

Dispnea

Protocollo per la valutazione e il trattamento della dispnea

Redatto da Piero Sanna, Caposervizio Centro di Cure Palliative, Bellinzona e Luisella Manzambi, infermiera Hospice Lugano

DEFINIZIONE

La dispnea è un'esperienza soggettiva di *discomfort* respiratorio caratterizzata da sensazioni qualitativamente distinte che variano d'intensità.

SOMMARIO

1.	INTRODUZIONE	2
1.1.	Definizione.....	2
1.2.	Prevalenza e incidenza	2
2.	EZIOLOGIA E FISIOPATOLOGIA.....	2
3.	VALUTAZIONE	3
3.1.	Osservazioni.....	3
3.2.	Strumenti.....	4
3.3.	Anamnesi	5
4.	PRESA A CARICO	5
4.1.	Prevenzione	5
4.2.	Interventi non farmacologici	6
4.3.	Interventi farmacologici	7
4.4.	Interventi specifici.....	8
4.5.	Dispnea alla fine della vita.....	8
5.	CONCLUSIONI.....	9
	ADDENDUM: COSA FARE IN CASO DI FATICA A RESPIRARE	10

1. INTRODUZIONE

La dispnea è la difficoltà di respirare indipendentemente dalle frequenze respiratorie, che possono essere alte o basse, e dalla saturazione di ossigeno. Questa difficoltà si traduce soggettivamente in una sensazione sgradevole di “fame d’aria” e in uno stato ansioso; oggettivamente a una prima osservazione traspare spesso irrequietezza e impossibilità di trovare una posizione confortevole. L’atto di respirare richiede al paziente disпноico spesso tutto il suo impegno e le sue energie.

1.1. Definizione

La definizione più nota è quella dell’American Thoracic Society che definisce la dispnea:

“un’esperienza soggettiva di discomfort respiratorio caratterizzata da sensazioni qualitativamente distinte che variano d’intensità”

Quest’esperienza deriva da una serie d’interazioni tra fattori fisiologici, psicologici, sociali e ambientali, e può indurre a risposte fisiologiche e comportamentali secondarie.

A seconda della fase respiratoria interessata può essere utile distinguere la dispnea tra: *inspiratoria, espiratoria – mista.*

Dispnea inspiratoria

Compare in caso di stenosi delle vie aeree superiori, per esempio con l’edema della glottide, tumori della laringe, masse mediastiniche che comprimono il tubo laringotracheale. E’ accompagnata da stridor e da rientramento degli spazi intercostali.

Dispnea espiratoria

Si manifesta nell’asma bronchiale per la stenosi diffusa dei piccoli bronchi e nell’enfisema polmonare per la diminuita elasticità polmonare.

Dispnea mista

E’ composta dalla dispnea inspiratoria ed espiratoria presenti contemporaneamente, per esempio nello scompenso cardiaco.

Esiste anche una dispnea **centrale** legata a lesioni del centro del respiro per emorragie e/o tumori cerebrali.

1.2. Prevalenza e incidenza

La dispnea è un sintomo frequente alla fine della vita. Dalla letteratura emerge che è presente nel 95% dei pazienti con BPCO, nel 70-80% dei pazienti oncologici, e tra il 50 e il 75% dei pazienti con qualsiasi altra patologia in fase avanzata. Inoltre, in assenza di un trattamento eziologico fattibile ed efficace, la dispnea è un fattore prognostico negativo a breve termine.

2. EZIOLOGIA E FISIOPATOLOGIA

La dispnea ha molto spesso **cause organiche** ma nell’ambito di malattie cronic-evolutive, avanzate o terminali, può anche essere esacerbata, potenziata e/o mantenuta da **cause non organiche**, come p.es l’ansia o il panico. Questo dato di fatto risulta particolarmente evidente nei pazienti che lamentano una dispnea pur presentando valori ossimetrici (pO₂) nella norma. Mentre nell’individuo sano svariati meccanismi di regolazione, sia a livello centrale che periferico, fanno sì che in qualsiasi momento il corpo possa adattare la funzione respiratoria alle necessità del momento. Nel corso di molte malattie

gravi, croniche e in evoluzione, subentrano invece **fattori di disturbo, a livello organico e non**, che possono innescare un progressivo disequilibrio della ventilazione, situazione sfavorevole e raramente autolimitante, percepita dal paziente in forma di dispnea.

