

**The Confusion Assessment Method for the ICU
(CAM-ICU)**

Training Manual

Este é um manual para o treinamento de médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde que desejem usar o Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU). O CAM-ICU é um instrumento de monitoração para pacientes das UTIs. Este manual de treinamento fornece uma explicação detalhada de como usar o CAM-ICU, assim como respostas a perguntas feitas frequentemente.

Jorge Salluh, M.D., M.Sc
Intensive Care Unit
Instituto Nacional de Câncer
Rio de Janeiro, Brasil
Email: jorgesalluh@yahoo.com.br

Marcio Soares, M.D., PhD
Intensive Care Unit
Instituto Nacional de Câncer
Rio de Janeiro, Brasil
Email: marciosoaressms@yahoo.com.br

Felipe Dal Pizzol, MD, PhD
Laboratório de Fisiopatologia Experimental
Universidade do Extremo Sul Catarinense
Criciúma, SC, Brazil
Email: piz@unesc.net

-

Todas as perguntas devem ser dirigidas a:

E. Wesley Ely, MD, MPH, FACP, FCCP

Brenda Truman, RN, MSN, ACNP

Vanderbilt University Medical Center

Center for Health Services Research

6th Floor MCE, 6109

Nashville, TN 37232

615-936-2277 or 615-936-1010

Fax 615-936-1269

brenda.truman@vanderbilt.edu

wes.ely@vanderbilt.edu

Grant Support: The CAM-ICU was developed through funds from Dr Ely's Paul Beeson Faculty Scholar Award from the Alliance for Aging Research, a K23 from the National Institute of Health (AG01023-01A1), and support from the VA Tennessee Valley Healthcare System Geriatric Research, Education, and Clinical Center (GRECC). Dr Ely is now the Associate Director of Research for the GRECC.

Copyright © 2002, E. Wesley Ely, MD, MPH and Vanderbilt University, all rights reserved

Introdução ao Manual de Treinamento do Método de Avaliação de Confusão (CAM-ICU)

Os nossos estudos prévios realizados em pacientes em ventilação mecânica (e.g., Ely, *N Engl J Med* 1996) e, em particular, os dois estudos realizados em pacientes idosos com insuficiência respiratória (Ely, *Ann Intern Med* 1999 and 2002), ajudaram a direcionar a nossa atenção para o delirium/disfunção cognitiva aguda como uma área importante de foco na melhoria do tratamento dos pacientes. A incidência de insuficiência respiratória aumenta cerca de 10 vezes à medida que a idade do paciente aumenta dos 55 para os 85 anos de idade (Behrendt, *Chest* 2000). Em 2001, foi relatado que cerca de 2/3 de todos os dias de internação nas UTIs eram ocupados por pacientes com idade superior a 65 anos. (Angus, *JAMA* 2001). Se tivermos em conta os problemas particulares dos pacientes idosos, quando submetidos à ventilação mecânica, o delirium e outras formas de disfunção cognitiva parecem-nos alcançar uma alta prioridade. De acordo com o National Research Council, “para muitas pessoas em boa condição física que sucumbem a uma doença aguda, o declínio cognitivo é a principal ameaça à sua capacidade de recuperação e de realizar as suas atividades favoritas; para aqueles cuja atividade física era já limitada, o declínio cognitivo é uma ameaça adicional à qualidade de vida” (The Aging Mind, National Academy Press 2000).

Começamos por construir um programa de investigação do delirium na UTI com o objetivo de estudar a incidência e a importância prognóstica do delirium nos pacientes de todas as idades ventilados mecanicamente. Ao pesquisar na literatura um instrumento validado para ser usado em pacientes ventilados, ficamos surpresos por verificar que na metodologia de todos os estudos sobre delirium, encontrávamos sempre a mesma frase: “Os pacientes ventilados mecanicamente foram excluídos”. Na sequência destes achados, iniciamos uma colaboração internacional com peritos multidisciplinares na área do delirium, num esforço para desenvolver um instrumento apropriado para pacientes nas UTIs, ventilados ou não.

O instrumento mais largamente disseminado para avaliação do delirium por não-psiquiatras era o Método de avaliação da confusão - Confusion Assessment Method ou CAM (Inouye, *Ann Intern Med* 1990). Por esta razão decidimos adaptar este instrumento e trabalhamos

com a Dra Sharon Inouye, de Yale, para adaptar e validar o CAM-ICU.

