

# L'Analgesedazione in Terapia Intensiva

Casi Clinici

# 1° caso clinico: politrauma

- Maschio, 15 aa, 65 kg
- Trauma della strada: auto contro scooter
- Trauma cranico, GCS 7 in peggioramento rapido, cianotico
- Trauma addominale con franca ematuria
- Trauma osteomuscolare

# Trauma Cranio-Addominale

- Problematiche principali:
  - Trauma cranico, quadro TAC:
    - focolai lacero-contusivi
    - Edema cerebrale
  - Trauma epato-renale, quadro TAC
    - Frattura polo renale con franca ematuria
    - Lesione lacerocontusiva 6° e 7° segmento epatico
- Problematica secondaria
  - Frattura polso

# Giorno 1°: Punti da ponderare

- Neuroprotezione:
  - Perfusione cerebrale
  - “Riposo” metabolico
- Lesioni viscerali:
  - Limitare la possibilità di rotture da distensione - controllo stretto della PA.
- Componente algica: fratture ossee e lesioni viscerali
- Necessità di effettuare manovre diagnostiche cruente, spostamenti in radiologia (TAC) e manovre assistenziali

# Giorno 1°: Condotta terapeutica

- Fornire una sedoanalgesia che permetta una pronta modulazione:
  - Finestre neurologiche per valutazione clinica
  - Nel caso di precipitazione dello shock emorragico, possibilità di variare velocemente l'impegno emodinamico
  - Facilità di passaggio ad eventuale anestesia chirurgica
- Presidi utilizzati:
  - Propofol (3,7 mg/kg/h) e Remifentanil (0,15 mcg/kg/min), scelti per la loro maneggevolezza, nonostante il notevole impatto emodinamico
  - Necessità quindi di monitoraggio invasivo in continuo della PA

# Giorno 5°: Stabilizzazione clinica

- Trauma cranico
  - Focolai lacerocontusivi stabili alla TAC
  - Edema cerebrale in rientro
- Trauma addominale:
  - Lesione renale stabile, con cessazione dell'ematuria (ematoma perirenale)
  - Evoluzione positiva delle lesioni epatiche
- Trauma osteomuscolare
  - Stabilizzazione con valva della frattura al polso

# Giorno 5°: Condotta terapeutica

- La Neuroprotezione richiede un minore impegno farmacologico
- Emodinamica stabile da diversi giorni
- Manovre assistenziali più “leggere”
- Si passa dal Propofol al Midazolam (1 mg/kg/h), più gestibile.
- Si scala l'analgesia: remifentanil 0,08 mcg/Kg/h)
- Finestra neurologica: agitazione con atteggiamento in intrarotazione degli a.a. superiori: pronto ripristino della sedazione a dosaggio pieno

## 8° giorno: Risoluzione

- Quadro TC cranico migliorato
- Graduale alleggerimento della sedazione con continua valutazione clinica dello stato neurologico
- Sedazione sospesa al giorno 8°
- Graduale ripresa di coscienza e ventilazione autonoma
- Estubazione al giorno 10°

## II° caso Clinico: shock settico

- Maschio di 57 aa, 85 kg., affetto da morbo di Crohn
- Peritonite stercoracea da diversi gg.
- Colostomia con resezione intestinale importante
- Stato settico gravissimo
- Grave ipotensione e ipodinamismo cardiaco

# Giorno 1: Condotta terapeutica iniziale

- Problematiche:
  - Instabilità di circolo, necessità di importante sostegno aminico
  - Posizionamento di monitoraggio emodinamico invasivo (PiCCO - CardioQ)
- Presidi utilizzati
  - Sedativi:
    - Diprivan: eccessiva cardiodepressione
    - Midazolam

# Giorno 3: Condotta terapeutica

- Problematiche insorte:
  - Insufficienza renale
  - Insufficienza respiratoria: (R PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> 130, p.insuff. > 45 mmHg se tidal > 8 ml/kg)
  - Reintervento e nuova stomia
- Presidi utilizzati
  - Sedativi: Midazolam 0,2 mg/kg/hr
  - Curarizzazione (iper-capnia permissiva): Cisatracurio 0,1 mg/kg/hr

# Giorno 5: Condotta terapeutica

- Problematiche in corso:
  - Medicazioni quotidiane
  - Insufficienza renale a diuresi conservata - Prisma
  - Polmonite (R PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> 130): ipercapnia permissiva (EtCO<sub>2</sub> 60 mmHg)
- Raggiunta la stabilizzazione del circolo
  - Incremento della sedoanalgesia
    - Midazolam (da 0,4 a 0,8 mg/kg/h)
    - Remifentanil (da 0,06 a 0,16 mcg/kg/min)
  - Graduale sospensione della curarizzazione

# Giorno 18: Condotta terapeutica finale

- MOF:
  - Insufficienza renale a diuresi non conservata, non reversibile
  - Peggioramento del quadro addominale non suscettibile di intervento chirurgico
  - Ripetizione della polmonite
  - Ripresa del quadro settico
- Sedazione terminale

# Condotta terapeutica finale

- Sedoanalgesia
  - Remifentanil
  - Midazolam
- Si prosegue con terapia di supporto  
“compassionevole”