

IL PAZIENTE CARDIOPATICO: STABILIZZAZIONE E TRATTAMENTO

P. Rosi, F. Marian

SUEM Treviso Emergenza – Ospedale S.Maria dei Battuti - Azienda ULSS 9 Treviso

Introduzione:

Se da un lato molti dei pazienti cardiopatici che giungono all'osservazione dei servizi di emergenza sono da tempo affetti da patologie già diagnosticate, dall'altro i quadri clinici di esordio delle diverse patologie presentano spesso sintomatologie comuni, che rendono estremamente difficile la diagnosi differenziale in assenza di accertamenti strumentali.

D'altra parte anche in questo campo, come più generale in tutto l'ambito della medicina pre-ospedaliera, l'attenzione del medico deve necessariamente essere rivolta non alla terapia causale, ma piuttosto a quella sintomatica: l'obiettivo è il trattamento delle situazioni che possano compromettere le funzioni vitali e di conseguenza la sopravvivenza del paziente fino all'arrivo all'ospedale, dove può essere formulata la diagnosi ed attuata la terapia mirata.

Più che alla diagnosi precisa, la prima valutazione del medico deve essere mirata a:

- ◆ evidenziare le patologie che rendono necessario il trasporto diretto al centro specialistico piuttosto che l'ospedalizzazione "periferica"
- ◆ identificare le possibili complicanze che possono sopraggiungere durante il trasporto
- ◆ preparare adeguatamente il paziente per il trasporto
- ◆ trattare adeguatamente le manifestazioni cliniche che compromettono o possono compromettere le funzioni vitali

Ci limiteremo quindi a sviluppare l'argomento tenendo presente queste necessità, evitando quindi una trattazione sistematica delle patologie cardiache, peraltro già ampiamente disponibile in letteratura, e centrando piuttosto l'attenzione sui quadri clinici e sulle complicanze più frequenti.

Nel trattamento dei diversi quadri clinici sono oggi disponibili approcci terapeutici diversi; in questi casi abbiamo preferito, piuttosto che presentare tutte le opzioni disponibili, indicare le alternative più praticabili ed affidabili nello specifico ambito pre-ospedaliero, avendo come obiettivo da un lato la necessità di ridurre al minimo indispensabile le dotazioni farmacologiche di bordo dell'elicottero, e dall'altro la rapidità e l'omogeneità di trattamento.

Nella trattazione dei singoli quadri clinici non sono stati riportati i dosaggi dei farmaci, che sono invece stati riassunti nella tabella finale.

Infarto miocardico acuto

Sintomi

- dolore toracico, solitamente precordiale, descritto come oppressivo o costrittivo, a volte irradiato a mandibola, collo, braccia (più frequentemente sinistro), dorso, epigastrio
- possibile dispnea legata a insufficienza ventricolare
- nausea o dolore addominale (nell'IMA inferiore)
- ansia
- Ipertensione

Diagnosi differenziale

- dissezione aortica
- angor
- pericardite - miocardite
- embolia polmonare

- ulcera gastrica - esofagite

Possibile complicanze

- Shock cardiogeno
- Aritmie

Terapia

- Ossigenoterapia
- Monitoraggio ECG - PA in cuneata - Pulsiossimetria
- Accesso venoso 16 G + accesso venoso 18 G
- Nitroglicerina infusione continua
- Morfina ev
- Controllo dell'ipertensione
- Controllo delle aritmie
- Gestione dello shock cardiogeno: dopamina (o dobutamina) in infusione continua

Nei pazienti in cui viene intrapresa l'infusione continua di nitroglicerina e/o dopamina è necessario disporre di due accessi venosi, riservandone uno alle infusioni di farmaci ed il secondo da utilizzare per l'eventuale somministrazione in bolo di farmaci, che non deve essere effettuata sulla stessa linea delle infusioni continue.

Nei pazienti con shock cardiogeno è opportuno procedere all'intubazione oro-tracheale ed alla ventilazione meccanica prima di iniziare il trasporto.

Angor

Sintomi

- dolore descritto come sensazione di peso o costrizione che si verifica durante uno sforzo o in condizione di aumentata richiesta miocardica di ossigeno; il paziente può riferire sensazione di pressione o di bruciore in sede precordiale, eventualmente irradiato al collo e alla mandibola, alla spalla, all'addome
- il paziente può accusare palpitazioni
- può essere presente dispnea da sforzo che regredisce a riposo
- il dolore può essere assente e l'episodio può presentarsi come mancanza di respiro, astenia, nausea
- nell'angina stabile il dolore scompare dopo 5 - 15 minuti ed è sensibile alla nitroglicerina
- nell'angina instabile il dolore può comparire anche a riposo, con episodi di durata e/o frequenza maggiori.

Diagnosi differenziale

- ansia
- stenosi aortica
- asma
- miocardiopatia dilatativa
- IMA
- Esofagite - gastrite
- Pericardite
- Embolia polmonare

Terapia

- Nitroglicerina sublinguale

- Monitoraggio ECG - PA incruenta - Pulsiossimetria
- Accesso venoso
- Nitroglicerina infusione continua se il dolore persiste
- Eventuale sedazione con Diazepam o Morfina
- Controllo dell'ipertensione

Nei pazienti che si trovano in località distanti da ospedali con Unità di Terapia Intensiva Cardiovascolare può essere utile il ricorso alla telemetria per individuare i pazienti da trasferire in un ospedale attrezzato.

