

# Síndrome confusional agudo: valoración enfermera mediante la *Confusion Assessment Method for Intensive Care Units (CAM-ICU)*

---

## Escena 1: Descripción breve del caso

Mujer (Marta) de 40 años con antecedentes personales de consumo de drogas y benzodiacepinas e infección por VIH. Ingresa en la UCI intubada por bajo nivel de conciencia y posible broncoaspiración tras consumo de drogas (GCS 3). Se pauta una estrategia de analgosedación (morfina + midazolam + propofol) para alcanzar un objetivo de analgesia ESCID < 3 y de sedación RASS de -2 a 0.

En el vídeo, las enfermeras proceden a la higiene bucal pero la paciente frunce el ceño, aprieta los dientes de forma mantenida, tose, se desadapta de la ventilación mecánica y mueve las extremidades y la cabeza continuamente de lado a lado, impidiendo la realización de la técnica.

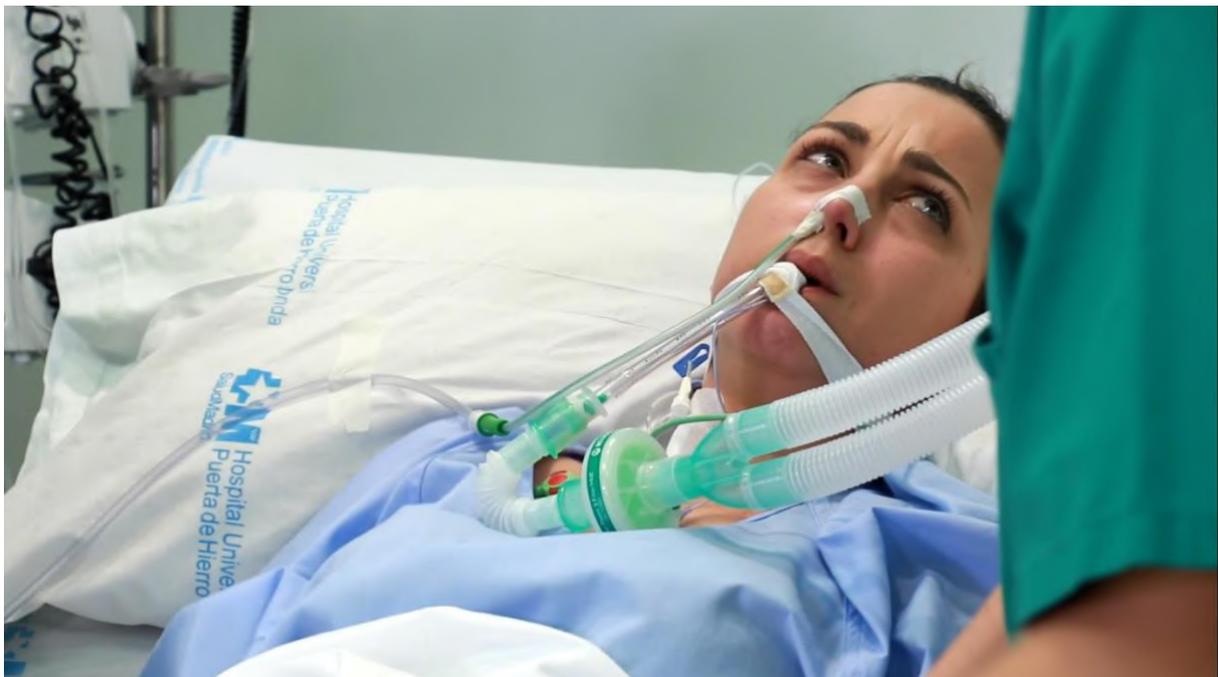


## Escena 1: Valoración enfermera del dolor y agitación

Ante cualquier episodio de agitación la enfermera debe siempre descartar todas las causas reversibles; las más frecuentes son la presencia de dolor o ansiedad. Como se trata de una paciente no comunicativa con indicadores conductuales, las enfermeras escogen la escala ESCID, por ser una herramienta validada para monitorizar el dolor en pacientes no comunicativos. El resultado es un ESCID de 6 (muscultura facial=1 / tranquilidad=1 / tono muscular=1 / adaptación a la VM=1 / confortabilidad=2); valor que indica un dolor moderado y que requiere la administración de analgesia, por lo que se procede a administrar un bolo de 75 mcgrs de fentanilo. Pese a la analgesia, Marta continua inquieta, por lo que se valora el nivel de sedación/agitación con la escala RASS, obteniendo un resultado de + 2. Se decide la administración puntual de propofol en bolo lento para alcanzar los objetivos de analgesia y sedación preestablecidos para la paciente.