L'origine della dispnea:

In cure palliative l'origine della dispnea va ricercata e messa in relazione:

- alle ripercussioni dirette o indirette della **malattia di base** sul sistema cardiovascolare/polmonare;
- ai possibili effetti negativi/collaterali del **trattamento** della malattia di base;
- all'influsso di **malattie concomitanti** alla malattia di base;
- al progressivo **declino** delle forze nel contesto generale di malattia.

Patofisiologia:

Tra i fattori patofisiologici più frequenti che possono concorrere o portare, direttamente o indirettamente, all'insorgere di dispnea ricordiamo:

- un'aumentata **resistenza** nelle vie aeree (p.es. BPCO);
- una perdita progressiva di **efficienza respiratoria** (p.es. insufficienza respiratoria, cardiaca, ... molto spesso su base polifattoriale);
- una perdita di **elasticità** del tessuto polmonare (p.es fibrosi), della muscolatura respiratoria (muscoli intercostali e diaframma, p.es cachessia) o della cassa toracica (p.es fratture costali in serie)
- una progressiva **infiltrazione/sostituzione** di tessuto polmonare (p.es tumore primario e/o metastasi)
- una **compressione** del tessuto polmonare (p.es versamento pleurico)
- un'**occlusione** del sistema vascolare (p.es embolia) o linfatico polmonare (p.es linfangiosi neoplastica)
- un'escalation incontrollata di **sintomi psicologici** (p.es ansia, panico, agitazione).

3. VALUTAZIONE

Qualsiasi valutazione di sintomo si basa sulla nostra **osservazione** quando incontriamo il paziente , sulla sua **autovalutazione**, sull'**anamnesi** e sulla **visita clinica**.

3.1. Osservazioni

frequenza respiratoria (tachipnea / bradipnea)

irrequietezza, agitazione

posizione spontanea del paziente

tosse

espettorato:

denso e appiccicoso? schiumoso e rosato? giallastro o verdastro? ematico?

rumori respiratori anomali

impiego dei muscoli respiratori accessori

cianosi

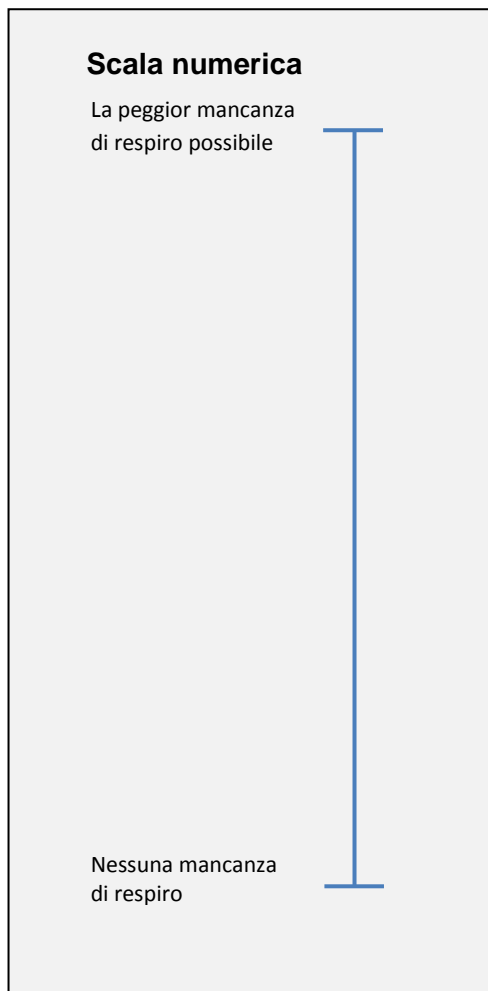
sudorazioni

polso tachicardico

problema continuo o intermittente?

