.

* Thesis

** Health faculty. Nursing school. Industrial University of Santander. Post-graduate studies of Nursing Care in critical patients.

INTRODUCCIÓN

El delirio es un trastorno reversible de inicio súbito, caracterizado por deterioro global de la función cognitiva, acompañado de desorientación, deterioro de la memoria a corto plazo, alteraciones de la percepción (alucinaciones), pensamiento anormal, comportamiento inapropiado y evidencia de una causa física. Es la causa más común de morbilidad y mortalidad en los pacientes hospitalizados.¹ Dado que el delirio puede influenciar significativamente todo el pronóstico del paciente, la identificación de los factores de riesgo, la detección temprana y manejo oportuno de ambos tipos de delirio puede aportar mejores resultados para el paciente. Para ello la educación y capacitación a los estudiantes de cuidado crítico, así como el empleo de herramientas que permitan estimar el delirio, puede mejorar satisfactoriamente el manejo de los paciente con de síndrome UCI. Tal es el caso de esta guía de manejo para el Síndrome Confusional Agudo en las Unidades de Cuidados Intensivos, con la cual esperamos contribuir en la formación académica de los estudiantes así como en la documentación del personal profesional y especializado.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores que generan síndrome confusional agudo en las unidades cuidados intensivos y elaborar una guía útil para orientar el manejo de esta alteración en el paciente de UCI.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar cuales son los principales factores que causan el SCA/UCI.
- Elaborar una guía de manejo para brindar una atención adecuada a la persona con SCA/UCI.
- Dar a conocer a los miembros del equipo de salud esta practica guía de manejo del paciente con SCA/UCI.

1. DEFINICIÓN

El delirio UCI, es un síndrome mental agudo reversible que se desarrolla en un corto periodo de tiempo, entre horas o días, generalmente entre el segundo y tercer día de la internación en la UCI y la mayoría tiene una duración entre 2-5 días. Este se caracteriza por la fluctuación del estatus mental con trastornos de conciencia y percepción e hiperactividad (inquietud – agitación) o hipoactividad, deterioro de la conciencia, trastornos en el ciclo del sueño (aunque éste aspecto también puede ser una manifestación) y disminución de la habilidad para focalizar, mantener y/o cambiar la atención. ²

Ocurre como consecuencia directa de uno o varios factores tales como: intoxicación, retiro de sedantes, efecto secundario a fármacos, exposición a toxinas, alteraciones metabólicas, o la combinación de los mismos. Esta entidad clínica es frecuente en las unidades de cuidados intensivos, ámbito en el que se le han denominado “Síndrome de cuidados intensivos” o “psicosis de la Unidad de Cuidados Intensivos”. ³

2. CUADRO CLÍNICO

Este trastorno neuropsiquiátrico de origen orgánico, que se caracteriza por la aparición de alteraciones de conciencia y de las funciones cognitivas que suele tener un curso fluctuante. Manifestándose habitualmente en horas o días en el contexto de una enfermedad médica general o consecuencia del abuso o abstinencia de determinadas sustancias y va acompañado de desorientación, alteraciones de la atención (inatención o hipervigilancia), deterioro de la memoria a corto plazo, alteraciones de la percepción (ideas delirantes o alucinaciones), pensamiento anormal y comportamiento inapropiado (agitación o hipoactividad).

En pacientes con delirio se presentan alteraciones tanto a nivel anatómico como a nivel de neurotransmisores así como alteraciones secundarias a la administración de fármacos. El diagnóstico es fundamentalmente clínico, pues los estudios de laboratorio, radiológicos, electroencefalográficos u otros, no determinan el diagnóstico.

Se distinguen tres tipos clínicos de delirio: Hiperactivo, Hipoactivo y Mixto. El delirio hiperactivo (típico de los pacientes que consumen excesiva cantidad de alcohol o fármacos sedantes) se caracteriza por agitación y alucinaciones, es fácilmente reconocible y corresponde aproximadamente al 30% de los pacientes.

En contraste con el delirio hipoactivo que se presenta como una disminución del nivel de conciencia con somnolencia y puede confundirse con la sedación por el efecto de los opiáceos o la obnubilación de los estados terminales, presentándose en un 24% de los pacientes, el cual está asociado a más días de hospitalización y mortalidad debido a complicaciones como: agitación, embolismo pulmonar y úlceras por decúbito.

En el delirio tipo mixto hay alteraciones entre una fase agitada y otras de quietud, pudiendo ser también difícil de reconocer con un 46% de los casos. Aunque en los últimos años han aparecido algunos estudios prospectivos con datos acerca de los factores predisponentes y desencadenantes de delirio, no contamos con estudios nacionales en relación a ello. Actualmente, el diagnóstico del delirio se basa en los criterios definidos por la Asociación Psiquiátrica Americana en la 4ª versión del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV).⁴

3. INCIDENCIA Y PREVALENCIA

Balas et al. (2007).⁵ Realizo un estudio observacional sobre la frecuencia delirio en una cohorte de adultos mayores (n=114) que ingresaron a la unidad de cuidados intensivos quirúrgica (UCIQ) y de la cual un 28.3 % desarrollo delirio durante la estancia en la UCIQ y un 22.7 % durante el periodo post- UCIQ. A su vez, Ramos J, I. & cols. (2007)² En su estudio sobre la incidencia global de delirium en las unidades de Cuidados Intensivos de destaca un 28.8% de incidencia y el hallazgo del 62.5% de frecuencia en el subtipo de delirium hipoactivo. Pandharipande & cols. (2008).⁶ En un estudio sobre prevalencia y factores de riesgo para desarrollo de delirio en UCI y unidad de trauma, señalan una prevalencia del delirio en un 70%. Sin embargo, la incidencia del delirio en la UCI varía ampliamente, desde el 16% hasta el 89%. Esta variación se debe a las diferencias conceptuales y metodológicas para diagnosticar este cuadro, la población de pacientes estudiados (por ejemplo, edad del paciente, la gravedad de la enfermedad), el puntaje en la evaluación del delirio, el nivel de formación de los evaluadores de delirio, así como la cantidad y los tipos de analgésicos y/o sedantes administrados a cada paciente.⁷

4. FACTORES DE RIESGO Y ETIOLOGIA

En el paciente crítico, los factores de riesgo o etiológicos del delirio generalmente corresponden a los siguientes grupos:²

- 1) Enfermedad aguda,
- 2) Edad y enfermedades pre-existentes
- 3) Factores iatrogénicos o ambientales, entre los que se destacan:

- | | |
|--------------------------------------|----------------------------------|
| - Edad > 70 años. | BUN / creatinina > 18 |
| - Internación domiciliaria previa | Fallo renal. (creatinina > 2.09) |
| - Depresión Fallo hepático (> 2.0) | SIDA |
| - Demencia Insuficiencia cardíaca | ACV, epilepsia |
| - Shock séptico o cardiogénico | Abuso alcohólico (último mes) |
| - Uso de drogas psico-activas | Sondas de alimentación |
| - Sobredosis de drogas ilícitas | Sondas vesicales/rectales |
| - Hipo/hipernatremia | Vías centrales |
| Hipo/hiperglucemia | Malnutrición |
| - Hipo/hipertiroidismo | Inmovilizaciones |
| - Hipotermia/fiebre | Deficiencia visual o auditiva |

Entre las drogas que pueden actuar como precipitantes, se destacan los anticolinérgicos (antimuscarínicos y antihistamínicos), porque la disminución de la síntesis de acetil-colina es considerada como uno de los principales mecanismo del delirio.

