

“ Il paziente è **agitato** e mi chiedono di intervenire. Tra **dolore**, **ansia**, ipovolemia, bassa portata e **delirium** come mi oriento e, quando sicuro, provo a risolvere il problema da solo. Utilizzare i farmaci che abitualmente usa l’anestesista: cosa si puo’ fare e cosa no. Le differenza tra la terapia intensiva e il reparto.”

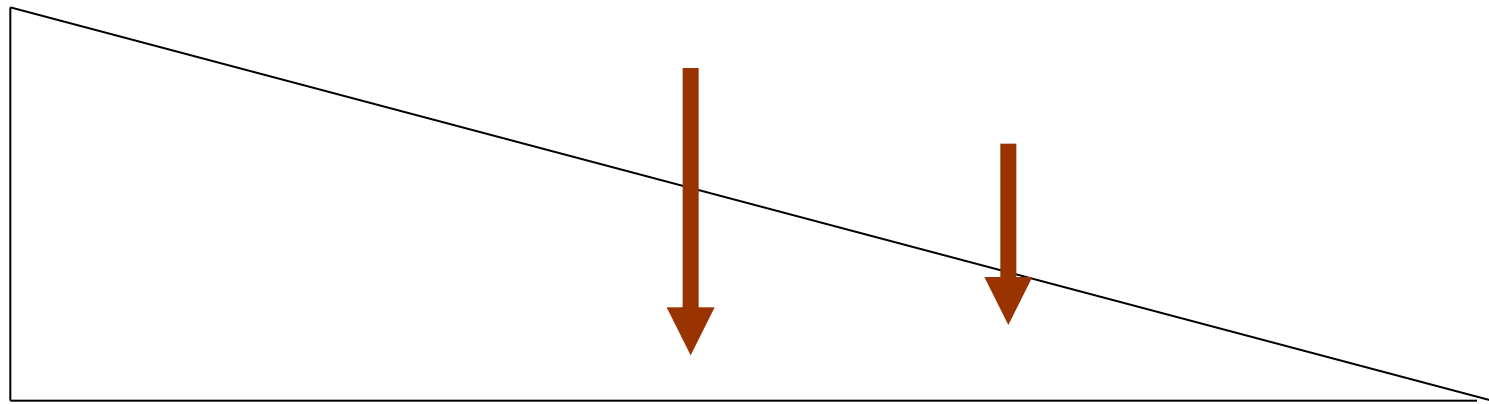
MILANO 20-21 Maggio 2013

Dott.ssa Michela Zardin

-
- SEDAZIONE LEGGERE
 - SEDAZIONE MODERATA
 - SEDAZIONE PROFONDA
 - SEDAZIONE COSCIENTE
 - ANALGO – SEDAZIONE
 - ANSIOLISI
 - SEDO-ANALGESIA
 - ANESTESIA

..... Come orientarsi?

SEDAZIONE



VEGLIA

SEDAZIONE

apnea

COMA

RIFLESSI DELLE VIE AEREE

LA SEDAZIONE

Ramsay Sedation Scale

Punteggio	Definizione
1	Ansioso e agitato o irrequieto o entrambi
2	Cooperativo, orientato e tranquillo
3	Risponde solamente ai comandi
4	Debole risposta al tocco glabellare lieve o a un comando a voce alta
5	Risposta ritardata al tocco glabellare lieve o a un comando a voce alta
6	Nessuna risposta al tocco glabellare lieve o a un comando a voce alta



Eseguita utilizzando una serie di *step*: osservazione del comportamento (punteggio 1 o 2), seguita (se necessario) dalla valutazione della risposta alla voce (punteggio 3), seguita (se necessario) dalla valutazione della risposta al comando vocale ad alta voce e al tocco glabellare lieve (punteggio da 4 a 6)(35).