Dissezione aortica

Sintomi

Il dolore è il sintomo principale, e viene comunemente descritto come "lacerante", anche se in alcuni casi può presentarsi come un dolore non particolarmente intenso, che può essere confuso con un dolore muscolocheletrico. Tipicamente il dolore si differenzia da quello dell'IMA per la comparsa improvvisa: la dissezione deve essere sospettata in tutti i pazienti che lamentano un dolore acuto, intenso ed improvviso. La localizzazione del dolore cambia a seconda del punto di dissezione: toracico anteriore in caso di rottura dell'aorta ascendente (nel cui caso può associarsi un dolore da ischemia miocardica se la dissezione ostacolo il flusso coronarico), al collo ed alla mandibola in caso di rottura dell'arco, alle scapola in caso di rottura dell'aorta discendente.

Il sintomo più frequente dopo il dolore è la comparsa di segni neurologici, soprattutto sincope e confusione mentale, ma anche parestesie agli arti, emiparesi, emiplegia. Possono essere presente dispnea con ortopnea, ansia e "senso di morte imminente".

Diagnosi differenziale

- IMA - angor
- Patologie valvolari aortiche
- Dolore muscolare
- Miocarditi
- Pericardite
- Embolia polmonare

Terapia

- Ossigenoterapia
- Monitoraggio ECG - PA incruenta - Pulsiossimetria
- Opportuno monitoraggio cruento della Pressione Arteriosa
- Due accessi venosi 14 - 16 G
- Nitroglicerina infusione continua
- Riduzione del dolore con Morfina ev
- Ridurre la pressione sistolica a 100-120 mmHg, utilizzando Labetalolo o Nitroprussiato

Embolia polmonare

Sintomi

- L'embolia polmonare deve essere sospettata in ogni paziente che presenta sintomi a carico del torace che non possono essere giustificati da altre cause: dolore toracico o al dorso, alla

spalla o ai quadranti addominali superiori, dispnea da sforzo o a riposo, emottisi, dolore respiratorio, aritmie di nuova insorgenza

- La triade "tipica" di sintomi (dispnea, dolore toracico, emottisi) è presente solo nel 20% dei pazienti
- Il sintomo più frequente nell'embolia massiva è la tachipnea, spesso associata a tachicardia
- La presenza di fattori di rischio è un elemento fondamentale per l'orientamento della diagnosi; alcuni dei principali fattori di rischio sono:
 - Scompenso cardiaco congestizio
 - Fratture
 - Trauma o chirurgia recente
 - Obesità
 - Gravidanza - puerperio
 - Immobilizzazione prolungata
 - Chemioterapia - neoplasie

Diagnosi differenziale

- asma
- angina - IMA
- polmonite
- miocardiopatia dilatativa o restrittiva
- patologie valvolari
- shock cardiogeno
- Pericardite - tamponamento pericardico

Terapia

- Ossigenoterapia immediata
- Monitoraggio ECG - PA incruenta - Pulsiossimetria
- Accesso venoso
- Trasporto immediato ad un centro specialistico

Nei pazienti in stato di shock è necessario procedere all'intubazione oro-tracheale ed alla ventilazione meccanica prima di iniziare il trasporto,.

Tachicardie

- Valutazione ABC
- Se perdita di coscienza, defibrillazione immediata
- Se paziente cosciente:
 - Ossigenoterapia
 - Monitoraggio ECG, PA incruenta, saturimetria
 - Accesso venoso
 - Valutazione del ritmo cardiaco
 - Escludere shock ipovolemico

Tachicardie ventricolari con polso

- somministrare Lidocaina ev
- se inefficace, utilizzare Procainamide o Bretilio ev

Tachicardie sopraventricolari

- Manovre vagali
- Somministrare Verapamile oppure Adenosina ev

Tachicardie di origine incerta

- somministrare Lidocaina ev
- se inefficace, somministrare Adenosina ev
- se inefficace, valutare l'utilizzo dell'Amiodarone ev

Bradycardia

- Monitoraggio ECG, PA incruenta, saturimetria
- Accesso venoso
- Somministrare Atropina ev se sintomatica
- Valutare pacing percutaneo

Emergenze ipertensive

La riduzione della pressione arteriosa deve essere ottenuta in tempi e modi diversi a seconda della patologia di base.

Infarto miocardico acuto

- Nitroglicerina IV

Scompenso cardiaco congestizio - edema polmonare

- Lasix
- Nitroglicerina
- Morfina

Dissezione aorica

- Labetalolo
- Nitroprussiato

Ictus cerebrale

- Labetalolo
- Nitroprussiato

Eclampsia

- Labetalolo
- Idralazina

Dosaggi

Farmaco	Somministrazione in bolo	Infusione continua
Amiodarone	150 mg ev in 10'	1 mg/min per 6 ore, poi 0.5 mg/min
Lidocaina	1 mg/kg, ripetuto due o tre volte	1-4 mg/min
Procainamide	3-6 mg/kg in 5 min	20-80 mcg/kg/min
Bretilio	5 mg/kg in 1 min ripetibile dopo 15'	
Verapamile	5 -10 mg in 2 – 3 min	2 - 5 mcg/Kg/min

Adenosina	6 mg in 1 - 2 sec + lavaggio 20 ml fisiol + 12 mg dopo 2' + 12 mg dopo 2'	
Atropina	0,5 - 1 mg	
Dopamina	NO	5 - 20 mcg/Kg/min
Nitroglicerina	NO	0.5 - 5 mgck/kg/min
Labetalolo	0,25 mg/kg (20 mg) in 2'	2-20 mg/min
S.Nitroprussiato	NO	0,5 - 3 mcg/kg/min