



Delirium Pediatrico y Manejo NO Farmacológico

Manejo Multidisciplinario

Sebastián Gallegos Berrios

Terapeuta Ocupacional, U. de Chile

Magister © en Ciencias Biológicas, mención Neurociencias

Hospital Clínico Universidad de Chile

Académico Departamento Terapia Ocupacional, Universidad de Chile

Laboratorio Neuromodulación y Control Motor, ICBM

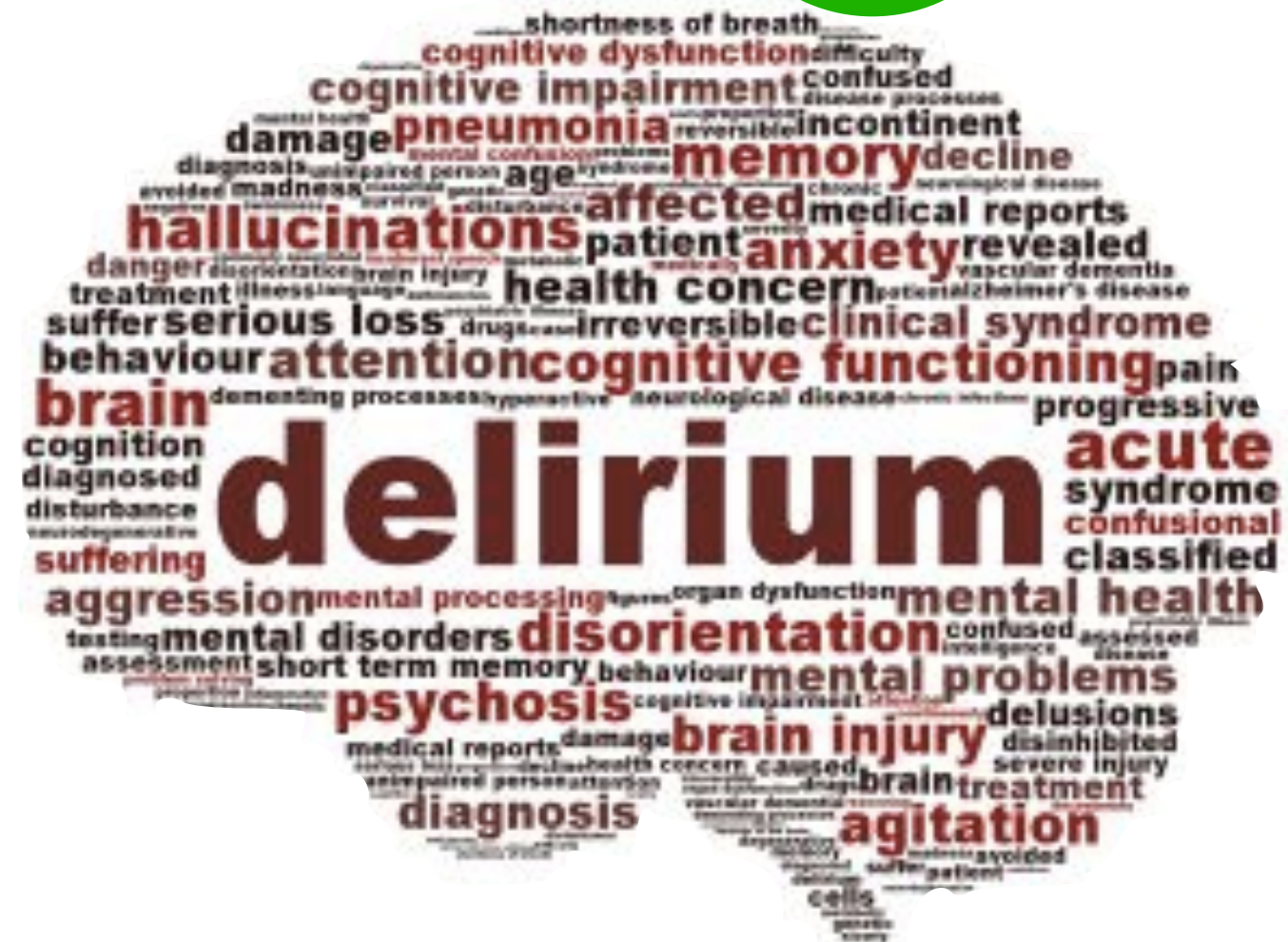


UNIVERSIDAD
DE CHILE

HOSPITAL CLÍNICO
UNIVERSIDAD DE CHILE

Contenidos

- ¿QUÉ es el delirium? ¿Delirium PEDIÁTRICO?
- Evaluación del delirium
- Intervención del equipo
- Manejo ambiental



¿QUÉ es el delirium?



Del latín, de-lira (fuera del surco)

La CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 2015) síndrome orgánico cerebral de etiología inespecífica caracterizado por alteraciones concurrentes de la **conciencia** y la **atención**, la **percepción**, el **pensamiento**, la **memoria**, la **conducta psicomotriz**, la **emoción** y el **ciclo sueño- vigilia**.

La duración es variable y el grado de gravedad va desde leve a muy grave.