Anticolinérgicos:	Antieméticos, antidepresivos tricíclicos, atropina, antiparkinsonianos, antihistamínicos
Sedantes:	Benzodiazepinas, barbitúricos, ketamina.
Anticonvulsivantes:	Fenitoina, valproato
Cardiovasculares:	Digoxina, captopril, flecainida, procainamida, lidocaína.
Anihipertensivos:	Propanolol, nifedipina, nitroprusiato de sodio
Diuréticos:	Espironolactona, furosemida
Antibióticos:	Aminoglucósidos, sulfas, penicilina, cefalospórin, imipenem, ciprofloxacina, metronidazol, anfotericina, acyclovir.
Antagonistas H2:	Ranitidina, cimetidina
Drogas ilícitas:	Anfetaminas, heroína, cocaína
Misceláneo:	Aminofilina, litium, metoclopramida, esteroides, agentes quimioterapéuticos.

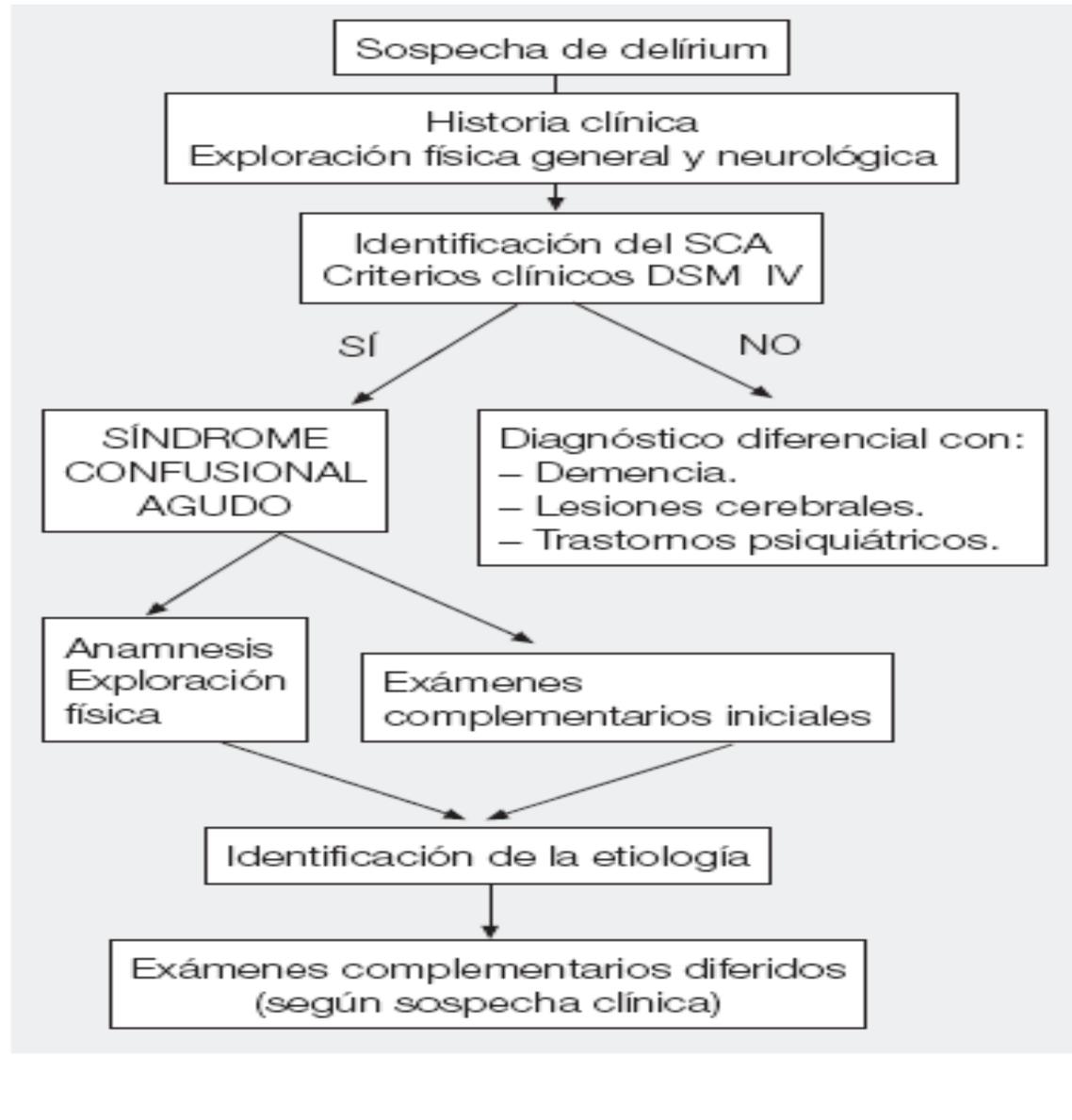
5. DIAGNÓSTICO

El delirio es una disfunción cognitiva transitoria, que se puede convertir en un problema grave en unidades de cuidados intensivos (UCI). Este puede ser definido como un estado confusional agudo que normalmente se asocia con una etiología orgánica subyacente, como una enfermedad médica, consumo y/o retiro de drogas. La prevalencia del delirio es alta y puede resultar en un incremento morbilidad, retraso en la recuperación funcional y en la prolongación de la estancia hospitalaria y de UCI.⁸

Según el DSM-IV⁹ los criterios para el diagnóstico del delirium son:

1. Alteración de la conciencia (por ejemplo, disminución de la capacidad de atención al entorno) con disminución de la capacidad para centrar, mantener o dirigir la atención.
2. Cambio en las funciones cognoscitivas (como déficit de memoria, desorientación, alteración del lenguaje) o presencia de una alteración perceptiva que no se explique por la existencia de una demencia previa o en desarrollo.
3. La alteración se presenta en un periodo de corto tiempo (habitualmente en horas o días) y tiende a fluctuar a lo largo del día.
4. Demostración a través de la historia clínica, de la exploración física y de las pruebas de laboratorio que la alteración es un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica.

Algoritmo Diagnostico para Delirium



Existen tres tipos clínicos de presentación del síndrome confusional agudo:

1. Hiperactivo: Se caracteriza por hiperactividad, agitación, agresividad, confusión, alucinaciones e ideación delirante. Se da en un 15-25%. Suele asociarse a abstinencia o intoxicación por tóxicos y al efecto anticolinérgico de algunos fármacos. Existe una disminución de la actividad inhibitoria del sistema GABA y un aumento de la neurotransmisión noradrenérgica. Es el más fácil de diagnosticar por los síntomas tan floridos.

