

Manual de entrenamiento para el uso del 3D-CAM - Uso clínico y para investigación -

Palihnich K, Gallagher, J, Inouye SK, Marcantonio ER. The 3D CAM Training Manual for Research. Version 4.1. 2016; Boston: Hospital Elder Life Program

El 3D-CAM es un cuestionario breve para evaluar el delirium en pacientes ingresados y en los participantes de estudios de investigación. Se puede completar en menos de 3 minutos y tiene un rendimiento similar para el diagnóstico de delirium a la evaluación por un experto. Este documento explica cómo utilizar el 3D-CAM en la práctica diaria y en los proyectos de investigación, a pie de cama del paciente, además resalta la importancia del delirium y detalla el proceso de diseño de esta herramienta. Esperamos que encuentre este manual sencillo y amigable. Si tiene alguna pregunta, no dude en contactarnos a:

Edward R. Marcantonio, MD SM
Professor of Medicine
Harvard Medical School
Division of General Medicine and Primary Care
Beth Israel Deaconess Medical Center
330 Brookline Ave, Boston, MA 02131
Phone: (617) 754-1409
Email (de preferencia): 3DCAM@bidmc.harvard.edu

Cómo citar este manual? Palihnich K, Gallagher, J, Inouye SK, Marcantonio ER. The 3D CAM Training Manual for Research. Version 5.5.2023; Boston: Hospital Elder Life Program <www.hospitalelderlifeprogram.org>

COPYRIGHT: El Método para la Evaluación de la Confusión (CAM, *Confusion Assessment Method*) está protegido por los derechos de autor, 2003, Hospital Elder Life Program, LLC. Prohibida la reproducción de dicho documento sin autorización.

Versión 5.5

Fecha: 8/1/2023

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.

Cinthy Lecor, RN

Jesús Caballero, MD PhD

Daniela Olmos, MD

Noviembre de 2021

Estimados colegas,

Estamos muy contentos de que haya decidido utilizar el **3D-CAM**: la entrevista diagnóstica de 3 minutos para detectar delirium basado en el método para evaluación de la confusión (CAM).

El 3D-CAM se desarrolló con el apoyo del Instituto Nacional para el Envejecimiento (National Institute on Aging). Se utilizaron sofisticados métodos de medición y bioestadística para identificar los puntos que mejor evaluaban las 4 características diagnósticas para delirium en el CAM. El resultado es la entrevista **3D-CAM**, que puede completarse en una tiempo promedio de 3 minutos, y tiene una buena capacidad diagnóstica con una **sensibilidad** del 95% y una **especificidad** del 94%, en comparación con el estandar de referencia que es una evaluación clínica exhaustiva.

Esperamos que este Manual de Entrenamiento le permita aplicar el 3D-CAM en su práctica diaria así como en sus estudios de investigación. Si tiene alguna sugerencia respecto a cómo mejorar este manual, por favor envíenos sus comentarios utilizando la información de contacto de más arriba.

Muchas gracias nuevamente por elegir el 3D-CAM.

Cordialmente,

Edward R. Marcantonio, M.D. S.M.

Sharon K. Inouye, M.D M.P.H.

Tabla de Contenidos

Introducción.....	5
Evaluación del delirium: características	6
Generalidades:.....	6
Guía del 3D-CAM punto por punto.....	7
Síntomas reportados por el paciente	8
Puntos observacionales	10
Codificación de los resultados	17
Diagrama de flujo del 3D-CAM	18
Suplemento para calificar la gravedad del delirium	19
Instrucciones adicionales para cuestionarios opcionales y acortados	20
Opción de cuestionario abreviado.....	20
Anexo sobre uso del cuestionario para investigación	21
10 consejos para una entrevista de evaluación de delirium exitosa.....	22

Agradecimientos

Este manual se redactó incorporando información y materiales (con autorización previa) de las siguientes fuentes:

1. Marcantonio ER, Ngo L, O'Connor MA, Jones RN, Crane PK, Metzger ED, Inouye SK. 3D-CAM: Validation of a 3-Minute Diagnostic Interview for CAM-defined Delirium. *Ann Intern Med.* 2014 Oct 21;161(8):554-61. doi: 10.7326/M14-0865
2. Inouye SK. *The Confusion Assessment Method (CAM): Training Manual and Coding Guide.* 2003; Boston, Hospital Elder Life Program, LLC <www.hospitalelderlifeprogram.org>.
3. Inouye SK. *The Confusion Assessment Method (CAM): Short CAM Training Manual and Coding Guide.* 2014; Boston: Hospital Elder Life Program, LLC <www.hospitalelderlifeprogram.org>.
4. *The SAGES Study: Training Manual and Questionnaires;* 2010; Boston, Aging Brain Center.
- 5.- Vasunilashorn SM, Devinney MJ, Marcantonio ER, Berger MA. A New Severity Scoring Scale for the 3-Minute Confusion Assessment Method (3D-CAM). *JAGS.* August 2020 – VOL. 68, N= 8

Introducción

El delirium es un cambio súbito en la capacidad de pensar de un paciente y puede tener consecuencias devastadoras, y suele pasar desapercibido muy fácilmente por que suele ser muy sutil. A pesar de ser muy frecuente, se suele pasar por alto y sólo se diagnóstica entre 12 y el 35% de los casos en pacientes ingresados. El 3D-CAM, abreviatura de “Entrevista diagnóstica de 3 minutos para el delirium definido por CAM” es una forma eficiente y confiable de definir si un paciente tiene delirium. El 3D-CAM puede completarse en un tiempo promedio de 3 minutos, y tiene características diagnósticas excelentes con una sensibilidad del 95% y una especificidad del 94% en comparación con el estándar de referencia que es una evaluación clínica prolongada*.

