

IL RUOLO DELL' ÉQUIPE RIANIMATORIA

CPSE E. Migliari & Dr.ssa T. Tassinati

UOARO - Direttore R. Zoppellari

Convegno 29/03/2019

QUANDO?

In presenza di evidenti alterazioni delle funzioni vitali:
insufficienza respiratoria acuta o cardiocircolatoria,
neurologico

PERCHE?

Supporto funzioni vitali **INDIPENDENTEMENTE** dalla
natura della sostanza tossica assunta

COME?

A ...Airway

B ...Breathing

C ...Circulation

approach is a systematic approach to the immediate assessment and treatment of critically ill or injured patients.

The approach is applicable in all clinical emergencies

IDENTIFICAZIONE DEL TOSSICO

- Non sempre possibile
- **Spesso più di una sostanza**
- Tuttavia l'identificazione del tossico causale permetterebbe talvolta di approntare presidi terapeutici più specifici mirati alla correzione del meccanismo patogenetico responsabile delle suddette alterazioni

CRITERI DI RICOVERO IN ICU

- Compromissione funzioni vitali:

1. Pervietà delle vie aeree (necessità di intubazione)
2. Attività cardiocircolatoria
3. Stato neurologico → coma (GCS <9)
→ euforia, agitazione psico-motoria

PAZIENTE IN ICU...SEDAZIONE

- Sedazione, intubazione e ventilazione per protezione vie aeree

Sedazione ev

-Midazolam (Ipnovel®): dose in bolo 0.03 mg/kg poi infusione di 0.03 mg/kg/h

-Propofol (Diprivan®): dose iniziale 0.5 mg/kg/h aumentabile ogni 5-10 min di 0.5 mg/kg; dose di mantenimento 0.5-3 mg/kg/h

Raccomandazioni SIAARTI per l'analgo-sedazione in rianimazione, Minerva Anestesiologica 2006; 72: 769 → **NON SPECIFICHE...**

PAZIENTE IN RIANIMAZIONE

STABILIZZAZIONE DELLE FUNZIONI VITALI:

- monitoraggio continuo dei parametri vitali (FC, PA cruenta, SPO₂, EtCO₂, GLICEMIA, TEMPERATURA, DOLORE, PVC, DIURESI)
- monitoraggio del quadro neurologico (livello di sedazione)

TRATTAMENTO INTOSSICAZIONE ACUTE

1. Allertare CAV di Pavia, soprattutto se sostanze non note
2. Eventuali prelievi, se non eseguiti precedentemente
3. Riduzione dell'assorbimento della sostanza tossica specifica → decontaminazione
4. Blocco o antagonizzazione dell'azione tossica specifica (se nota..e unica) → ex
Naloxone VS oppiacei
5. Trattamento sintomatico

PAZIENTE IN RIANIMAZIONE

NELLA SPECIFICITA' DEL CASO CLINICO E DELL'EVENTO CHE
HANNO RESO NECESSARIO IL RICOVERO IN ICU, L'ASSISTENZA
INTENSIVA **NON** CAMBIA....

....FINO A QUANDO SI DECIDE DI SVEGLIARE IL PAZIENTE!

... IL RISVEGLIO ...





...AL RISVEGLIO...

ASTINENZA VS DELIRIUM

- Astinenza chimica dopo una settimana stop, ma permane craving
- Associato delirium che colpisce il 11-80% dei pazienti in ICU
- Astinenza iatrogena..

TRATTAMENTO DIVERSO

- Astinenza da narcotici iatrogena → riduzione progressiva dei dosaggi e farmaci adiuvanti come alfa 2 adrenergici e/o metadone, ketamina
- Delirium → aloperidolo o olanzapina (seconda scelta)