LA SEDAZIONE

TABELLA 2-4. Richmond Agitation-Sedation Scale

+4	Aggressivo	Aggressivo, violento, pericolo immediato per il personale
+3	Molto agitato	Si tira o rimuove il tubo o i cateteri
+2	Agitato	Frequenti movimenti non finalizzati; contrasta con il ventilatore
+1	Inquieto	Ansioso, apprensivo, ma i movimenti non sono aggressivi o vigorosi
→ 0	Vigile e tranquillo	
-1	Sonnolento	Non sufficientemente vigile ma il risveglio (apertura/contatto visivo) alla stimolazione verbale è prolungato (>10 sec)
-2	Leggera sedazione	Sonnolento; per breve tempo (<10 sec) si risveglia alla stimolazione verbale o fisica
-3	Moderata sedazione	Movimenti o apertura degli occhi (ma nessun contatto visivo) alla stimolazione verbale
-4	Sedazione profonda	Nessuna risposta alla stimolazione verbale, ma movimenti o apertura degli occhi alla stimolazione fisica
-5	Non risvegliabile	Nessuna risposta alla stimolazione verbale o fisica

SEDAZIONE IN U.T.I.

www.ccmjournal.org

2013;41:306-363

- Dolore: Oppioidi e.v.
- Sedazione: Propofol, Dexmedetomidina
- Evitare BDZ : midazolam
- Delirio: Dexmedetomidina
- Evitare antipsicotici (pazienti a rischio aritmie)

PROPOFOL 1% E 2%



PROPOFOL

- **Ottimo farmaco** , maneggevole, titolabile
- Da antiemetico ad anestesia generale
- Somministrazione solo ospedaliera o unità di terapia adeguatamente equipaggiate
- Solo da **specialisti in anestesia**
- Chi somministra il farmaco **non deve essere chi effettua la procedura** diagnostica o chirurgica
- Deve essere a disposizione in ogni momento il materiale per la completa gestione delle vie aeree, ventilazione meccanica e rianimazione.

PROPOFOL

impatto cardiovascolare

- Ipertrigliceridemia (3-10%)
- Ipotensione, bradicardia
- Allergie (shock anafilattico)
- Allergici soya, arachidi
- *Sindrome da Infusione di Propofol*
 - Dosi >4.5 mg/Kg/h per oltre 72 – 96 h
 - Acidosi metabolica
 - Rabbdomiolisi (CPK, mioglobina)
 - Ipotensione, Bradicardia
 - Asistolia, Morte