El 3D-CAM es una entrevista breve que utiliza respuestas verbales y permite completar el algoritmo diagnóstico del Método para la Evaluación de la Confusión (CAM) †. El 3D-CAM facilita la detección sistemática de delirium en pacientes ancianos vulnerables ingresados ya que es un metodo breve y reproducible para la detección de esa afección.

Este manual incluye el cuestionario 3D-CAM para uso clínico y para proyectos de investigación e incluye algunos patrones abreviados alternativos que pueden acortar aún más el cuestionario. Por favor, utilice este manual de la manera que mejor convenga a usted y su equipo de trabajo. Durante el entrenamiento, hemos observado que realizar evaluación de pacientes de a dos y luego discutir la codificación ayuda mucho en la comprensión del instrumento y a lograr consistencia en el diagnóstico de delirium.

*Marcantonio ER, Ngo L, O’Connor MA, Jones RN, Crane PK, Metzger ED, Inouye SK. 3D- CAM: Validation of a 3-Minute Diagnostic Interview for CAM-defined Delirium. *Ann Int Med.* 2014; 161(8): In Press.

† Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegal AP, Horwitz RI. Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. *Ann Intern Med.* 1990;113(12):941-8. PubMed PMID: 2240918.

Evaluación del delirium: características

El delirium se define por 4 características clave que se identifican preguntando al paciente y escuchando las respuestas y, por otro lado, observando las respuestas y comportamiento del paciente.

Generalidades:

Cada ítem del cuestionario 3D-CAM informa de manera directa de alguna de las 4 características del CAM que llevan a definir la presencia o ausencia de delirium. Para todos los puntos, si la respuesta del paciente es “incorrecto” o “sí”, se debe marcar la columna apropiada (no sombreada) en el margen derecho de la tabla. Cada una de las 4 columnas se refiere a una de las características del CAM. Si CUALQUIERA de los casilleros de una columna está marcado, esa característica se considera presente y debe marcarse en la fila de resumen del CAM al final del cuestionario. Se considera que el paciente tiene CAM positivo si presenta: Característica 1) Inicio agudo o curso fluctuante Y Característica 2) Inatención Y CUALQUIERA DE LAS OTRAS DOS: Característica 3) Pensamiento desorganizado O Característica 4) Nivel alterado de consciencia.

Algunos lineamientos generales importantes:

- Asegurese que el paciente tenga sus ANTEOJOS/GAFAS y AUDIFONOS correctos y que los tenga adecuadamente colocados.
- Codifique sólo lo que VEA Y ESCUCHE. No asuma nada respecto a la causa del comportamiento del paciente y tome notas si es necesario.
- Se puede repetir cada pregunta hasta 2 veces.
- Se debe marcar como incorrecto respuesta como “no sé”, respuestas sin sentido o incluso la falta de respuesta.
- Se debe consignar “El paciente se niega a responder” cuando el paciente activamente se niega a responder una pregunta.

Guía del 3D-CAM punto por punto

Aquí se discuten en detalle las instrucciones para aplicar el cuestionario punto por punto sin omitir ningún punto.

1. **¿En qué año estamos?**

- Debe ser la respuesta exacta para ser correcta.

2. **¿En qué día de la semana estamos?**

- Debe ser la respuesta exacta para ser correcta.

3. **¿En qué lugar estamos?**

- Debe ser la respuesta exacta para ser correcta, por ejemplo: hospital, centro de rehabilitación y/o geriátrico, u hogar dependiendo cada situación. El paciente no tiene que saber el nombre del lugar en que está, sólo saber que es una institución para cuidar de pacientes con alguna enfermedad aguda, por ejemplo, si está en un hospital. Sin embargo debe codificarse como incorrecto si el paciente voluntariamente dice un nombre equivocado de dicha institución.

Si cualquiera de los 3 puntos de más arriba son distintos a “CORRECTO”, entonces la característica 3 está presente – marque el casillero no sombreado en la columna de la derecha.

4. **y 5. Dígitos hacia atrás (ver 5.)**

5. **Dígitos hacia atrás**

- Haga contacto visual y trate de llamar la atención del paciente. Diga los dígitos a un ritmo de 1 por segundo. Los números no deben repetirse más de una vez. Si se le pide que los repita, diga “lo lamento, sólo puedo decirlos una vez. Probemos con el siguiente”. Se pueden repetir una vez más las instrucciones.
- Se debe codificar como “correcto” sólo en caso de no haber ningún error, caso contrario codificar como “error”. Por favor, revise los dos puntos sin importar si el punto previo fue correcto o no.