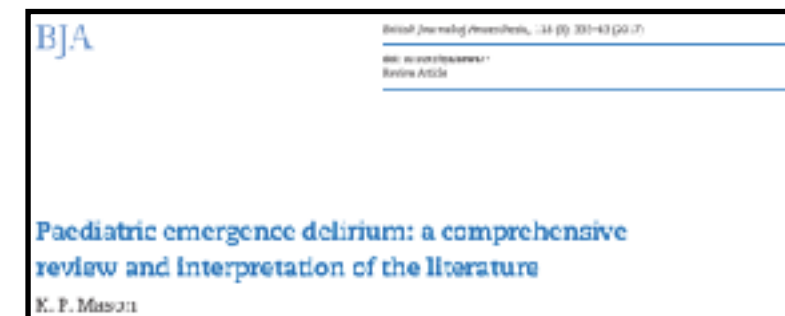
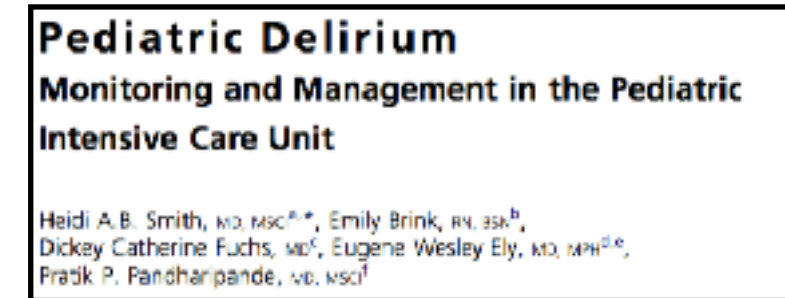
Descrito por primera vez en el tratado Psiquiatría Infantil (1935) de Leo Kanner, en el capítulo "Infecciones cerebrales transitorias"

"Los niños se vuelven delirantes tan frecuente y rápidamente que carece de interés para nosotros"

Bleuler (1955) en Lehrbuch der Psychiatrie

¿QUÉ es el delirium?

Se caracteriza por confusión, que puede ser intensa, con un curso fluctuante, **aumentando por la tarde y la noche**, coincidiendo frecuentemente con un incremento de la fiebre.



¿QUÉ es el delirium?

El delirium puede ser también **hiperactivo** (los niños están agitados, irritables y violentos) se presenta más frecuentemente en el contexto de la **intoxicación por sustancias o síndrome de abstinencia**

1

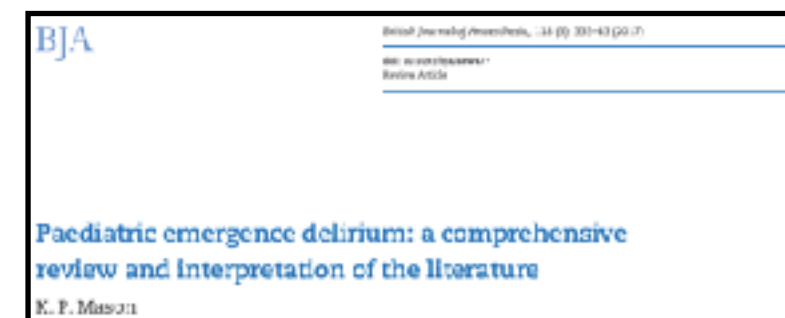
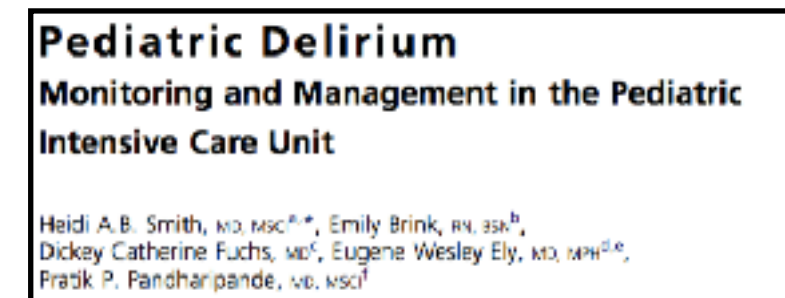
Hipoactivo (parecen apáticos, sin interés) a partir de trastornos metabólicos o una presentación **mixtos**.

2

Delirium emergente, se presenta en el momento en que el paciente está pasando del coma, **de la anestesia o de una sedación** al estado de vigilia. La frecuencia es del 42.5 %.

3

Los síntomas son: **alucinaciones, ideas delirantes, confusión, inquietud psicomotora** (que puede llegar a ser agitación extrema) y actividad física involuntaria.



¿QUÉ dice el DSM-V?

