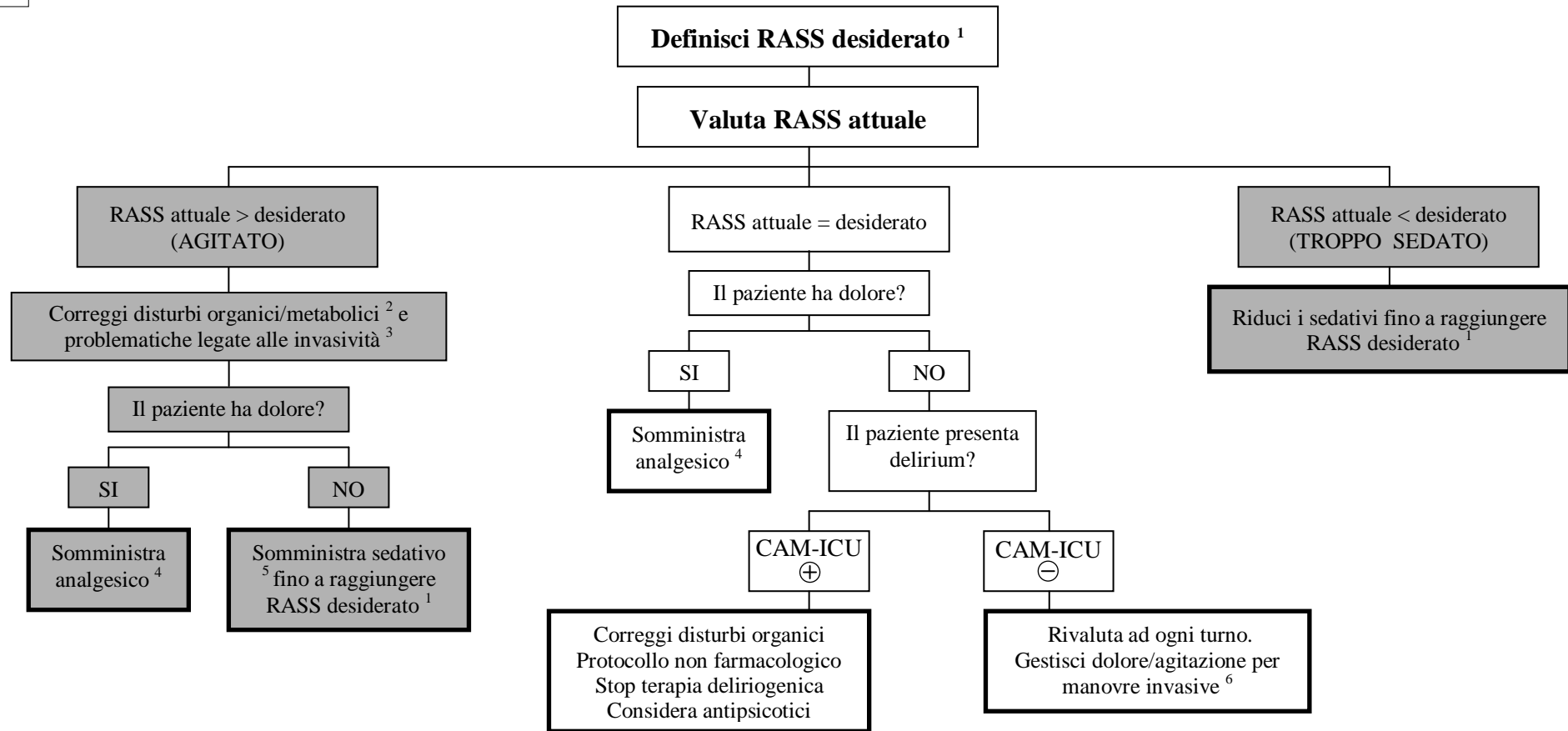


## GESTIONE AGITAZIONE/SEDAZIONE IN TERAPIA INTENSIVA



<sup>1</sup> RASS sempre 'desiderato' = 0/-1 cioè paziente cosciente e ben adattato nonostante patologia e invasività.

Se le condizioni cliniche lo richiedono, RASS desiderato può essere fra -2 e -4.

Domanda costante: si può rendere più superficiale il livello di sedazione e quindi ridurre/stoppare l'utilizzo di sedativi?

<sup>2</sup> Sepsi, ipoperfusione, ipo/iperglicemia, ipossia, febbre, diselettrolitemie, astinenza, encefalopatia epatica, acidosi/alcalosi,...

<sup>3</sup> Modalità di ventilazione; aspirazione secrezioni bronchiali; adeguatezza posizionamento protesi respiratorie, incannulamenti vascolari, SNG, tubi di drenaggio, CV; decubito del paziente; mezzi di contenzione fisica,...

<sup>4</sup> Preferisci somministrazione a boli. Stima con strumenti validati (VNR o BPS).

<sup>5</sup> Sedazione endovenosa: Propofol (max 6 mg/kg\*h) o Midazolam (max 0.2 mg/kg\*h) a boli ed eventuale infusione continua: somministra sempre il minimo dosaggio efficace.

Sedazione enterale: Idrossizina (max 600 mg/die) e Lorazepam (max 16 mg/die): somministra sempre il minimo dosaggio efficace.

Melatonina 3 mg per 2 (ore 20 e 24) da ingresso fino a dimissione.

<sup>6</sup> Valuta necessità di boli di analgesico e/o sedativo durante manovre invasive (posizionamento invasività, endoscopie, indagini diagnostiche, mobilizzazione paziente, ...).