## Escena 2: Descripción breve del caso

Ante la dificultad de alcanzar el objetivo de sedación propuesto en el plan terapéutico se ha decidido suspender la sedación con midazolam y propofol e iniciar tratamiento con dexmedetomidina. Marta continua inquieta en la cama, con la mirada perdida y cara de terror. Aunque es capaz de dirigir la mirada y mantener contacto visual. En esta situación se procede a la valoración de la escala CAM-ICU.



## Escena 2: Valoración enfermera del síndrome confusional agudo

El *delirium* o síndrome confusional agudo (SCA) es común en la UCI y debería valorarse diariamente en todos los pacientes críticos con un RASS de -2 a + 4, aunque en pacientes combativos y agresivos existe gran dificultad para valorar la falta de atención por ausencia de colaboración. Las herramientas validadas para diagnosticar la existencia de delirium en el paciente crítico a pie de cama son la *Intensive Care Delirium Screening Checklist* (ICDS) y la *Confusion Assessment Method for Intensive Care Units* (CAM-ICU), incorporando esta última entre sus criterios la valoración de la RASS.

Existen factores de riesgo que predisponen a la aparición de delirio como: edad avanzada, enfermedad crónica previa (HTA), disfunción cognitiva o psiquiátrica previa, severidad de la enfermedad, cirugía urgente, coma, abuso de drogas (alcohol, tabaco), sedación prolongada, síndrome de privación de benzodiazepinas y opiáceos, interacciones farmacológicas, acidosis, fallo multiorgánico, inmovilización prolongada o deshidratación, entre otros.

Marta presenta un RASS de + 2 y varios factores de riesgo de presentar *delirium* por lo que las enfermeras deciden valorarlo siguiendo el algoritmo de aplicación de la escala CAM-ICU que valora 4 aspectos: fluctuación aguda o crónica del curso de la enfermedad, inatención, alteración del nivel de conciencia y pensamiento desorganizado.

Tras la evaluación, el resultado puede ser positivo (presencia de delirio) o negativo (ausencia de delirio). El tiempo medio de cumplimentación del CAM-ICU es de 2 a 5 minutos. El diagnóstico de delirio se establece cuando el paciente presenta una fluctuación aguda de su estado mental, falta de atención y un nivel de conciencia alterado (RASS distinto de cero) o bien cuando el paciente presenta fluctuación aguda de su estado mental, falta de atención y pensamiento desorganizado. En definitiva, se establece este diagnóstico cuando el paciente presenta el aspecto 1, 2 y 3 positivo para delirio o 1, 2 y 4 positivo para delirio.

**Criterio 1: Comienzo agudo o evolución fluctuante:** ¿Hay algún cambio agudo en el estado mental sobre el estado basal? O ¿el estado mental ha fluctuado en las últimas 24h?

- Si la respuesta es negativa, no hay delirium
- Si la respuesta es afirmativa se debe continuar con el paso 2.

En el caso de Marta la respuesta es afirmativa.

**Criterio 2: Falta de atención:** Se valora con el *Attention Screening Examination* (ASE) auditivo o, si el paciente no es capaz de hacer el ASE auditivo, debe realizarse el ASE visual.

