

LA DISPNEA

B. D'Elia

DEFINIZIONE

La **dispnea** è la sensazione soggettiva di difficoltà a respirare.

Esistono diversi tipi di dispnea che,

in base alla modalità d'insorgenza, si distinguono in:

- forme acute
- forme continue
- forme croniche riacutizzate

in base al rilievo della difficoltà a respirare durante la fase inspiratoria o durante la fase espiratoria in:

- dispnea inspiratoria
- dispnea espiratoria
- dispnea mista

E' opportuno ricordare, inoltre, che la dispnea che migliora in posizione seduta è detta "ortopnea" e che l'attacco di dispnea severa che colpisce il paziente di notte è detto "dispnea parossistica notturna".

Dispnea non è sinonimo di insufficienza respiratoria acuta; con tale termine si intende infatti una alterazione acuta dell'ossigenazione e/o dell'eliminazione della anidride carbonica, dovuta a scompenso polmonare e/o ventilatorio. I criteri diagnostici assoluti (è necessaria la presenza di almeno 2 dei criteri sottoindicati) sono:

- I. $PaO_2 < 55$ mmHg
- II. $PaCO_2 > 50$ mmHg (esclusa l'ipercapnia compensatoria dell'alcalosi metabolica)
- III. Ph arterioso $< 7,35$
- IV. Alterazione acuta della frequenza e dell'ampiezza respiratoria

Quando una dispnea è "minacciosa", ossia pone un immediato rischio per la vita del paziente, l'organismo non è più capace di provvedere ad adeguati scambi di gas con l'esterno e, in tal caso, il concetto di dispnea coincide con quello di insufficienza respiratoria acuta.

QUADRI CLINICI

I quadri clinici di più frequente riscontro sono i seguenti:

- ❖ EDEMA POLMONARE ACUTO CARDIOGENO
Ortopnea, agitazione psicomotoria e obnubilamento del sensorio, rantoli bibasali o diffusi, ronchi, a volte broncospasmo, spesso turgore giugulare, reperto cardiaco spesso patologico, ipertensione o ipotensione arteriosa, escreato ematico schiumoso .

- ❖ EDEMA POLMONARE ACUTO NON CARDIOGENO (ARDS)
Rantoli diffusi, cianosi, assenza di turgore giugulare, tachicardia, pressione arteriosa normale o bassa (segni di shock), eventualmente febbre, segni neuropsichici, segni della malattia scatenante l'EPA, esordio di tachipnea e dispnea 24-48 ore dopo il profilarsi della causa scatenante.

- ❖ EMBOLIA POLMONARE
Esordio improvviso della dispnea, dolore toracico, talora emottisi(sintomo non precoce), reperto polmonare spesso silente, talora broncospasmo, crepitii localizzati, turgore giugulare, ipotensione nelle forme massive(segni di shock), tachicardia, ansia, eventualmente segni flebotrombotici a carico degli arti.

- ❖ CRISI ASMATICA GRAVE E STATO ASMATICO
Tachipnea > 30/min, iperinflazione toracica, azione della muscolatura respiratoria accessoria, assenza di tosse, incapacità a parlare, rumori di broncospasmo (in modo inversamente proporzionale alla gravità della crisi fino al torace silente), tachicardia (>120/min), nelle forme estreme: ipotensione postipertensiva, agitazione psicomotoria, cianosi, coma. All' anamnesi: asma bronchiale noto, identificazione fattori scatenanti, recente esacerbazione della malattia.

- ❖ INSUFFICIENZA RESPIRATORIA ACUTA DA SCOMPENSO DI UNA INSUFFICIENZA RESPIRATORIA CRONICA
Tachipnea, segni di fatica muscolare, segni di scompenso cardiaco destro, cianosi, tachicardia, iperinflazione toracica, polso paradossoso, broncospasmo, timpanismo, crepitii basali, riduzione del murmure, eventuali segni neuropsichici fino al coma, eventualmente febbre. All'amamnesi: identificazione della malattia di base e dei fattori scatenanti (ipotesi di malattia allo stadio finale quando tali fattori non sono noti).

- ❖ PNEUMOTORACE IPERTESO
Dolore toracico, tachipnea, cianosi, turgore venoso giugulare, tachicardia, ipotensione (shock ostruttivo), immobilità dell'emitorace interessato, suono iperchiaro, FVT non trasmesso, itto cardiaco dislocato medialmente o lateralmente, eventuale enfisema sottocutaneo, eventuale incremento improvviso di resistenza al flusso

in corso di ventilazione meccanica o RCP, volée costale o sterno costale in caso di pneumotorace post-traumatico.

❖ 1.OSTRUZIONE ACUTA COMPLETA DELLE VIE AEREE SUPERIORI

Fasi iniziali: paziente vigile ed estremamente agitato, non percezione con l'udito o il tatto di alcun flusso alla bocca o al naso, tirage cervicale e toracico senza movimenti toracici, afonia
Fasi finali: paziente in stato di coma ed apnoico, completa resistenza al flusso durante la respirazione artificiale, assenza di respiro, frequente insufflazione gastrica

2.OSTRUZIONE ACUTA INCOMPLETA DELLE VIE AEREE SUPERIORI

Paziente vigile o comatoso con respiro spontaneo:
flusso aereo rumoroso (respiro russante = ptosi linguale, stridore inspiratorio = ostruzione laringea o tracheale, respiro gorgogliante = aspirazione di contenuto gastrico o sangue, sibili espiratori = ostruzione bronchiale o tracheale distale)
tirage cervico-toracico con scarsa escursione toracica
bradipnea inspiratoria, disfonia, tosse o tentativo di tossire, altri segni: cianosi, turgore giugulare, odinofagia (epiglottite), polso paradossale, iperestensione del capo, agitazione psicomotoria, sudorazione profusa, crisi convulsive, lesioni pomfoidi cutanee in presenza di edema glottideo.

