

Evaluación 3D-CAM – Cuestionario Clínico

(CAM Copyright 2003, Hospital Elder Life Program, LLC. No reproducir sin permiso) Versión 5.5

Instrucciones de codificación: Incorrecto también incluye “No lo sé”, y la ausencia de respuesta o respuestas sin sentido. Para cualquier respuesta “Incorrecto”, “Sí” o Sin respuesta / No sé / sin sentido, marque el casillero en el final de columna que indica que esa característica está presente.			Característica del CAM			
LEA EN VOZ ALTA: “Le voy a hacer algunas preguntas para evaluar su pensamiento y su memoria ”			1	2	3	4
1. ¿Me podría por favor decir en qué año estamos?	<input type="checkbox"/> Correcto	<input type="checkbox"/> Se niega a responder	<input type="checkbox"/> Incorrecto, no sabe, sin respuesta, respuesta sin sentido	⇒ ⇒		
2. ¿Me podría por favor decir qué día de la semana es hoy?	<input type="checkbox"/> Correcto	<input type="checkbox"/> Se niega a responder	<input type="checkbox"/> Incorrecto, no sabe, sin respuesta, respuesta sin sentido	⇒ ⇒		
3. ¿Me podría por favor decir en qué tipo de lugar estamos? [hospital]	<input type="checkbox"/> Correcto	<input type="checkbox"/> Se niega a responder	<input type="checkbox"/> Incorrecto, no sabe, sin respuesta, respuesta sin sentido	⇒ ⇒		
4. Le voy a leer algunos números. Quiero que me los repita en el orden inverso al que se los lea. Por ejemplo, si digo “5-2”, usted me respondería “2-5”. ¿De acuerdo? La primer serie de números es: “7 – 5 - 1” (1 - 5 - 7) <i>Diga los números 1 por segundo</i>	<input type="checkbox"/> Correcto	<input type="checkbox"/> Se niega a responder	<input type="checkbox"/> Incorrecto, no sabe, sin respuesta, respuesta sin sentido	⇒		
5. La segunda serie de números es: “8 – 2- 4 – 3” (3 - 4 – 2 - 8) <i>Diga los números 1 por segundo</i>	<input type="checkbox"/> Correcto	<input type="checkbox"/> Se niega a responder	<input type="checkbox"/> Incorrecto, no sabe, sin respuesta, respuesta sin sentido	⇒		
6. ¿Podría decirme los días de la semana hacia atrás, empezando en Sábado como el primer día? (S,V,J,M,M,L,D) <i>Se puede ofrecer una única pista como “¿qué día es antes de Sábado?”</i>	<input type="checkbox"/> Correcto	<input type="checkbox"/> Se niega a responder	<input type="checkbox"/> Incorrecto, no sabe, sin respuesta, respuesta sin sentido	⇒		
7. ¿Podría decirme los meses del año hacia atrás, empezando en Diciembre como el primer mes? (D,N,O,S,A,J,J,M,A,M,F,E) <i>Se puede ofrecer una única pista como “¿qué mes viene antes de Diciembre?”</i>	<input type="checkbox"/> Correcto	<input type="checkbox"/> Se niega a responder	<input type="checkbox"/> Incorrecto, no sabe, sin respuesta, respuesta sin sentido	⇒		
8. ¿En algún momento de ayer u hoy se sintió confundido? <i>Referido a información básica (por ej., orientación, motivo de ingreso) y no a detalles de la enfermedad o tratamiento</i>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Se niega a responder	<input type="checkbox"/> Sí, no sabe, sin respuesta, respuesta sin sentido			
9. ¿En algún momento de ayer u hoy, sintió que no estaba realmente en el hospital?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Se niega a responder	<input type="checkbox"/> Sí, no sabe, sin respuesta, respuesta sin sentido			
10. ¿En algún momento de ayer u hoy, vió cosas que no existían realmente?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Se niega a responder	<input type="checkbox"/> Sí, no sabe, sin respuesta, respuesta sin sentido			
Codificación del observador: para ser completado luego de haberle hecho las preguntas 1 – 10 al paciente						
11. A) ¿El paciente estaba somnoliento durante la entrevista? <i>(indica que el paciente se durmió efectivamente durante la entrevista al menos 1 vez, por ejemplo, inclinó la cabeza, presentó temblores, los ojos se giraron hacia atrás, roncó; pero se lo pudo despertar con facilidad)</i>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No evaluable	<input type="checkbox"/> Sí, no sabe, sin respuesta, respuesta sin sentido	⇒ ⇒ ⇒		
11. B) ¿Estaba estuporoso o en coma el paciente durante la entrevista? <i>(indica que era muy difícil despertar al paciente o directamente no se lo pudo despertar)</i>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No evaluable	<input type="checkbox"/> Sí, no sabe, sin respuesta, respuesta sin sentido	⇒ ⇒ ⇒		
12. ¿Estaba hipervigilante el paciente durante la entrevista? <i>(respuestas muy enérgicas a objetos o estímulos habituales en el ambiente o muy sorprendido)</i>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No evaluable	<input type="checkbox"/> Sí, no sabe, sin respuesta, respuesta sin sentido	⇒ ⇒ ⇒		

Evaluación 3D-CAM – Cuestionario Clínico

(CAM Copyright 2003, Hospital Elder Life Program, LLC. No reproducir sin permiso) Versión 5.5