6. Días de la semana hacia atrás

- Si el paciente se queda callado sin comprender la pregunta, diga “Por favor, ¿me podría decir que día viene antes del sábado?”.
- Si el paciente no puede continuar con la enumeración tras de una única pista, marque como incorrecto ese punto y continúe con la pregunta siguiente.
- Si el paciente comienza a enumerar los días de la semana hacia atrás y se detiene a mitad de camino o comete cualquier otro error (omite un día, confunde los días), marque como incorrecto ese punto y continúe con la pregunta siguiente.
- Si el paciente puede completar hasta el domingo después de la indicación inicial de aclaración, cuente como correcto incluso si no dijo sábado al inicio.

7. Meses del año hacia atrás

- Si el paciente se queda callado sin comprender la pregunta, diga “Por favor, ¿me podría decir que mes viene antes de diciembre?”.
- Si el paciente no puede continuar con la enumeración tras de una única pista, marque como incorrecto ese punto y continúe con la pregunta siguiente.
- Si el paciente comienza a enumerar los meses hacia atrás y se detiene a mitad de camino o comete cualquier otro error (omite un día, confunde los días), marque como incorrecto ese punto y continúe con la pregunta siguiente.
- Si el paciente puede completar hasta enero tras de la indicación inicial de aclaración, cuente como correcto incluso si no dijo diciembre

Si cualquiera de los puntos 4, 5, 6 o 7 de más arriba son distintos a “CORRECTO”, entonces la característica 2 está presente – marque el casillero no sombreado en la columna de la derecha.

Síntomas reportados por el paciente

8. ¿Se sintió confuso en algún momento ayer u hoy?

- Puede agregar “en cualquier momento de las últimas 24 horas” si el paciente responde “bueno, no hoy pero sí anoche”. También puede reformular la pregunta diciendo “¿Se ha sentido

confundido acerca de algo que normalmente no lo confundiría?”

- Referido a información básica (por ej., orientación, motivo de internación) y no a detalles de la enfermedad o tratamiento

9. ¿En algún momento de ayer u hoy, sintió que no estaba realmente aquí (en el hospital)?

- Puede ofrecer algunos ejemplos como: “Por ejemplo, ¿se despertó en el medio de la noche o esta mañana y pensó que estaba en su casa?”
- No debería contarse la desorientación transitoria que aparece al despertarse el paciente (es decir, que dura menos de 15 segundos tras despertar)

10. ¿En algún momento de ayer u hoy, vió cosas que no existían realmente?

- Si el paciente no comprende la pregunta o si usted quiere reformularla, puede decir “Algunas veces cuando estan internados en el hospital, la gente se siente confusa con respecto a las cosas que les han pasado. Por ejemplo, ¿le pasó de creer ver una tasa en la mesa y cuando quiso agarrarla, no estaba realmente allí?”.
- Si el paciente no refiere ninguna alteración en la percepción en ese momento de la entrevista y sí lo refiere más tarde en la entrevista, indague para definir si realmente tuvo o no alteraciones en la percepción. Por ejemplo, diga: “Me quiero asegurar que lo comprendo correctamente. ¿Usted me ha dicho que creyó ver....” Luego, defina exactamente cuando ocurrió, si fue o no en las últimas 24 horas. Si la respuesta es sí, es decir en el último día, cambie la respuesta en la categoría correspondiente.

Si cualquiera de los puntos 8, 9 o 10 de más arriba califican como “NO”, entonces la característica 1 está presente – marque el casillero no sombreado en la columna de la derecha.

Puntos observacionales

11.

A. ¿Estaba somnoliento el paciente durante la entrevista? (requiere evidencia de haberse quedado dormido al menos una vez; ejemplos: movimiento de cabeza, tic, ojos en blanco, roncar; pero es fácil de despertar)

- Consulte el texto debajo del elemento B para más información.

B. ¿Estaba estuporoso o en coma el paciente durante la entrevista? (indica que era muy difícil despertar al paciente o directamente no se lo pudo despertar)

- No registrar este punto sólo por una reducción en el alerta nada más ingresar en la habitación del paciente. Incluso si tiene que estimularlo enérgicamente para despertarlo, este primer “despertar” se cuenta como normal. Se debe codificar como alerta o estado de conciencia (LOC; *level of consciousness*) cuando el paciente se duerme mientras usted todavía está en la habitación, haciendo la entrevista.
- Para evaluar el estado de alerta, utilice estos 3 grados sucesivos de estímulo:
 1. Voz alta
 2. Toque suave (en la mano y luego brazo)
 3. Voz alta y sacudida suave del hombro

Ejemplos: cualquiera de estos ejemplos codificaría como “SÍ” en “Nivel alterado de alerta / conciencia”

- Somnoliento: el paciente se despierta fácilmente al a la llamada o con un toque suave
- Estupor: el paciente sólo responde a la llamada en voz alta y con sacudidas repetidas.
- Coma: imposible despertar al paciente de ninguna manera.