Table 1. DSM-5 Diagnostic Criteria for Delirium

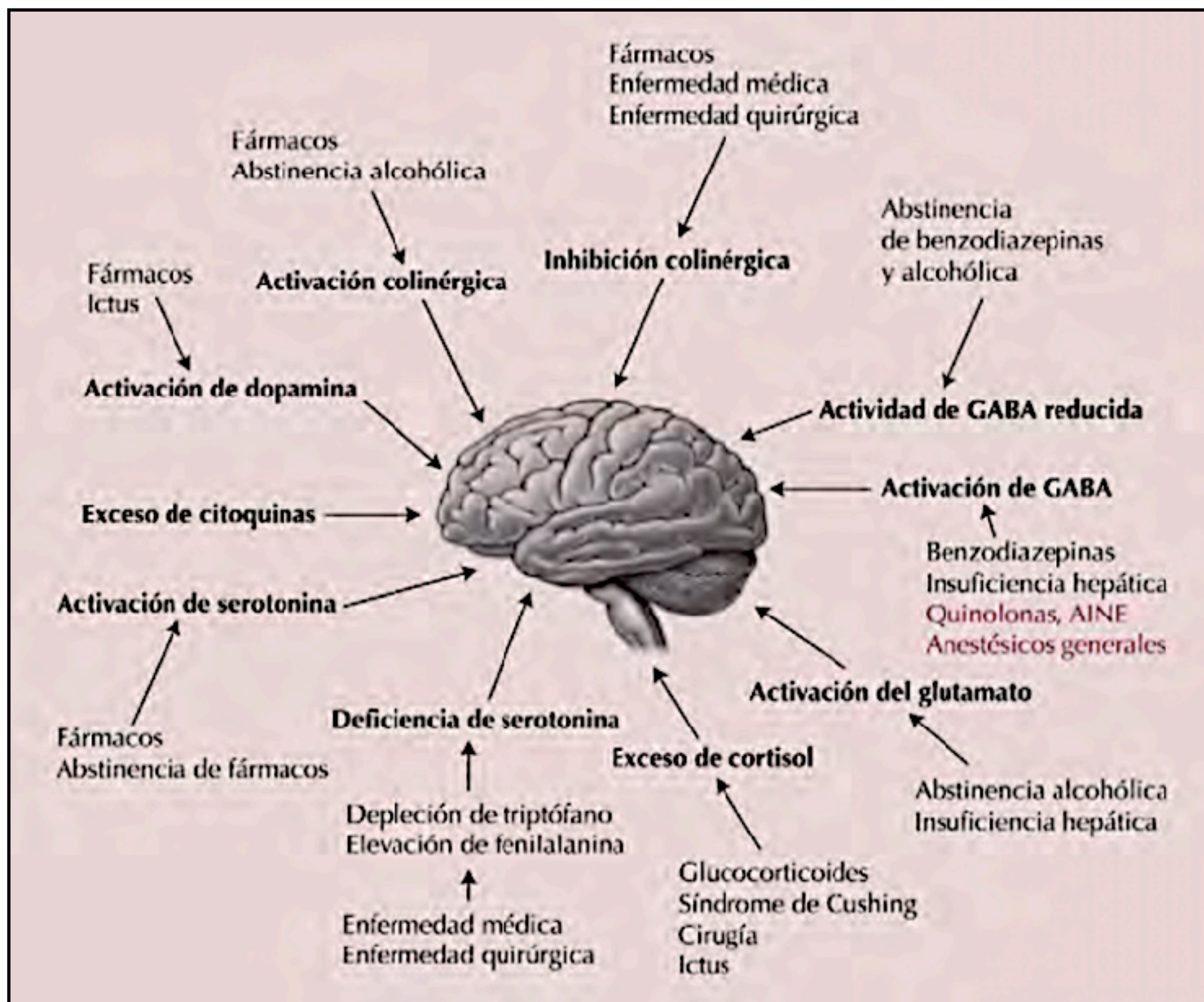
- A. A disturbance in attention (i.e., reduced ability to direct, focus, sustain, and shift attention) and awareness (reduced orientation to the environment).
- B. The disturbance develops over a short period of time (usually hours to a few days), represents a change from baseline attention and awareness, and tends to fluctuate in severity during the course of a day.
- C. An additional disturbance in cognition (e.g., memory deficit, disorientation, language, visuospatial ability, or perception).
- D. The disturbances in Criteria A and C are not explained by another preexisting, established, or evolving neurocognitive disorder and do not occur in the context of a severely reduced level of arousal, such as coma.
- E. There is evidence from the history, physical examination, or laboratory findings that the disturbance is a direct physiological consequence of another medical condition, substance intoxication or withdrawal (i.e., due to a drug of abuse or to a medication), or exposure to a toxin, or is due to multiple etiologies.

DSM-5 = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed.

Reprinted with permission from American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; ©2013:596. All rights reserved.

American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders—DSM-5th edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association.

Etiología



Infant without Delirium

Causas

Tabla I.5.1. Posibles causas de delirium, recogidas en el acrónimo "I WATCH DEATH"***

I	Infecciones	Encefalitis, meningitis, infección del tracto urinario, neumonía...
W	<i>Withdrawal</i> (abstinencia)	Alcohol, barbitúricos, benzodiacepinas...
A	Enfermedad metabólica Aguda	Desequilibrio electrolítico, fallo hepático o renal...
T	Trauma	Trauma craneal, postoperatorio...
C	CNS (patología del SNC)	Ictus, hemorragia, tumor, trastorno convulsivo...
H	Hipoxia	Anemia, fallo cardíaco, embolismo pulmonar...
D	Deficiencias	Vitamina B12, ácido fólico, tiamina...
E	Endocrinopatías	Tiroides, glucosa, paratiroides, adrenal...
A	Acute vascular (Enfermedad vascular aguda)	Shock, vasculitis, encefalopatía hipertensiva...
T	Tóxicos o fármacos	Toxinas, intoxicación por sustancia, medicaciones (alcohol, anestésicos, anticolinérgicos, narcóticos, etc.)
H	<i>Heavy metals</i> (metales pesados)	Arsénico, plomo, mercurio

*Wise et al, 1987.

Presentación Clínica

Atención

1

En los más pequeños hay **dificultad para sonreír y hacer contacto visual**.

En escolares y adolescentes hay **distractibilidad o incapacidad para enfocar la atención** en una actividad o sujeto.

Orientación

2

La orientación es difícil de evaluar en niños muy pequeños; no obstante, en los más grandes se pueden encontrar **problemas de orientación en persona, tiempo y espacio**.

Afecto

3

La mayoría de los niños y adolescentes **presentan labilidad afectiva y humor irritable**.

Psicomotor

4

El compromiso psicomotor se presenta como **hipoactividad o agitación**. Los problemas conductuales y la agitación se observan **más en la noche**.

Presentación Clínica

Ciclo sueño/vigilia

5

El compromiso está presente en la mayoría de los pacientes, hay inversión del ciclo, el paciente duerme durante el día pero no en la noche, se despierta fácilmente o puede tener insomnio global.

6

Sensopercepción

Pueden presentarse ilusiones (percepción distorsionada de los estímulos externos) o alucinaciones francas, tanto visuales como auditivas.