2. Hipoactivo: Se da con más frecuencia en ancianos y se caracteriza por hipoactividad, enlentecimiento psicomotor, bradipsiquia, lenguaje lento, inexpresividad facial, letargia, actitud apática, inhibición. Se debe hacer diagnóstico diferencial con la demencia y la depresión. Es el tipo de delirium que se desarrolla en las alteraciones metabólicas. Se cree que se debe a un aumento de la inhibición por parte del sistema gabaérgico. Se desarrolla en un 20-25%. Son los más difíciles de identificar, pues sus síntomas no son tan evidentes y puede pasar desapercibido para el médico si no se piensa en esta forma de presentación del síndrome confusional.

3. Mixto (hiper e hipoactivo): Supone el 35-50% de los síndromes confusionales. Alternan la hiper e hipoactividad en el tiempo.

6. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

En ocasiones el cuadro confusional se puede parecer sincrónicamente a otros cuadros, por lo que es necesario realizar un buen diagnóstico diferencial. La demencia, depresión, psicosis o la ansiedad puede desarrollar síntomas que se dan también en el síndrome confusional agudo.

La demencia tiene un curso progresivo, suele ser estable, el nivel de conciencia no suele alterarse, la atención se afecta menos y la desorientación aparece en las fases más tardías.

Diagnostico Diferencial de Delirium			
	Delirium	Demencia	Psicosis
Comienzo	Súbito	Gradual	Súbito
Curso	Fluctuante con exacerbaciones nocturnas	Progresivo	Estable
Conciencia	Disminuida	Normal	Normal
Atención	Afectada globalmente	Normal, salvo en crisis severas	Normal
Cognición	Alterado globalmente	Alterado globalmente	normal
Percepción	Alucinaciones frecuentes, sobre todo visuales	Alucinaciones raras	Alucinaciones frecuentes, sobre todo auditivas
Delirios	Poco sistematizados y fluctuantes	Ausentes	Sistematizados
Orientación	Disminuida	Disminución gradual	Buena
Actividad psicomotriz	Retardada, agitada o mixta	Normal	Normal

El trastorno de ansiedad se caracteriza por la aparición de miedo o malestar intensos, de comienzo brusco y que se acompaña de síntomas como sudoración intensa, náuseas, parestesias, disnea, palpitaciones, opresión torácica.

La depresión cursa con humor triste, anorexia, fatiga, apatía, insomnio. Otros cuadros menos frecuentes con los que se debe realizar diagnóstico diferencial: esquizofrenia, episodio maníaco, afasia de Wernicke, amnesia global transitoria.

Puede ser difícil para los intensivistas y para enfermeras especialistas en cuidados intensivos detectar el delirio en la UCI debido a los múltiples factores que pueden influir en un diagnóstico clínico claro. Además, debido a de la gravedad de la enfermedad y la falta de comunicación verbal y de evaluación cognitiva en pacientes de UCI, es particularmente difícil de evaluar.

Para determinar la claridad como se establece un diagnóstico de delirio en UCI, Cheung & cols. Enviaron una encuesta a todos los intensivistas registrados en la Sociedad de Cuidados Críticos de Canadá, la cual contenía tres escenarios clínicos que describían pacientes con anomalías cognitivas, tales como: (a) encefalopatía hepática, (b) sobredosificación de múltiples drogas y (c) post-operatorio de reparación de un aneurisma aórtico. Los síntomas, que se incluyeron fueron: fluctuación del nivel de conciencia, falta de atención, desorientación, alucinaciones, problema en el ciclo vigilia/sueño, y la paranoia, los cuales se contemplan en los criterios DSM-IV para delirio. Y se les pidió hacer el respectivo diagnóstico en un formato de respuesta corta para cada escenario.

Ciento treinta encuestas fueron devueltas, con una tasa de respuesta del 58,3%. En los escenarios en que se presentaron disfunciones cognitivas obvias, la respuesta fue 83-85% con un diagnóstico médico para explicar las alteraciones cognitivas y sólo 43-55% utilizó el término "delirio". En cambio, cuando faltaba una alteración médica subyacente, el 74% de los encuestados diagnosticó "delirio" ($P = 0,002$).

Los agentes farmacológicos más seleccionados fueron los antipsicóticos y las benzodiazepinas, seguido de analgésicos opioides y no opioides, así como otros sedantes.¹⁰

Aunque la evaluación psiquiátrica clásica a menudo no puede ser empleada por el incomparable marco de la UCI y las manifestaciones clínicas de los pacientes de cuidados críticos, solo unos pocos métodos de puntuación se están aplicando en la práctica clínica.

A continuación vamos a revisar algunos de ellos: (Ver pruebas complementarias)

7. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

A pesar de las dificultades que se han presentado para tratar de detectar el SCA – UCI, algunas escuelas han generado su propio instrumento, sin embargo presentamos a continuación los instrumentos que han tratado de integrar diversas variables que son consideradas claves (ver anexos) para establecer la presencia de SCA- UCI, todos ellos han sido probados, con buenos resultados, ellos son: la Lista de Chequeo para el Tamizaje de Delirio en la Unidad de Cuidado Intensivos y el Método para la Evaluación del Estado Confusional en la UCI.

7.1 LISTA DE CHEQUEO PARA EL TAMIZAJE DE DELIRIO EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVOS

El examen se realiza dentro de los primeros 5 días usando una escala basada en la información colectada durante el día (cada 8-h) y evaluando los cambios durante las 24 horas del día anterior. Se asignan valores a los pacientes con base en los siguientes ítems que van desde el valor 0 (ninguna manifestación de un ítem o ninguna valoración posible); 1 (manifestación obvia del ítem); hasta 8 (la cuenta total va de 0 a 8).¹¹

1. Nivel alterado de conciencia. Ninguna respuesta (A) o la necesidad para el estímulo vigoroso para obtener cualquier respuesta (B) significa una alteración severa en el nivel de conciencia que impide la evaluación. Si hay coma (A) o estupor (B) dado que no se obtiene ninguna puntuación, y no hay ninguna evaluación más extensa durante ese período.

- A: Ninguna respuesta (ninguna cuenta).
- B: Respuesta al estímulo intenso y repetido (voz fuerte y dolor; ninguna cuenta).
- C: Respuesta al estímulo apacible o moderado; adormecimiento, si la respuesta implica un cambio en el nivel alterado de conciencia (1 punto).

- D: Vigilia normal; vigilia o el estado durmiente que puede despertarse fácilmente. (0 punto)

- E: Respuesta exagerada al estímulo normal; la hipervigilia es calculada como un nivel anormal de conciencia (1 punto).

2. Falta de atención; dificultad para seguir una conversación o se distrae fácilmente por estímulos externos, dificultad para concentrarse, persona muy inconstante (1 punto).

3. Desorientación; cualquier error obvio en orientación tiempo, lugar o persona, (1 punto).

4. Alucinación, engaño, psicosis; la manifestación clínica inequívoca de alucinación o de comportamientos probablemente debido a la alucinación (e. g., intentando coger un objeto inexistente) o engaño; deterioro grueso en comprobación de realidad (1 punto).