Consideraciones adicionales:

- Si el paciente deja cerrados los ojos durante toda la entrevista pero responde correctamente las preguntas sin necesidad de ninguno de los estímulos antes mencionados, no codificar como somnoliento. Para codificar como somnoliento el paciente debe dormirse.
- Se necesita paciencia para determinar si alguien esta realmente somnoliento. Si el paciente mantiene cerrados los ojos y no responde una pregunta, por favor espere entre 20 y 25 segundos para ver si responde espontáneamente. Si no responde, busque cuidadosamente otros signos de

que esté dormido (los ojos en blanco, cabeceo, ronquido, etc.)

- Si el paciente deja cerrados los ojos pero no parece dormido, llámelo por su nombre y pregúntele si quiere que repita la pregunta o si sólo “está pensando”.

12. ¿Estaba hipervigilante el paciente durante la entrevista? (con respuestas muy enérgicas a objetos o estímulos habituales en el ambiente o muy sorprendido)

- Se dice que el paciente está hipervigilante cuando parece extremadamente atento a todo el ambiente, examinando todo con atención y enfocándose en cada objeto. Asimismo, si se concentra demasiado en cada cosa también puede que esté hipervigilante. Cuando el paciente parece hipervigilante porque está haciendo una tarea específica, por ejemplo, doblar repetidas veces las sábanas durante la entrevista, sólo codificar como hipervigilante si el paciente también parece absorto en examinar las sábanas al mismo tiempo. El paciente tendría que estar absorto entonces en examinar las sábanas sábanas mientras las dobla para codificar esta conducta como hipervigilante. El paciente puede agarrar por momentos las sábanas pero no fijarse en ellas. Esta hipervigilancia suele generar aprensión en el paciente, incluso miedo. Un ejemplo de hipervigilancia con aprensión es cuando el paciente parece estar concentrado en el monitor cardíaco y se asusta con las alarmas o luces que emite.

Si cualquiera de los puntos 11A, 11B o 12 de más arriba califican “SÍ”, entonces la característica 4 está presente – marque el casillero no sombreado en la columna de la derecha.

**Si alguno de los puntos 11A, 11B o 12 anteriores es “sí”, la característica 4 está presente; marque la casilla sin sombrear en la columna de la derecha. Si 11B es "sí" y el paciente está estuporoso durante toda la entrevista, marque 13-20 como "incapaz de evaluar" y marque las casillas sin sombrear en la columna de la derecha. Esto asignará apropiadamente una puntuación de gravedad muy alta. Si el paciente está estuporoso sólo durante algunas partes de la entrevista, entonces codifique 13-20 según las observaciones.

13. ¿Demostró el paciente tener un flujo de ideas poco claro o ilógico? (respuestas sin sentido, respuestas no apropiadas a las preguntas o contradictorias; cambio

impredecible de un tema a otro)

- Respuestas sin sentido: usted le pregunta al paciente si necesita ayuda para comer, y le responden: “todas las bolsas están aquí”.
- Respuestas contradictorias: el paciente dice que durmió toda la noche, y luego afirma que la enfermera estuvo entrando y saliendo toda la noche lo que lo mantuvo despierto.
- Se debe codificar como flujo ilógico de ideas si una idea constante le impide al paciente responder las preguntas del investigador.
- Nota: el paciente debe poder hablar (es decir, no estar en coma o intubado) para evaluar este ítem.

14. ¿Le pareció que el paciente divagaba, estaba demasiado verborrágico o se salía de tema con facilidad? (respuestas fuera del tema o contar una historia no relacionada con la entrevista)

- Las respuestas son divagantes cuando el paciente cuenta una historia al responder una pregunta pero que es desproporcionadamente larga o verborrágica. Algunos pacientes son muy locuaces (extrovertidos) y puede ser que demoren un poco más en responder las preguntas del entrevistador. La charla, entonces, debe ser claramente excesiva y fuera de contexto (mínimamente relacionado con la pregunta) para calificar como divagante.
- Aunque la respuesta del paciente pueda parecer fuera de contexto al principio, si la historia que cuenta se relaciona con las preguntas y el paciente eventualmente responde a la pregunta, no debe codificarse como fuera de tema. El paciente debe derivar la conversación hacia algo no relacionado en nada con la pregunta o bien cambiar el tema para calificar como “fuera de tema”. Por ejemplo, el entrevistador le pregunta sobre sus problemas de sueño y el paciente responde con temas concernientes a su familia o le pregunta si está casado.
- Nota: el paciente debe poder hablar (es decir, no estar en coma o intubado) para evaluar este ítem.

****Si alguno de los puntos 13, 14 o 15 anteriores es "sí", la característica 3 está presente: marque la casilla sin sombrear en la columna de la derecha.**

15. ¿Tuvo el paciente respuestas muy limitadas o breves ? (respuestas inapropiadamente breves o estereotipadas)

- Para calificar como respuestas muy limitadas o breves, el paciente no debe observar ninguna conversación, pero responde adecuadamente a las preguntas con respuestas de “sí o no”. Puede ser necesario que el entrevistador repita las preguntas varias veces antes que el paciente responda con algo más que un “si o no”. En casos más marcados, es posible que casi no haya conversación con el paciente (respuestas muy breves).