DELIRIUM

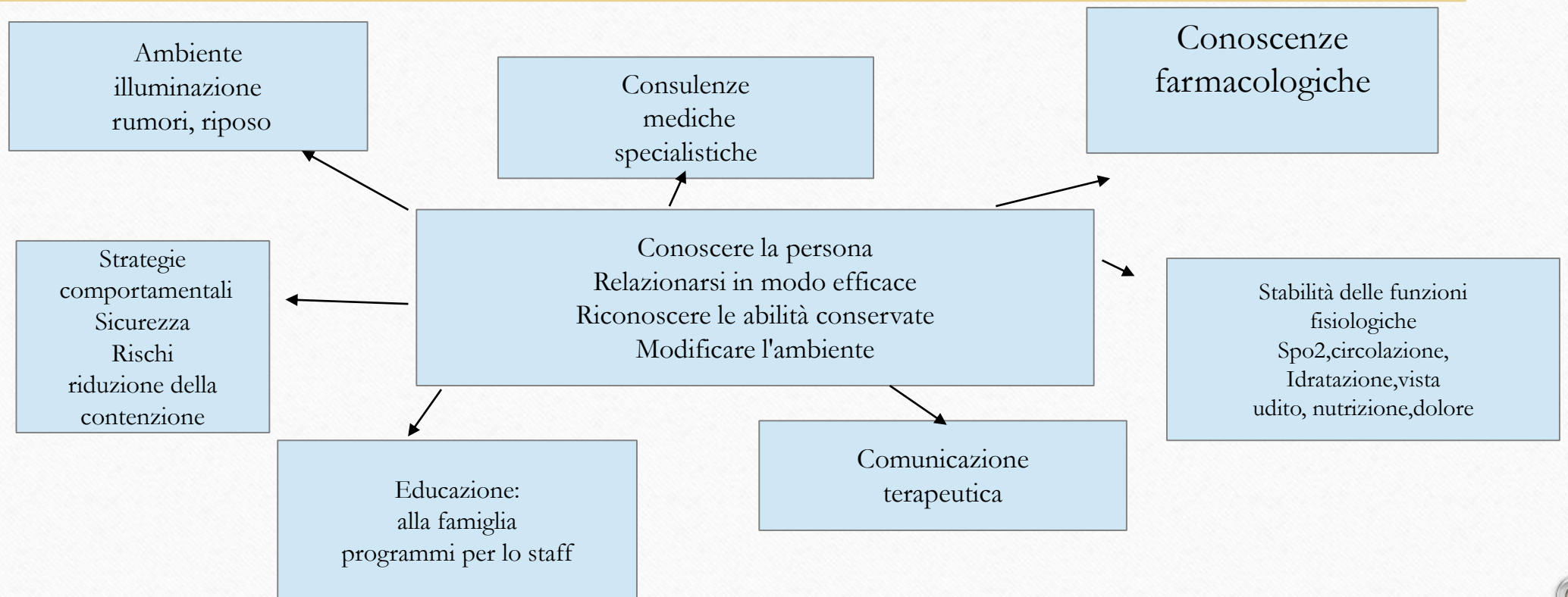


E' un disturbo acuto e complesso che può svilupparsi nel giro di alcune ore o nell'arco di diversi giorni, produce nella sua evoluzione un significativo declino dello stato cognitivo, di coscienza ed attenzione del soggetto. Iperattivo o ipoattivo

...AL RISVEGLIO...

Gli infermieri devono mantenere un alto livello di attenzione per la prevenzione, il riconoscimento precoce ed il trattamento urgente del delirio, al fine di favorire outcome positivi **(IIa)**

STRATEGIE ASSISTENZIALI MULTIDISCIPLINARI



CONTENZIONE

Come extrema ratio:

- Quando le alternative sono risultate inefficaci
- Monitoraggio continuo della contenzione
- Debriefing
- Supporto organizzativo
- Programmi di implementazione della qualità delle cure



RAPPORTO CON LA FAMIGLIA

- NON CURIAMO SOLO IL MALATO, MA CURIAMO ANCHE LA FAMIGLIA
- CONTESTO FAMILIARE NON SEMPRE FACILE
- COMUNICAZIONE
- UMANIZZAZIONE DELLE CURE

TRASFERIMENTO

?

CONCLUSIONI

- Pazienti ad alta complessità di cura e assistenziale
- Assenza di linee guida e trattamenti specifici
- Costi elevati di gestione

GESTIONE MULTIDISCIPLINARE...LAVORO DI SQUADRA!

LA SQUADRA!



GRAZIE