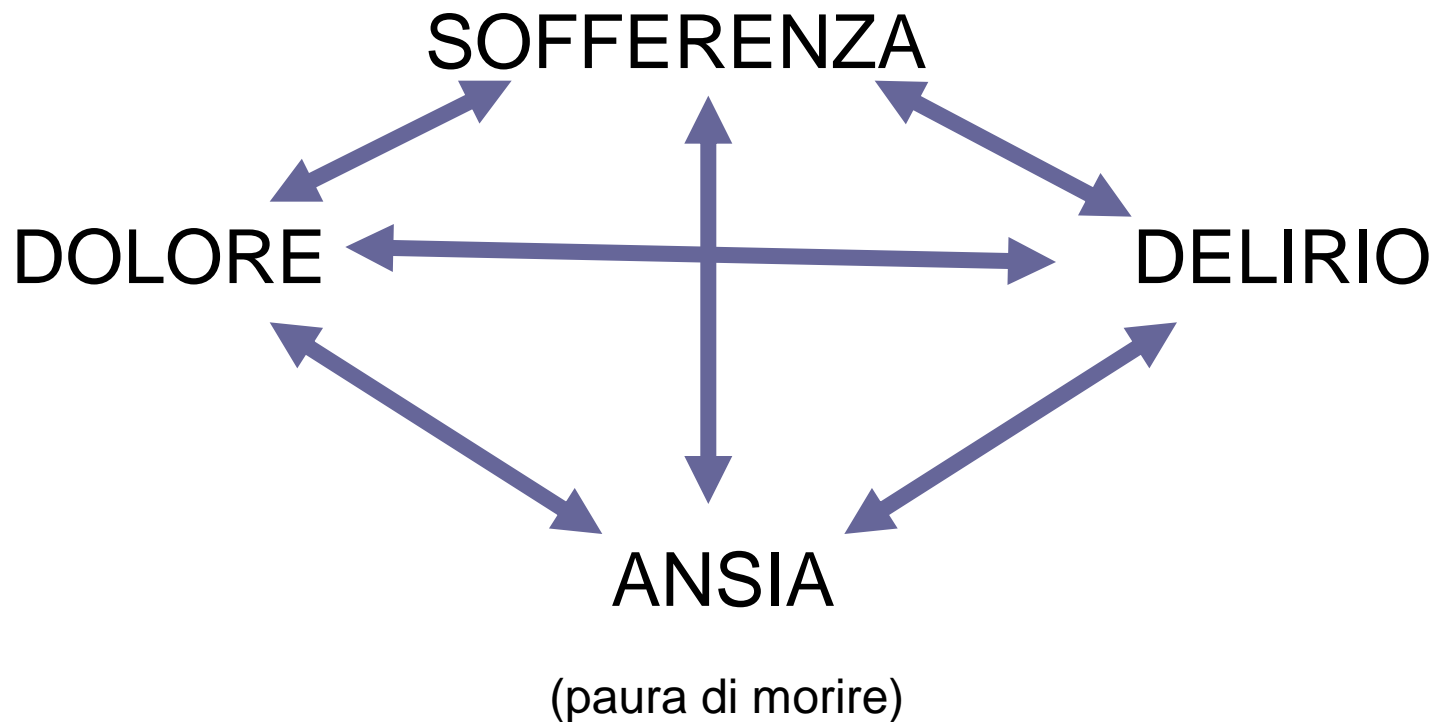
REMIFENTANIL

- Anestetico oppioide
- Ottimo farmaco per la analgo-sedazione
- Wash out rapido(iperalgesia)
- Utilizzo solo a **vie aeree protette** e da **personale specializzato**
- Ipotensione,bradicardia
- Rigidità muscolare
- Arresto respiratorio

DEXMEDETOMIDINA

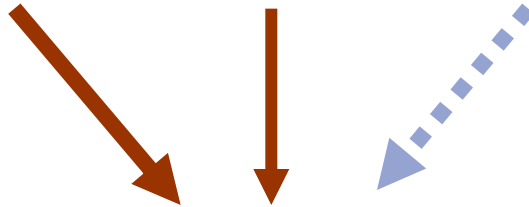
- Sedazione in **U.T.I.**
- Pz che necessitano di una sedazione non più profonda
- In infusione continua
- **Specialisti**
- Ipotensione, bradicardia

IL PAZIENTE AGITATO IN REPARTO



DIAGNOSI DIFFERENZIALE

Ansia Dolore Delirium



Terapia

ANSIA E DEPRESSIONE

- Malattia/ospedalizzazione è un evento che cambia le abitudini di vita, i progetti, l'organizzazione familiare...
- Vissuto Soggettivo, non sottovalutare (es. fx piede...)
- Impatta direttamente sul significato che il singolo attribuisce a VITA-MORTE
- Paura di morire inespresa

Paura di morire



ANSIA- DEPRESSIONE

- **DEFINIZIONE:** risposta **fisiologica, temporanea** di adattamento dell'individuo a specifiche situazioni-stimolo.
- Condizione **PSICOPATOLOGICA: sofferenza soggettiva elevata**, inappropriata alla situazione, **gravità** dei sintomi
- **SINTOMI:** apprensione, disturbi della **memoria** , **insonnia, irrequietezza** motoria, nodo alla gola, difficoltà respiratorie, tachicardia, tremori