Si cualquiera de los puntos 13, 14 o 15 de más arriba califican como “SÍ”, entonces la característica 3 está presente – marque el casillero no sombreado en la columna de la derecha.

16. ¿Tuvo el paciente dificultad para seguir el hilo de la conversación durante la entrevista? (pide al entrevistador que repita la pregunta varias veces)

- Se califica como que el paciente tiene dificultades para seguir el hilo de la conversación cuando el entrevistador tienen que repetir varias veces la misma pregunta antes de obtener una respuesta. Otros comportamientos que marcan inatención son: a) el paciente no sigue el hilo de la conversación, es decir, puede estar respondiendo una pregunta y en el medio de una frase mira hacia otro lado o simplemente se detiene y no completa la respuesta; b) el paciente pierde noción de que está siendo entrevistado. Por ejemplo, comienza a hablar con otra persona y no se vuelve a concentrar en la entrevista; c) el paciente también puede perder el hilo de lo que está diciendo. En general, mantiene poco contacto visual con el entrevistador. Este item también puede estar presente cuando el paciente responde cada pregunta con exactamente la misma respuesta, aunque ya no sea apropiada para esa pregunta.

17. ¿Le pareció que el paciente se distraía fácilmente y de manera inapropiada con los estímulos ambientales? (como la televisión, las personas fuera de la habitación, la conversación del compañero de habitación)

- Si el paciente parece distraerse facilmente con estímulos normales, se le debe calificar como distraído. En esos casos, el paciente suele tener dificultad para ignorar sonidos o estímulos frecuentes. Por ejemplo, el paciente se detiene en medio de una respuesta porque escucha una persona hablando en el pasillo, agua corriendo o algún celular sonando. Se distrae fácilmente con estos sonidos y deja de mirar al entrevistador. Si un sonido hace que el paciente se distraiga por un

momento, pero parece adecuado porque es un sonido poco común (por ejemplo algo se cae fuera de la habitación o alguien grita) no debe codificarse este punto como positivo. Un signo seguro de que el paciente no se distrae inapropiadamente es cuando el ruido distrae también al entrevistador.

Si cualquiera de los puntos 16 o 17 de más arriba califican como “Sí”, entonces la característica 2 está presente – marque el casillero no sombreado en la columna de la derecha.

Nota para los 3 ítems finales (ver más abajo): la fluctuación se refiere a la permanencia o no de un signo durante la entrevista. Si el signo se mantiene igual durante la entrevista, no debe calificarse como fluctuante. Si, por otro lado, es un signo que va y viene, es más probable que pueda calificarse como fluctuante.

18. ¿Le pareció que el nivel de conciencia del paciente fluctuó durante la entrevista? (se quedaba dormido frecuentemente por momentos, y por momentos estaba totalmente despierto)

- Ejemplo: en una parte de la entrevista el paciente estaba alerta y respondía a todas las preguntas, mientras que por momentos se quedaba dormido y era difícil despertarlo.

19. ¿Le pareció que el nivel de atención del paciente fluctuó durante la entrevista? (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.
- ¿Le pareció que el paciente estuvo inatento o con atención fluctuante en algún momento? Ya sea durante las consignas que evalúan específicamente atención o en otros momentos de la entrevista. Para las consignas específicas (secuencia de números, días y meses hacia atrás): ¿notó variación en la atención entre las series o entre los ítems? ¿notó que el paciente pudo completar las partes más complicadas pero tuvo dificultad con las más sencillas?
- Ejemplo: en una parte de la entrevista, el paciente presta atención a las preguntas y sigue el hilo de la conversación; posteriormente, el entrevistador no logra captar la atención del paciente, quien reverbera sobre otros temas o da respuestas inapropiadas.

20. **¿Durante la entrevista, le pareció que hubo fluctuación en las ideas o respuestas del paciente durante la entrevista? (habla muy lento por momentos, luego muy rápido, o el lenguaje es coherente por momentos y luego incoherente)**

- Ejemplo: en una parte de la entrevista, el paciente responde de manera clara y coherente y en otros momentos da respuestas sin sentido e incoherentes.

Si cualquiera de los puntos 18, 19 o 20 de más arriba califican como “SÍ”, entonces la característica 1 está presente – marque el casillero no sombreado en la columna de la derecha.

Preguntas complementarias: deben completarse sólo si la característica 1 es NEGATIVA, la característica 2 es POSITIVA y cualquiera de 3 o 4 también son positivas.