Este manual de treinamento é o resultado do trabalho realizado entre 1998 e 2003. Incluímos uma página de bibliografia, a qual inclui dois artigos de revisão sobre o delirium, um artigo que descreve os desfechos associados com o delirium na UTI, os dois estudos originais de validação do CAM-ICU, os dois estudos originais da escala de agitação e sedação de Richmond (Richmond Agitation Sedation Scale), e as recomendações para prática clínica da Sociedade Americana de Medicina Crítica (Society of Critical Care Medicine) para a analgesia e sedação, publicadas em 2002.

Ao continuarmos com os nossos estudos de validação, acreditamos que este instrumento pode fornecer uma ferramenta que pode ser usada por enfermeiros, médicos, ou qualquer outro profissional de saúde dentro da equipe multidisciplinar da UTI. O CAM-ICU está sendo usado de forma regular num número crescente de UTIs como parte da avaliação clínica de rotina e foi escolhido por numerosos estudos de investigação em andamento em mais de sete países. Esperamos que, através do seu uso clínico e dos estudos em andamento, o prognóstico dos pacientes possa melhorar – o nosso objetivo final!

A nossa equipe tem grande prazer em responder a qualquer questão que possa surgir, durante a implementação do CAM-ICU. Todos os materiais estão disponíveis eletronicamente, desde que requisitados. Nós atualizamos frequentemente este manual de treinamento, e apreciamos qualquer *feedback*. Por favor, sinta-se à vontade para nos telefonar ou contactar via e-mail a propósito de qualquer erro ou comentário que considere pertinente em relação ao CAM-ICU ou a este manual de treinamento.

Atenciosamente,

E. Wesley Ely, MD, MPH, FACP, FCCP
Brenda Truman, RN, MSN, ACNP

Vanderbilt University Medical Center

Bibliografia

Delirium Overviews

Ely, E.W., Siegel, M.D., Inouye, S.K. Delirium in the intensive care unit: An under-recognized syndrome of organ dysfunction. *Semin Respir Crit Care Med* 2001; 22:115-126.

Truman B., Ely E.W. Monitoring delirium in critically ill patients. *Crit Care Nurse* 2003; 23:25-36.

Ely, E.W., Gautam, S., Margolin, R., Francis, J., May, L., Speroff, T., Truman, B., Dittus, R., Bernard, G.R., Inouye, SK. The impact of delirium in the intensive care unit on hospital length of stay. *Intensive Care Med* 2001; 27:1892-1900.

CAM-ICU Validation Studies

Ely, E.W., Inouye, S., Bernard G., Gordon, S., Francis, J., May, L., Truman, B., Speroff, T., Gautam, S., Margolin, R., Dittus, R. Delirium in mechanically ventilated patients: validity and reliability of the confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU). *JAMA* 2001; 286: 2703-2710.

Ely, E.W., Margolin, R., Francis, J., May, L., Truman, B., Dittus, B., Speroff, T., Gautam, S., Bernard, G., Inouye, S. Evaluation of delirium in critically ill patients: Validation of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). *Crit Care Med* 2001; 29:1370-1379.

RASS Validation Studies

Sessler, C.N., Gosnell, M., Grap, M.J., Brophy, G.T., O'Neal, P.V., Keane, K.A., Tesoro, E.P., Elswick, R.K.. The Richmond Agitation-Sedation Scale: validity and reliability in adult intensive care patients. *Am J Respir Crit Care Med* 2002; 166:1338-1344.

Ely, E.W., Truman, B., Shintani, A., Thomason, J.W.W., Wheeler, A.P., Gordon, S., Francis, J., Speroff, T., Gautam, S., Margolin, R., Dittus, R., Bernard, G., Sessler, C.N.. Monitoring sedation status over time in ICU patients: the reliability and validity of the

Richmond Agitation Sedation Scale (RASS). JAMA 2003; 289:2983-2991.

Clinical Practice Guidelines

Jacobi, J., Fraser, G.L., Coursin, D.B., Riker ,R., Fontaine, D., Wittbrodt, E.T., Chalfin, D.B., Masica, M.F., Bjerke, S., Coplin, W.M., Crippen, D.W., Fuchs, B.D., Kelleher, R.M., Marik, P.E., Nasraway, S.A., Murray, M.J., Peruzzi, W.T., Lumb, P.D.. Clinical practice guidelines for the sustained use of sedatives and analgesics in the critically ill adult. Crit Care Med 2002; 30:119-141.

