Revisión narrativa o de literatura

DELIRIO EN EL PACIENTE CRÍTICO PEDIÁTRICO: IMPACTO DE LAS ESCALAS DE VALORACIÓN EN LA DETECCIÓN Y MANEJO PRECOZ

DELIRIUM IN THE PEDIATRIC CRITICAL CARE PATIENT: IMPACT OF SCREENING TOOLS ON EARLY DETECTION AND MANAGEMENT

Felipe Andrés Acuña Valdivia
Enfermero
Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile
felipeacuna@ug.uchile.cl
https://orcid.org/0000-0003-1239-2497

Artículo recibido el 31 de octubre de 2020. Aceptado en versión corregida el 09 de abril de 2021.

RESUMEN
En Chile la valoración del delirio en las unidades pediátricas de paciente crítico es una actividad dependiente de cada profesional de enfermería por lo que la prevención, valoración y el manejo viene siendo un desafío para enfermería. OBJETIVO: Analizar la efectividad de la aplicación de la escala Cornell Assessment of Pediatric Delirium (CAPD) en la detección y el manejo precoz del delirio. METODOLOGÍA: Se realizó una búsqueda bibliográfica sistematizada utilizando las siguientes bases de datos Cochrane, Biblioteca digital Universidad de Chile, PubMed, Lilacs, EBSCOHost y Epistemonikos, en idioma inglés y español, entre los años 2012 y 2020. Los resultados fueron analizados con matrices CASPe o STROBE según el tipo de estudio. Se utilizaron 13 artículos que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión. RESULTADOS: La evidencia muestra por un lado que la utilización de escalas de valoración contribuye a una detección precoz del delirio y, por otro lado, que la escala CAPD es un instrumento con alta evidencia que sustenta su utilización por sobre otras escalas. CONCLUSIÓN: La utilización de la escala CAPD genera un impacto positivo en la detección y el manejo precoz del delirio, sin embargo, se recomienda que además exista un proceso de educación y acompañamiento a los profesionales de enfermería sobre prevención, detección y manejo del delirio.

Palabras clave: Delirio, pediatría, escalas de valoración.

ABSTRACT
In Chile, the assessment of delirium in pediatric critical care units is a dependent activity from nurses, thus prevention, assessment and management it comes challenging to this units. OBJECTIVE: To analyze the effectiveness of the application of the Cornell Assessment of Pediatric Delirium (CAPD) scale in the detection and early management of delirium.

METHODOLOGY: A systematic bibliographic search was carried out using the following databases: Cochrane, Biblioteca digital Universidad de Chile, PubMed, Lilacs, EBSCOHost and Epistemonikos, in English and Spanish, between 2012 and 2020. The results were analyzed with CASPe or STROBE tools according to the study type. 13 articles that meet the inclusion and exclusion criteria were used. RESULTS: The evidence shows, on the one hand, that the use of screening tools contributes to an early detection of delirium and, on the other hand, CAPD scale is an instrument with high evidence that supports its use over other scales. CONCLUSION: The use of the CAPD scale has a positive impact on the detection and early management of delirium, however, it is recommended that there is also an education process and support for nurses on prevention, detection and management of delirium.

Keywords: Delirium, pediatrics, screening tools.

http://dx.doi.org/10.7764/Horiz_Enferm.32.1.91-101

INTRODUCCIÓN

El delirio según el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM V), es una alteración de la atención y la conciencia, donde la gravedad puede fluctuar durante el día. Se describen tipos de delirio, según su duración (agudo o persistente) o el nivel de actividad psicomotora: hiperactivo (humor lábil, agitación o rechazo a cooperar con su asistencia médica), hipoactivo (lentitud y/o letargia) o mixto (un nivel de actividad que fluctúa rápidamente)[1]. En Unidades de Paciente Crítico Pediátrico (UPCP), algunas complicaciones del delirio son: un aumento en el uso de la ventilación mecánica[2] una mayor estadía hospitalaria, con un promedio de 1 día y 9 horas más que pacientes sin delirio[2], lo que se traduce en un aumento en los costos médicos[3,4] y también un incremento en el riesgo de mortalidad entre un 12.5% a un 29%[3,5].

