

PROCEDURA AZIENDALE

GESTIONE DELLE EMERGENZE COMPORTAMENTALI IN PRONTO SOCCORSO

Preparato da: Enrico Bernardi Ettore D'Antonio	Unità operativa: Direttore UOC Pronto Soccorso SPDC	Data: 01/10/2010 Revisione: 0
Verificato da: Clemente Possamai Giulia Perini Renzo Tedesco Maria Teresa Perin	Ruolo: Direttore Dipartimento Area Critica Direttore Dipartimento Salute Mentale Afd Coordinatore Inf.stico UOC Pronto Soccorso Conegliano Afd Coordinatore Inf.stico SPDC	Descrizione modifica:
Approvato da: Maria Grazia Carraro	Ruolo: Direttore dell'Ospedale ULSS 7	

Emergenze comportamentali

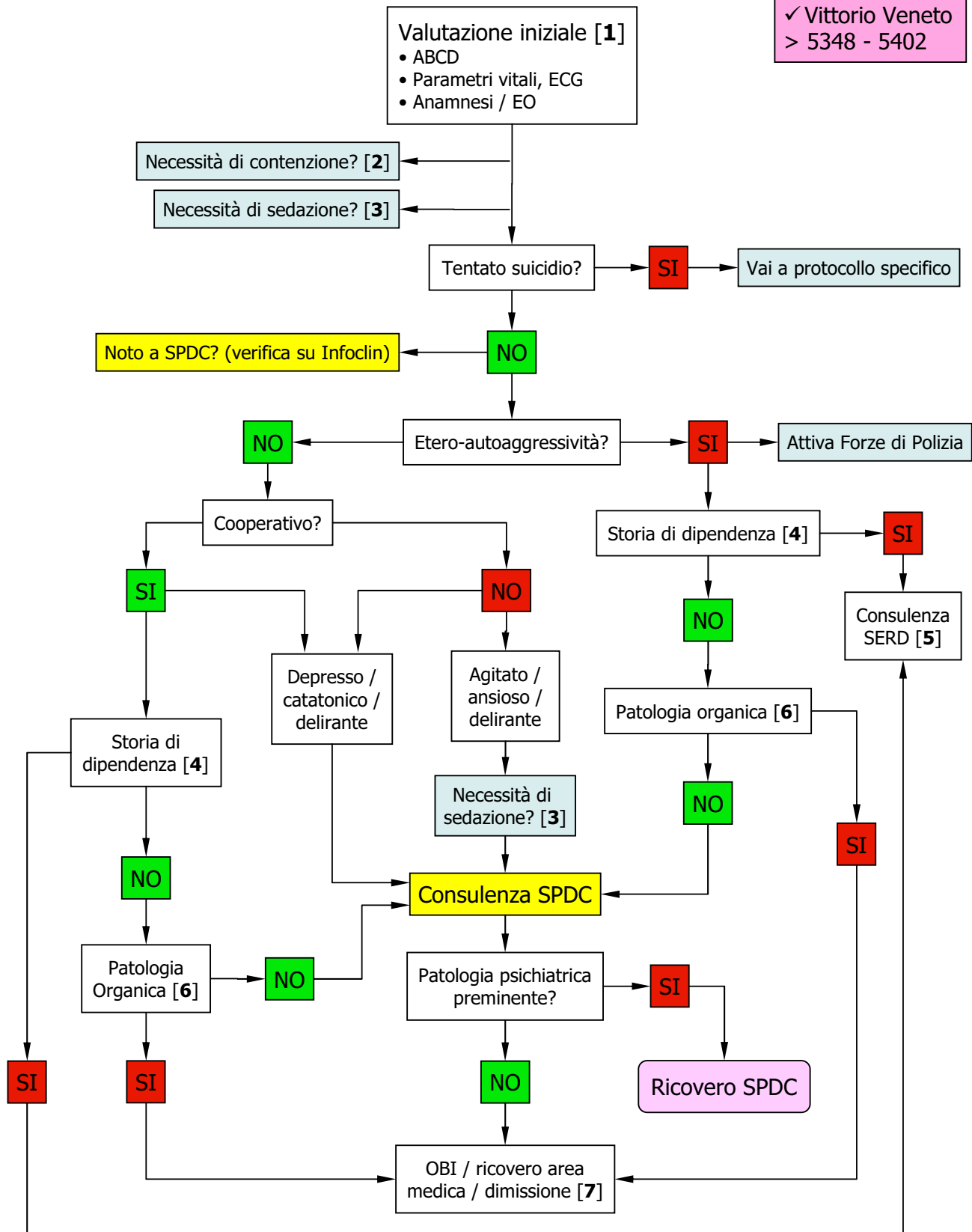
Contatta SPDC:

✓ Conegliano:

> 3393

✓ Vittorio Veneto

> 5348 - 5402



Istruzioni operative flow-chart "Emergenze Comportamentali"

[1] *Valutazione Iniziale*: **escludi** → ostruzione delle vie aeree, deficit di ossigenazione / ventilazione, shock, ipoglicemia (stick). Valuta reattività pupillare, movimenti oculari estrinseci, rigor, morsus, perdita di controllo sfinteri, motilità / sensibilità arti, segni di trauma.