BENZODIAZEPINE

- Effetto **ansiolitico**, ipnotico, anticonvulsivante
- Tutte hanno gli stessi effetti e lo stesso meccanismo d'azione, diverse emivite.
- Effetto ansiogeno.
- Sono **SICURE**: non inibisce direttamente ma utilizza un inibitore fisiologico (rec. GABA)
- C'è **antagonista**
- un anziano su 4 ha disturbi d'ansia....
- L'ospedalizzazione inizia una BDZ nel 12% dei casi.....nel 50% dei casi sono dosate male

BDZ

- Emivita lunga : meglio evitarle per accumulo
- Emivita **breve**-ultrabreve(entro le 24 ore):
- **OXAZEPAM SIMILI**: direttamente coniugate, anche per anziani, epatopatici, non accumulano : Lormetazepam, Lorazepam, Temazepam, OXAZEPAM.

(TAO, DIGITALE, PROPRANOLOLO...)

- Ultrabrevi (TriazoloBDZ): per l'insonnia

ESEMPIO DI TERAPIA

■ **ANSIA:**

oxazepam 20 mg x 2

lorazepam 2.5mg x 2

alprazolam 1 mg x 3

gocce (maneggevole)

■ **INSONNIA:**

triazolam 0.25 mg

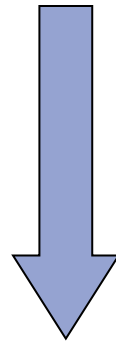
temazepam 20 mg

TITOLARE LA DOSE MINIMA EFFICACE

MIDAZOLAM

- BENZODIAZEPINA
- Emivita breve
- Amnesico
- Sedazione cosciente
- Dosaggio: partire con 1 mg e.v.(1-5 mg)
- **Antagonizzabile**
- Utilizzato in infusione continua si accumula.

-
- BDZ in generale riducono il sonno REM : il paziente dorme ma non riposa....



EFFETTI DELIRIOGENICI

DELIRIUM



DELIRIUM

- Disfunzione cerebrale **acuta** con cambiamenti dello stato mentale di base,
- **alterato livello di coscienza:** deficit di **attenzione**
- **Alterazioni cognitive:** deficit di **memoria** , disorientamento, percezione alterata, allucinazioni

- *Associato a disturbi del sonno, attività psicomotoria anomala*
- *Delirium iperattivo, ipoattivo*
((calmo, letargico, misconosciuto))

DELIRIUM

- Aumenta la mortalità
- Aumenta la degenza ospedaliera
- Si raccomanda il monitoraggio: CAM
Confusion Assessment Method, ICDSC

DELIRIUM

fattori di rischio

- Demenza
- Iperensione
- Alcolismo
- Gravità della patologia all'ingresso

- Coma : fattore di rischio indipendente

DELIRIO

che fare?

- **Mobilizzazione precoce**
- Monitoraggio con scale (CAM,ICDSC...)
- Pretrattare tutti i pazienti con protocollo preventivo non riduce durata e incidenza
- Antipsicotici, aloperidolo e dexmedetomidina **non prevengono** il delirium

DELIRIUM

trattamento

- **Antipsicotici** potrebbero ridurre la durata del delirium
- Uso di rivastigmina(prometax,demenza) non è raccomandato
- Non utilizzare antipsicotici in **QT lungo**

ANTIPSIKOTICI

- Indicazione: **schizofrenia**, Sdr. mentali con delirio
- Promazina (talofen) 50 mg (Max 300 mg/die)
- Clorpromazina (largactil) 25 mg (75mg)
- Clotiapina (entumin) 12.5 mg (100mg)

