

Che intensivista sei?

Scopri il tuo profilo su come usi i sedativi e gli analgesici!

In questo test troverai **10 situazioni di Terapia Intensiva**, ciascuna con 4 diverse evoluzioni possibili. Non c'è una risposta giusta: scegli quella più vicina alla tua esperienza. In questo modo potrai **valutare le tue scelte cliniche** nella pratica quotidiana, sia come **infermiere** che come **medico** di Terapia Intensiva.

Al termine del percorso potrai leggere il **profilo** che, in funzione delle risposte date, meglio descrive la tua attività di operatore di Terapia Intensiva.

Buon divertimento dallo staff di www.sedaICU.it!

- 1) Stanotte sei di turno in Rianimazione. Cosa farai?
 - A. Niente sedativi notturni: poi i pazienti si ipotendono e ci vuole la dopamina
 - B. Spegnete le luci e non fate rumore: stanotte sonno fisiologico anche per i pazienti
 - C. Uso sedativi a breve emivita, così domattina si sveglieranno subito
 - D. Proseguo e approfondisco la sedazione: l'insonnia è un grave discomfort

- 2) Paziente non adattato alla ventilazione meccanica... lo sediamo di più?
 - A. Certo, soprattutto se siamo lontani da una possibile estubazione
 - B. No, sediamo di meno e cambiamo modalità di ventilazione
 - C. Sì, la sedazione è essenziale; meglio molecole con onset e offset rapido
 - D. Solo se l'obiettivo di sedazione non è raggiunto, a prescindere dalla ventilazione

- 3) Entra in rianimazione un paziente proveniente dalla sala operatoria.
 - A. La solita complicanza chirurgica. Cerchiamo di estubarlo presto...
 - B. La solita analgesia eterna... perché non han messo l'epidurale?
 - C. La solita recovery che non ha voglia di lavorare... Lo tengo sedato fino a domani
 - D. La solita precauzione eccessiva... Sospendo subito la sedazione

- 4) Sedazione continua ev + test di sospensione giornaliera. Tu cosa ne pensi?
 - A. Niente sedazione in continuo: non permette il monitoraggio neurologico costante
 - B. Bene lo stop giornaliero: accorcia i tempi di weaning ventilatorio
 - C. Male lo stop giornaliero, meglio la riduzione progressiva per evitare delirium
 - D. Male lo stop giornaliero, ridurrò i sedativi solo appena prima dell'estubazione

- 5) Cure igieniche mattutine: il paziente rischia di estubarsi. Cosa fai?
- A. Buona analgesia e sedazione profonda per migliorare il comfort del paziente
 - B. Uso farmaci a breve emivita per non avere sequele cardio-respiratorie
 - C. Faccio un bolo di analgesico, ma l'obiettivo rimane mantenere il paziente sveglio
 - D. Rassicuro verbalmente, uso contenzione fisica, non uso sedativi o analgesici
- 6) Un paziente ventilato sviluppa "delirium misto" nel tuo turno. Cosa fai?
- A. Uso dei sedativi per diminuire il metabolismo cerebrale
 - B. Sospendo i sedativi, perché possono essere deliriogenici
 - C. Cerco le cause organiche e ambientali risolvibili, poi valuto antipsicotici
 - D. Valuto la necessità di analgesici, sedativi ed eventualmente antipsicotici
- 7) Un paziente politraumatizzato ha dolore e sviluppa delirium: come lo tratti?
- A. Somministro analgesico + eventuale antipsicotico
 - B. Somministro analgesico + bolo di sedativo
 - C. Con il minimo di analgesico mi aspetto che si risolva anche il delirium
 - D. Dò un analgesico, misuro il dolore e uso sedativi solo se è agitato
- 8) Come misuri sedazione e agitazione nei pazienti critici?
- A. Vorrei usare scale validate, ma nella routine quotidiana ho sempre poco tempo
 - B. Con scale validate, anche perché velocizzano il passaggio di consegne
 - C. Ci sono molte scale diverse, cerco di usare la più adatta per ogni paziente
 - D. Le descrivo in cartella anche senza l'utilizzo di scale, basta l'esperienza
- 9) Qual è la sedazione che preferisci?
- A. La sedazione profonda con farmaci amnesici (propofol e benzodiazepine)
 - B. Quella adeguata alle condizioni cliniche, con farmaci a breve emivita
 - C. La sedazione cosciente con buon adattamento alle cure invasive
 - A. Quella che permette un rapido svezzamento respiratorio, la più leggera possibile
- 10) Se tu fossi mai ricoverato in Terapia Intensiva, come vorresti essere curato?
- A. Vorrei essere sveglio per la paura di perdere il controllo di ciò che mi accade
 - B. Vorrei essere sedato profondamente per la paura di provare dolore
 - C. Vorrei essere sedato per la paura di avere allucinazioni o incubi
 - D. Vorrei essere sedato ma cosciente per riuscire ad esprimere i miei bisogni

