

CORSO DI FORMAZIONE PER VOLONTARI DI PUBBLICA
ASSISTENZA

IL DOLORE - DOLORE TORACICO - DISPNEA

16/03/2004 Dr. Matteo Scapinelli

IL DOLORE

- Esperienza sensoriale ed emotiva associata a danno tissutale, in atto o potenziale, o descritto in termini di tale danno
- Componente “organica”
- Componente “funzionale”
- **ACUTO**
- **CRONICO**

DOLORE TORACICO DI ORIGINE NON TRAUMATICA

- Elemento di difficile diagnosi
- NO diagnosi
- Definire le caratteristiche del dolore
- Cogliere i segni di gravità
- Raccogliere tutte le informazioni possibili

VALUTAZIONE DEL PAZIENTE

- Valutare l'ABC: osservare la presenza di attività respiratoria e circolatoria
- Valuta le caratteristiche del dolore (viscerale o somatico) tab.1
- Modalità di insorgenza
- Valuta la presenza di segni di gravità – tab.2

Tab. 1 *Tipi di dolore toracico*

Dolore “viscerale” (a origine profonda)

- Spesso retrosternale (o comunque profondo)
- Diffuso, mal localizzabile
- Presenta spesso notevole irradiazione
- Spesso a “morsa”, costrittivo

Dolore “somatico” (a origine dalla parete toracica)

- Avvertito superficialmente
- Localizzato (puntorio)
- Evocato dalla pressione
- Influenzato dalla respirazione o dai movimenti

Tab. 2 Dolore toracico – *segni di gravità*

- **Il paziente non è cosciente**
- **Sono concomitanti dispnea, ortopnea, tirage, cianosi, FR > 24 atti/min**
- **Sono presenti segni di shock: PA max < 100 mmHg, pallore, sudorazione fredda**
- **FC > 150/min oppure FC < 50/min**

RICORDA: i criteri di gravità non sono riferiti al dolore, bensì ad alterazione o compromissione delle funzioni vitali

DOLORE TORACICO I

valutazione del paziente

Paziente cosciente

Valuta:

Respiro

- FR, presenza di ortopnea, rumori respiratori
- Tirage, cianosi
- Se disponibile: valuta l'ossimetria

Circolo

- Polso: si palpa bene? è ritmico? FC?
- PA: è elevata? è bassa? (misurala solo se sei addestrato e impieghi meno di un minuto)

Aspetto

- il paziente è pallido? presenta sudorazione fredda?

Coscienza

- È ben cosciente o tende ad assopirsi?
- È agitato, angosciato?

Sintomi associati

- Nausea, vomito, ecc...

DOLORE TORACICO II

valutazione del paziente

Paziente non cosciente

Il dolore toracico potrà essere un sintomo riferito dai presenti (*il paziente ha accusato dolore al petto*)

Valuta

A = pervietà delle vie aeree

B = respiro

C = polso, circolo

Se necessario

Supporto delle funzioni vitali (BLS)

DOLORE TORACICO III

valutazione del paziente

In ogni caso raccogli informazioni:

- **Caratteristiche del dolore:** intensità, localizzazione, irradiazioni, da quanto tempo è insorto?, è insorto a riposo o dopo sforzo? È la prima volta?
- **Il paziente è cardiopatico?**
- **Ha già assunto farmaci?**
- **Raccogli la documentazione sanitaria da consegnare in P.S. (in particolare precedenti tracciati elettrocardiografici)**

DOLORE TORACICO IV

valutazione del paziente

RICORDA: se il paziente con dolore toracico non appare dispnoico, collassato, confuso o agitato procedi con calma interrogando direttamente il paziente su quanto è successo. In caso contrario, provvedi ad un rapido caricamento e alla somministrazione di O₂, limitandoti a raccogliere la documentazione sanitaria disponibile. A bordo dell'ambulanza potrai completare l'eventuale raccolta di informazioni.