A nivel mundial se registra una prevalencia del delirio dentro de un rango de un 4% a un 29%, con un promedio del 25%[6]. En Chile no hay cifras concluyentes, pero una UPCP de Valparaíso describe una prevalencia de un 54%[7]. La importancia de que existan cifras concluyentes de prevalencia junto a que se realice una valoración estandarizada del delirio se debe a que la evidencia menciona un mayor desarrollo del delirio dentro de las UPCP[2], por lo que es necesaria la constante valoración y así lograr un manejo adecuado y acorde a las necesidades de cada paciente[8–10]. Para la valoración se recomienda la utilización de escalas, siendo la *Cornell Assessment of Pediatric Delirium (CAPD)* (Anexo 1 y 2) una de las más recomendadas para las UPCP[8,11].

En Chile no existe un protocolo ministerial respecto a la valoración del delirio en las UPCP, produciendo que sea una actividad dependiente de cada profesional de enfermería. A través de la estrategia PICO fue elaborada la siguiente pregunta: ¿En pacientes pediátricos hospitalizados en UPC, la aplicación de la

escala CAPD frente a la no aplicación de una escala logra un impacto en la detección y un manejo precoz del delirio? El propósito de este trabajo es contribuir en la mejora de la calidad de los cuidados de enfermería en base a la evidencia científica disponible, y así generar un sustento teórico para la planificación de actividades que contribuyan a la detección y manejo precoz del delirio en pacientes críticos pediátricos.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda bibliográfica con las siguientes palabras claves: *delirium; pedriatrics y screening tools*, con los operadores boleanos AND en idioma español e inglés, en las siguientes bases de datos: Cochrane, Biblioteca digital Universidad de Chile, PubMed, Lilacs, EBSCOHost y Epistemonikos.

Al 22 de junio del año 2020 se obtuvo un total de 291 artículos a los cuales se les aplicó el filtro que fueran artículos publicados entre los años 2012 y 2020, quedando 234 artículos.

Los criterios de inclusión utilizados fueron artículos dirigidos al diagnóstico y/o manejo del delirio en pacientes hospitalizados en UPCP, junto con documentos que describan la valoración del delirio mediante la observación, la utilización de escalas o instrumentos en pacientes pediátricos hospitalizados. Y fueron excluidos aquellos artículos dirigidos a pacientes hospitalizados en servicios diferentes a una UPCP y artículos de opinión o ensayos de reflexión.

A los 234 artículos encontrados se les aplicó los criterios de inclusión y exclusión antes mencionados y se realizó una lectura rápida del título y el resumen, quedando finalmente un total de 13 artículos, todos en idioma inglés.

El producto final fue sometido a una lectura crítica utilizando matrices CASPe y STROBE dependiendo del tipo de estudio de cada artículo; manteniendo aquellos documentos que cumplen al menos con el 80% de las preguntas de cada matriz, siendo el resultado final 13 artículos a utilizar. Al realizar el análisis se consideró la validez, significado y pertinencia de cada artículo.

Los 13 artículos a utilizar fueron: 3 revisiones sistemáticas sin metaanálisis, 1 estudio randomizado, 2 ensayos clínicos, 2 revisiones bibliográficas y 5 estudios observacionales. En relación con los estudios observacionales, se van a rescatar los protocolos o recomendaciones de estos estudios que fueron generados a partir de búsqueda bibliográfica y no sus resultados.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Existe una relación entre el desarrollo de delirio y las UPCP[2], por lo que es un desafío para el equipo de salud el poder identificar el cuadro en los pacientes pediátricos hospitalizados. Es por esto la importancia de intentar prevenirlo.

Dentro de los factores de riesgo que predisponen la aparición del delirio podemos encontrar: edad temprana (3 a 7 años), hombres, discapacidad cognitiva, trastornos emocionales o psicológicos, tener enfermedades crónicas, trastornos de ansiedad, historia familiar de delirio, ausencia de un cuidador o cuidadora, usuario de ventilación mecánica, profundos niveles de sedación, uso de benzodiacepinas, ausencia de movilidad,

oscuridad, ruidos molestos o interrupciones reiteradas[6,12].