**Monitoração da Sedação e do Delirium:
Um Método de Dois Passos para Avaliar a Consciência**

Passo um: Avaliação da Sedação

**A Escala de Agitação e Sedação de Richmond: a RASS*
(*The Richmond Agitation and Sedation Scale: The RASS**)**

Pontuação	Termo	Descrição	
+4	Combativo	Abertamente combativo, violento, representa perigo imediato para o pessoal da UTI	
+3	Muito agitado	Puxa ou retira tubos ou catéteres; agressivo	
+2	Agitado	Movimentos não intencionais frequentes; luta contra o ventilador	
+1	Inquieto	Ansioso, mas os movimentos não são agressivos	
0	Desperto e calmo		
-1	Confuso	Não está completamente desperto, mas consegue manter-se acordado (abertura dos olhos/contato visual) <i>à voz (>10 segundos)</i>	} Estimulação Verbal
-2	Sedação Ligeira	Acorda por breves períodos com contato visual <i>à voz (<10 segundos)</i>	
-3	Sedacão Moderada	Movimento ou abertura de olhos <i>à voz</i> (mas sem contato visual)	
-4	Sedação Profunda	Não responde <i>à voz</i> , mas movimentos ou abertura dos olhos com <i>estímulo tátil</i>	} Estimulação Física
-5	Não despertável	Não responde <i>à voz</i> ou <i>ao estímulo tátil</i>	

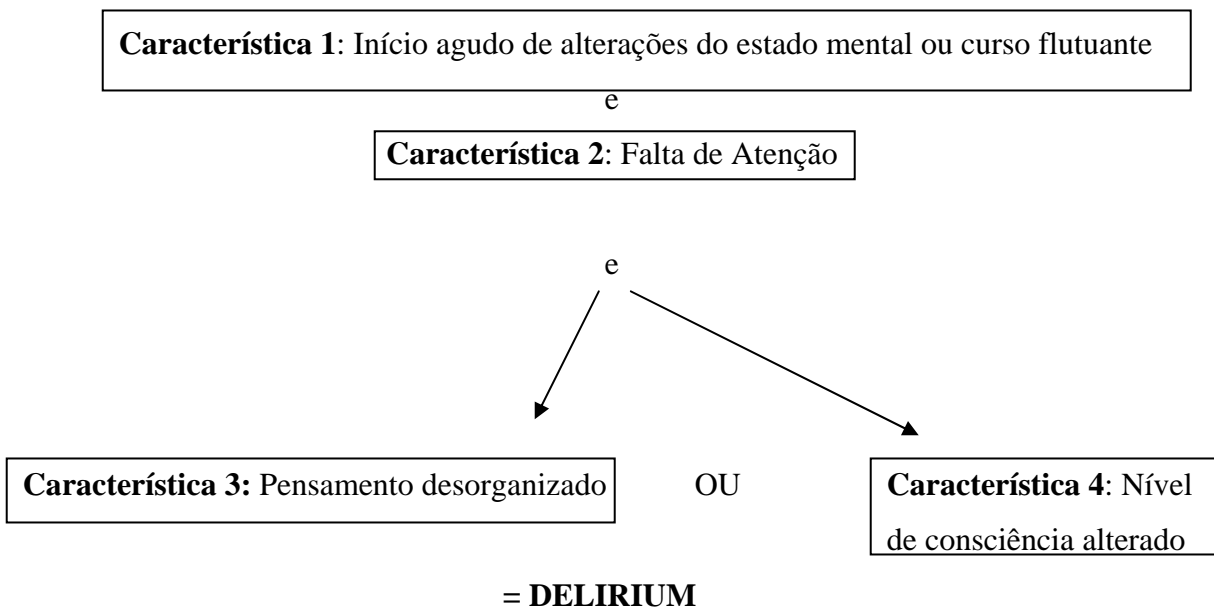
Se RASS for -4 ou -5, **Parar e Reavaliar** o paciente mais tarde

Se RASS for superior a - 4 (-3 até +4) então **Seguir para o Passo 2**

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

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

Passo Dois: Avaliação do Delirium



5

CAM-ICU – Características e Descrições

1. Início agudo ou curso flutuante **Ausente** **Presente**

A. Há evidência de uma alteração aguda no estado mental em relação ao estado basal?

OU

B. Este comportamento (anormal) flutuou nas últimas 24 horas, isto é, teve tendência a surgir e desaparecer, ou aumentar e diminuir na sua gravidade, tendo sido evidenciado por flutuações na escala de sedação (e.g., RASS), Glasgow, ou avaliação de delirium prévia?