DOLORE TORACICO V

provvedimenti da prendere sulla scena dell'evento

Paziente cosciente

- Somministra O₂ in presenza di segni di gravità o di sospetto
- Se il paziente mostra turbe di coscienza o dispnea grave, asporta le protesi mobili
- Evita sforzi al paziente
- Predisponi il caricamento, cercando di far assumere al paziente la posizione più idonea
- Tranquillizza il paziente.

Paziente non cosciente

- Assicura la pervietà delle vie aeree
 - iperestendi il collo e solleva il mento
 - asporta le protesi mobili
 - inserisci Guedel, se necessario
 - aspira secrezione e/o vomito
- Somministra O₂
- Ventila con pallone in presenza di bradipnea spiccata

DOLORE TORACICO VI

attivazione MSA

- Segui i protocolli locali
- Consigliabile se:
 - paziente molto agitato con dolore tipico per sede, insorgenza e irradiazione
 - paziente in coma
 - dispnea grave
 - segni di shock (soprattutto se concomita sopore)
- Mantieni contatto con la CO
- Valuta i tempi di trasporto
- Predisponi il paziente per monitoraggio ECG

DOLORE TORACICO VII

manovre assistenziali comuni

- Slaccia gli indumenti che costringono il paziente
- Copri il paziente (il freddo aggrava un eventuale IMA)
- Tieni sempre a disposizione Guedel e pallone di Ambu

DOLORE TORACICO VIII

provvedimenti da prendere in ambulanza

Paziente cosciente

Posiziona il paziente:

1. Seduto o semiseduto
2. Supino, in presenza di segni di shock

Paziente non cosciente

Posiziona il paziente:

1. Semisdraiato
(posizione di scarico)
2. Supino, se necessita di ventilazione con pallone
3. Posizione laterale di sicurezza, in caso di vomito

DOLORE TORACICO IX

codici di gravità e attivazione MSA

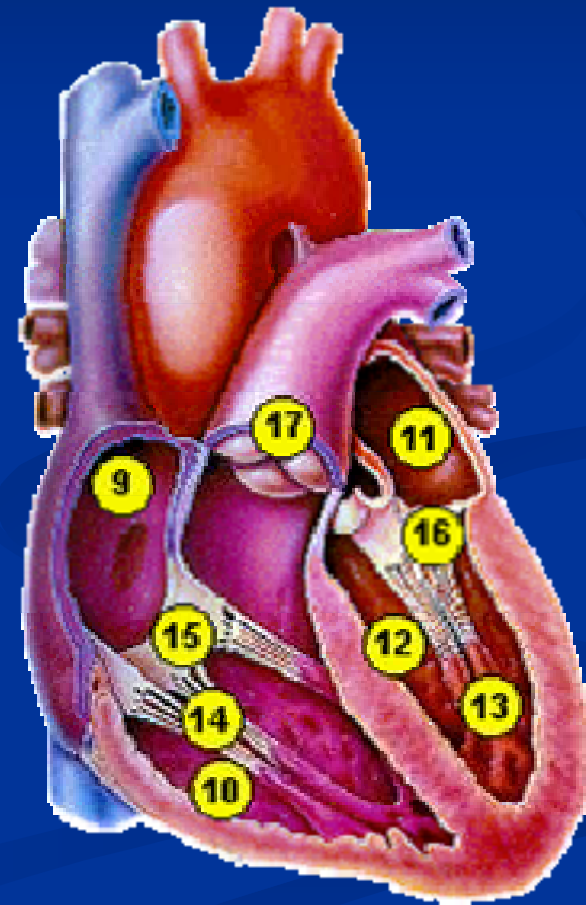
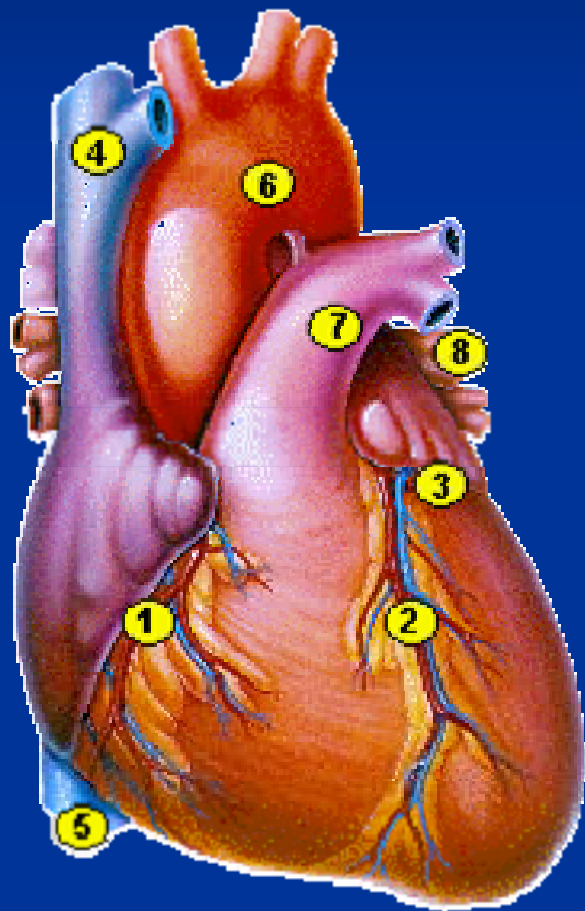
- Il dolore toracico è un sintomo da trattare sempre con sospetto → **codice 2**
- In presenza di cianosi, grave sforzo respiratorio, segni di shock o coma → **codice 3**
- Attivazione MSA consigliabile se:
 - paziente molto agitato con dolore tipico per sede, insorgenza e irradiazione
 - paziente in coma
 - dispnea grave
 - segni di shock (soprattutto se concomita sopore)
- Mantieni contatto con la CO