Por otro lado, algunas acciones que ayudan a la prevención del delirio son: entregar un soporte nutricional acorde a la edad del paciente y sus necesidades, promover un patrón de eliminación regular, minimizar la utilización de elementos invasivos, promover rutinas diarias y nocturnas procurando una higiene del sueño favorable con la menor cantidad de interrupciones posibles, promover la movilidad temprana, intentar evadir la sedación, tener un adecuado manejo del dolor, intentar recrear un ambiente familiar, mantener el acompañamiento del cuidador y hablarle claramente al paciente pediátrico[4,12].

Los pacientes críticos pediátricos son propensos a presentar delirio por los antecedentes antes mencionados, por lo que es necesario tener conocimiento de estas acciones que pueden ayudar a disminuir la aparición de esta alteración de la atención y la conciencia.

La evidencia indica que la escala CAPD es un instrumento fácil de utilizar para el equipo de enfermería donde, a modo de prevención, se recomienda su aplicación cada 8 a 12 horas y es una herramienta capaz de identificar el delirio en aquellos pacientes donde se dificulta el proceso de valoración, como son los pacientes pediátricos con retraso mental o los menores de 2 años, principalmente dada la dificultad existente para establecer una comunicación directa con el equipo, es por esto que la escala se caracteriza por describir puntos de apoyo al evaluador para acompañar el proceso de valoración en los pacientes menores de 2 años[6,8,9,13].

Detección y herramientas de valoración

La sociedad europea de cuidados intensivos pediátricos y neonatales, la asociación americana de enfermeras en cuidados críticos y la asociación americana de enfermeras recomiendan la realización de una evaluación del delirio, junto a esto está demostrado que una valoración rutinaria permite un reconocimiento temprano y entrega una alerta a los profesionales de salud en caso de realizar intervenciones oportunas. Sin embargo, se destaca la dificultad sobre la valoración del delirio, siendo el déficit de conocimientos por parte del profesional de enfermería una barrera importante a reconocer[14].

La valoración en los pacientes de las UPCP es un desafío. Los signos clínicos varían dependiendo generalmente de la edad y la etapa de desarrollo en la que se encuentren, algunos que han sido reportados son: agitación, arqueamiento, inatención, tener un llanto inconsolable, insomnio, dificultad al reconocer a personas cercanas, estar inquietos, gritando, auto retiro de elementos invasivos (vías venosas o tubos) y tener un ciclo de sueño alterado[9].

Se puede presentar cualquier tipo de delirio en un episodio agudo, en el hipoactivo los pacientes pediátricos se encuentran aletargados, más tranquilos y menos conectados con el medio, por lo que hay menos probabilidades de que provoquen una preocupación en el equipo de salud, produciendo que este tipo de delirio en particular sea el que presente un mayor desafío para los profesionales de salud en la posibilidad de identificarlo y también en las escalas de valoración en su sensibilidad al delirio hipoactivo. Es por

esto la importancia de reconocer los signos y síntomas y de contar con una herramienta de valoración que sea sensible y adecuada para valorar un episodio fluctuante o agudo[9].

Escalas de valoración

Una escala ideal debe ser fácil, rápida de utilizar, aplicable a pacientes pediátricos de todas las edades y niveles cognitivos, se encuentren intubados o no, que la persona encargada de utilizarla no sea necesariamente un psiquiatra y lo pueda realizar varias veces en un día[10].

Las escalas más recomendadas se diferencian principalmente en estos puntos mencionados, siendo la sensibilidad y especificidad de cada escala existente un punto más a comparar.

La escala CAPD es una escala que se puede utilizar en pacientes de 0 a 21 años, con una sensibilidad de un 94,1% y una especificidad de 79,2%, siendo una herramienta capaz de detectar el delirio hipoactivo y de ser utilizada en pacientes independiente de los elementos invasivos que tenga y de su desarrollo cognitivo[9,10,13,15]. Son estas características las que hacen que esta escala sea una de las más recomendadas.