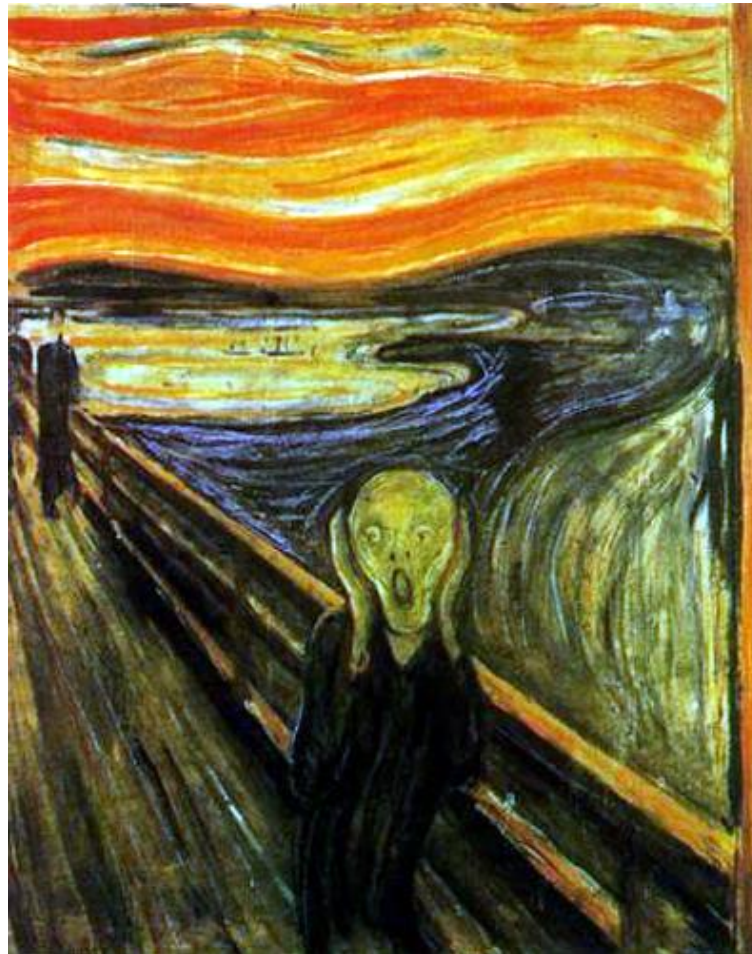
ANTIPSICOTICI ATIPICI

(olanzapina, clotiapina,quetiapina, risperidone)

- Olanzapina
(schizofrenia)
- Cefalea, ansietà,
sonnolenza,
nervosismo, insonnia
- S. Neurolettica Maligna
- Sintomi “**negativi**” del
delirium
- Max dosaggio : 20 mg
/die.
- Anche e.v.



DOLORE



DOLORE

- LEGGE 38, 15 marzo 2010
- **Obbligo** di segnalare in cartella per tutti i pazienti il **grado** di dolore, la tecnica antalgica utilizzata, **terapia** somministrata con i dosaggi e la **rivalutazione**.
- Diritto del cittadino prime denunce...

DOLORE

- Farmaci oppioidi per os e cerotti (ricetta rosso ,ricetta bianca)
- Farmaci endovena: ricettario per stupefacenti

DOLORE

- Dolore **Procedurale**: anestetici locali, analgesico maggiore a breve emivita (fentanyl 50-100 gamma vs morfina)
- Dolore **Cronico**: va trattato con terapia di mantenimento (lombalgie, osteoartrosi,..)
- Dolore **Acuto su Cronico** :terapia di mantenimento più t.incident
- Dolore **Acuto** di nuova insorgenza: **indagare** sempre la causa

DOLORE CRONICO- RIACUTIZZATO

- Incidenza di patologie osteoarticolari negli anziani è elevata
- Dolore invalidante, non consente il riposo notturno, ritmo sonno-veglia alterato, delirium
- Decubito obbligato, lo acuisce
- Dolore genera: Ansia, Agitazione, Rilascio **catecolamine**, Aumento del **consumo di ossigeno**, Immunosoppressione, Ipercoagulabilità

TRATTAMENTO

- Evitare FANS (effetti collaterali)
- Utilizzare analgesici oppioidi per os
- Utilizzare analgesici oppioidi transdermici
- Paracetamolo
- Tramadolo