❖ INSUFFICIENZA RESPIRATORIA ACUTA DA ALTERAZIONI NERVOSE CENTRALI O PERIFERICHE E DA ALTERAZIONI MUSCOLARI

Segni di paralisi muscolare, ortopnea, assenza dell'espansione epigastrica inspiratoria, rientramento epigastrico inspiratorio, assenza dell'espansione inspiratoria dei muscoli intercostali o loro depressione mono o bilateralmente o asimmetricamente, diminuita espansione della base toracica omolaterale, tosse impossibile o flebile, deviazione dell'ombelico verso il lato sano o meno colpito dalla lesione durante l'atto tussivo (in caso di monolateralità o asimmetria della lesione neurologica), eventuale ristagno faringeo, asimmetria del palato molle statica o dinamica, stridore inspiratorio, disfonia, gorgoglio inspiratorio ed espiratorio.

Se l'INSUFFICIENZA RESPIRATORIA ACUTA è causata da malattie nervose o muscolari possono essere presenti: alterata riflessività superficiale o profonda, ipo-amiotrofia, fascicolazioni e fenomeni motori, alterazioni sfinteriali, ipertono diffuso, segni neurovegetativi, paraparesi, tetraparesi, dismorfismi, alterazioni della facies, alterazioni psichiche.

All'anamnesi: uso di psicofarmaci, uso di sostanze stupefacenti, malattie neurologiche note, recenti ferite a rischio di tetano, recenti episodi virali, traumi cranio-encefalici ed altre lesioni encefaliche.

DIAGNOSI

Approccio clinico d'urgenza:

Il quadro clinico di un soggetto dispnoico, quindi, può essere costellato da segni e sintomi diversi che orienteranno la diagnosi eziologica; per la loro rilevazione è fondamentale un approccio metodologicamente corretto

L'operatore sanitario deve:

A. *rilevare le seguenti componenti macroscopiche:*

Segni vitali: valutazione del polso, della pressione arteriosa, della frequenza respiratoria

Stato di ossigenazione: l'ipossiemia determina alterazioni della coscienza, segni cutanei (cianosi), tachicardia, aumento della pressione arteriosa sistemica

Segni di ipercapnia: miosi, asterissi o flapping (tremori muscolari grossolani), fascicolazioni, sudorazione calda, cefalea; per elevati livelli di CO₂: obnubilamento del sensorio, coma ipercapnico (carbonaricosi); a livello di apparato urinario: oliguria; a livello di apparato gastrointestinale: ipersecrezione acida; a livello delle ghiandole esocrine: scialorrea ed ipersudorazione

Segni di fatica muscolare: tachipnea, respiro a scatti, discinesia toracica, discinesia toraco-addominale, respiro alternante, bradipnea

Modalità del respiro: tachipnea, bradipnea, altri tipi di turbe del respiro, intervento della muscolatura accessoria

Segni di scompenso cardiaco: turgore giugulare, epatomegalia congestizia "acuta", edemi declivi

Segni di ostruzione delle vie aeree superiori: tirage inspiratorio cervicale e toracico, stridore inspiratorio (cornage), disfonia, iperscialorrea, respiro rumoroso

B. *Procedere ad un approfondimento clinico-anamnestico d'urgenza:*

1. Qual è stata la modalità d'insorgenza della dispnea?

Si tratta del 1° episodio, oppure il paziente ha già sofferto di episodi analoghi? E' insorta di giorno o di notte? E' insorta improvvisamente o in modo graduale? In seguito ad uno sforzo o in seguito ad un trauma?

Torace silente:

Grave enfisema
Stato di male asmatico in fase di grave
scompenso muscolare
Pneumotorace

- *Esame obiettivo cardiaco*

Galoppo diastolico:	Insufficienza cardiaca
Sdoppiamento del secondo tono:	Ipertensione polmonare
Toni cardiaci parafonici:	Tamponamento cardiaco
Soffi cardiaci:	Valvulopatie dx e sx
Polso paradossoso:	Crisi asmatica grave Tamponamento cardiaco
Congestione giugulare o reflusso epatogiugulare cardiaco :	Segni di scompenso

Approccio laboratoristico e strumentale

- Valutazione al pulsossimetro della saturazione arteriosa periferica della Hb in Ossigeno
- Emogasanalisi
Rappresenta un esame ematochimico fondamentale di prima istanza; essa consente la diagnosi differenziale del tipo di I.R. ed inoltre consente il monitoraggio dell'I.R. stessa
- Altri esami ematochimici utili
Emocromo, Creatininemia, Azotemia, Assetto coagulativo
- Esami strumentali fondamentali di prima istanza:
ECG
RX Torace

TRATTAMENTO	<p data-bbox="386 188 1008 224"><u>APPROCCIO TERAPEUTICO IN URGENZA</u></p> <p data-bbox="386 300 1155 371">A. L'OPERATORE DEVE: ASSICURARE LA PERVIETA' DELLE VIE AEREE</p> <p data-bbox="434 412 1385 448">ATTUARE, SE NECESSARIA, L'OSSIGENOTERAPIA (VEDI CAP)</p> <p data-bbox="427 488 1155 560">ASSICURARE UNA SUFFICIENTE VENTILAZIONE ALVEOLARE</p> <p data-bbox="386 631 1410 743">B. L'OPERATORE DEVE IDENTIFICARE, IL PIU' CELERMENTE POSSIBILE, LE CAUSE CHE HANNO DETERMINATO LA DISPNEA MINACCIOSA</p> <p data-bbox="386 815 1267 851">C. L'OPERATORE DEVE IMPOSTARE LA TERAPIA MIRATA</p>
--------------------	--