Además de la escala CAPD, podemos encontrar otras como la *Sophia Observation with- drawal Symptoms Pediatric Delirium scale* (SOS-PD) y la escala *Pediatric Confusion Assessment Method - Intensive Care Unit (pCAM-ICU).*

Dos revisiones sistemáticas realizaron una comparación entre estas escalas, y una de ellas también incluye un estudio donde solamente se utiliza el criterio clínico para la detección del delirio (Tabla 1). Aquí se puede observar que la utilización de la escala CAPD presenta un mayor grado de recomendación en comparación a las otras escalas, convirtiéndose entonces en un instrumento con mayor respaldo para su utilización en las UPCP. Por otro lado, el uso del criterio clínico depende de la persona que realiza la acción, generando que el delirio pueda estar subdiagnosticado, razón por la cual se recomienda la utilización de herramientas a modo de objetivar la valoración y de poder generar resultados más confiables[8].

Tener una escala de valoración como parte de la detección del delirio mejora la rutina de evaluación[12], estando demostrado que la realización de una valoración generalizada utilizando escalas adecuadas es una actividad importante dentro de la identificación temprana y un manejo precoz del delirio, siendo un paso crítico para poder evaluar incidencia y prevalencia en las UPCP[9].

Si bien se puede observar resultados favorables al utilizar escalas de valoración, no se puede dejar de lado la educación al profesional de enfermería en ámbitos de prevención y manejo junto a una educación sobre la aplicación de la escala, siendo un pilar fundamental dentro de la valoración del delirio[16]. Un estudio menciona que la utilización de escalas por parte de los profesionales de enfermería empodera al equipo, pero se necesita un entrenamiento constante en el uso, la valoración y también, en generalidades del deliro, a modo de mejorar cada vez más la capacidad del equipo para el diagnóstico y manejo precoz[15–17].

Tabla 1. *Comparación resumen del uso de escalas de valoración recomendadas y del juicio clínico en las UPCP.*

Nombre de la herramienta	*Cornell Assessment of Pediatric Delirium (CAPD)*[8,13,18]	*Sophia Observation with- drawal Symptoms Pediatric Delirium scale* (SOS-PD)[8]	*Pediatric Confusion Assess ment Method - Intensive Care Unit (pCAM-ICU)*[8,18]	*Juicio clínico*[18]
Sensibilidad y especificidad	94.1% y 79.2%	(-)	78% y 98%	(-)
Rango de edad	0 – 21 años	0 – 16 años	< 5 años	3 meses – 17 años
Variables	1. Contacto ocular. Acciones intencionales. Conciencia del entorno. 4. Comunicación. Inquieto e inconsolable. 6. Poco activo. 7. Respuesta a la interacción.	1. Atención. 2. Agitación. Acciones intencionales. 4. Insomnio. 5. Alucinaciones. 6. Desorientación. 7. Sudoración. 8. Padres.	Cambio agudo o fluctuación del estado mental. Inatención. Niveles alterados de conciencia. Pensamientos desorganizados.	Criterio clínico
Prevalencia de delirio promedio	20.6%	(-)	13%	5%
Grado de evidencia según estudios	A	C	B	(-)

(-): No hay información suficiente para completar los datos. Fuente: Elaboración propia.

CONCLUSIÓN

Si bien no se encontraron estudios que comparen la utilización de la escala CAPD por sobre el criterio clínico, la evidencia en conjunto muestra esta comparación, por esto, se logra concluir que la utilización de escalas de valoración del delirio en las UPCP, en especial de la CAPD, se relaciona con una detección temprana y un manejo precoz de este cuadro. Esto ya que la escala CAPD presenta un grado de evidencia más sólido que respalda su utilización, lo que demuestra su beneficio en la evaluación del delirio.

Considerando que la literatura expresa que existe un déficit de conocimientos sobre el delirio, la evidencia revela que solamente aplicando la escala no es suficiente para lograr un manejo completo, sino que es necesaria una educación y acompañamiento hacia los profesionales de enfermería desde la prevención, la aplicación de escalas de valoración y el manejo adecuado.