5. Agitación o retado psicomotor; hiperactividad que requiere el uso de sedante adicional, drogas o inmovilización para controlar el peligro potencial a sí mismo u otros (e. g., arrancarse las líneas intravenosas, golpear al personal UCI); hipoactividad o retardo psicomotor notable (1 punto).

6. Discurso impropio o humor; habla impropia, desorganizada o incoherente; despliegue impropio de emociones relacionadas a eventos o situaciones (1 punto).

7. Perturbación de ciclo vigilia-sueño; durmiendo menos de 4 h o despertándose frecuentemente por la noche (no se considere vigilia inducida por personal médico al valorar o el ambiente fuerte); dormir durante casi todo el día (1 punto).

8. Fluctuación del síntoma; es la fluctuación de la manifestación de cualquier ítem o síntoma por más de 24 horas (e. g., un cambio a otro ítem; 1 punto).

7.2 MÉTODO PARA LA EVALUACIÓN DEL ESTADO CONFUSIONAL EN LA UCI

El Método para la Evaluación de la Confusión en la UCI (CAM-ICU), es un instrumento para la monitoria del delirio en pacientes de UCI, fue creado por Ely y colaboradores entre 1998 y 2003 en la Vanderbilt University School of Medicine; quienes desarrollaron un programa de investigación de delirio en la UCI para estudiar la incidencia y la importancia del delirio como factor de pronóstico en los pacientes con ventilación mecánica de todas edades. Tomaron como base el instrumento más ampliamente usado para la evaluación del delirio por no psiquiatras de esa época “Método para la Evaluación de la Confusión ó CAM”(Inouye, Ann Intern Med 1990). Adaptaron este instrumento (Ver Figura N° 1) y de acuerdo sus estudios de validación, proponen un nuevo instrumento que puede ser implementado para uso de enfermeras, médicos u otros profesionales de la salud que forman parte de su equipo multidisciplinario en la UCI, el “CAM-ICU”.¹²

7.2.1 CAM-ICU en la práctica clínica. Carrie (2009)¹³ Revisa los diferentes métodos existentes para la detección temprana del SCA y plantea el CAM-ICU, como una herramienta con suficiente validez (sensibilidad: 93% – 100% y especificidad: 98% – 100%), para poder determinar dicha entidad en el paciente crítico.

Cuando se piensa en implementar el CAM-ICU en la práctica clínica o para propósitos de investigación, es importante considerar que muchos de sus componentes son similares a métodos menos formales de evaluación que son frecuentemente utilizados en la práctica (p.e., el personal siempre lleva a cabo la

evaluación del primer criterio a través de las escalas de sedación necesarias para determinar el estado neurológico). Una revisión completa de la valoración actual en la UCI ayudará a modificar algunos componentes de la evaluación de rutina para identificar apropiadamente el delirio. Para ello se recomienda incorporar las herramientas de evaluación del CAM-ICU en el examen de rutina. Los datos aislados pueden obtenerse a través de la evaluación de rutina y procesados con el algoritmo del CAM-ICU para definir la presencia o ausencia de delirio.

CRITERIO 1: Inicio agudo o curso fluctuante del estado mental

1. *¿Usa usted el mismo “estado de basal” del paciente para evaluaciones sucesivas del CAM-ICU? Sí.*
2. *¿Qué haría usted si el paciente ha tenido cambios permanentes en su estado de basal a lo largo de la hospitalización – p.e., por una enfermedad cerebrovascular (ECV)?*
¿Será el estado basal en el momento de la evaluación el que sea tenido en cuenta para el CAM-ICU?

Si un paciente ha tenido cambios permanentes en su estado de basal (p.e., en ECV), el nuevo estado basal al momento de la evaluación es el que debe tomarse en cuenta para evaluaciones subsiguientes. Determinar el estado basal puede ser difícil en estos pacientes debido a la dificultad inherente para distinguir el delirio del nuevo estado basal. En la práctica, es mucho más fácil cumplir el criterio 1 en dicha situación documentando “fluctuaciones” en el estado mental.

CRITERIO 2: Inatención

El estado de alerta es un proceso básico de activación mediante el cual un paciente despierto puede responder a cualquier estímulo ambiental. El paciente alerta, pero inatento responderá a cualquier sonido, movimiento o evento que

ocurra a su alrededor, mientras que el paciente atento podrá filtrar estímulos irrelevantes. Atención presupone un estado alerta, pero un estado alerta no necesariamente implica atención. (p.e., todos los pacientes atentos están alertas, pero no todos los pacientes alertas están atentos) .

1. ¿Cómo diferencia usted si la dificultad para entender una orden es debida a un trastorno de la atención o a un pensamiento desorganizado e incapacidad para comprender la orden, en el proceso de distinguir los síntomas de demencia de los del delirium ?

Al inicio de la evaluación de inatención, el examinador establece si el paciente puede o no seguir las más simples señales de “sí o no” con la cabeza o con un apretón de manos. Si el paciente puede, se recaban los datos por el número de respuestas correctas a los dibujos y letras del Examen de Tamizaje para la Atención visual y auditiva (ASE). Si el paciente puede llevar a cabo aún las órdenes más sencillas en este sentido, entonces el paciente se considera positivo para el Criterio 2 (inatención) si el puntaje es menor a 8 respuestas correctas en el ASE. Podría darse que algún elemento de desorganización del pensamiento pueda estar presente también, el cual se evaluaría en el Criterio 3.

2. Cuando los pacientes están muy letárgicos, en estupor o en coma, los componentes del ASE pueden ser imposibles de aplicar. ¿Si usted no puede aplicar el test, cuál sería la conclusión en cuanto al delirio: delirio? Sin delirio? No aplicable?

El enfoque en dos pasos para aplicar el CAM-ICU tiene en cuenta un filtro para la mayoría de pacientes que no se pueden comunicar con el evaluador. Los pacientes no aptos para el Paso Dos (p.e., aquellos en un nivel de sedación de RASS – 4 ó – 5) no deben ser evaluados con el resto del protocolo CAM-ICU. Por lo tanto, en aquellos pacientes que llegan al Paso Dos y logran abrir los ojos con

estimulación verbal, la incapacidad para llevar a cabo y/o completar los componentes de la ASE es atribuible a inatención. Estos pacientes tienen dificultad para conducir sus pensamientos (por cualquier razón).

Un puntaje de RASS de -3 parece estar en una zona gris. Algunos pacientes en este estado pueden comunicarse en algún grado, mientras que otros solamente abren sus ojos sin mayor interacción adicional. Hemos ubicado el punto de corte para los dos pasos en un RASS entre -3 y -4 ya que algunos pacientes que están en RASS -3 pueden ser evaluados íntegramente.

CRITERIO 3: desorganización del pensamiento

Esta es el área más difícil de evaluar en pacientes que no hablan. Este es el más subjetivo de los cuatro criterios. El pensamiento es expresado mediante las palabras (de manera verbal o escrita).

La ventilación mecánica y la pérdida de los movimientos finos limitan esta capacidad de expresión en la mayoría de los pacientes críticamente enfermos. Por lo anterior, el CAM-ICU usa preguntas sencillas con respuestas sí o no, y órdenes simples para evaluar la organización del pensamiento.