3.2. Strumenti

Regola di base: poiché la dispnea è soggettiva, è il paziente che determina innanzitutto quanta fatica fa a respirare. Chiedere dunque se riesce a “quantificare” il sintomo a parole o su scala numerica da 0 a 10.



Scala di Borg modificata

10	La peggior mancanza di respiro possibile
9	Molto, molto forte
8	
7	Molto forte
6	
5	forte
4	Abbastanza forte
3	moderata
2	leggera
1	Molto leggera
0	Nessuna mancanza di respiro

Classificazione NYHA (New York Heart Association)

La classificazione NYHA è utile soprattutto per capirsi rapidamente col medico riguardo alla gravità della situazione in cui si trova il paziente.

Classe I:	Nessuna limitazione: l'attività fisica abituale non provoca astenia, dispnea, né palpitazioni.
Classe II:	Lieve limitazione dell'attività fisica: benessere a riposo, ma l'attività fisica abituale provoca affaticamento, dispnea, palpitazioni.
Classe III:	Grave limitazione dell'attività fisica: benessere a riposo, ma attività fisiche di entità inferiore a quelle abituali provocano sintomi.
Classe IV:	Incapacità a svolgere qualsiasi attività senza disturbi: sintomi di scompenso sono presenti anche a riposo, con aumento dei disturbi ad ogni minima attività (dispnea alla parola, bere, mangiare, alzarsi).

3.3. Anamnesi

Se la situazione lo permette, c'è una parte legata all'indagine diretta col paziente attraverso le seguenti domande:

Valutazione usando l'acronimo O, P, Q, R, S, T, U e V

O nset / Origine	Da quando ha dispnea? Se non è continua, quando c'è e quanto dura?
P rovoking / Provocato da P alliating / Palliato da	Cosa la provoca? Cosa la fa peggiorare? Cosa da sollievo?
Q uality / Qualità	Può descrivere con sue parole cosa sente?
R egion / Regione	Dove si manifesta?
S everity / Intensità	Quanto è intensa (con parole o su una scala da 0 a 10) in questo momento? Quanto è al suo minimo? Quanto è al suo massimo? Quanto disturba? Ci sono altri sintomi concomitanti?
T reatment / Trattamento	Quale è la terapia attuale? Quanto è efficace? Ha effetti collaterali da questa terapia? Quali altre terapie ha ricevuto nel passato?
U nderstanding / Comprensione Impact on you / Impatto	Che cosa pensa sia la causa di questo sintomo? In che modo influisce questo sintomo, che impatto ha sulla quotidianità? Sulla sua famiglia?
V alues / Valori	Qual è l'obiettivo per lei in relazione a questo sintomo? Qual è il livello per lei accettabile (su una scala da 0 a 10)? Ci sono altre considerazioni o sensazioni in relazione al sintomo che sono importanti per lei o per la sua famiglia?

Liberamente tradotto e adattato da:

http://www.fraserhealth.ca/media/SymptomAssessmentRevised_Sept09.pdf (24.02.2014)

4. PRESA A CARICO

4.1. Prevenzione

La conoscenza approfondita della storia di malattia ed un'accurata valutazione del paziente nel tempo permettono di **prevedere** l'insorgenza di disturbi legati alla respirazione e di riconoscere tempestivamente la necessità di intervenire. Le modalità d'intervento nella prevenzione si muovono essenzialmente su 2 assi:

- Le direttive anticipate e/o il rappresentante terapeutico al fine di chiarire in tempo cosa è importante per la persona malata, cosa vorrebbe o non vorrebbe nell'urgenza...;

- La pianificazione delle cure, affinché paziente e familiari non siano colti impreparati e sappiano fare i primi passi in caso di dispnea.

In qualsiasi ambito si trovi il paziente a rischio di dispnea, è essenziale aver sviluppato tempestivamente per lui e con lui un piano di presa a carico chiaro.

In allegato è scaricabile un breve documento, liberamente ripreso e tradotto dalla documentazione del Kantonsspital St. Gallen "Empfehlung: Dyspnoe" in cui sono riassunte per paziente e famiglia le prime indicazioni in caso di dispnea.