In linea generale preferire **bassi dosaggi** con **associazioni** di farmaci

Tenere una dose aggiuntiva per le riesacerbazioni (**dolore incident**)

TRATTAMENTO

- CEROTTI: **fentanyl** 12.5- 25 (durogestic), **buprenorfina** 17.5-35 (transtec)
- Onset lento 12-24 ore (per os + cerotto)
- Sostituire ogni 3 giorni (buprenorfina lunedì mattina ore 8- giovedì sera ore 20, 96 ore)
- Valutare effetto a 24-36 ore, eventualmente aumentare il dosaggio al cambio cerotto successivo
- Può essere tagliato (diagonale) per titolare meglio il dosaggio, se matrice.
- Effetti collaterali vanno trattati (non sospendere analgesico) antiemetici e lassativi

TRATTAMENTO

■ COMPRESSE:

Ossicodone 5 mg, 10 mg ogni 12 ore

Titolazione più rapida, ben tollerato.

Non spezzare la compressa perché è a lento rilascio

In associazione con paracetamolo (sconsiglio):
picco aumenta gli effetti collaterali, ogni 6 ore,
non si può gestire il paracetamolo all'incident

TRATTAMENTO

- COMPRESSE:
- **Idromorfone** 8, 16 mg
- Monosomministrazione giornaliera, eventuale aumento dopo 24 ore
- Non spezzare la compressa (pericoloso)

TRATTAMENTO INCIDENT

- PARACETAMOLO: da solo o in associazione (codeina)
- Fino ad 1 gr ogni 8 ore (max sono 4 gr /die)
- Evitare negli epatopatici
- Buon farmaco per il dolore incident (in trattamento con altro analgesico)

ESEMPIO DI TERAPIA

anziano con osteoartrosi colonna,anca , non dorme bene nel letto ospedaliero: trattare subito!

- Ossicodone 5 mg alla sera (oggi ore 20)
- Da domani 5mg al mattino e alla sera (8-20)
- Se permane dolore : Paracetamolo 1 gr (fino a 3 gr nelle 24 ore)
- Se devo aumentare il dosaggio partire sempre alla sera con 10 mg
- ATT.NE mai sospendere bruscamente !

DELIRIUM

- ANSIA : ANSIOLITICI
- DOLORE: ANALGESICI
- DELIRIUM: ANTIPSICOTICI

CHE FARE?

- PREVENZIONE
- BONIFICA AMBIENTALE
- TERAPIA

CHE FARE ?

- Somministrare ai pazienti un questionario per **identificare** ansia, depressione,
- Iniziare **subito un trattamento** adeguato per tipo di patologia (ev. **psichiatra** : meglio una consulenza in elezione)
- Utilizzare una **scala per la valutazione** del dolore e del delirio
- Evitare fattori di rischio aggiuntivi (rumori notturni)
- Rispettare **ritmo sonno veglia** (luci notturne, esami nella notte)
- Agevolare il sonno in chi soffre d'insonnia (alterazione ritmo sonno veglia)

Bonifica ambientale

- Migliorare il **comfort** del paziente: giornali, tv, computer, stimolare ad attività diurne, evitare riposo diurno, passeggiate in corridoio
- Accesso dei **parenti** libero, compatibilmente con le regole di reparto
- Affrontare il tema dell'ospedalizzazione e analizzare **l'impatto sulla vita del paziente** (ansia per problematiche a domicilio,...), *spesso evita terapia farmacologica*

Uso razionale dei farmaci

- Ottima **copertura di qualsiasi dolore**: procedurale, cronico precedente il ricovero e di nuova insorgenza
- **dosaggio** adeguato per un tempo adeguato, rispettando le emivite dei farmaci(accumulo):
- **Farmaco corretto**:
 - Antidepressivi (evitare triciclici, usare SSRI,...)
 - Analgesici
 - Ansiolitici
 - Neurolettico
 -

THANKS !