Estamos dispuestos a incrementar los métodos disponibles para perfeccionar nuestra evaluación de este criterio del delirio, y agradecemos sus comentarios respecto a este Criterio.

1. Si el paciente responde a las cuatro preguntas correctamente, proseguiría usted en la evaluación de las órdenes?

Nosotros aconsejamos a quienes usan el CAM-ICU a formular todas las preguntas y órdenes. No aconsejamos terminar con las preguntas (aun si el paciente puntea

100%) debido a la probabilidad de que el paciente haya adivinado correctamente las cuatro. El conjunto de preguntas y órdenes da al clínico más datos con los cuales definir la presencia o ausencia de desorganización del pensamiento. Si el paciente responde todas las preguntas correctamente pero el evaluador siente que el paciente respondió sí/no al azar y acertó, el desempeño con las órdenes puede confirmar o descartar la presunción del clínico.

CRITERIO 4: Alteración en el nivel de conciencia (al momento de la evaluación)

1. ¿El criterio 4 es positivo en caso de coma?

Aunque los pacientes comatosos son técnicamente positivos en el CAM, el coma no es considerado delirio. Sin embargo, un paciente con delirio puede haber estado recientemente en coma, indicando una fluctuación en el estado mental. Los paciente comatosos con frecuencia, aunque no siempre, pasan a través de un periodo de delirio antes de recuperar su estado mental basal.

Ejemplo:

El Criterio 4 es positivo para cualquier paciente con un nivel de RASS distinto a "0".

Criterio CAM-ICU	Presente/Ausente
Criterio 1: Inicio agudo de cambios en el estado mental o curso fluctuante	
El RASS del paciente ahora es 0, pero ha sido -1, -3, y +2 en las 24 horas previas	Presente
El RASS de un paciente ha sido -2 en las 24 horas previas, pero la familia dice que ese no era su estado de base antes del ingreso	Presente
Criterio 2: Inatención	
El paciente puntuó 7 en las dibujos del ASE y 5 en las letras del ASE	Presente
Un paciente consigue 10 respuestas correctas en el ASE en dibujos y letras	Ausente
El paciente se puede comunicar apretando la mano del evaluador, pero no es capaz de completar el ASE (dibujos y letras)	Presente
Criterio 3: Pensamiento desorganizado	
El paciente solo responde la mitad de las preguntas correctamente	Presente
El paciente responde correctamente todas las preguntas y es capaz de identificar el número de dedos que el evaluador le muestra	Ausente
Criterio 4: Alteración en el nivel de conciencia	
El paciente tiene movimientos frecuentes sin propósito, y está luchando con el ventilador (p.e.. RASS = +2)	Presente
Un paciente ha fluctuado en su estado mental, con un número de RASS cambiantes en las 24 horas previas, pero ahora está alerta y calmado (i.e. RASS = 0).	Ausente

8. TRATAMIENTO

El tratamiento debe ser rápido y sistemático. Se debe tratar la causa siempre que sea posible, además de la sintomatología del cuadro en sí. El tratamiento incluye dos líneas: ¹⁴

1. Tratamiento no farmacológico:

a) Medidas generales: Asegurar la vía aérea, mantenimiento de las constantes vitales, canalizar una vía venosa, suspender fármacos sospechosos de causar el SCA, aporte nutritivo, adecuado equilibrio hidroelectrolítico, evitar lesiones (barras laterales). La restricción física sólo se indicará cuando peligre la vida del paciente o suponga éste un peligro para familiares o personal sanitario o que impida el manejo terapéutico. Se tomarán medidas para evitar que el paciente se haga daño a sí mismo o a los demás (retirar objetos peligrosos).

b) Intervención ambiental:

- Habitación iluminada.
- El paciente no debe estar aislado. Mantener un acompañante permanente.
- No deberá estar en la misma habitación que un paciente delirante.
- Ayuda para mantener la orientación como un reloj, calendario, etc.
- Proporcionarle información sobre su estancia, motivo de ingreso, etc.
- Proporcionarle las gafas o el audífono, si los usaba.
- Intentar la movilización precoz del paciente.
- Adecuado ritmo sueño-vigilia.
- Incorporar a los familiares en los cuidados del enfermo.

Se deberá evitar el uso de sedantes e hipnóticos, como benzodiazepinas, salvo para el tratamiento de la abstinencia del alcohol o fármacos.

2. Tratamiento farmacológico:

Lo fundamental es tratar la causa de base, es decir, tratamiento etiológico, controlando simultáneamente los síntomas del SCA. No existe un fármaco ideal para el manejo del delirium.

Se elegirá el fármaco adecuado según el perfil de efectos secundarios, el estado del paciente y la vía elegida de administración. Los fármacos más utilizados son los neurolepticos, también las benzodiazepinas, clorpromazina, levopromacina, que serán usados en casos concretos. El fármaco elegido debe darse a bajas dosis y durante el menor tiempo posible.

No se trata de sedar a paciente, sino de aminorar los síntomas estando el paciente lo más despierto posible. La sedación excesiva puede dar complicaciones, como microaspiraciones, apneas o inmovilidad.

La figura 1, nos muestra un algoritmo para el manejo del paciente crítico UCI.