2. Falta de Atenção **Ausente** **Presente**

O paciente teve dificuldades em focar a atenção, tal como evidenciado por índices inferiores a 8 quer no componente visual quer no componente auditivo do **Teste de Atenção - Attention Screening Examination (ASE)** ? (Instruções na página seguinte).

3. Pensamento desorganizado

Ausente

Presente

Existem sinais de pensamento desorganizado ou incoerente tal como evidenciado por respostas incorretas a duas ou mais das 4 questões e/ou incapacidade de obedecer aos seguintes comandos:

Questões (Alternar Conjunto A e Conjunto B):

Conjunto A

1. Uma pedra pode flutuar na água?
2. Existem peixes no mar?
3. Um quilo pesa mais do que dois quilos?
4. Pode usar-se um martelo para pesar uma agulha ?

Conjunto B

1. Uma folha pode flutuar na água?
2. Existem elefantes no mar?
3. Dois quilos pesam mais do que um quilo?
4. Pode usar-se um martelo para cortar madeira?

Outras:

1. Está com o seu pensamento pouco claro?
2. Segure nestes dedos. (O examinador coloca dois dedos em frente do paciente)
3. Agora faça o mesmo com a outra mão. (Não repetir o número de dedos)

4. Nível de consciência alterado

Ausente

Presente

O nível de consciência do paciente é outro qualquer que *não o alerta*, tal como o vigil, letárgico ou torporoso ? (i.e., RASS diferente de “0” na altura da avaliação)

Alerta

completamente ciente do ambiente, e interage apropriadamente de forma espontânea

Vigilante hiperalerta

Letárgico sonolento, mas facilmente despertável, não ciente de alguns elementos do ambiente ou não interage de forma apropriada com o entrevistador; torna-se completamente ciente do ambiente e interage apropriadamente quando estimulado minimamente

Torporoso completamente alheio mesmo quando estimulado vigorosamente; só despertável com estímulos vigorosos e repetidos, e assim que o estímulo cessa, o indivíduo torporoso volta para o estado anterior de não despertável

CAM-ICU Global (Características 1 e 2 e quer característica 3 ou 4): **Sim** **Não**

Teste de Atenção (The Attention Screening Examination (ASE) – auditivo e visual

A. Teste de Atenção Auditivo (Letras)

Orientações: Diga ao paciente: “Vou ler-lhe uma série de 10 letras. Sempre que ouvir a letra “A”, indique-me apertando a minha mão.” Leia as seguintes 10 letras num tom de voz normal (suficientemente alto para ser ouvido acima do ruído da UTI) à velocidade de uma letra por segundo.

S A H E V A A R A T

Pontuação: Os erros são contados quando o paciente falha no aperto de mão quando da letra “A” e quando o paciente aperta a mão em qualquer outra letra que não a “A”.

B. Teste de Atenção Visual (Figuras)

**** Ver o seguinte conjunto de figuras (A and B) ****

Passo 1: 5 figuras

Orientações: Diga ao paciente, “Sr. ou Sra. _____, vou mostrar-lhe figuras que representam alguns objetos comuns. Observe-os com atenção e tente recordar-se de cada figura porque vou perguntar-lhe quais foram as figuras que viu. A seguir mostre o passo 1 quer do conjunto A quer do conjunto B, alternando diariamente se forem feitas várias medições. Mostre as primeiras 5 figuras durante 3 segundos cada uma.

Passo 2: 10 figuras

Orientações: Diga ao paciente, “Agora vou mostrar-lhe mais algumas figuras. Algumas delas já vistas e algumas são novas. Indique se já viu ou não estas fotografias movendo a cabeça para sim (demonstrar) ou não (demonstrar). A seguir mostre 10 figuras (5 novas e 5 repetidas) durante 3 segundos cada.

(Passo 2 do conjunto A ou B, dependendo do que foi usado no passo 1 anterior).

