



Test de valoración para delirio y deterioro cognitivo en Urgencias

Nombre y apellidos del paciente:

Fecha de nacimiento:

Nº Historia:

Fecha:

Hora:

Evaluable/a:

**RODEAR
CON UN CÍRCULO**

[1] ESTADO DE ALERTA

Esto incluye pacientes que pueden estar notablemente somnolientos (por ejemplo, difíciles de despertar y/o con evidente tendencia al sueño durante la evaluación) o agitados / hiperactivos. Observe al paciente. Si está dormido, intente despertarlo hablándole o con un toque suave en el hombro. Pídale al paciente que indique su nombre y dirección para contabilizar la puntuación.

Normal (completamente alerta, pero no agitado, durante la valoración)	0
Somnolencia leve durante <10 segundos después de despertarse, luego normal	0
Claramente anormal	4

[2] TEST MENTAL ABREVIADO (AMT4)

Edad, fecha de nacimiento, ubicación actual (nombre del hospital o la organización), año actual.

Sin errores	0
1 error	1
2 ó más errores/ no evaluable	2

[3] ATENCIÓN

Pregunte al paciente: "Por favor dígame los meses del año en orden inverso (ó hacia atrás), empezando por Diciembre." Para ayudar a comprenderlo se permite una indicación de "¿Cuál es el mes anterior a diciembre?"

Meses del año hacia atrás	Logra 7 meses o más correctamente	0
	Comienza, pero alcanza <7 meses / se niega a comenzar	1
	No evaluable (no puede comenzar porque se encuentra mal, somnoliento, falto/a de atención)	2

[4] CAMBIO AGUDO O ESTADO FLUCTUANTE

Evidencia de cambios significativos o fluctuaciones en: estado de alerta, estado cognitivo, otras funciones mentales (por ejemplo: paranoia, alucinaciones) que han surgido en las últimas 2 semanas y aún están presentes en las últimas 24 horas.

No	0
Sí	4

4 o más: posible delirio +/- deterioro cognitivo

1-3: posible deterioro cognitivo

0: delirio o deterioro cognitivo grave poco probable (pero el delirio sería posible si la información del apartado [4] está incompleta)

PUNTUACIÓN 4AT-URG

ACLARACIONES

Versión 1.2. Información y descarga: www.the4AT.com

El 4AT es un instrumento de valoración diseñado para la evaluación inicial rápida de delirio y deterioro cognitivo. Una puntuación de 4 o más es sugestiva pero no diagnóstica de delirio: puede ser necesaria una evaluación más detallada del estado mental para obtener un diagnóstico. Una puntuación de 1-3 sugiere deterioro cognitivo y se requiere una valoración más detallada del estado cognitivo y completar la anamnesis con personas allegadas. Una puntuación de 0 no excluye definitivamente el delirio o el deterioro cognitivo: puede ser necesaria una evaluación más detallada según el contexto clínico. Los apartados 1-3 se califican únicamente según la observación del paciente en el momento de la evaluación. El apartado 4 requiere información de una o más fuentes, por ejemplo: su propio conocimiento del paciente, otro personal que conoce al paciente (por ejemplo las enfermeras de la unidad), derivación del médico de familia, anotaciones del caso, cuidadores. El evaluador debe tener en cuenta las dificultades de comunicación (discapacidad auditiva, disfasia, barrera idiomática) al realizar la prueba e interpretar la puntuación.

Estado de alerta: la alteración del nivel de alerta es muy probable que sea delirio en entornos hospitalarios. Si el paciente muestra un estado de alerta alterado significativo durante la evaluación a pie de cama, puntúe 4 para este ítem.

AMT4 (Test mental abreviado - 4): esta puntuación se puede extraer de los ítems del AMT10 si este último se realiza inmediatamente antes.

Cambios agudos o situación fluctuante: la fluctuación puede ocurrir sin delirio en algunos casos de demencia, pero la fluctuación marcada generalmente indica delirio. Para discernir entre alucinaciones y/o pensamientos paranoicos, haga preguntas al paciente como: "¿Le preocupa que suceda algo aquí?"; "¿Se siente asustado por algo o alguien?"; "¿Ha estado viendo o escuchando algo inusual?"