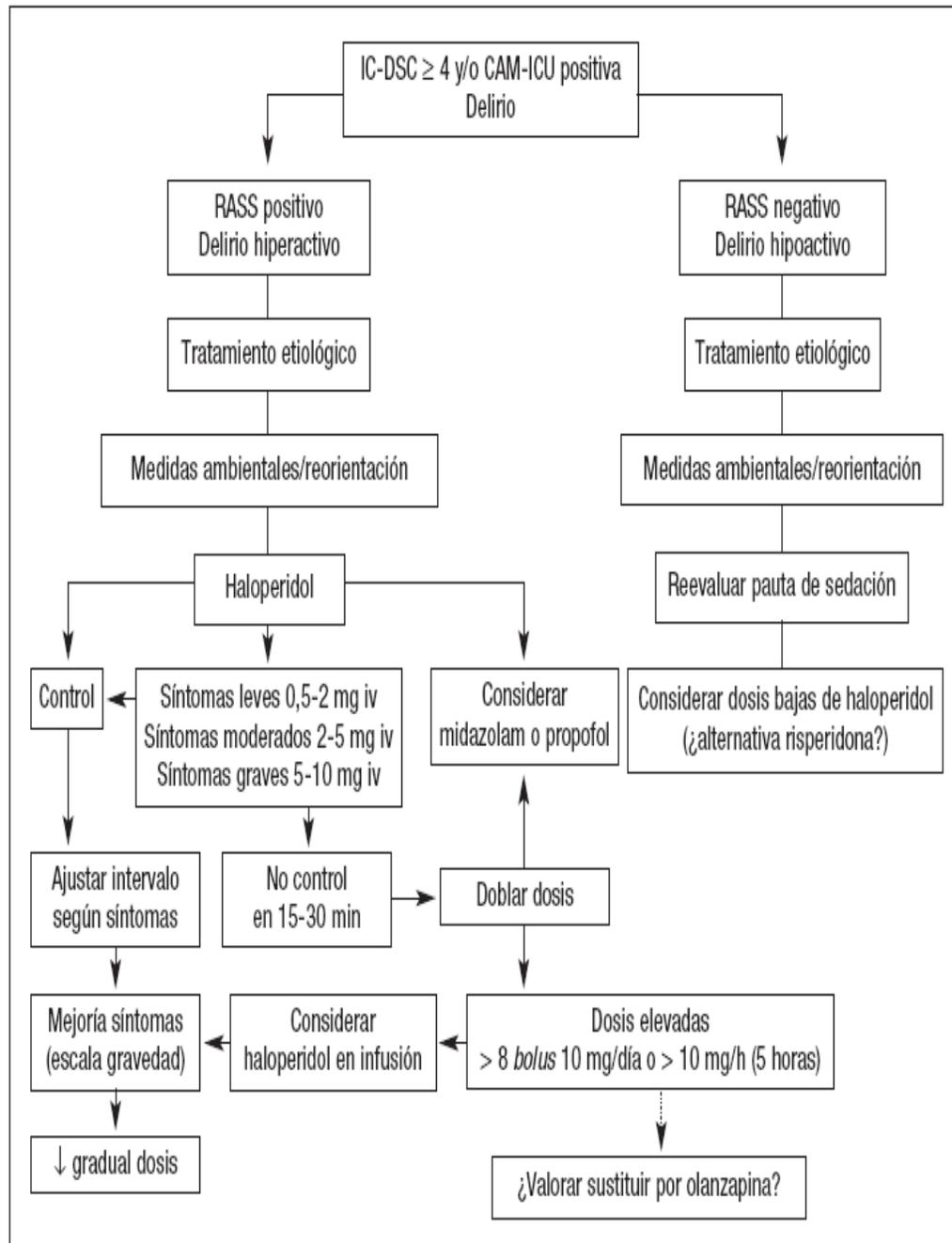


Figura 1. Algoritmo de manejo del paciente crítico con delirio. CAM-ICU: método para la valoración del estado confusional en Unidades de Cuidados Intensivos; IC-DSC: listado para la detección del delirio en Unidades de Cuidados Intensivos; iv: intravenoso; RASS: Richmond agitation sedation scale.

NEUROLÉPTICOS TÍPICOS:

Haloperidol: Es el más usado en el tratamiento del delirium. Se considera de primera línea en la fase aguda del SCA. Actúa de forma rápida, sin apenas efectos secundarios, por lo que es relativamente seguro a corto plazo. Tiene menor efecto anticolinérgico y menor poder sedativo e hipotensor que otros antipsicóticos. Existe en presentación oral (gotas y comprimidos) y parenteral.

Se usará la vía oral siempre que se pueda. En pacientes muy agitados donde no se controlen los síntomas, se usará la vía parenteral, incluida la IV (intravenosa), en la que se tendrá que realizar monitorización cardíaca sobre todo en ancianos y cardiopatas, por la posibilidad de que aparezcan arritmias y prolongación del intervalo QT. Los efectos secundarios más frecuentes son los extrapiramidales, y más raramente el síndrome neuroleptico maligno.

Su inicio de acción es de 10 a 30 minutos por vía IM (intramuscular). Comenzar con dosis de 0,5 mg (por cualquier vía) y repetir cada 30 minutos doblando la dosis hasta controlar la agitación. Al día siguiente, dar por vía oral la mitad de la dosis total requerida y mantenerla hasta que ceda el cuadro repartida en tres tomas y siempre que se pueda por vía oral.

Otros: Tioridacina (Meleril), que se ha retirado del mercado por sus efectos secundarios, levopromacina (Sinogan), clorpromacina (Largactil), son más sedantes, pero tienen más efectos cardiovasculares, como hipotensión y anticolinérgicos (puede agravar el delirium), por lo anterior deben evitarse en el SCA.

NEUROLÉPTICOS ATÍPICOS:

Risperidona: Es el de elección dentro de este grupo por su rapidez de acción. No tiene efectos anticolinérgicos. No disponemos de presentación parenteral, lo que supone una desventaja en los pacientes muy agitados en los que frecuentemente no es posible usar la vía oral. Se usará cuando, tras el haloperidol, no se consigan controlar los síntomas o sea necesario prolongar el tratamiento en el tiempo. De elección en ancianos con deterioro cognitivo previo o reserva cognitiva baja, por su menor actividad anticolinérgica. Se utilizará una dosis de 0,25-0,5 mg cada cuatro horas. La dosis de la noche puede aumentarse, disminuyendo la del día. La última presentación aparecida es la presentación FLAS, que supone un avance en el tratamiento de la fase aguda del delirium. Según la organización mundial de la salud, la risperidona a bajas dosis es el fármaco de primera elección.

Clozapina: El menos usado de su grupo por los efectos secundarios hematológicos (agranulocitosis), con necesidad de controles periódicos.

Olanzapina: Favorece el aumento de peso y aumenta el estado de ánimo. Escasa respuesta en ancianos, antecedentes de demencia o delirium hipoactivo. Se recomienda una dosis de 2,5-5 g por la noche, pudiéndose aumentar hasta 20 mg.

Quetiapina: Se puede usar si los síntomas no se controlan con haloperidol. Dosis de 25 a 50 mg cada 4-12 h. No produce síntomas extrapiramidales, por lo que es de elección en SCA en pacientes con enfermedades extrapiramidales, por ejemplo, enfermedad de Parkinson.

Ziprasidona: Tiene acción proadrenérgica por lo que puede no ser beneficiosos en algunos casos de delirium hiperactivo. Tiene presentación IM, lo que supone una ventaja frente a los fármacos de su grupo.

Benzodiazepinas: De elección en el delirium causado por la abstinencia del alcohol o de hipnóticos sedantes. Los pacientes con delirium que pueden tolerar dosis más bajas de medicaciones antipsicóticas pueden beneficiarse de la combinación de una benzodiazepina y de un neuroléptico como coadyuvante de este o cuando se necesite una acción sedante o ansiolítica. Hay que tener en cuenta que en ancianos pueden producir mayor desorientación y agravar el delirium. Se usan de vida media-corta, como Lorazepam y Midazolam. Este último sólo se debe dar durante un corto período de tiempo, ya que puede producir agitación paradójica. Se recomienda usar en dosis de 2,5-5 mg IM.

Otros: Clorometiazol. Sólo por vía oral, actúa rápidamente. Se usa en el síndrome de abstinencia del alcohol. Analgésicos, opioides (morfina, meperidina y fentanilo), barbitúricos

9. CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Debido a la variedad de intervenciones y cuidados que se pueden generar para tratar el SCA – UCI. Cuadro donde se sintetizan las principales intervenciones y se dan pautas del cuidado para los pacientes con esta entidad clínica.