21. **SI ES EL PRIMER DÍA DE INGRESO O NO HAY REGISTRO PREVIO DE 3D-CAM: 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?”**

- Con esta pregunta se indaga acerca de cambios recientes en el comportamiento. “¿Le parece que su familiar está confuso? ¿Le parece que está desorientado? Un ejemplo sería que de repente su familiar tenga, por momentos, ideas o comentarios sin sentido”. Se debe codificar como “SÍ” si estos cambios son NUEVOS y han ocurrido principalmente en las últimas horas o días. Si, por otro lado, vienen ocurriendo hace meses debe codificar “No”. Si la respuesta es “sí”, entonces se debe codificar como positiva la Característica 1 del CAM, y por ende confirmar la presencia de delirium.
- Identificar en la historia clínica datos que puedan justificar el cambio de comportamiento o la presencia de delirium por medio de palabras clave para delirium como “nivel alterado de la conciencia”, “cambio en el estado de conciencia”, “confusión aguda”, “desorientación”, “alucinaciones” o “reorientación”. Por favor referirse a estos artículos de referencia para mayor información:

Inouye SK, Leo-Summers L, Zhang Y, Bogardus ST, Leslie DL, Agostini JV. A chart- based method for identification of delirium: validation compared with interviewer ratings using the Confusion Assessment Method. J Am Geriatr Soc. 2005;53:312- 318

Saczynski JS, Kosar CM, Xu G, Puelle MR, Schmitt E, Jones RN, Marcantonio ER, Wong B, Isaza I, Inouye SK. A Tale of Two Methods: Chart and Interview Methods for Identifying Delirium. J Am Geriatr Soc. 2014; 62:518-524.

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 item “positivo” nuevo

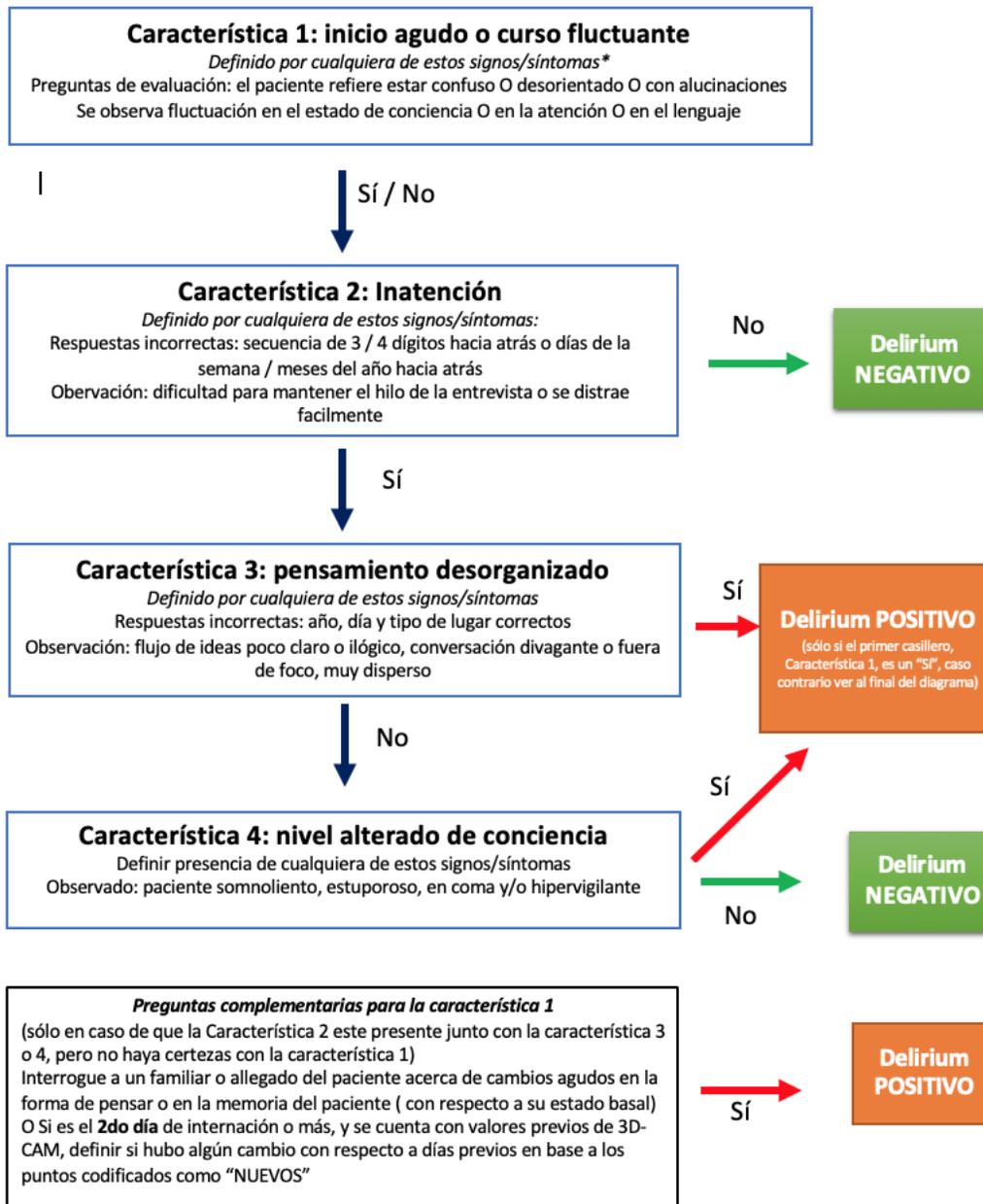
- Por ejemplo, si el paciente tuvo peor desempeño en la prueba de atención en la entrevista del día #2, se puede codificar como un cambio agudo. Lo mismo aplica para cualquiera de las 4 características del CAM. Si la respuesta es “sí”, entonces se debe codificar como positiva la Característica 1 del CAM, y por ende confirmar la presencia de delirium.