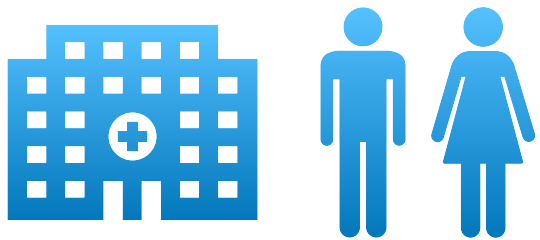
7

Pensamiento

Es raro encontrar ideas delirantes estructuradas en niños.

Consecuencias

- Puede ser muy **estresante para la familia del niño y el personal**



clínico (hasta un 25% de los padres de niños que han estado en una UCI pediátrica podrían desarrollar un TEPT) (Colville & Pierce, 2012).



- Aumenta la estancia de hospitalización (PICU).



- Aumenta los costos en 85%.



- Aumenta la ausencia escolar

Evaluación

- El diagnóstico de delirium en niños mayores de 5 años con un desarrollo normal se realiza a partir de los criterios del DSM-5 o la CIE-10.
- Diagnosticar de forma precisa un delirium pediátrico requiere el empleo de instrumentos válidos y clínicamente adecuados que podrían servir también para el screening y para guiar el tratamiento, tales como:
 - La escala ***Pediatric Anesthesia Emergence Delirium*** (PAED; Sikich y Lerman, 2004),
 - El ***Confusion Assessment Method for ICU Pediatric*** (pCAM-ICU; Smith et al, 2011),
 - La herramienta ***Cornell Assessment Pediatric Delirium*** (CAP-D; Silver et al, 2012; Traube et al, 2013) y,
 - La escala ***Sophia Observation Withdrawal Symptoms-Pediatric Delirium*** (SOS-PD; van Dijk et al, 2012, Ista et al, 2014).

Ely EW, Inouye SK, Bernard GR et al (2001). Delirium in mechanically ventilated patients: validity and reliability of the confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU). *JAMA*, 286:2703- 2710.

Ista E, de Beest H, de Hoog M et al (2014). A preliminary validation of a screening tool for pediatric delirium. *Archives of Disease in Childhood*, 99 (Sup 2):A84-A85.

Traube C, Silver G, Kearney J et al (2013). Cornell Assessment of Pediatric Delirium: A valid, rapid, observational tool for screening delirium in the PICU. *Critical Care Medicine*, 42:656-663.

Tabla I.5.2 Características de los instrumentos validados para la evaluación del delirium en niños críticamente enfermos

	PAED	pCAM-ICU	CAP-D	SOS-PD
Edad	1-17 años	> 5 años	0-21 años	0-16 años
Variables evaluadas	• Contacto ocular con el cuidador • Acciones con finalidad • Conciencia del entorno • Inquietud • Inconsolable	1. Cambio agudo o curso fluctuante del estado mental 2. Inatención 3. Nivel de conciencia alterado 4. Pensamiento desorganizado	• Contacto ocular con el cuidador • Acciones con finalidad • Conciencia del entorno • Habilidad de comunicar necesidades • Inquietud • Inconsolable • Infra-actividad • Respuesta a la interacción	• Agitación (inquietud), ansiedad, contacto ojos, gesticulación • Disminuida atención • Discurso • Temblor • Tono muscular • Acciones con finalidad • Insomnio • Alucinaciones • Desorientación • Sudoración • Cambio agudo/ fluctuación
Rango (punto corte)	0-25 (10)	Delirium* si 1, 2 y 3 o 4 presentes	0-40 (9)	0-15 (4)
Datos de fiabilidad	+	+	+	+/-
Formas de validez establecidas	Validez de criterio	Validez de criterio	Validez de criterio	Validez aparente
Sensibilidad	91%	83%	94%	91%
Especificidad	98%	99%	79%	97%
Utilidad clínica	Viabilidad y utilidad en cabecero cama	Viabilidad	Utilidad en cabecero de cama	Viabilidad

PAED: *Pediatric Anesthesia Emergence Delirium scale* (Janssen et al, 2011).

pCAM-ICU: *Pediatric Confusion Assessment Method-Intensive Care Unit* (Smith et al, 2011).

CAP-D: *Cornell Assessment of Pediatric Delirium* (Silver et al, 2012; Traube et al, 2013);

SOS-PD: *Sophia Observation withdrawal Symptoms-Pediatric Delirium scale* (van Dijk et al, 2012; Ista et al, 2014).

*No hay rango de puntuación.

Tabla 1. Resumen de la prevención no farmacológica reforzada (PnFE más TO precoz e intensiva).

INTERVENCIÓN	DESCRIPCIÓN
Estimulación Polisensorial	Estimulación intensa y regulada a los diferentes canales sensoriales del paciente (visual, auditivo, táctil, propioceptivo y gustativo) con el fin de incrementar el estado de alerta, prevenir la privación sensorial y aumentar la interacción del paciente con los objetos y personas que lo rodean.
Posicionamiento	Implementación precoz de aditamentos como cuñas antiedema, topes antiequino y adaptaciones que dejen libre de presión los sitios de mayor frecuencia de escaras, con el fin de prevenir la rigidez articular, aparición de úlceras por presión y entregar confort al paciente.
Estimulación cognitiva	Intervención utilizada para mantener activas las funciones mentales, tales como: conciencia, orientación, atención, memoria, cálculo, praxis y lenguaje, a través de protocolos de estimulación cognitiva y diálogo con el paciente.
Entrenamiento en actividades de la vida diaria básica (AVDB)	Intervención que busca promover la realización independiente de las AVDB de higiene, arreglo personal y alimentación. En aquellos pacientes con mayor nivel de independencia se agrega entrenamiento en vestuario y transferencias; esto con el propósito de estructurar rutina, mantener nivel de independencia funcional y promover sentimientos de utilidad.
Estimulación motora de las extremidades superiores (EMEES)	Consiste en mantener o activar movimientos funcionales y la fuerza de EESS por medio de actividades tales como: ejercicios con implementos, ergoterapias y actividades bimanuales entre otros.
Participación de la familia	Se busca enriquecer la interacción entre la familia y el paciente, y la colaboración de ésta en estrategias de estimulación cognitiva. Para ello se realizan reuniones con la familia y se pone a su disposición material para utilizar durante las visitas.