DOLORE TORACICO X

manovre assistenziali comuni

- Aspira, se necessario
- Somministra O₂ in particolare se vi è presenza di segni di gravità o sospetto
- Tieni a disposizione Guedel e pallone
- Copri il paziente
- Il trasporto deve essere rapido, soprattutto in presenza di segni di gravità, ma non deve allarmare il paziente causando ulteriore stress (usare la sirena solo se strettamente necessario!)
- ***Monitoraggio del paziente:*** controlla l'eventuale evoluzione dei sintomi

IL CUORE





CARDIOPATIA ISCHEMICA

Definizione: insieme di manifestazioni cliniche caratterizzate da un apporto di ossigeno al miocardio non sufficiente a soddisfarne le richieste.

Cause:

- Ostruzione aterosclerotica di un vaso coronarico maggiore (più frequente)
- Anomalie congenita coronariche
- Anemia grave
- Ipotensione arteriosa severa di qualunque origine

- **Angina pectoris**
- **Infarto miocardico acuto**
- **Morte improvvisa**
- **Aritmia ventricolare senza polso**

ANGINA PECTORIS I

- Più comune manifestazione di sofferenza coronarica
- Insorgenza facilitata da circostanze che aumentano il lavoro cardiaco
- Quantità insufficiente di sangue ossigenato che giunge al cuore per la presenza di malattia coronarica
- Sofferenza miocardica → dolore toracico intenso detto appunto **angina pectoris**
- Sintomatologia recede in 3-5 min non appena il soggetto si calma ed esce dallo stato di stress fisico e/o emozionale che era stato la causa scatenante o dopo assunzione di TNT

ANGINA PECTORIS II

segni e sintomi

- Paziente pallido, con cute fredda e sudata, agitato ed impaurito
- Il soggetto tende a rimanere possibilmente immobile
- **Dolore toracico retrosternale** oppressivo-costrittivo, indicato come esteso ad una certa area, spesso irradiato verso la mandibola e la parte interna dell'arto superiore sx, verso la parte superiore del dorso e superiore mediale dell'addome, più raramente al collo o all'arto superiore dx
- Dispnea
- Possibile tachicardia
- Nausea - vomito