Codificación de los resultados

Se considera que el 3D-CAM es positivo si las siguientes características están presentes: 1) inicio agudo o curso fluctuante y 2) inatención sumado a cualquiera de los dos siguientes: 3) pensamiento desorganizado o 4) nivel alterado de conciencia (LOC)

Característica	Pregunta #	Respuesta positiva
1) Inicio agudo O curso fluctuante	8, 9 o 10	Cuando la respuesta es "Sí"
	18, 19 y 20	Cuando la respuesta es "Sí"
Y		
2) Inatención	Cualquiera de estas: 4,5, 6 o 7	Cuando la respuesta es distinta a "Correcto"
	Alguno de los item 16 o 17	Cuando la respuesta es "Sí"
Y cualquiera de los dos siguientes		
3) Pensamiento desorganizado	Cualquiera de estas: 1, 2 o 3	Cuando la respuesta es distinta a "Correcto"
	Alguno de los item 13, 14, 15	Cuando la respuesta es "Sí"
O		
4) Nivel alterado de conciencia	Alguno de los item 11A, 11B o 12	Cuando la respuesta es "Sí"
CAM Copyright 2003, Hospital Elder Life Program, LLC. No reproducir sin autorización		

Diagrama de flujo del 3D-CAM



CAM Copyright 2003, Hospital Elder Life Program, LLC. No reproducir sin autorización

Suplemento para calificar la gravedad del delirium

La literatura reciente enfatiza la importancia de medir la gravedad del delirium además de determinar su presencia. Una puntuación de gravedad del delirium puede ser útil para realizar un seguimiento de la gravedad del delirium a lo largo del tiempo en pacientes individuales, tanto en la práctica clínica como en estudios de investigación. De este modo desarrollamos y validamos un nuevo método de puntuación de la gravedad del delirium basado en el instrumento 3DCAM que arroja una puntuación bruta de gravedad que oscila entre 0 y 20 puntos. Esta puntuación bruta es la suma de ítems positivos presentes en 20 preguntas del instrumento 3D-CAM original, donde la positividad se define como una respuesta incorrecta a un ítem de una prueba cognitiva (ítems 1-7 de 3D-CAM), que el paciente responda positivamente a las pruebas que evalúan de síntomas (ítems 8 a 10), o bien que el entrevistador detecta una característica de observación (ítems 11-20).

Vasunilashorn SM, Devinney MJ, Marcantonio ER, Berger, M. A New Severity Scoring Scale for the 3-Minute Confusion Assessment Method (3D-CAM). JAGS. August 2020 -VOL. 68, NO. 8

Puntuación de gravedad 3D-CAM-S opcional: agregue 1 punto por cada elemento positivo del 1 al 20 anterior (agregue hasta el número total de marcas de verificación en Funciones CAM 1-4 en la parte superior derecha).

Si se preguntan los ítems 21 o 22 y son positivos se suma 1 punto adicional a la puntuación global, manteniendo el denominador en 20.

Puntuación total de 3D-CAM-S = _____/20

*Por ejemplo, si el paciente responde el día de la semana incorrecto, los dígitos al revés son incorrectos y el evaluador responde sí a la pregunta 17 (¿Parecía el paciente distraído?), la puntuación de gravedad sería 3 de 20.

NOTA: Es necesario administrar el instrumento completo para calcular la puntuación bruta de gravedad. Si se implementa el patrón abreviado (como se describe en la siguiente sección), la puntuación bruta no se puede obtener.

Instrucciones adicionales para cuestionarios opcionales y acortados

El cuestionario 3D-CAM está pensado para utilizarse al lado de la cama del paciente. Este formulario se divide en dos grandes secciones, la primera comprende las preguntas 1 al 10, a realizar por el paciente; y la segunda son puntos que el operador debe observar (del 11 al 22). Además, verá que hay divisiones adicionales dentro de cada característica resaltadas con líneas más gruesas (por ejemplo, la primera subsección está comprendida por las preguntas 1-3 que informa la Característica 3). Comience entonces con las preguntas 1 a 10. El resto de los puntos debe completarse inmediatamente tras terminar la entrevista con el paciente.

Para todos los ítems, si la respuesta del paciente es “incorrecta” o “sí”, se debe marcar el casillero correspondiente (no sombreado) en la columna de la derecha. Cada una de las 4 columnas corresponde a una característica del CAM. Si CUALQUIER casillero de esa columna está marcado, se considera que esa característica está presente y debe marcarse en la fila de Resumen del CAM al final del formulario. El algoritmo del CAM permite definir delirium positivo cuando se encuentran las siguientes características: Característica 1) Inicio agudo o curso fluctuante y Característica 2) Inatención y cualquiera de Característica 3) Pensamiento desorganizado O Característica 4) Nivel alterado de conciencia.

Opción de cuestionario abreviado

Esta versión es similar al primero pero omite ítems, por lo que es la versión más corta. Con esta opción se puede omitir tanto preguntas directas al paciente como puntos observables.