Factor de riesgo	Intervención
Deterioro cognitivo	<p>Programa terapéutico de actividades:</p> <p>Actividades de estimulación cognitiva.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Reminiscencia. – Juego palabra. – Habilidades. – Hechos presentes. <p>Programa de orientación a la realidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Tabla de orientación. – Horario. – Comunicación reorientadora.
Privación de sueño	<p>Estrategias de reducción del ruido:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Triturado de orientación. – Buscapersonas silencioso. – Silencio en los pasillos. <p>Ajustar el horario de las intervenciones en el paciente respetando el sueño:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Reajustar medicaciones, procedimientos, toma. – De constantes y actividad de enfermería. <p>Protocolo no farmacológico de sueño:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Horario de acostarse, bebidas calientes.
Inmovilización	<p>Movilización precoz:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Deambulación o ejercicios motores activos tres veces al día. <p>Minimizar equipos que inmovilizan:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Reducir SV (sondajes vesicales) innecesarios. – Evitar restricciones. – Alargaderas de oxígeno.
Medidas psicoactivas	<p>Restringir su uso a lo estrictamente necesario:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Sedantes. – Anticolinérgicos. <p>Reducir la dosis. Sustituir por las alternativas menos tóxicas.</p>
Déficit visual	<p>Proporcionar las ayudas visuales:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Gafas. <p>Proporcionar equipos de adaptación:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Luces junto al timbre, interruptores.
Déficit auditivo	<p>Proporcionar utensilios amplificadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Audífono propio, pilas, reparación. <p>Proporcionar ayudas auditivas:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Retirar tapones, comunicación cuidadora.
Deshidratación	<p>Detección precoz y repleción del volumen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Forzar ingesta hídrica, valorar fluidoterapia iv.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. McGohan, L. Delirium. The Journal of Continuing Education in Nursing. May/June 2005. Vol 36, No 3.
2. Salgado E. Delirio en el paciente crítico (fallo cerebral agudo). CAMBIOS Órgano Oficial de Difusión Científica H.C.A.M. Julio - Diciembre del 2003. 263 – 27, Volumen II N° 4.
3. Ramos J, I. & cols. Incidencia de delirium en las unidades de Cuidados Intensivos y Cuidados Coronarios del Hospital Central Militar. Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría. 2007; 40(2): Abr.-May: 41-49.
4. Urrutia B, I. Carrasco C, C. Incidencia y factores de riesgo asociados a delirio en pacientes críticos sometidos a ventilación mecánica. Revista Chilena de Medicina Intensiva. 2008; VOL 23(1): 18-24
5. Balas C, M. Delirium in Older Patients in Surgical Intensive Care Units. Journal of Nursing Scholarship; Second Quarter 2007; 39, 2.
6. Pandharipande & cols. Prevalence and Risk Factors for Development of Delirium in Surgical and Trauma Intensive Care Unit Patients. The Journal of Trauma, Injury, Infection, and Critical Care. July 2008. Vol. 65, Num 1.
7. Devlin & cols. Delirium assessment in the critically ill. Intensive Care Med (2007) 33:929–940
8. Plaschke, K; von Haken, R; Scholz, M. Comparison of the confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU) with the Intensive Care

Delirium Screening Checklist (ICDSC) for delirium in critical care patients gives high agreement rate(s). *Intensive Care Med* (2008) 34:431–436.

9. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed., Text revision. Washington DC, American Psychiatric Association 2000.

10. Cheung C, Z; Alibhai S, M; Robinson M; Tomlinson G. Recognition and labeling of delirium symptoms by intensivists: Does it matter?. *Intensive Care Med* (2008) 34:437– 446.

11. Ouimet, S; Kavanagh ,B; Gottfried, S; Skrobik, Y. Incidence, risk factors and consequences of ICU delirium. *Intensive Care Med* (2007) 33:66–73

12. Ely, W. Método para la Evaluación de la Confusión en la UCI (CAM-ICU). Manual de entrenamiento. 2002, Vanderbilt University.

13. Carrie, S. Assessing Delirium in the Intensive Care Unit. *Crit Care Nurse*. 2009;29: 103-105.

14. Jiménez, M; Santeodoro, G; Villalba, E. Delírium o síndrome confusional agudo. *Tratado de geriatría para residentes*.

ANEXOS

El Método para la Evaluación de la Confusión en la UCI
(CAM-ICU)¹² E. Wesley Ely, MD, MPH, FACP, FCCP Brenda Truman, RN, MSN,
ACNP Vanderbilt University Medical Center Center for Health Services Research

Enlazando la Monitoria de la Sedación y del Delirio: Un Enfoque en Dos Pasos para Valorar el Estado de Conciencia

Primer paso: Evaluación de la Sedación

Escala de Agitación y Sedación de Richmond: RASS*

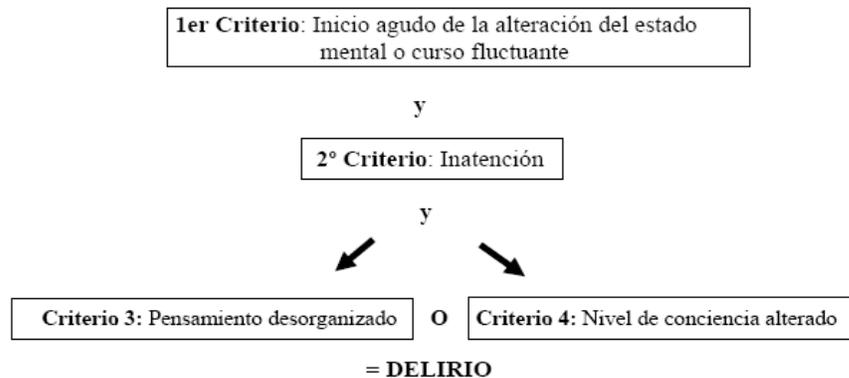
Puntaje	Término	Descripción		
+4	Combativo	Combativo, violento, peligro inmediato para el grupo		
+3	Muy agitado	Se jala o retira los tubos ó catéteres; agresivo		
+2	Agitado	Movimiento frecuentes y sin propósito, lucha con el ventilador		
+1	Inquieto	Ansioso, pero sin movimientos agresivos o vigorosos		
0	Alerta y calmado			
-1	Somnoliento	No está plenamente alerta, pero se mantiene despierto (apertura y contacto ocular) al llamado verbal (≥ 10 segundos)	}	
-2	Sedación leve	Despierta brevemente al llamado verbal con contacto ocular (< 10 segundos)		Estimulación verbal
-3	Sedación moderada	Movimiento o apertura ocular al llamado verbal (pero sin contacto visual)		
-4	Sedación profunda	Sin respuesta al llamado verbal, pero hay movimiento o apertura ocular al estímulo físico	}	
-5	Sin respuesta	Sin respuesta a la voz o estímulo físico		Estimulación física

Si RASS es -4 or -5, **Deténgase** y **Reevalúe** el paciente posteriormente
Si RASS es mayor a -4 (-3 a +4), entonces **Proceda con el Segundo paso**

*Sessler, et al. AJRCCM 2002; 166:1338-1344.

*Ely, et al. JAMA 2003; 289:2983-2991.