TERAPIA OCUPACIONAL PRECOZ E INTENSIVA EN LA PREVENCIÓN DEL DELIRIUM EN ADULTOS MAYORES INGRESADOS A UNIDADES DE PACIENTE CRÍTICO. ENSAYO CLÍNICO RANDOMIZADO: RESULTADOS PRELIMINARES.¹

EARLY AND INTENSIVE OCCUPATIONAL THERAPY IN PREVENTION OF DELIRIUM IN OLDER ADULTS ADMITTED TO CRITICAL PATIENT UNIT. RANDOMIZED CLINICAL TRIAL: PRELIMINARY RESULTS

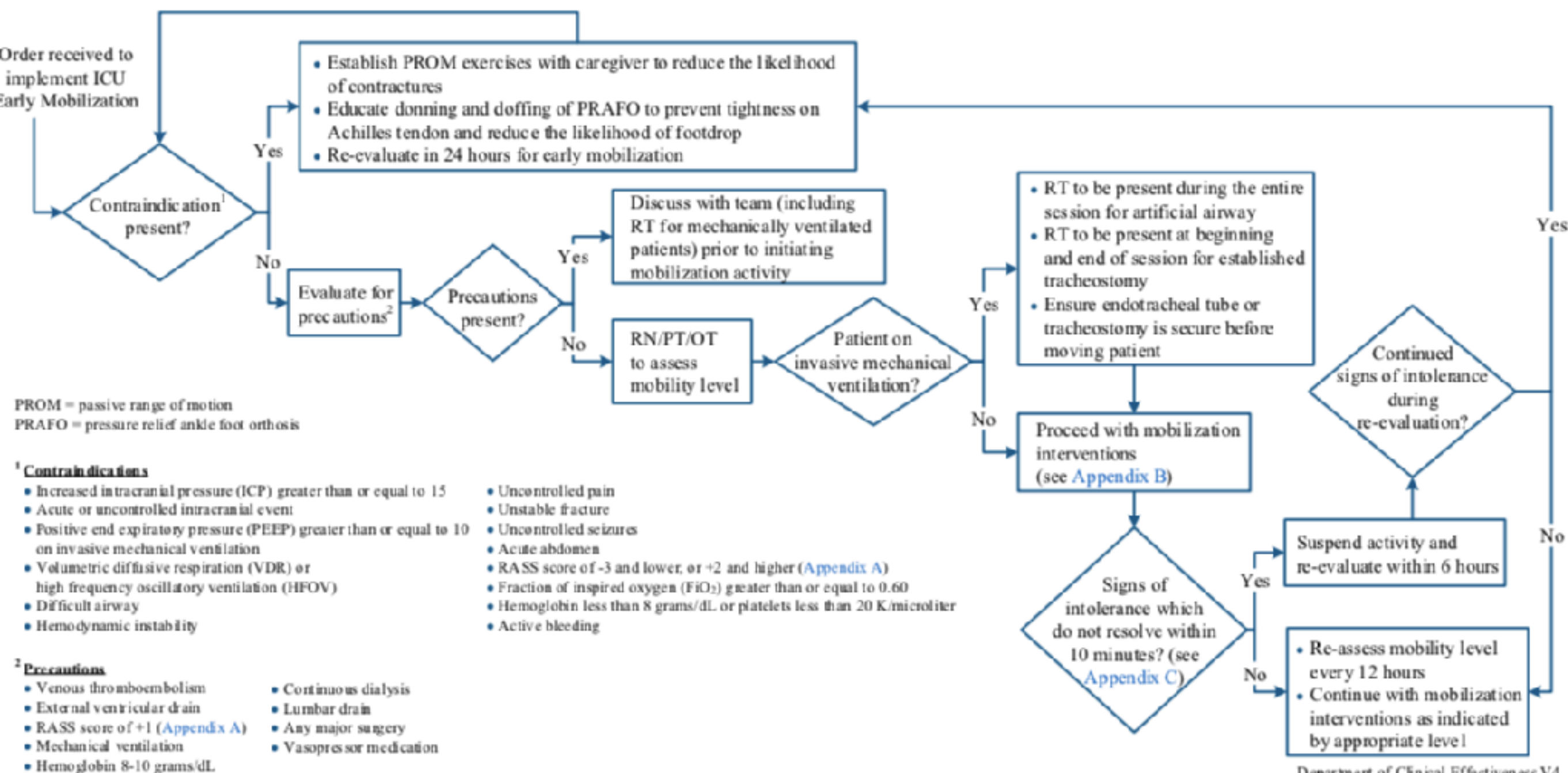
Evelyn Álvarez E.^{2,3,4}, Mariel Garrido M.¹, Francisco González A.², Elisabeth Guzmán¹, Tatiana Domínguez G.¹, Sebastián Gallegos B.¹, Sebastián Vergara R.¹, Rolando Aranda G.¹, Stephanie Prieto S.¹, Constanza Briceño R.¹, Eduardo Tobar A.⁴, Consuelo Alzamora M., Camila Bolívar E., Camila Concha R., Fernanda Valencia Q., Fabiola Villalobos G.