Attribuzione dei punteggi

Risposte	Dom1	Dom2	Dom3	Dom4	Dom5	Dom6	Dom7	Dom8	Dom9	Dom10
A	1	4	2	1	4	4	3	1	4	1
B	2	1	3	2	3	1	4	2	3	4
C	3	3	4	3	2	2	1	3	2	3
D	4	2	1	4	1	3	2	4	1	2

Attribuzione dei profili

da 10 a 17: profilo 1

da 18 a 25: profilo 2

da 26 a 32: profilo 3

da 33 a 40: profilo 4

PROFILI

1) Chi dorme non piglia pesci

Ritieni che la sedazione e l'analgesia siano più dannose che altro.

Tendi a ridurre al minimo l'utilizzo dei sedativi, ponendo attenzione ad evitare gli effetti collaterali e privilegiando la cura delle altre disfunzioni d'organo.

Sei convinto che un paziente sveglio e cosciente, anche se più difficile da gestire, ha più possibilità di guarire: "sedo poco perché sedare fa male".

Se poi il paziente ha un po' dolore... ci pensi due volte prima di usare un analgesico; "fategli al massimo 1/2 nisidina x 3, perché un po' di dolore velocizza lo svezzamento respiratorio e non ha mai fatto male a nessuno".

2) Svegliati, è primavera!

Sei consapevole che la sedazione rappresenta uno dei fattori principali dell'accurata gestione del paziente critico ad alto rischio: può fare la differenza in termini di mortalità!

Ti poni quotidianamente un obiettivo di sedazione e di analgesia adatto per quel paziente in quel momento, cercando sempre di ottenere un paziente sveglio, non dolorante, ben adattato alla patologia critica e all'ambiente "ostico" della Terapia Intensiva.

Ritieni necessario sedare il paziente solo quando è agitato; sei attento ai fattori concausali che possono determinare sviluppo di delirium, come le cause organiche, l'ambiente, la terapia polifarmacologica... Bravo!

3) La quadratura del cerchio

Sei ben preparato sull'importanza della terapia analgesica e sedativa nel paziente critico e ne conosci gli effetti collaterali. Ritieni che la scelta dei farmaci "giusti" e la loro titolazione sia la chiave per ottenere una buona sedazione.

Preferisci farmaci molto maneggevoli, in cui l'inizio e la fine dell'effetto terapeutico siano prevedibili e molto veloci. Pratici quotidianamente la sospensione dell'infusione continua e credi nella sedazione basata sull'analgesia.

Consideri di scarsa importanza i fattori ambientali o le altre terapie di supporto: basta usare il farmaco giusto!

4) Occhio non vede cuore non duole

Sei un "generoso" con la somministrazione di sedativi e analgesici. Un paziente ben sedato ti permette di poter gestire meglio le invasività e di ridurre il carico di lavoro infermieristico.

Credi che la sedazione profonda ed una cospicua analgesia permettano una miglior gestione delle problematiche cliniche degli altri organi ed apparati.

Pensi che la sedazione profonda protratta fino allo svezzamento respiratorio riduca il ricordo di esperienze spiacevoli. Mmmmhhh...