

PROTOCOLLO DI SEDAZIONE ENTERALE

Obiettivo principale: Raggiungimento di sedazione cosciente (RASS = 0) il prima possibile e suo mantenimento durante tutta la degenza in TI, con costante tentativo di riduzione della somministrazione dei sedativi.

Praticabilità del tratto digerente: Inizio precoce nutrizione enterale con almeno 500 kcal/die via SNG già dal primo o secondo giorno di TI, obiettivo raggiungimento 25/28 kcal/kg/die entro 72 ore dall'ingresso.

Se ristagno gastrico >200 ml/4h (con SNG chiuso), inizio terapia procinetica con Metoclopramide 10 mg x 3 ev o eritromicina 250 mg x 3 per os. Se permane RG, posizionamento di SND per via endoscopica o sotto guida di amplificatore di brillantezza; se chirurgia addominale: posizionamento intraoperatorio SND.

Analgesia: Se dolore (VNR > 3, per tutta la degenza), preferire oppioidi in boli rispetto ad infusione continua.

Sedazione: Nelle prime 48h in TI utilizzare sedazione ev ed aggiungere contemporaneamente sedazione enterale. Appena possibile e comunque entro il terzo giorno di TI: stop terapia sedativa ev.

Se via enterale non praticabile dopo 48 ore, mantenere sedazione ev e rivalutare appena possibile il passaggio alla sedazione enterale.

Ad ogni turno (3 v/die) valutare praticabilità sedazione cosciente (RASS = 0) e tendere ad attuarla.

Se obiettivo RASS <-3 (es: ARDS che richiede pronazione) mantenere sedazione enterale ed aggiungere farmaco ev.

Delirium: Se presente, risolvere cause organiche reversibili (ipossia, febbre, diselettrolitemie, ...) e utilizzare mezzi non farmacologici (rassicurazione, orientamento, ...). Se non risolutivi, inizio terapia farmacologica con antipsicotici.

ANALGESICI

Morfina: ev

Bolo: 0.03 - 0.05 mg/kg ripetibile fino a 40 mg/die. **Infusione continua:** 5-30 γ /kg/h.

oppure

Fentanyl: ev (da preferire se instabilità emodinamica o allergia alla morfina o insufficienza renale).

Bolo: 1-2 γ /kg ripetibile fino a 500 γ /die. **Infusione continua:** 1-2 γ /kg/h (max 150 γ /h).

oppure

Remifentanil: ev (mai in bolo) **Infusione continua:** 0.02-0.5 γ /kg/min.

SEDATIVI

Fase I - prime 24 ore (sedazione ev + enterale)

Propofol: ev **Bolo:** 0.5 mg/kg, ripetibile. **Infusione continua:** 1-6 mg/kg/h.

oppure

Midazolam: ev **Bolo:** 0.03-0.3 mg/kg. **Infusione continua:** 0.03-0.2 mg/kg/h.

Enterale subito al top: utilizzare formulazioni liquide (Atarax fiale, Lorazepam in gocce – Dorom, Tavor, Lorans...)

Melatonina: per os 3 mg x 2, ore 20 e ore 24 per ripristino ritmo circadiano: mantenere per tutta la degenza in TI

Idrossizina: per os 150-200 mg x 3, dimezzare dose se insufficienza renale (Cl_{Cr} < 50 ml/min).

Lorazepam: per os 1-4 mg x 4.

Utilizzo Idrossizina come prima linea fino a dose massima, aggiungere BDZ solo se necessario x scalo ev.

Fase I - seconde 24 ore: scalo graduale sedazione ev, lasciando sedazione enterale.

Fase II - dal 3 giorno alla dimissione (solo sedazione enterale): utilizzo sedazione ev a bolo per procedure invasive.

Fase di weaning sedazione enterale: Sospendere prima BZDP e poi idrossizina.

ANTIPSICOTICI

Aloperidolo per os 0.5 – 5 mg x 3, max 1 mg x 3 se età > 60 anni.

The Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS)

Punteggio	Definizione	Descrizione	Cosa fare
4	Combattivo	Chiaramente combattivo, violento, imminente pericolo per se stesso o per lo staff	OSSERVAZIONE DEL PAZIENTE
3	Molto agitato	Aggressivo, rischio evidente di rimozione cateteri o tubi	
2	Agitato	Frequenti movimenti a finalistici, disadattamento alla ventilazione meccanica	
1	Irrequieto	Ansioso ma senza movimenti aggressivi e vigorosi	
0	Sveglio e tranquillo	Comprende i periodi di sonno fisiologico	
-1	Soporoso	Non completamente sveglio, apre gli occhi allo stimolo verbale, mantiene il contatto visivo > 10 secondi	STIMOLAZIONE VERBALE
-2	Lievemente sedato	Brevi risvegli allo stimolo verbale, contatto visivo < 10 secondi	
-3	Moderatamente sedato	Movimenti o apertura degli occhi allo stimolo verbale (ma senza contatto visivo)	
-4	Sedazione profonda	Non risposta allo stimolo verbale, movimenti o apertura occhi alla stimolazione fisica	STIMOLAZIONE FISICA (TATTILE e/o DOLORIFICA)
-5	Non risvegliabile	Nessuna risposta alla stimolazione tattile/dolorosa	

Valutazione punteggio RASS

A. Osserva il paziente:

- Paziente **sveglio e tranquillo, irrequieto, agitato, molto agitato o combattivo.**

0

1

2

3

4

B. Se non è sveglio, chiama il paziente per nome e chiedigli di aprire gli occhi e di guardare il suo interlocutore:

-1

- **Soporoso** = Paziente risvegliabile, mantiene aperti gli occhi e il contatto visivo

-2

- **Lievemente sedato** = Paziente risvegliabile, apre gli occhi e riesce a instaurare un contatto visivo, ma non riesce a mantenerlo più di 10 secondi

-3

- **Moderatamente sedato** = Paziente che si muove o apre gli occhi in risposta allo stimolo verbale, ma non riesce ad instaurare un contatto visivo

C. Quando non si ottiene una risposta alla stimolazione verbale, stimolare fisicamente il paziente scuotendogli la spalla o premendo sullo sterno.

-4

- **Sedazione profonda** = Il paziente presenta alcuni movimenti alla stimolazione fisica

-5

- **Non risvegliabile** = Il paziente non presenta alcuna risposta alla stimolazione dolorosa