- Para el ASE auditivo deben seguirse los siguientes pasos: (1) leer al paciente un listado de 10 letras en tono normal (SAVEAHAART) (2) indicarle que nos apriete la mano o cierre los ojos o saque la lengua o haga alguna orden, cuando oiga la letra A; (3) el paciente comete un error cuando no aprieta la mano al oír la letra A o cuando la apriete al oír cualquier otra letra que no sea la A; (4) la puntuación máxima es 10 y cuando el paciente comete un error se descuenta un punto.
- El resultado es positivo para delirium cuando la puntuación del ASE auditivo o verbal sea menor de 8 o cuando el paciente cometa más de 3 errores.

Marta cierra los ojos fuertes en la primera A y en las 5 últimas letras HAART por lo que comete más de 3 errores; presenta falta de atención y un criterio más positivo para delirio.

**Criterio 3: Nivel de conciencia alterado:** Debe valorarse el nivel de sedación/agitación mediante la RASS. Si el RASS es distinto de 0, el criterio es positivo para delirium (finalizaría el test). Si el RASS es 0 debe valorarse el criterio 4 correspondiente al pensamiento desorganizado.

Marta presenta fluctuación aguda de su estado mental, falta de atención y un nivel de conciencia alterado (RASS de + 2). Como tiene resultados positivos para los criterios 1,2 y 3 ya podemos decir que Marta tiene *delirium* y no haría falta continuar con el criterio 4.

Por cuestiones didácticas, para mostrar cómo se realiza la valoración del pensamiento desorganizado, en el vídeo se muestra también la metodología que debe seguirse para la evaluación del criterio 4.

**Criterio 4: Pensamiento desorganizado: Consta de 2 partes**

- Preguntas de Sí/No: se realiza una prueba con 4 preguntas de Sí o No: ¿Puede flotar una piedra en el agua? (o ¿puede flotar una hoja en el agua?); ¿Hay peces en el mar? (o ¿hay jirafas en el mar?); ¿Pesa un kilo más que dos? (o ¿pesan dos kilos más que un kilo?) ¿Se puede usar un martillo para clavar un clavo? (o ¿se puede usar un martillo para cortar madera?)
- Órdenes: se realiza una prueba con 2 órdenes: Decir al paciente: "Muestre cuantos dedos hay aquí". Enseñar 2 dedos colocándose delante del paciente. Posteriormente decirle "Haga lo mismo con la otra mano".
- El paciente tendrá pensamiento desorganizado o incoherente cuando responda incorrectamente a 2 o más de las 4 preguntas o presente incapacidad para obedecer ambas órdenes. Si tiene menos de 2 errores no tiene delirio.

El pensamiento desorganizado se debe valorar en aquellos pacientes que presentan fluctuación aguda del estado mental, falta de atención y RASS=0. Si en esta situación el resultado del criterio 4 es positivo el paciente tendría delirio. Por tanto, CAM-ICU necesita 3 criterios de 4 para establecer un diagnóstico positivo para delirio; ya sean los criterios 1,2 y 3 o 1,2 y 4.

### **Bibliografía**

- Devlin, JW, Skrobik Y, Gélinas C, Needham DM, Slooter AJC, Pandharipande PP, et al. Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. *Crit Care Medicine*.2018;46(9): e825–e873.
- Ely EW, Inouye S, Bernard, G. Delirium in mechanically ventilated patients: validity and reliability of the confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU).*JAMA*.2001;286:2703–10.
- Freeman S, Yorke J, Dark P. Patient agitation and its management in adult critical care: A integrative review and narrative syn-thesis. *J Clin Nurs*. 2018; 27(7-8): e1284–e1308.
- Krewulak KD, Stelfox HT, Leigh JP, Ely EW, Fiest KM. Incidence and prevalence of delirium subtypes in an adult ICU: A systematic review and meta-analysis. *Crit Care Med*.2018;46:2029–35.
- Tobar E, Romero C, Galleguillos T, Fuentes P, Cornejo R, Lira MT, et al. Método para la evaluación de la confusión en la unidad de cuidados intensivos para el diagnóstico de delirium: adaptación cultural y validación de la versión en idioma español. *Med Intensiva*. 2010; 34(1):4–13.
- Zaal IJ, Devlin JW, Peelen LM, Slooter AJ. A systematic review of risk factors for delirium in the ICU. *Crit Care Med*. 2015; 43: 40–47.