Prevención y manejo no farmacológico del Delirium

- Movilización precoz
- Actividades de la vida diaria
- Estimulación del Desarrollo Psicomotor
- Juego
- Estimulación polisensorial
- Educación a la familia
- Posicionamiento

ICU Pediatric Early Mobilization

Disclaimer: This algorithm has been developed for MD Anderson using a multidisciplinary approach considering circumstances particular to MD Anderson's specific patient population, services and structure, and clinical information. This is not intended to replace the independent medical or professional judgment of physicians or other health care providers in the context of individual clinical circumstances to determine a patient's care. This algorithm should not be used to treat pregnant women.



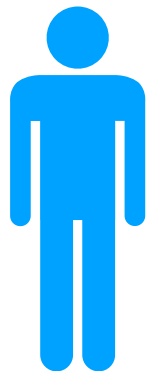
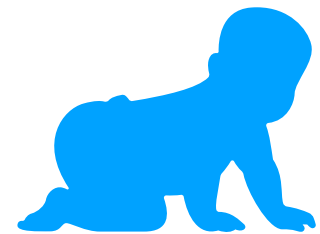
Prevención y manejo no farmacológico del Delirium

Minimizar los factores de riesgo

Las intervenciones no farmacológicas han producido bastantes éxitos en numerosos estudios (Tabet y Howard, 2009).

Por ejemplo, se logró una reducción del 40% en la incidencia de delirium en adultos empleando maniobras múltiples que incluían **reorientación repetida, rápida movilización, reducción del ruido y manejo no farmacológico del sueño** (Marcantonio et al, 2001).

En **adultos**, la eficacia de intervenciones preventivas como la **movilización precoz, los tapones para los oídos y el estar solo en una habitación están bien establecida** (Colombo et al, 2012; van Rompaey et al, 2012; Zaal et al, 2013).



Prevención y manejo no farmacológico del Delirium

Manejo de factores PREDISPONENTES:

- Tienen más probabilidad los niños que las niñas.
- Los que han estado hospitalizados por más tiempo .
- Las personas con compromiso cognitivo, trastornos del comportamiento, depresión y problemas emocionales.
- Individuos con enfermedades físicas como: epilepsia, antecedentes de enfermedad vascular cerebral, déficit auditivo o visual.
- Quienes no tienen cuidador.
- Una investigación multicéntrica encontró que los niños **menores de 2 años** tenían más probabilidad de presentar *delirium* (**32.4 %**), igual que los que estaban **inmovilizados o tenían restricción física (72.4 %)**

Traube C, Silver G, Reeder RW, Doyle H, Hegel E, Wolfe HA, et al. Delirium in Critically Ill Children: An International Point Prevalence Study. Crit Care Med. 2017;45(4):584-90.

Silver G, Traube C, Gerber LM, Sun X, Kearney J, Patel A, et al. Pediatric Delirium and Associated Risk Factors: A Single-Center Prospective Observational Study. Pediatr Crit Care Med. 2015;16(4):303-309.

Prevención y manejo no farmacológico del Delirium

Manejo de factores PRECIPITANTES:

Procedimientos dolorosos, el dolor no controlado, las actividades propias de cuidado, los efectos de los sedantes y analgésicos, la sobredación, la ventilación mecánica, el ruido excesivo, el miedo y el temor, los cambios en la luminosidad, los cambios de la temperatura ambiental, los trastornos del sueño, el aislamiento, la inmovilidad y el estrés.

El **delirium emergente** es más común en niños de 2 a 5 años en quienes se realiza cirugías de amígdalas, oídos, tiroides y ojos. Esto debido a dos factores como la **dificultad en la comunicación, el de uso de anestesia general y ventilación mecánica.**

Traube C, Silver G, Reeder RW, Doyle H, Hegel E, Wolfe HA, et al. Delirium in Critically Ill Children: An International Point Prevalence Study. Crit Care Med. 2017;45(4):584-90.

Silver G, Traube C, Gerber LM, Sun X, Kearney J, Patel A, et al. Pediatric Delirium and Associated Risk Factors: A Single-Center Prospective Observational Study. Pediatr Crit Care Med. 2015;16(4):303-309.

Prevención y manejo no farmacológico del Delirium

Tabla I.5.3 Intervenciones no farmacológicas para el delirium en niños*

- Presencia constante de los padres y estimulación tranquilizadora de los cinco sentidos
- Tenue iluminación nocturna, horario de iluminación día/noche
- Música/sonidos/voces y olores familiares
- Juguetes favoritos, mascotas, mantas y fotografías familiares junto a la cama
- Psicoeducación del personal (para confortar y mejorar la orientación)
- Folletos informativos para padres sobre el delirium pediátrico
- Optimizar el nivel de estimulación sensorial (en caso de delirium hiperactivo mover al niño a una habitación individual tranquila; si el delirium es hipoactivo, aumentar la interacción social)
- Si es posible, interrumpir los fármacos que pueden producir delirium
- Movilización precoz

*Hatherill et al, 2010; Schieveld et al, 2007.

Investigación Universidad de Chile



Rol del Terapeuta Ocupacional en el tratamiento de niños con Delirium Hospitalario Infantil en Unidades Hospitalarias de Chile

Javiera Cortez A., Valentina Escobar G., Geraldine Fritzsche B., Karla Squicciarini T.
Tutor: Sebastián Gallegos B.

