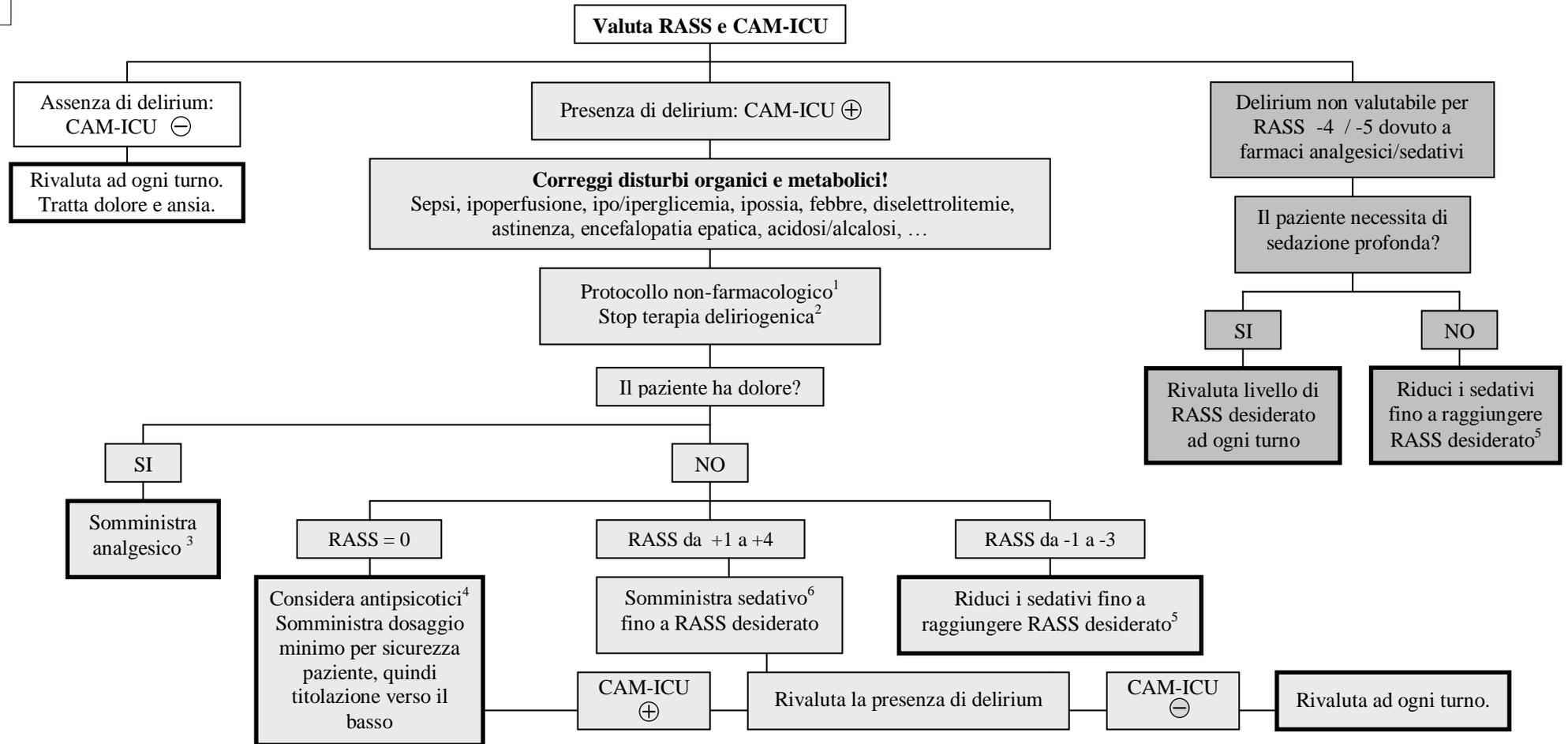


GESTIONE DEL DELIRIUM IN TERAPIA INTENSIVA¹ Protocollo non-farmacologico**Orientamento**

Utilizzo supporti visivi e uditivi personali.
Incoraggia la comunicazione chiamando il paziente per nome.
Disponibilità di oggetti personali del paziente.
Coerenza di intervento dello staff medico/infermieristico.
Impiego di TV/musica durante il giorno.

Ambiente

Luci spente di notte, accese durante il dì; meglio se il pz. vede la luce del sole.
Disincentiva il sonno diurno.
Mobilizzazione del paziente e fisioterapia durante il giorno.
Controlla l'eccesso di rumore (staff, strumentazione, visitatori) durante la notte.
Evitare procedure medico/infermieristiche notturne

² Considera interruzione/sostituzione di terapia deliriogenica: benzodiazepine, oppiacei, antidepressivi triciclici, propofol, anticolinergici, (metoclopramide, inibitori della pompa protonica, prometazina, difenidramina), altri neurolettici.³ Un adeguato controllo del dolore può ridurre il delirium. Preferisci somministrazione a boli. Stima con strumenti validati (VNR o BPS).⁴ Considera **aloperidolo** 0.5 - 5 mg per os (0.5 - 1 mg se età > 65 anni) ogni 8 ore. Dose massima: 20 mg/die. Interrompere per ipertensione, allungamento intervallo QT, rigidità muscolare. Considera l'utilizzo di **antipsicotici atipici**: olanzapina, clotiapina, quetiapina, risperidone, ziprasidone, aripiprazolo.⁵ RASS sempre 'desiderato' = 0 / -1 (paziente ben adattato nonostante patologia e invasività). Se necessario: RASS desiderato fra -2 e -4.⁶ **Sedazione endovena**: 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.