ANGINA PECTORIS III

cosa fare

- Mantenere con il paziente un atteggiamento calmo e trasmettergli sicurezza
- Tenere il paziente a riposo ed evitare di fargli compiere alcun tipo di sforzo fisico
- Monitorare i parametri vitali e la pervietà delle vie aeree
- Somministrare O₂ (almeno 6 l/min) tramite mascherina
- Posizionare il paziente seduto o semiseduto in barella
- Informatevi se il paziente assume farmaci a base di nitrato e su quando ha assunto l'ultima dose e comunicate queste informazioni all'operatore sanitario del 118
- Trasportare il paziente evitando l'uso di dispositivi acustici (sirena), per non aggravare il suo stato d'ansia

ANGINA PECTORIS IV

In generale è bene non sottovalutare mai gli attacchi di angina, ma considerarli come possibili I.M.A., adottando dunque tutte le precauzioni del caso e preparandosi ad effettuare le manovre rianimatorie di base in caso di arresto cardiaco

INFARTO MIOCARDICO ACUTO I

- Risultato di un'occlusione coronarica con necrosi (morte delle cellule colpite) a valle
- Scatenato da sforzi inusuali, disturbi respiratori cronici, intensi stress emotivi
- Patologia aterosclerotica coronarica \pm trombosi
- Spesso presenza di complicanze aritmiche: FV, bradicardia, tachicardia, asistolia

INFARTO MIOCARDICO ACUTO II

segni e sintomi

- Paziente sofferente, ansioso, irritabile, incapace di concentrarsi
- Cute pallida, sudata e fredda
- **Dolore toracico retrosternale** oppressivo-costrittivo, indicato come esteso ad una certa area, irradiato alla mandibola, all'arto superiore sx, al dorso o più raramente all'arto superiore dx, molto intenso, *sensazione di morte imminente*. Può essere a volte confuso con dolore gastrico.
- Infarto “silente” → soprattutto pazienti anziani

INFARTO MIOCARDICO ACUTO III

segni e sintomi

- Dispnea
- Depressione
- Alterazioni della personalità
- Perdita di coscienza
- Bradicardia -Tachicardia
- Nausea, vomito
- Segni di shock
- Il dolore può durare da 30 minuti a parecchie ore
- Possibile presenza di complicazioni come insufficienza cardiaca congestizia e quindi eventuale E.P.A.

INFARTO MIOCARDIACO ACUTO IV

cosa fare

- Mantenere con il paziente un atteggiamento calmo
- Monitorare i segni vitali, garantendo sempre la pervietà delle vie aeree e rimuovendo eventuali protesi dentali, residui di cibo, etc.
- Raccogliere informazioni il più possibile dettagliate sui precedenti del paziente, con attenzione particolare a pregresse patologie, alla concomitanza di ipertensione arteriosa, alla presenza di eventuali pace-maker, all'assunzione di medicinali
- Considerare la eventualità di dover intraprendere le manovre rianimatorie di base
- Somministrare O₂ (almeno 6l/min) tramite mascherina

INFARTO MIOCARDICO ACUTO V

cosa fare

- NON permettere assolutamente al paziente di muoversi da solo, ma porlo subito in posizione comoda in barella
- Allentare eventuali abiti stretti
- Effettuare un trasporto tranquillo, evitando l'utilizzo della sirena
- Monitorare sempre i segni vitali durante il tragitto
- Cercare di mantenere caldo il paziente, coprendolo con panni o con i teli isotermitici
- Nel caso il paziente sia incosciente (o perda coscienza successivamente durante il trasporto), valutare attentamente i parametri vitali secondo la sequenza BLS