Segundo paso: Evaluación del Delirio



Criterios y Descripción del CAM-ICU												
1. Inicio agudo o curso fluctuante	Ausente	Presente										
<p>A. Hay evidencia de un cambio agudo en el estado mental sobre el estado basal? O</p> <p>B. Ha fluctuado el comportamiento (anormal) en las últimas 24 horas, es decir, tiende a aparecer y desaparecer, o aumenta y disminuye en severidad evidenciado por la fluctuación en una escala de sedación (p.e., RASS), Escala de Glasgow, o evaluación previa del Delirio?</p>												
2. Inatención	Ausente	Presente										
<p>¿Tuvo el paciente dificultad para fijar la atención, evidenciada por puntajes menores a 8 en cualquiera de los componentes visual o auditivo del Examen de Tamizaje para la Atención (ASE)? (Instrucciones en la página siguiente).</p>												
3. Pensamiento desorganizado	Ausente	Presente										
<p>¿Hay evidencia de pensamiento desorganizado o incoherente evidenciado por respuestas incorrectas a 2 o más de las 4 preguntas, y/o incapacidad para obedecer órdenes?</p> <p>Preguntas (Alternar grupo A y grupo B):</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">Grupo A</td> <td style="text-align: center;">Grupo B</td> </tr> <tr> <td>1. ¿Podría flotar una piedra en el agua?</td> <td>1. ¿Podría flotar una hoja en el agua?</td> </tr> <tr> <td>2. ¿Existen peces en el mar?</td> <td>2. ¿Existen elefantes en el mar?</td> </tr> <tr> <td>3. ¿Pesa más una libra que dos libras?</td> <td>3. ¿Pesan más dos libras que una libra?</td> </tr> <tr> <td>4. ¿Se puede usar un martillo para pegarle a un clavo?</td> <td>4. ¿Se puede usar un martillo para cortar madera?</td> </tr> </table> <p>Otros:</p> <p>1. ¿Tiene usted algún pensamiento confuso o poco claro?</p> <p>2. Muestre esta cantidad de dedos. (El examinador muestra dos dedos en frente del paciente).</p> <p>3. Ahora repita lo mismo con la otra mano. (Sin repetir el mismo número de dedos).</p>			Grupo A	Grupo B	1. ¿Podría flotar una piedra en el agua?	1. ¿Podría flotar una hoja en el agua?	2. ¿Existen peces en el mar?	2. ¿Existen elefantes en el mar?	3. ¿Pesa más una libra que dos libras?	3. ¿Pesan más dos libras que una libra?	4. ¿Se puede usar un martillo para pegarle a un clavo?	4. ¿Se puede usar un martillo para cortar madera?
Grupo A	Grupo B											
1. ¿Podría flotar una piedra en el agua?	1. ¿Podría flotar una hoja en el agua?											
2. ¿Existen peces en el mar?	2. ¿Existen elefantes en el mar?											
3. ¿Pesa más una libra que dos libras?	3. ¿Pesan más dos libras que una libra?											
4. ¿Se puede usar un martillo para pegarle a un clavo?	4. ¿Se puede usar un martillo para cortar madera?											
4. Nivel de Conciencia alterado	Ausente	Presente										
<p>¿Tiene el paciente un nivel de conciencia diferente al estado de <i>alerta</i>, tales como <i>vigilante</i>, <i>letárgico</i>, o <i>estupor</i>? (p.e., RASS diferente a "0" al momento de la evaluación)</p> <p>Alerta: espontánea y plenamente consciente del medio ambiente e interactúa apropiadamente</p> <p>Vigilante: hiperalerta</p> <p>Letárgico: somnoliento pero fácil de despertar, no consciente de algunos elementos del medio ambiente, o no interactúa de manera apropiada y espontánea con el entrevistador; llega a estar plenamente consciente e interactúa apropiadamente con estímulos mínimos</p> <p>Estupor: Incompletamente consciente cuando es estimulado fuertemente; puede ser despertado únicamente con estímulos vigorosos y repetidos, y tan pronto como el estímulo cesa, vuelve al estado de no respuesta</p>												
CAM-ICU general (Criterios 1 y 2 y cualquiera de los criterios 3 ó 4):	Sí	No										

Examen para el Tamizaje de la Atención (ASE) – Auditivo y Visual

A. Examen auditivo

Instrucciones: Dígame al paciente, “Yo voy a leerle una serie de 10 letras. Cuando escuche la letra ‘A,’ indíqueme apretando mi mano.” Lea las siguientes 10 letras con un volumen normal (con el volumen suficiente para ser escuchado sobre el ruido de la UCI) a una velocidad de una letra por segundo.

S A H E V A A R A T

Puntaje: Se contabiliza un error cuando el paciente no apreta la mano con la letra “A” y/o cuando el paciente apreta la mano con cualquier letra diferente a la “A.”

B. Examen visual (dibujos)

*** * Vea los siguientes grupos de dibujos (A y B) * ***

1er Paso: 5 dibujos

Instrucciones: Dígame al paciente, “Sr. o Sra. _____, yo voy a mostrarle a usted dibujos de objetos comunes. Mírelos detenidamente y trate de recordar cada dibujo porque yo voy a preguntarle después cuales dibujos ha visto”. Luego muéstrele el 1er paso del grupo A o B, alternado diariamente si se requieren valoraciones repetidas. Muéstrele los primeros 5 dibujos durante 3 segundos cada uno.

2º Paso: 10 dibujos

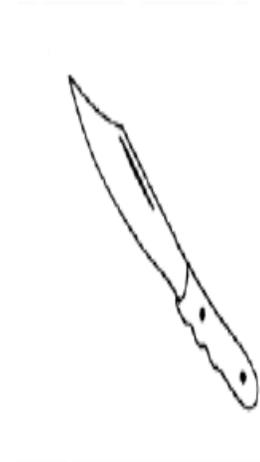
Instrucciones: Dígame al paciente, “Ahora voy a mostrarle algunos dibujos más. Algunos de estos usted ya los ha visto y algunos son nuevos. Déjeme saber si usted los ha visto o no anteriormente moviendo su cabeza para decir sí (demuéstrela) o no (demuéstrela).” Luego muéstrele 10 dibujos (5 nuevos y 5 repetidos) durante 3 segundos cada uno (2º Paso del grupo A o B, dependiendo del grupo que haya sido usado en el 1er paso).

Puntaje: Esta prueba es evaluada por el número de respuestas correctas “sí ” o “no” durante el 2º paso (de 10 posibles). Para mejorar la visibilidad de los pacientes ancianos, las imágenes son impresas en papel neutro, de 6”x 10” y laminado con acabado mate.

Nota: Si un paciente usa lentes esté seguro que las tenga cuando realice el examen visual del ASE.

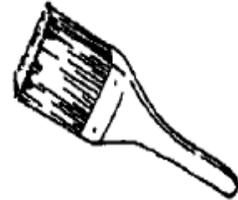
Examen para el Tamizaje de la Atención (ASE) Visual - Grupo A

Paso 1



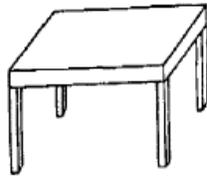
Examen para el Tamizaje de la Atención (ASE) Visual - Grupo A

Paso 2



Examen para el Tamizaje de la Atención (ASE) Visual - Grupo B

Paso 1



Examen para el Tamizaje de la Atención (ASE) Visual - Grupo B

Paso 2