Se evidencia la importancia del rol del profesional al momento de la valoración del delirio en las UPCP y la utilización de la escala CAPD dentro del plan de cuidados como factor influyente ante la detección precoz y así lograr un manejo adecuado a las necesidades de cada paciente pediátrico, asegurando la calidad de los cuidados brindados.

En conclusión, se debe tener presente la importancia de instaurar la valoración del delirio como una actividad esencial por parte de enfermería y la necesidad de continuar generando conocimientos e investigaciones en torno al delirio en las UPCP.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco infinitamente a Paola Gortari, docente de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Chile, a Francisco Mena y a mi familia por el apoyo y la motivación que me han dado durante este proceso.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publisher; 2013.
2. Salluh JIF, Wang H, Schneider EB, Nagaraja N, Yenokyan G, Damluji A, et al. Outcome of delirium in critically ill patients: Systematic review and meta-analysis. BMJ (Online). 2015 Jun 3;350:1–10.
3. Smeets IAP, Tan EYL, Vossen HGM, Leroy PLJM, Lousberg RHB, van Os J, et al. Prolonged stay at the paediatric intensive care unit associated with paediatric delirium. European Child and Adolescent Psychiatry. 2010 Apr;19(4):389–93.
4. Silver GH, Kearney JA, Bora S, de Souza C, Giles L, Hrycko S, et al. A Clinical Pathway to Standardize Care of Children With Delirium in Pediatric Inpatient Settings. Hospital Pediatrics [Internet]. 2019 Nov [cited 2020 Jun 21];9(11):909–16. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31662421/
5. Hatherill S, Flisher AJ. Delirium in children and adolescents: A systematic review of the literature. Vol. 68, Journal of Psychosomatic Research. Elsevier Inc. 2010; 337–44.
6. Bryant KJ. Pediatric delirium in the cardiac intensive care unit: Identification and intervention. Critical Care Nurse. 2018 Aug 1;38(4):1–7.

7. Diettes A. Delirio en el paciente crítico pediátrico. In 15th Latin American Congress of Pediatric Intensive Care; 2019. Available from: https://secured.societyhq.com/pccsa/2019/english/faculty/detail.iphtml?id=8370
8. Harris J, Ramelet AS, van Dijk M, Pokorna P, Wielenga J, Tume L, et al. Clinical recommendations for pain, sedation, withdrawal and delirium assessment in critically ill infants and children: an ESPNIC position statement for healthcare professionals. Intensive Care Medicine. 2016 Jun 1;42(6):972–86.
9. Porter S, Holly C, Echeverria M. Infants with Delirium A Primer On Prevention, Recognition, And Management. Pediatric Nursing. 2016;42(5):223–9.
10. Silver G, Traube C, Kearney J, Kelly D, Yoon MJ, Nash Moyal W, et al. Detecting pediatric delirium: Development of a rapid observational assessment tool. Intensive Care Medicine. 2012 Jun;38(6):1025–31.
11. Céspedes P. Delirium y Abstinencia. In 58 Congreso chileno de pediatría; Antofagasta, Chile; 2018 [cited 2020 Jul 9]. Available from: https://www.sochipe.cl/v3/pesenta.php?id_carpeta=773&id=1
12. Franken A, Sebbens D, Mensik J. Pediatric Delirium: Early Identification of Barriers to Optimize Success of Screening and Prevention. Journal of Pediatric Health Care. 2019 May 1;33(3):228–33.
13. Traube C, Silver G, Kearney J, Patel A, Atkinson TM, Yoon MJ, et al. Cornell assessment of pediatric delirium: A valid, rapid, observational tool for screening delirium in the PICU*. Critical Care Medicine. 2014 Mar;42(3):656–63.
14. Norman SL, Taha AA. Delirium knowledge, self-confidence, and attitude in pediatric intensive care nurses. Journal of Pediatric Nursing. 2019 May 1;46:6–11.
15. Valdivia HR, Carlin KE. Determining interrater reliability of the Cornell assessment of pediatric delirium screening tool among PICU nurses. Pediatric Critical Care Medicine. 2019 Apr 1;20(4):216–20.
16. Rohlik GM, Fryer KR, Tripathi S, Duncan JM, Coon HL, Padhya DR, et al. Overcoming barriers to delirium screening in the pediatric intensive care unit. Critical Care Nurse. 2018 Aug 1;38(4):57–67.
17. Flaigle MC, Ascenzi J, Kudchadkar SR. Identifying Barriers to Delirium Screening and Prevention in the Pediatric ICU: Evaluation of PICU Staff Knowledge. Journal of Pediatric Nursing. 2016 Jan 1;31(1):81–4.
18. Daoud A, Duff JP, Joffe AR. Diagnostic accuracy of delirium diagnosis in pediatric intensive care: A systematic review. Critical Care. 2014;18(5).
19. Fernández-Carrión F, González-Salas E, Silver G, Traube C. Translation and Cultural Adaptation of Cornell Assessment of Pediatric Delirium to Spanish. Pediatric Critical Care Medicine [Internet]. 2019 Apr 1 [cited 2020 Jul 24];20(4):400–2. Available from: http://journals.lww.com/00130478-201904000-00026