13. ¿Demostró el paciente tener un flujo de ideas poco claro o ilógico? <i>(respuestas sin sentido, respuestas no apropiadas a las preguntas o contradictorias; cambio impredecible de un tema a otro)</i>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No evaluable	<input type="checkbox"/> Sí, no sabe, sin respuesta, respuesta sin sentido	⇒	⇒		
14. ¿Le pareció que el paciente divagaba, estaba demasiado verborágico o se salía de tema con facilidad? <i>(respuestas fuera del tema o contar una historia no relacionada con la entrevista)</i>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No evaluable	<input type="checkbox"/> Sí, no sabe, sin respuesta, respuesta sin sentido	⇒	⇒		
15. ¿Las respuestas fueron muy <u>limitadas</u> o <u>breves</u> ? <i>(respuestas inapropiadamente breves o estereotipadas)</i>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No evaluable	<input type="checkbox"/> Sí, no sabe, sin respuesta, respuesta sin sentido	⇒	⇒		
16. ¿Tuvo el paciente dificultad para seguir el hilo de la conversación durante la entrevista? <i>(pide al entrevistador que repita la pregunta varias veces)</i>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No evaluable	<input type="checkbox"/> Sí, no sabe, sin respuesta, respuesta sin sentido	⇒			
17. ¿Le pareció que el paciente se distraía fácilmente y de manera inapropiada con los estímulos ambientales? <i>(como la televisión, las personas fuera de la habitación, la conversación del compañero de habitación)</i>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No evaluable	<input type="checkbox"/> Sí, no sabe, sin respuesta, respuesta sin sentido	⇒			
18. ¿Le pareció que el nivel de conciencia del paciente fluctuó durante la entrevista? <i>(se quedaba dormido frecuentemente por momentos, y por momentos estaba totalmente despierto)</i>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No evaluable	<input type="checkbox"/> Sí, no sabe, sin respuesta, respuesta sin sentido				
19. ¿Le pareció que el nivel de atención del paciente fluctuó durante la entrevista? <i>(estaba poco atento por momentos, y muy atento luego - Nota: el mero hecho de tener algunas respuestas correctas y otras incorrectas no es suficiente para calificar como presente este punto)</i>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No evaluable	<input type="checkbox"/> Sí, no sabe, sin respuesta, respuesta sin sentido				
20. ¿Durante la entrevista, le pareció que hubo fluctuación en las ideas o respuestas del paciente? <i>(habla muy lento por momentos, luego muy rápido, o el lenguaje es coherente por momentos y luego incoherente)</i>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No evaluable	<input type="checkbox"/> Sí, no sabe, sin respuesta, respuesta sin sentido				
PREGUNTAS COMPLEMENTARIAS: COMPLETAR SÓLO SI LA CARACTERÍSTICA 1 NO ES POSITIVA Y SÍ SON POSITIVAS LA CARACTERÍSTICA 2 Y LA 3 O 4.							
21. Revise la historia clínica o interrogue al familiar, amigo o encargado del cuidado del paciente que mejor lo conozca para intentar determinar si el paciente tiene algún cambio agudo. “¿Nota usted algún cambio agudo en su memoria o su forma de pensar?”	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Se niega a responder	<input type="checkbox"/> Sí, no sabe, sin respuesta, respuesta sin sentido				
22. SI ES EL SEGUNDO DÍA DE INGRESO O MÁS Y SE CUENTA CON REGISTROS PREVIOS DE 3D-CAM: Revise los resultados previos del 3D-CAM para definir si ha habido cambios agudos en el desempeño, basado en CUALQUIER ítem “positivo” nuevo.	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Se niega a responder	<input type="checkbox"/> Sí, no sabe, sin respuesta, respuesta sin sentido				
Resumen del CAM: marque las características positivas en el casillero correspondiente				1	2	3	4
PARA CODIFICAR COMO DELIRIUM POSITIVO, DEBE TENER LAS CARACTERÍSTICAS 1 Y 2, MÁS 3 O 4							
DELIRIUM: ____ POSITIVO ____ NEGATIVO							
<p>Opcional utilizar el 3D-CAM-S score de gravedad: Asignar 1 punto para cada ítem positivo del 1 al 20 (sumar el resultado final y anotar el resultado final en cada casilla para características positivas del 1 – 4).</p> <p>Si se utilizan las preguntas complementarias 21 y 22, agregar 1 punto adicional al score general, manteniendo el denominador en 20.</p> <p style="text-align: center;">Resultado final del 3D-CAM-S Score= ____ / 20</p>							

Evaluación 3D-CAM – Cuestionario Clínico

(CAM Copyright 2003, Hospital Elder Life Program, LLC. No reproducir sin permiso) Versión 5.5

Traducción al español: Comité de Analgesia, Delirium y Sedación de la FEPIMCTI
(Federación Panamericana e Ibérica de Medicina Crítica y Terapia Intensiva)

<https://fepimcti.org/comite-de-expertos/sedacion-y-analgesia/>

Traductores:

- Federico Carini, MD. federicocarini@gmail.com (Enero 2024)
- Rosa Reina, MD.
- María del Carmen Gallardo, MD.
- Cinthya Lecor, RN
- Jesús Caballero, MD PhD
- Daniela Olmos, MD