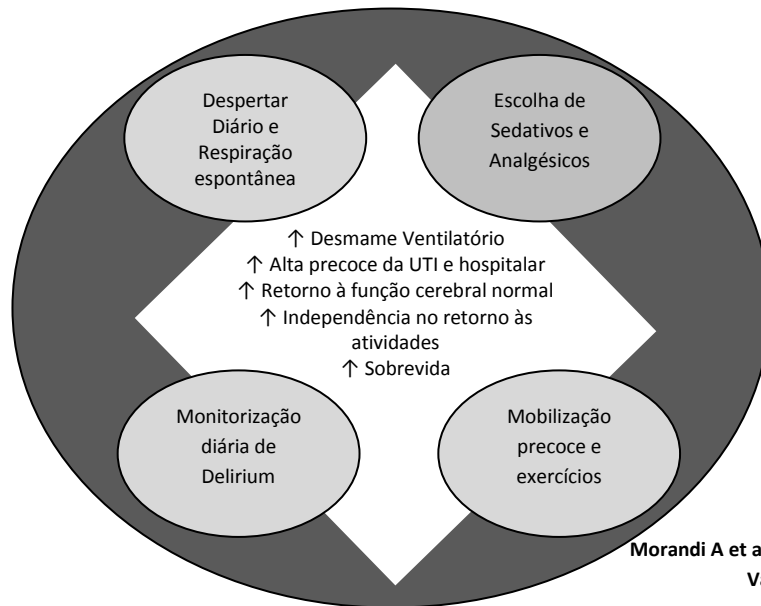


## 10 Dicas para treinar e implementar o CAM-ICU

### Por que implementar a monitorização de delirium como parte dos ABCDEs da Medicina Intensiva?



Morandi A et al. *Curr Opin Crit Care*, 2011;17:43-49  
Vasilevskis E, *Chest* 2010;138:1224-33

*Perspectiva do Paciente:* "Aquele tempo foi como se eu estivesse em um enorme espaço vazio e cinza, como um estacionamento subterrâneo monstruoso, sem carros, sozinho, flutuando ou parecendo flutuar ou qualquer coisa parecida. De vez em quando me deparava com alguma coisa horripilante e pensava: 'Se eu desistir, esse horror vai acabar.'" SB.

1. **Avaliação RÁPIDA** - 90% das avaliações de RASS ou CAM-ICU levam em torno de 30 segundos, e os outros 10% podem chegar a apenas alguns minutos. Como na maior parte das vezes a avaliação é rápida, a implementação do RASS e CAM-ICU é factível mesmo em larga escala, e várias vezes ao dia.
2. **RASS + CAM-ICU** - Implementar RASS somente sem o CAM-ICU (escala de sedação sem ferramenta para detectar delirium) avalia apenas parcialmente a consciência (o despertar sem atentar para conteúdo), sendo clinicamente incompleto e reduzindo a aderência à monitoração.
3. **Exame Customizado** – Não é necessário fazer todo o CAM-ICU se suas respostas podem ser obtidas por uma breve avaliação – o CAM-ICU resumido (Fluxograma).
4. **Fase 1 + Fase 3** – Na aplicação do CAM-ICU, a primeira Fase (mudança aguda ou flutuação do estado mental) e a terceira (nível de consciência alterado) estão interligadas e podem ser facilmente acessadas com avaliação sistemática do nível de sedação. Se o paciente não está acordado e alerta no momento do exame (excetuando sono), então resta somente a fase 2 da avaliação (inatência).
5. **Inatência (Fase 2)** – Esta é **A** característica central que deve estar presente para caracterizar o delirium. A Fase 2 é rápida e simples. São utilizados apenas "apertos de mão" na sequência letras/números em 95% das avaliações. O método de screening de atenção (*Attention Screening Exam* - ASE) é necessário em menos de 5% das avaliações, embora estes sejam os pacientes mais interessantes.

Para ser utilizado em conjunto com os instrumentos disponíveis em:

<http://www.mc.vanderbilt.edu/icudelirium/assessment.html>

“10 Tips” last edited by EWE on 10/2/2013

6. **Apertos de mão** – Se alguém aperta a mão ou fecha os olhos em todas as letras, não aperta em nenhuma letra, ou identifica corretamente menos de 8 letras/números/figuras, a inatenção é diagnosticada (Fase 2 positiva). Se este paciente está em RASS diferente de “0”, é considerado em Delirium independente da causa (sepse, sedação, distúrbio metabólico, etc).
7. **Impossibilidade de Avaliação** – O termo “impossível avaliar” só é válido para pacientes em coma (RASS - 4/-5).
8. **Fase 4** - Somente proceda a avaliação da Fase 4 (Pensamento Desorganizado – Fase 4 no manual recente) quando o paciente apresentar a Fase 2 positiva (Inatenção) e estiver acordado e alerta (RASS 0) no momento da realização do CAM-ICU.
9. **Delirium Subsindrômico** – Pacientes podem apresentar, por exemplo, respostas alteradas apenas na Fase 2 ou apenas na Fase 4 sem apresentar a síndrome completa do Delirium. Esta é considerada uma situação patológica entre o estado mental normal e o delirium, ainda sem relação inequivocamente estabelecida com prognóstico.
10. **Chave para o sucesso** – Médicos e Enfermeiros devem estar no mesmo compasso. A EQUIPE deve estar atenta à definição de delirium, sua implicação prognóstica, diagnósticos diferenciais com causas reversíveis e as opções terapêuticas disponíveis. A forma mais fácil de quebrar o entusiasmo da equipe é quando o medico não valoriza a informação dada por um enfermeiro sobre um paciente em delirium ou com CAM-ICU positivo. Estas barreiras para implementar o CAM-ICU devem ser superadas com o treinamento e engajamento de todos os membros da equipe da UTI.

**Ponto Bonus: NÃO associe automaticamente monitorização de Delirium com tratamentos farmacológicos específicos.** Assim como a CIWA como ferramenta para detecção de Delirium Hiperativo na Abstinência Alcoólica não deve gerar um reflexo automático para prescrição de benzodiazepínicos, o CAM-ICU ou qualquer outra ferramenta não deve levar a prescrição imediata de anti-psicóticos. Essas ferramentas nada mais são do que um auxílio à prática clínica, permitindo uma avaliação mais sistemática e monitorização em larga escala da disfunção cerebral aguda. O CAM-ICU é um complemento ao exame neurológico, representando em muitos pacientes a forma racional de avaliar os aspectos mais relevantes do exame neurológico por profissionais da UTI que não os neurologistas ou psiquiatras. Por si só, o resultado obtido com o CAM-ICU não deve ser associado a tratamento específico. Na prática, o CAM-ICU positivo deve meramente despertar a atenção para um leque de diagnósticos diferenciais capazes de terem causado a disfunção cerebral aguda, e de todas as formas de revertê-la (veja o mnemônico **THINK** em <http://www.mc.vanderbilt.edu/icudelirium/terminology.html>). Para todo paciente em delirium, a equipe clínica deve estar atenta as causas reversíveis como Insuficiência Cardíaca ou sepse, às intervenções não-farmacológicas como retorno ao uso de óculos, aparelhos auditivos e restauração do sono e à suspensão de drogas *deliriogênicas*. Somente se estas medidas não forem eficazes pode-se considerar a prescrição de drogas anti-psicóticas (ainda assim, faltam estudos clínicos sobre segurança e eficácia destas drogas em pacientes de terapia intensiva).

Traduzido e adaptado por: Melissa T. Pitrowsky e Jorge Salluh