Los terapeutas ocupacionales entrevistados utilizan diversas acciones para abordar el tratamiento de niños con DHI, entre las que se destacan:

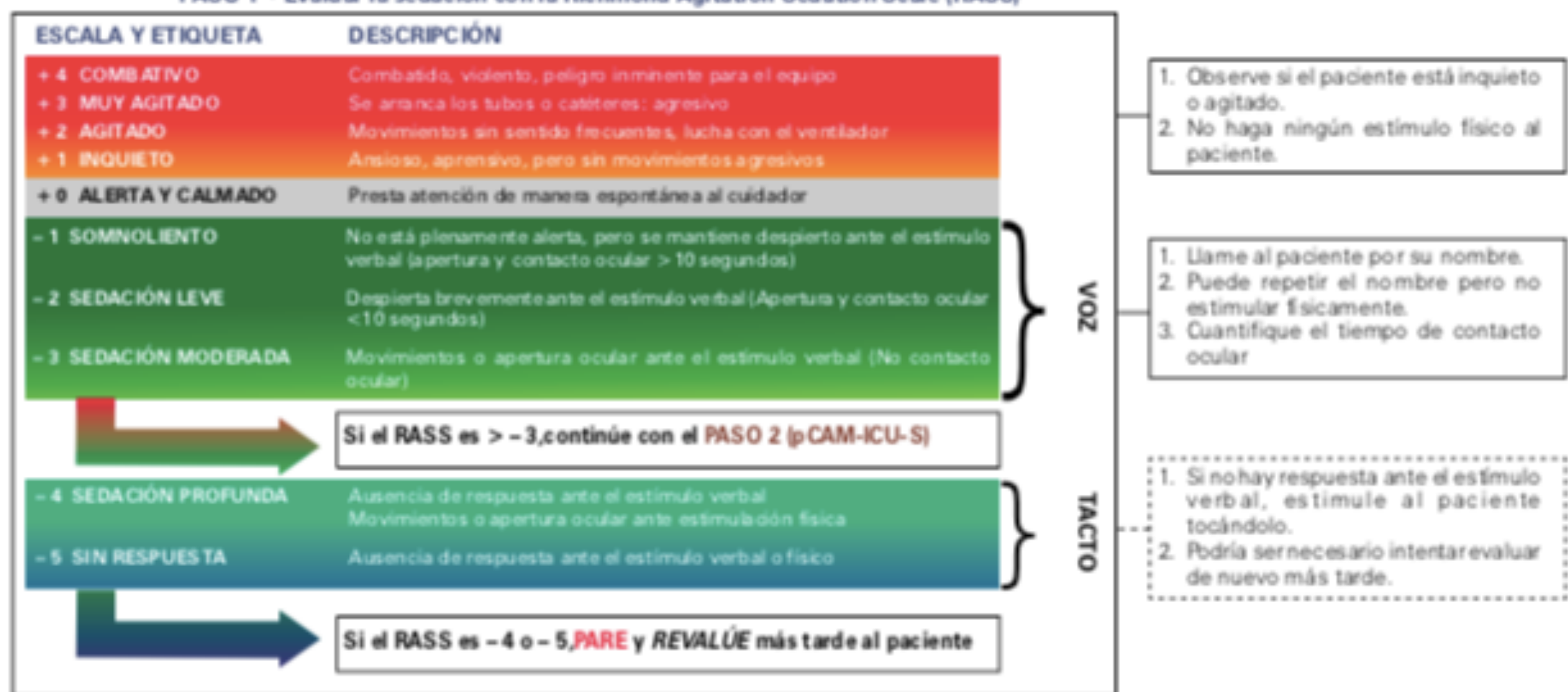
- Manejo ambiental.
- Posicionamiento a través de aditamentos.
- Confección de órtesis y aditamentos.
- Incorporación de la familia en el tratamiento.
- Estimulación sensorial.
- Coordinación y educación al equipo tratante.
- Anticipar al niño sobre los procedimientos que se le realizan.

Gracias

sgallegosb@uchile.cl

PASO 1 (Evaluación del Grado de Sedación) + PASO 2 (pCAM-ICU-S)

PASO 1 → Evaluar la sedación con la Richmond Agitation Sedation Scale (RASS)



Hoja de Trabajo para la Evaluación Diaria del Delirium con la pCAM-ICU-S

CARACTERÍSTICA 1. Cambio agudo o fluctuación a través del tiempo en el estado mental → POSITIVO en la CARACTERÍSTICA

si la respuesta es "Sí" en A o B

A. ¿Hay un cambio agudo con respecto al estado mental de base? Si o No _____

B. ¿Ha fluctuado el estado mental del paciente en las últimas 24 horas? Si o No _____

*Evidenciado por la fluctuación en la puntuación de la escala de sedación (PASS), la escala de Glasgow o con respecto a una evaluación previa del delirium.

Si la respuesta es sí, debo hacer un círculo alrededor del +

+ / -

CARACTERÍSTICA 2. Inatención → POSITIVO en la CARACTERÍSTICA si la PUNTUACIÓN está entre 0 y 7.

Prueba de Atención "A":

Quiero que mi paciente apriete mi mano SOLO cuando yo diga la letra "A".

Leeré la secuencia de 10 letras en el mismo orden todos los días, con mi tono de voz normal, diciendo cada letra una sola vez cada segundo.

Instrucciones para el paciente: "Aprieta mi mano cuando yo diga la letra 'A'. Vamos a practicarlo, 'A'".

Para puntuar: Cada vez que yo diga la letra "A" y el paciente no apriete mi mano, le reduzco 1 punto.

Cada vez que el paciente apriete mi mano al decir yo cualquiera de las otras letras, le reduzco 1 punto.

A _ B _ A _ D _ B _ A _ D _ A _ A _ Y



Si la PUNTUACIÓN da entre 0 y 7, debo hacer un círculo alrededor del +

+ / -

Figuras para el examen de cribado de la atención:

Le enseñaré/mostraré al paciente "5 cartas con Figuras de Memoria". Quiero que el paciente reconozca las 5 Figuras de Memoria cuando le enseñe/muestre 10 figuras.