ANEXOS

Anexo 1. *Escala CAPD.*

Puntuación RASS: (si -4 ó -5 no procede)						
Por favor, conteste las siguientes preguntas según su interacción con el paciente durante su turno de trabajo:						
Artículos	**Nunca 4**	**Raramente 3**	**Ocasionalmente 2**	**Frecuentemente 1**	**Siempre 0**	**Puntuación**
1. ¿Establece el niño contacto visual con el cuidador?						
2. ¿Las acciones del niño tienen un propósito?						
3. ¿Tiene el niño conciencia de lo que le rodea?						
4. ¿Comunica el niño necesidades y deseos?						
	Nunca 0	**Raramente 1**	**Ocasionalmente 2**	**Frecuentemente 3**	**Siempre 4**	
5. ¿Está el niño inquieto?						
6. ¿Está el niño inconsolable?						
7. ¿Está el niño poco activo, se mueve muy poco mientras está despierto?						
8. ¿Tarda el niño mucho tiempo en responder a las interacciones?						
					Total	

Fuente: Obtenido de "Translation and Cultural Adaptation of Cornell Assessment of Pediatric Delirium to Spanish"[19].

Anexo 2.1. *Puntos de apoyo del desarrollo para la valoración de pacientes menores de 2 años parte I.*

Artículos	Recién nacido	4 semanas	6 semanas
1. ¿Establece el niño contacto visual con el cuidador?	Fija la mirada en la cara.	Sostiene la mirada brevemente. Sigue 90 grados.	Sostiene la mirada.
2. ¿Las acciones del niño tienen un propósito?	Mueve la cabeza hacia los lados, dominada por los reflejos primitivos.	Agarra (con cierta descoordinación).	Agarra.
3. ¿Tiene el niño conciencia de lo que le rodea?	Despierto está tranquilo.	Despierto está atento. Se gira hacia la voz del cuidador primario. Se puede girar al oler al cuidador primario.	Aumento del tiempo que está despierto y atento. Se gira hacia la voz del cuidador primario. Se puede girar al oler al cuidador primario.
4. ¿Comunica el niño necesidades y deseos?	Llora cuando tiene hambre o está incómodo.	Llora cuando tiene hambre o está incómodo.	Llora cuando tiene hambre o está incómodo.
5. ¿Está el niño inquieto?	No muestra estado de alerta prolongado.	No se muestra calmado de modo prolongado.	No se muestra calmado de modo prolongado.
6. ¿Está el niño inconsolable?	No se calma cuando los padres le mecen, cantan, le dan de comer o tranquilizan.	No se calma cuando los padres le mecen, cantan, le dan de comer o tranquilizan.	No se calma cuando los padres le mecen, cantan, le dan de comer o tranquilizan.
7. ¿Está el niño poco activo, se mueve muy poco mientras está despierto?	Poco, de hacerlo sería flexión y relajación con los reflejos primitivos (Debería dormir cómodamente la mayor parte del tiempo).	Poco, de hacerlo sería tocar, patalear, agarrar (todavía pueden ser algo descoordinados).	Poco, de hacerlo sería tocar, patalear, agarrar (pueden empezar a ser más coordinados).
8. ¿Tarda el niño mucho tiempo en responder a las interacciones?	No hace sonidos o reflejos tan activos como se esperaba (prensión, succión, Moro).	No hace sonidos o reflejos tan activos como se esperaba (prensión, succión, Moro).	No patalea ni llora con estímulos dolorosos.