COME DISTINGUERE UN'ANGINA DA UN INFARTO MIOCARDICO ACUTO

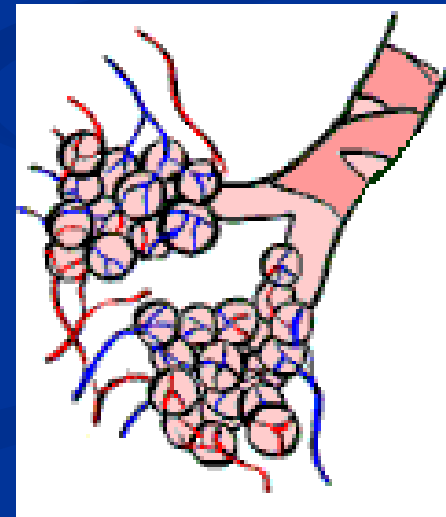
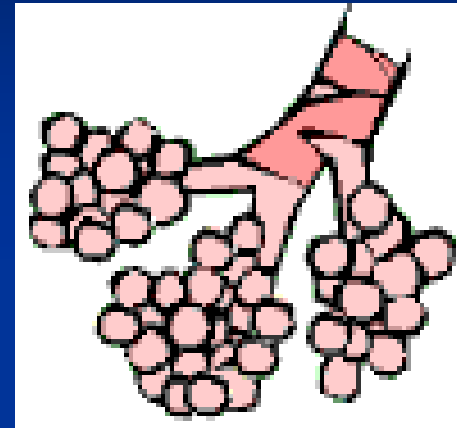
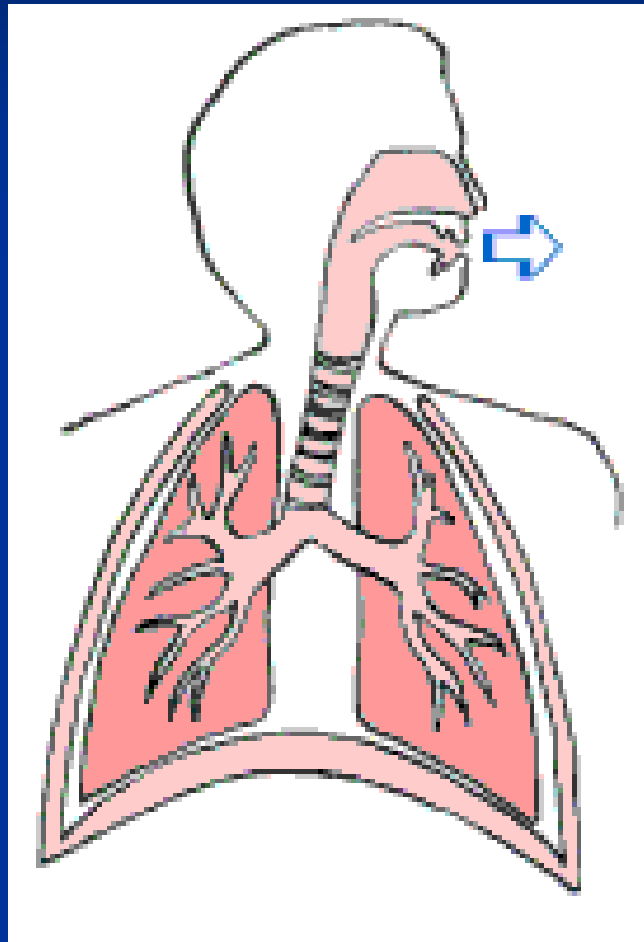
Angina pectoris

- Il dolore insorge in seguito ad uno sforzo o ad uno stress
- Il dolore viene alleviato dal riposo
- Il dolore viene generalmente attenuato dalla nitroglicerina (se nel giro di 10 min o dopo 3 assunzioni il dolore non diminuisce, ipotizzate un infarto miocardico acuto)
- Il dolore generalmente dura da 3 a 5 minuti
- Di norma la pressione arteriosa non viene influenzata
- Può essere presente una diaforesi di breve durata

Infarto miocardico acuto

- Il dolore viene spesso collegato allo stress e allo sforzo ma può verificarsi anche quando il paziente è a riposo
- Il riposo generalmente non allevia il dolore
- La nitroglicerina può a volte alleviare il dolore
- Il dolore dura da 30 minuti a diverse ore
- La pressione arteriosa è spesso ridotta, sebbene molti pazienti presentino una pressione arteriosa normale
- Generalmente è presente diaforesi