Instrucciones para el paciente: "Voy a enseñarte/mostrarte 5 figuras que quiero que recuerdes" (Enseñar/mostrar una figura cada 3 segundos y decir el nombre del objeto).

Instrucciones para pacientes que puedan hablar: "Di 'sí' cuando veas una de estas 5 figuras de nuevo" (Enseñar/mostrar todas las figuras del bloque de 10 y decir el nombre de cada objeto).

Instrucciones para pacientes intubados: "Di 'sí' con la cabeza cuando veas una de estas 5 figuras de nuevo".

Para puntuar:

Si el paciente **afirma** verbalmente o con la cabeza SOLO a las 5 Figuras de Memoria, entonces completó correctamente la prueba, PUNTUACIÓN: 10/10.

Si el paciente **no afirma** verbalmente o con la cabeza a cada Figura de Memoria, le voy reduciendo 1 punto.

Si el paciente **identifica una figura que no hace parte de las 5 Figuras de Memoria**, le reduzco 1 punto.

Figuras de Memoria: ____/5 Resto de las figuras: ____/5.

Si la PUNTUACIÓN da entre 0 y 7, debo hacer un círculo alrededor del +

+ / -

Hoja de Trabajo para la Evaluación Diaria del Delirium con la pCAM-ICU-S	
CARACTERÍSTICA 3. Alteración del grado de conciencia → POSITIVO en la CARACTERÍSTICA si la puntuación actual en el RASS es diferente de "0". En el momento de la evaluación del grado de sedación la puntuación en el RASS fue:	+ / -
CARACTERÍSTICA 4. Pensamiento desorganizado. <u>Instrucciones para pacientes que puedan hablar:</u> "Voy a hacerte 4 preguntas, di 'sí' o 'no' para responder". <u>Instrucciones para pacientes intubados:</u> "Voy a hacerte 4 preguntas, di 'sí' o 'no' con la cabeza para responder". Serie A: 1. ¿Es dulce el azúcar? _____ 2. ¿Es caliente el helado? _____ 3. ¿Pueden volar los pájaros? _____ 4. ¿Una hormiga es más grande que un elefante? _____ Serie B: 1. ¿Son duras las piedras? _____ 2. ¿Pueden volar los conejos? _____ 3. ¿Es frío el helado? _____ 4. ¿Una jirafa es más pequeña que un ratón? _____ 5. <u>Instrucciones para el paciente:</u> "Enséñame/muéstrame estos dedos" (el evaluador debe levantar 2 dedos de su mano para que el paciente lo vea). 6. <u>Instrucciones para el paciente:</u> "Ahora haz lo mismo con la otra mano" (no le enseñe/muestre de nuevo sus dedos al paciente). 7. <u>Si el paciente no puede mover ambas manos:</u> "Ahora, enséñame/muéstrame un dedo más" (no le enseñe/muestre de nuevo sus dedos al paciente). Para puntuar: Si el paciente da una respuesta incorrecta, le reduzco 1 punto. Si el paciente es incapaz de ejecutar totalmente la orden del #5, le reduzco 1 punto.	+ / -
DELIRIUM PEDIÁTRICO = Característica 1 _____ + Característica 2 _____ + CUALQUIERA de entre la Característica 3 _____ O la Característica 4 _____	Presente Ausente

LA APLICACIÓN DEL RASS -PASO 1

1. Observe su paciente.
2. ¿Está el paciente alerta y presta atención?
3. ¿Está el paciente inquieto, agitado o es incapaz de centrar la atención en una sola cosa?
4. ¿Está el paciente silencioso, dando respuestas de forma lenta o es incapaz de mantener la atención?
5. ¿Abre el paciente los ojos si se le pide o si se le llama por su nombre?
6. ¿Necesita usted usar estímulos físicos para obtener una respuesta?

Cornell Assessment of Pediatric Delirium Item	Diagnostic and Statistical Manual Delirium Domains	Selected Normal Developmental Anchor Points*	
		Age (8 wk)	Age (1 yr)
1. Does the child make eye contact with the caregiver?	Consciousness	Follows moving object past midline, regards hand holding object, focused attention	Holds gaze, Prefers primary parent. Looks at speaker
2. Are the child's actions purposeful?	Cognition	Symmetric movements, will passively grasp handed object	Reaches and manipulates objects, tries to change position, if mobile may try to get up
3. Is the child aware of his/her surroundings?	Consciousness Orientation	Facial brightening or smile in response to nodding head, frown to bell, coos	Prefers primary parent, upset when separated from preferred caregivers. Comforted by familiar objects (i.e., blanket or stuffed animal)
4. Does the child communicate needs and wants?	Consciousness Psychomotor activity	Cries when hungry or uncomfortable	Uses single words or signs
5. Is the child restless?	Cognition Psychomotor activity Affect/distress	No sustained awake alert state	No sustained calm state
6. Is the child inconsolable?	Orientation Cognition Affect/distress	Not soothed by usual comforting actions, for example, rocking and singing	Not soothed by usual comforting actions, for example, singing, holding, talking, and reading
7. Is the child underactive—very little movement while awake?	Orientation Affect/distress	Little if any purposive grasping, control of head and arm movements, such as pushing things that are noxious away	Little if any play, efforts to sit up, pull up, and if mobile crawl or walk around
8. Does it take the child a long time to respond to	Consciousness Psychomotor activity	Not cooing, smiling, or focusing gaze in response to interactions	Not following simple directions. If verbal, not engaging in simple dialogue with words or jargon