Pontuação: este teste é pontuado pelo número de respostas “sim” ou “não” corretas durante o segundo passo (dentro de 10 possíveis). Com vista a melhorar a visibilidade para os pacientes mais idosos, as imagens são impressas em tamanho 6x10 em papel colorido e

laminadas com acabamento **mate**.

Nota: Se o paciente usa óculos assegurar que ele os tem colocado quando da realização do teste visual.

Bibliografia:

Ely, E.W., Inouye, S., Bernard G., Gordon, S., Francis, J., May, L., Truman, B., Speroff, T., Gautam, S., Margolin, R, Dittus, R. Delirium in mechanically ventilated patients: validity and reliability of the confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU). JAMA; 286, 2703-2710, 2001.

Ely, E.W., Margolin, R., Francis, J., May, L., Truman, B., Dittus, B., Speroff, T., Gautam, S., Bernard, G., Inouye, S. Evaluation of delirium in critically ill patients: Validation of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). Critical Care Medicine. 29:1370-1379, 2001.

7

Visual ASE - Packet A

Step 1

8

Visual ASE - Packet A

Step 2

9

Visual ASE - Packet B

Step 1

10

Visual ASE - Packet B

Step 2

11

Dúvidas Frequentes

Gerais

1. É possível aplicar a avaliação CAM-ICU em pacientes dementes?

Vários graus de demência basal podem estar presentes nos nossos pacientes, sem que tal tenha sido previamente reconhecido. Por esta razão é útil saber as características do delirium que podem ser diagnosticáveis mesmo na presença de demência (Trzepacz, *Journal of Neuropsychiatry* 1998.). De fato, nós realizamos a avaliação do CAM-ICU em subgrupos de pacientes com demência provável retirados dos estudos de validação (tal como fez o Dr Inouye no seu estudo de validação original).

O CAM-ICU foi factível e válido em pacientes quer com quer sem demência. Estes pacientes apresentam, contudo, uma maior dificuldade na sua avaliação. Tanto quanto possível é importante identificar corretamente o estado basal cognitivo funcional e diferenciar perturbações cognitivas crônicas devidas a demência das alterações agudas na atenção e no pensamento devidas ao delirium. Nós rastreamos todos os pacientes sob estudo com instrumentos de avaliação substitutos para a demência. [i.e. a versão modificada da Blessed Dementia Rating Scale or mBDRS (Blessed, *Brit.J.Psychiat* 1968) ou o Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly or IQCODE (Jorm, *Psychological Medicine* 1989)].

As definições seguintes podem ajudar a ressaltar as características principais que distinguem o delirium da demência:

Delirium: Um distúrbio da consciência caracterizado por início agudo e curso flutuante da função cognitiva alterada, de forma a que a capacidade do paciente receber, processar, armazenar e recordar informações está marcadamente alterada. O delirium desenvolve-se ao longo de um curto período de tempo (horas ou dias), é geralmente reversível, e é consequência direta de uma condição médica, síndrome de intoxicação ou abstinência, medicação, exposição a toxinas, ou a combinação destes fatores. Raciocínio: início rápido, consciência turva, com agravamento noturno, flutuante.

Demência: Desenvolvimento de um estado generalizado de déficits cognitivos no qual há

deterioração de capacidades intelectuais adquiridas previamente, cuja instalação ocorre, geralmente, ao longo de semanas ou meses. Os déficits incluem alteração da memória e pelo menos um dos seguintes: afasia, apraxia, agnosia, ou distúrbio na função executiva. Os pacientes com demência geralmente não exibem falta de atenção a não ser tardiamente no decurso da doença. Os déficits cognitivos têm de ser suficientemente graves para provocarem alterações no funcionamento ocupacional e social, e podem ser progressivos, estáticos ou reversíveis dependendo da patologia e da disponibilidade do tratamento. Raciocínio: início gradual, diminuição da capacidade intelectual, distúrbios da memória, mudança na personalidade/humor, sem turvação da consciência.

2. Como é que se identifica o delirium num paciente com distúrbio afetivo secundário a uma depressão maior?

Os pacientes deprimidos podem exibir as características de delirium e são avaliáveis usando o CAM-ICU. Em casos raros, a depressão pode manifestar-se de forma a provocar um CAM-ICU falso positivo. No geral, este tipo de distinção deve incluir a opinião de um psiquiatra. Na maior parte dos casos, um paciente deprimido com um CAM-ICU positivo é considerado como tendo delirium.