Si CUALQUIERA de los puntos en una sub-sección es incorrecto o se marca como “sí”, se puede omitir directamente todas las preguntas de esa sub-sección y la sección Observable correspondiente.

Ejemplo: si el paciente no sabe en qué día de la semana está, se puede codificar que tiene pensamiento desorganizado (Característica 3) por lo que no es necesaria la pregunta siguiente (#3 ¿En qué lugar estamos?) y tampoco es necesario que complete los ítems observables #13, 14 o 15. El evaluador entonces puede pasar directamente a la pregunta #4, la primera pregunta en la sección referida a la atención, y aplicar la misma lógica en esa sección.

NOTA: el 3D-CAM se ha validado también en su versión abreviada. Se ha demostrado que la opción abreviada mantiene la validez de la herramienta original en caso que el profesional de la salud tenga referencia del estado basal del paciente, aunque si ese dato no está disponible se recomienda utilizar el 3D-CAM completo, al menos inicialmente. ADEMÁS, utilizar el patrón abreviado no permite medir la gravedad. Para calcular el 3D-CAM-S bruto es necesario utilizar el cuestionario completo.

Anexo sobre uso del cuestionario para investigación

Cuando utilice el instrumento 3D-CAM con fines de investigación, considere asignar códigos numéricos para columnas/respuestas dentro de la base de datos. Por ejemplo: 1 – correcto/no, 2 – incorrecto/sí, no sé, no hay respuesta, no tiene sentido, 7 – rechazado, 9 – faltante, omitido, incapaz de evaluar. Consejo: Intente evitar datos omitidos o ausentes siempre que sea posible.

Hemos descubierto que evaluar a los pacientes en equipos de dos y discutir juntos la puntuación después ayuda enormemente con la comprensión del instrumento y ayuda con la coherencia en el diagnóstico del delirio.

Recomendamos el siguiente procedimiento para capacitar al personal investigador en el uso del 3D-CAM:

1. Practique la realización de la escala mientras codifica las respuestas para familiarizarse y estar cómodo con el flujo del instrumento.
2. Practique la realización de la escala con pacientes mayores en parejas. Discuta cualquier discrepancia en la codificación que pueda ocurrir.
3. Recomendamos evaluar un mínimo de 5 pacientes con delirium y 5 sin delirium en pares y discutir la evaluación para asegurar la estandarización de los criterios de evaluación utilizados por los miembros del equipo de estudio. Recordatorio: Los miembros del equipo no deben conocer el estado de delirium de los pacientes antes de la evaluación.

Para garantizar la coherencia continua de la codificación entre varios miembros del equipo de investigación, recomendamos que 2 evaluadores califiquen simultáneamente entre el 5% y el 10% de las entrevistas. Mientras un asistente de investigación (*research assistant*, RA) dirige la entrevista al paciente, ambos RA deben codificar las características del cuestionario CAM por separado y sin discutirlos. Esto permite asegurar entrenamiento continuado y la confiabilidad inter operador.

*Marcantonio ER, Ngo L, O'Connor MA, Jones RN, Crane PK, Metzger ED, Inouye SK. 3D-CAM: Validation of a 3-Minute Diagnostic Interview for CAM-defined Delirium. *Ann Int Med.* 2014; 161(8): :554-61 PubMed PMID: 25329203

† Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegal AP, Horwitz RI. Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. *Ann Intern Med.* 1990;113(12):941-8. PubMed PMID: 2240918.

10 consejos para una entrevista de evaluación de delirium exitosa

1. La entrevista “comienza” al entrar en la habitación del paciente, cuando se observa su comportamiento al notar la presencia del entrevistador. Finaliza al dejar la habitación del paciente, observando todos sus comportamientos.
2. Al acercarse al paciente, observe primero su respuesta al verlo llegar. Si nota que el paciente no le presta atención, intente captar su atención de manera progresiva: primero hablando, luego con un toque gentil, después con una sacudida suave y luego con un estímulo más vehemente si fuese necesario.
3. Hable con tono calmado y pausado, no se apure.
4. Al evaluar cualquier alteración del comportamiento recuerde que debe compararlo con el comportamiento humano normal. No debe intentar justificarlo en relación con que el paciente esté hospitalizado, enfermo, sea anciano, o bien porque pueda ser debido a medicación.
5. Si el paciente se muestra cada vez más impaciente durante la entrevista y parece cansado de las preguntas, animarlo a continuar y asegurarle que faltan pocas preguntas.
6. Complete las secciones de observación del cuestionario en cuanto termine la entrevista.
7. Revise cada punto de la entrevista antes de completar el algoritmo diagnóstico.
8. La evaluación de la atención es clave para la detección de delirium. Se debe observar detalladamente la capacidad del paciente de mantener y re-orientar adecuadamente la atención tanto durante las pruebas formales como durante las informales.
9. En caso que no se pueda completar todo el cuestionario, los puntos observables deben completarse igualmente.
10. Tome notas al margen describiendo el comportamiento y el desempeño del paciente para reforzar las observaciones.