Fuente: Obtenido de "Translation and Cultural Adaptation of Cornell Assessment of Pediatric Delirium to Spanish"[19].

Anexo 2.2. *Puntos de apoyo del desarrollo para la valoración de pacientes menores de 2 años parte II.*

8 semanas	28 semanas	1 año	2 años
Sigue objetos que se mueven y al cuidador pasando línea media, observa objetos que sostiene la mano del examinador, mirada centrada.	Sostiene la mirada. Prefiere a los padres. Mira a quien le habla.	Sostiene la mirada. Prefiere a los padres. Mira a quien le habla.	Sostiene la mirada. Prefiere a los padres. Mira a quien le habla.
Movimientos simétricos, agarra objetos de modo pasivo.	Alcanza objetos con movimiento suave y coordinado.	Alcanza y manipula objetos, intenta cambiar de postura, si se mueve puede intentar levantarse.	Alcanza y manipula objetos, intenta cambiar de postura, si se mueve puede intentar levantarse y caminar.
Se le ilumina la cara o sonríe al mover la cabeza delante de él, frunce el ceño al oír un sonajero, gorjea.	Prefiere claramente a la madre, después a otros familiares. Distingue entre objetos nuevos y los que ya conoce.	Prefiere a los padres, después a otros familiares, se enfada cuando le separan de los cuidadores preferidos. Se consuela con objetos familiares sobre todo con su manta favorita o peluches.	Prefiere a los padres, después a otros familiares, se enfada cuando le separan de los cuidadores preferidos. Se consuela con objetos familiares sobre todo con su manta favorita o peluches.
Llora cuando tiene hambre o está incómodo.	Vocaliza/indica necesidades como hambre, incomodidad, muestra curiosidad por objetos y lo que le rodea.	Utiliza palabras simples, o gestos.	Frases de 3–4 palabras, o gestos. Puede indicar necesidad de ir al baño, se refiere a sí mismo como yo o mí.
No se muestra calmado de modo prolongado.	No se muestra calmado de modo prolongado.	No se muestra calmado de modo prolongado.	No se muestra calmado de modo prolongado.
No se calma cuando los padres le mecen, cantan o tranquilizan.	No se calma con métodos habituales como cantarle, abrazarle o hablarle.	No se calma con métodos habituales como cantarle, abrazarle, hablarle o leerle.	No se calma con métodos habituales como cantarle, abrazarle, hablarle o leerle. (Puede tener rabietas, pero se calma)
Poco, de hacerlo sería agarrar de modo intencionado, controlar movimientos de cabeza y brazos, como empujar cosas nocivas.	Poco, de hacerlo sería tocar, agarrar, moverse en la cama, empujar cosas.	Poco, de hacerlo sería jugar, intentar incorporarse, levantarse, y si se puede mover, gatear o caminar.	Poco, de hacerlo sería jugar de modo más complejo, intentar incorporarse y moverse, y si puede mantenerse de pie, caminar o saltar.
No gorjea, sonríe, ni centra mirada en respuesta a las interacciones.	No balbucea ni sonríe/ríe en las interacciones sociales (o incluso las rechaza activamente).	No obedece órdenes sencillas. Si habla, no establece un diálogo sencillo con palabras o jerga.	No obedece órdenes sencillas de 1 ó 2 pasos. Si habla, no establece un diálogo más complejo.

Fuente: Obtenido de "Translation and Cultural Adaptation of Cornell Assessment of Pediatric Delirium to Spanish"[19].