APPARATO RESPIRATORIO



DISPNEA I

- Respirazione faticosa o difficoltosa, a cui corrisponde aumento dello sforzo respiratorio
- ABC
- NO diagnosi
- Cogliere aspetti di gravità, mettere in atto provvedimenti indispensabili di base

DISPNEA II

cause

Respiratorie

- da ostruzione (caduta della lingua, corpi estranei, edema della glottide)
- pneumotorace (PNX)
- asma
- flogosi delle vie aeree (polmoniti, broncopolmoniti)
- broncopneumopatia cronico-ostruttiva (BPCO)

Cardiocircolatorie (e respiratorie)

- edema polmonare
- embolia polmonare
- shock
- infarto miocardico (IMA) e angina
- anemia

Vascolari

- ictus cerebri

DISPNEA III

cause

Tossiche e/o metaboliche

- overdose da oppiacei
- assunzione di amfetamine, cocaina, etc.
- abuso di farmaci
- coma diabetico

Altre

- crisi epilettica
- stress emotivo
- febbre

DISPNEA IV

valutazione delle alterazioni respiratorie

- Frequenza respiratoria
- Regolarità del ritmo respiratorio
- Rumori respiratori
- Tosse
- Tirage
- Posizione assunta dal paziente
- Cianosi
- Ossimetria
- Ispezione del torace

Tab 3

Tab 3 – DISPNEA – segni di gravità

- Paziente non cosciente, soprattutto se $FR < 9$ atti/min
- Concomitante ortopnea, tirage, cianosi (escluso la subcianosi del bronchitico cronico)
- $FR > 24$ atti/min
- Concomitante dolore toracico/epigastrico
- Concomitanti turbe della coscienza (in un paziente dispnoico, la comparsa di turbe dello stato di coscienza, agitazione prima e sopore poi, sono da considerarsi chiari sintomi di aggravamento, da scarsa ossigenazione cerebrale)
- Presenza di segni di shock: TA max < 100 mmHg, pallore, sudorazione fredda
- TA max > 220 mmHg

DISPNEA V

valutazione del paziente

Paziente cosciente

Valuta:

Respiro

- frequenza respiratoria (FR)
- c'è ortopnea obbligata? (può essere assente nello shock)
- sono presenti rantoli o sibili udibili?
- c'è tirage?

Circolo

- Polso: si palpa bene? è rapido? FC?
- PA: è elevata? è bassa? (misurala solo se sei addestrato e impieghi meno di un minuto)

Aspetto

- il paziente è pallido? presenta sudorazione fredda?
- È presente cianosi?

Coscienza

- È ben cosciente o tende ad assopirsi?
- È agitato, angosciato?

DISPNEA VI

valutazione del paziente

Paziente non cosciente

La dispnea può essere descritta dai presenti (“ *il paziente faceva fatica a respirare*”) oppure rilevata osservando il paziente rantolante o cianotico e/o con alterazioni del ritmo o della FR

Valuta

A = pervietà delle vie aeree

B = respiro

C = polso, circolo

Se necessario

Supporto delle funzioni vitali (BLS)

DISPNEA VII

valutazione del paziente

In ogni caso raccogli informazioni:

- Gravità soggettiva della dispnea: il paziente può infatti descriverla come più o meno grave in base a precedenti episodi
- Sono presenti altri sintomi? (per esempio, dolore toracico)
- Da quanto tempo è insorta? Ha già assunto farmaci?
- È la prima volta? Di che cosa soffre?
- Eventuali fattori scatenanti
- Puoi escludere l'assunzione di sostanze tossiche?

DISPNEA VIII

valutazione del paziente

RICORDA: tutti i pazienti in stato di coma sono da considerarsi a rischio respiratorio per: caduta della lingua, vomito, bradipnea grave fino all'arresto respiratorio.