3. Junto ao leito do paciente é necessário realizar a avaliação das 4 características em sequência?

Quando se pensa implementar o CAM-ICU quer na prática clínica, quer para fins de investigação, é importante considerar que muitos dos seus componentes são similares aos métodos menos formais de avaliação junto ao leito que são frequentemente usados na prática (i.e., quer os médicos, quer os enfermeiros ou outro pessoal de saúde, geralmente avaliam a característica 1 através de escalas de sedação ou avaliações neurológicas frequentes).

Uma avaliação cuidadosa dos atuais componentes de avaliação a beira do leito ajudam a

identificar quais as características do CAM-ICU já avaliadas.

Um exame das nossas práticas correntes na UTI pode ajudar também a modificar algumas partes da avaliação atual de forma a definir o delirium com maior precisão. Recomendamos a inclusão das ferramentas do CAM-ICU na avaliação diária junto ao leito do paciente. Os dados são colhidos ao longo da avaliação do paciente e posteriormente são juntos no algoritmo do CAM-ICU com vista a discernir a presença ou ausência de delirium.

CARACTERÍSTICA 1: Início agudo ou flutuações no estado mental

1. Usa sempre o mesmo “estado basal” em avaliações CAM-ICU sucessivas?

Sim.

2. Como proceder se o paciente tiver uma alteração permanente do seu estado basal durante a hospitalização, e.g., um acidente vascular cerebral? Esse novo estado basal torna-se o novo para os fins de CAM-ICU?

Se o paciente tiver uma alteração permanente no seu estado basal (e.g., acidente vascular cerebral) então esse novo estado passa a ser o usado para todas as avaliações subsequentes do CAM-ICU. Contudo, determinar o estado basal pode ser difícil, em virtude da dificuldade inerente em separar delirium desse novo estado basal. Na prática, é mais fácil preencher a característica 1 em tal situação através da documentação de “flutuações” no estado mental.

Característica 2: Falta de atenção

O estado de alerta é um processo básico do estado desperto no qual o paciente acordado pode responder a qualquer estímulo do ambiente.

O paciente alerta, mas não atento, responde a qualquer som, movimento ou acontecimento

na sua proximidade, enquanto que o paciente atento pode rejeitar estímulos irrelevantes.

A atenção pressupõe estar alerta, mas estar alerta não pressupõe necessariamente estar atento (*i.e., todos os pacientes atentos estão alerta, mas nem todos os pacientes alerta estão atentos*) (Strub, The mental status examination in neurology, F.A. Davis Company, 1993).

1. Como se distingue se a incapacidade para compreender as instruções é devida a falta de atenção ou a raciocínio desorganizado e incapacidade para compreender as instruções numa tentativa de distinguir sintomas de demência do delirium?

No início da avaliação da falta de atenção, o entrevistador estabelece se o paciente é capaz ou não de seguir o mais simples “sim” ou “não” com movimento da cabeça ou apertar de mãos. Se o paciente é capaz, então os dados são registrados de acordo com o número de respostas corretas para o teste de figuras e letras da avaliação da atenção (ASE). Se um paciente for capaz de efetuar mesmo as instruções mais básicas, então considera-se positivo para a característica 2 (*i.e., não atento*) se ele/ela somar menos de 8 respostas corretas no teste de avaliação visual (ASE). É correto que possa existir também um elemento de desorganização o qual deve ser avaliado na característica 3.

2.

Quando os pacientes estão muito letárgicos, estuporosos ou comatosos, os componentes do teste de avaliação da atenção (ASE) podem ser impossíveis de administrar. Se não se puder aplicar o teste, qual é a conclusão acerca do delirium – delirium?-não delirium?- não aplicável?

A abordagem de dois passos do CAM-ICU fornece um filtro para a maior parte dos pacientes que não consegue comunicar com o avaliador. Os pacientes que não progredem para o passo 2 (*i.e., aqueles com nível de sedação RASS -4 a -5*) não são testados com o restante da avaliação CAM-ICU. Por isso, para aqueles que atingem o passo 2 e apresentam abertura dos olhos apenas com estimulação verbal, a incapacidade para realizar ou

completar os componentes do teste de atenção (ASE) é atribuída a falta de atenção. Estes pacientes não são capazes de atentar nos seus pensamentos (seja qual for a razão).