Anamnesi: *suggestivi* di forme organiche sono: rapidità di sviluppo dei sintomi, nessuna storia di patologia psichiatrica (specie se >40 anni), allucinazioni visuali – olfattorie – tattili, riscontro parametri vitali anormali (es. febbre), deficit cognitivi, parola impastata, confusione, abuso di sostanze, disorientamento, storia o evidenza obiettiva di trauma.

Se indicato richiedi: EGA + carbossi-Hb, emocromo, funzione renale + epatica (ast, alt, bilirubina, ammonio, PTT, PT), alcolemia, provetta per (eventuale) dosaggio tossici sconosciuti. Può essere necessario cateterismo estemporaneo per droghe + stick urina.

NB in pazienti *vigili, collaboranti* e con *parametri vitali normali* **non è necessario** eseguire es. bioumorali e tossicologici (sangue / urina).

[2] *Necessità di contenzione*: in mancanza di una diagnosi (anche orientativa) vanno *preferiti* i **presidi fisici** di contenzione, salvo impellenti indicazioni cliniche alla contenzione farmacologica (sedazione). È *obbligatorio*, per quanto possibile, informare i pazienti della necessità della contenzione / sedazione, ai fini di ricreare / ottenerne il consenso ¹ e informare / coinvolgere i parenti, quando presenti o contattabili.

[3] *Necessità di sedazione*

Principio attivo	Dose	Via	Effetti collaterali	Latenza effetto	Emivita
Midazolam	5-15 mg (1 f = 5 mg)	IM / EV	Depressione respiratoria	1-5 min EV, 15-20 min IM	2-6 h
Lorazepam *	4-8 mg (1 f = 4 mg), se EV max 2 mg / min	IM / EV	Depressione respiratoria	20-30 min IM 5-20 min IV	10 h
Droperidolo †‡	5-10 mg (1 f = 5 mg)	IM / EV	Depressione respiratoria Prolungamento del QTc Sdr. extrapiramidale	30 min IV	2-4 h
Aloperidolo †‡	5-10 mg (1 f = 5 mg)	IM	Depressione respiratoria Prolungamento del QTc Sdr. extrapiramidale	< 30 minuti	12-18 h
Aripiprazolo †	1 f (1 f = 7,5 mg), ripetibile ogni 2 h, max 3 f / die	IM	Ipotensione ortostatica Nausea / vomito Iperglicemia Sdr. extrapiramidale	10-20 minuti	

* Possibile combinazione con Aloperidolo 5 mg IM, † concordare somministrazione con psichiatra, ‡ controindicato se Parkinson o intossicazione da anticolinergici

[4] *Storia di dipendenza*: se negatività al test qualitativo urinario, *considera* (se compatibile con anamnesi ed esame obiettivo) assunzione di sostanze di abuso non dosabili es. PCP, LSD, extasy, psilocibina, mescalina, etc. Considera invio di campione ematico presso tossicologia forense (PD/VE) per ricerca di tossici sconosciuti. Se alterazione persistente dei parametri vitali trattieni in OBI / eventuale ricovero in ambiente medico / anestesiológico. *Considera* esposizione (anche inconsapevole / involontaria) a tossici ambientali (es. vapori, vernici, gas). **NB: escludi sempre** possibile assunzione incongrua di sostanze / farmaci a scopo suicidario → se **si**, vai a protocollo specifico.

[5] *Consulenza SERD*: se la consulenza viene richiesta *durante* l'orario d'apertura del SERD (LU-VE 7:30-16:00) la stessa sarà eseguita "in urgenza"; se se ne determina la necessità *dopo* tale orario, verrà eseguita il giorno di apertura successivo. Vedi il relativo protocollo d'intesa con il SERD sul sito del Pronto Soccorso.

NB: per la **terapia** del paziente con storia di dipendenza vedi il relativo protocollo d'intesa con il SERD sul sito del Pronto Soccorso.

[6] *Patologia organica*: **se** escluse: intossicazione, ipoglicemia, ipo/ipertiressia, disonia grave, insufficienza renale / epatica, tireotossicosi acuta; *valuta ed escludi* (per quanto possibile) → lesioni del SNC: infezioni (encefalite, meningite), epilessia (forme parziali complesse), lesioni occupanti spazio (emorragie [traumatiche / non traumatiche], masse).

[7] *OBI / ricovero area medica / dimissione*: di norma i pazienti con patologie organiche acute che determinano alterazioni del comportamento non sono gestibili al domicilio (**e** in Pronto Soccorso); è pertanto opportuno che vengano ricoverati in area medica, salvo il curante non ritenga sufficiente l'OBI. Nel caso di pazienti intossicati che debbano eseguire una valutazione presso il SERD il giorno seguente e che non siano rapidamente e tranquillamente dimissibili – ad es. programmando un rientro il mattino successivo in modalità Fast-Track – l'OBI rappresenta una soluzione ideale; salvo che ciò non determini necessità assistenziali troppo onerose per il Pronto Soccorso.

¹ Come previsto dal codice deontologico medico e infermieristico