DISPNEA IX

cosa fare

- Dispnea: sintomo da considerare con estrema attenzione anche nel paziente giovane
- Agisci con la massima cura e rapidità
- **Escludete traumi coinvolgenti il rachide cervicale**
- **Escludete la presenza di corpi estranei nelle vie aeree**
- Attenzione ai segni di gravità

DISPNEA X

provvedimenti da prendere sulla scena dell'evento

Paziente cosciente

- Somministra O₂
- Se il paziente mostra turbe di coscienza o grave affanno, asporta protesi mobili
- Evita sforzi al paziente
- Predisponi il caricamento cercando di assicurare la posizione più idonea
- Tranquillizza il paziente mostrando professionalità
- Copri il paziente
- Tieni a disposizione cannula di Guedel e pallone

Paziente cosciente

- Assicura la pervietà delle vie aeree
 - iperestendi il collo e solleva il mento
 - asporta le protesi mobili
 - inserisci Guedel, se necessario
 - aspira secrezione e/o vomito
- Somministra O₂
- Ventila con pallone se FR < 9/min e cianosi
- Copri il paziente
- Tieni a disposizione cannula di Guedel e pallone

DISPNEA XI

attivazione MSA

- Segui i protocolli locali
- Consigliabile se:
 - paziente molto agitato con dolore tipico per sede, insorgenza e irradiazione
 - paziente in coma
 - dispnea grave
 - segni di shock (soprattutto se concomita sopore)
- Mantieni contatto con la CO
- Valuta i tempi di trasporto
- Predisponi il paziente per monitoraggio ECG

DISPNEA XII

provvedimenti da prendere in ambulanza

Paziente cosciente

Posiziona il paziente:

1. Seduto o semiseduto con gambe eventualmente declivi
2. Supino, in presenza di segni di shock

Paziente non cosciente

Posiziona il paziente:

1. Semisdraiato (posizione di scarico)
2. Supino, se necessita di ventilazione con pallone
3. Posizione laterale di sicurezza, in caso di vomito

DISPNEA XIII

codici di gravità

- la dispnea (alterazione di funzione vitale):
codice 2
- In presenza di cianosi, grave sforzo respiratorio, segni shock o coma: **codice 3**

DISPNEA XIV

manovre assistenziali comuni

- Aspira, se necessario
- Somministra O₂ in particolare se vi è presenza di segni di gravità o sospetto
- Tieni a disposizione Guedel e pallone
- Copri il paziente
- Il trasporto deve essere rapido, soprattutto in presenza di segni di gravità, ma non deve allarmare il paziente causando ulteriore stress
- *Monitoraggio del paziente*: controlla l'eventuale evoluzione dei sintomi

EDEMA POLMONARE ACUTO (EPA)

- Ristagno di sangue nel circolo polmonare con stravasamento sieroso o sieroematico all'interno degli alveoli e conseguente deficit ventilatorio
- > 60 anni, spesso cardiopatici
- Scompenso ventricolare sinistro (IMA, aritmie, ipertensione arteriosa)
- Cause tossico-metaboliche
- Overdose da oppiacei (eroina)

EDEMA POLMONARE ACUTO

sintomi

- Dispnea, fame d'aria, FR aumentata
- Ortopnea
- Rantoli
- Stato d'ansia
- FC variabile, spesso aumentata
- TA solitamente aumentata o normale
- **Espettorazione di schiuma eventualmente rosacea**
- **Turbe della coscienza**
- **Cianosi**
- **Segni di shock**

COSA FARE? Vedi trattamento dispnea

ASMA BRONCHIALE

- Sindrome caratterizzata da ostruzione dei bronchioli per spasmo della muscolatura bronchiale con ipersecrezione di muco
- Dispnea
- Primitivo
- Secondario (BPCO)
- Fattori scatenanti (allergeni, irritanti, stress fisici, farmaci)

ASMA BRONCHIALE

sintomi

- Dispnea, FR aumentata
 - Ortopnea
 - Sibili espiratori
 - Espettorato scarso e denso
 - Stato d'ansia
 - FC variabile, spesso aumentata
 - **FR > 35-40 atti/min**
 - **Sibili inspiratori ed espiratori**
 - **Tirage**
 - **Cianosi**
-
- COSA FARE? Vedi trattamento Dispnea
 - **PUFF**