Uma pontuação RASS de -3 parece ser uma zona cinzenta. Alguns pacientes neste estado conseguem se comunicar enquanto que outros apenas abrem os olhos com uma interação mínima. Colocamos o ponto de corte para os dois passos RASS entre -3 e -4 porque alguns pacientes com RASS -3 conseguem ser avaliados adequadamente.

CARACTERÍSTICA 3: Pensamento desorganizado

Esta é sem dúvida a área mais difícil de ser avaliada em pacientes que não verbalizam. Esta é a mais subjetiva de todas as quatro características. O pensamento é expresso através de palavras (verbalizado ou escrito). A ventilação mecânica e a perda de capacidade para executar movimentos finos limitam a capacidade expressiva da maior parte dos pacientes das UTIs. Como consequência destes fatos, o CAM-ICU usa questões diretas e fáceis de sim/não e comandos simples para avaliar a organização do pensamento. Estamos dispostos a melhorar os nossos métodos de avaliação desta característica do delirium, pelo que agradecemos o seu feedback nesta Característica.

1. Se um paciente responder corretamente às 4 questões, avalia-se mesmo assim os comandos?

Encorajamos aqueles que aplicam o CAM-ICU a realizar todas as questões e todos os comandos. Desencorajamos omitir os comandos (mesmo quando o paciente tiver uma pontuação de 100%) em virtude da hipótese do paciente ter acertado quatro questões por mero acaso.

A combinação das questões e dos comandos dá ao médico mais dados sobre os quais pode efetuar um julgamento acerca da presença ou ausência de pensamento desorganizado.

Se o paciente responde corretamente a todas as questões, mas o avaliador sente que o paciente acertou as perguntas por acaso, a capacidade de resposta nos comandos pode ajudar a confirmar ou não o palpite do médico.

NOTA: Os critérios para esta característica foram incorretamente listados nas nossas publicações (Ely, et al. JAMA 2001; 286: 2703-2710. and Truman, et al CCN 2003; 23:25-36.). O pensamento organizado é evidenciado por 3 ou mais respostas corretas às 4

questões. Por esta razão (tal como listado na página 5 deste manual) os pacientes pontuam uma característica 3 positiva (i.e., pensamento desorganizado) quando respondem incorretamente a duas ou mais das quatro questões.

CARACTERÍSTICA 4: Nível alterado de consciência (na altura da avaliação)

1. A característica 4 é positiva para o coma?

Embora os pacientes comatosos sejam tecnicamente “CAM+”, o coma não é considerado delirium. Contudo, um paciente com delirium pode ter estado recentemente em coma, indicando uma flutuação no estado mental. Muitas vezes, embora não sempre, os pacientes comatosos, progridem através de um período de delirium antes de recuperarem o seu estado mental de base. A característica 4 é positiva para qualquer paciente com nível “RASS” diferente de “0”.

Exemplos

Característica CAM-ICU

Presente/Ausente

Característica 1: Início agudo de alterações no estado mental ou curso flutuante

O RASS do paciente é no momento de “0”, mas nas 24 h anteriores foi de -1, -3, e +2 Presente

O RASS do paciente tem sido -2 nas últimas 24 h, mas a família atesta que esse não é o seu estado de base Presente

Característica 2: Falta de atenção

O paciente pontuou 7 no teste de atenção (ASE) das figuras e 5 no das cartas Presente

Um paciente é capaz de responder corretamente a 10 perguntas do teste de atenção (ASE) quer nas figuras quer nas cartas Ausente

O paciente é capaz de comunicar através do aperto de mão do entrevistador, mas é incapaz de completar o teste ASE (figuras e cartas). Presente

Característica 3: Pensamento desorganizado

O paciente responde corretamente apenas a metade das questões. Presente

O paciente responde corretamente a todas as perguntas e consegue identificar os dedos que o entrevistador expõe. Ausente

Característica 4: Nível de consciência alterado

O paciente apresenta frequentemente movimentos não intencionais e luta contra o ventilador (i.e., RASS=+2)

Presente

O paciente tem tido flutuações no estado mental, com diversas pontuações RASS nas últimas 24 h, mas agora está desperto e calmo (i.e., RASS=0)

Ausente