4.2. Interventi non farmacologici

Ogni volta che si verifica un episodio di dispnea, il personale curante deve tentare di stabilirne immediatamente la gravità. Un trattamento efficace della dispnea deve considerare sia la componente fisica sia quella psicologica. Indipendentemente dalla causa specifica, la dispnea può spaventare sia il paziente sia chi lo assiste, quindi:

- l'infermiere e più in generale il personale curante, deve restare calmo, rassicurante, parlare lentamente e in modo tranquillo, dare istruzioni semplici una alla volta;
- non lasciare solo il paziente con difficoltà respiratoria;
- Aiutarlo ad assumere una posizione seduta nel letto o in poltrona → lasciar scegliere la posizione più confortevole al paziente quando è possibile. Per il paziente troppo debole è utile sapere che spesso la posizione più confortevole è quella semi-seduta con supporto di cuscini sotto le ginocchia e le braccia;
- considerare ossigenoterapia se saturazione < 90% (in caso di saturazione normale, secondo la letteratura medica O₂ non serve, se non per un supporto psicologico);
- ambiente illuminato, fresco e ventilato, finestra aperta, corrente d'aria;
- abiti comodi;
- ridurre gli sforzi al minimo indispensabile (tragitti brevi con pause, igiene a letto, pasti frazionati e di facile assunzione);
- in caso di tosse secca umidificare l'ambiente;
- dare al paziente la possibilità di bere frequentemente a piccoli sorsi per evitare la xerostomia. Per la secchezza della mucosa nasale utilizzare apposite pomate);
- i familiari possono essere di grande aiuto **se adeguatamente informati, supportati e psicologicamente pronti.**

Rimane comunque essenziale spiegare al paziente e ai suoi famigliari l'origine della dispnea ed insegnare loro quali pratiche adottare per prevenire eventuali crisi respiratorie e/o tamponarne gli spiacevoli effetti.

Può essere utile richiedere l'intervento del fisioterapista per capire a fondo la dinamica di respirazione del paziente e per chiedere consigli su tecniche e presidi da adottare.

Quando allertare il medico?

Sostanzialmente il pericolo maggiore per il paziente è che si intervenga nella presa a carico con ritardo. Perciò va richiesta rapidamente una valutazione medica:

- Δ se sintomo dispnea di nuova insorgenza per il paziente
- Δ se paziente noto per dispnea, non migliora dopo la somministrazione di 1-2 riserve
- Δ e naturalmente se crisi di dispnea acuta.

4.3. Interventi farmacologici

Unitamente a, o nell'impossibilità di, un trattamento causale, la gestione della dispnea passa attraverso misure farmacologiche, qui di seguito riassunte.

Misure farmacologiche per la dispnea:

- **Morfina** po, sc o iv (effetto di riduzione percezione dispnea)
- **Benzodiazepine** po, sc o iv (effetto ansiolitico-rilassante, p.es. Temesta® 1 - 2.5mg po)
- Eventualmente **inalazioni** (Ventolin®, Atrovent®, effetto broncodilatazione).

Dosi raccomandate per iniziare un trattamento con Morfina:

Via orale:	5-10mg + 5mg in riserva	ogni 4h dose fissa; al bisogno, ripetibile anche ogni 10'-15'
Via parenterale (sc o iv):	2.5-5mg +2.5mg in riserva	ogni 4h dose fissa; al bisogno, ripetibile anche ogni 10'-15'
Infusione continua:	10-20mg	in infusione / 24h
	se paziente già sotto Morfina: incremento dose a scalini del 25% , non dimenticando di adattare anche le dosi di riserva!	
Valutare l'eventuale utilità di	farmaci di supporto come: broncodilatatori, steroidi e diuretici	
In ogni caso:	è utile consultare Servizio Cure Palliative IOSI	

Crisi di dispnea

In mancanza di una vera e propria definizione di che cosa sia una crisi di dispnea, per il paziente essa è strettamente correlata con fame d'aria e con la paura di morire soffocato. Si può considerare crisi di dispnea anche la refrattarietà del sintomo al trattamento di base impostato sopra.

La terapia farmacologica per la crisi di dispnea si basa innanzitutto su bolus:

Via parenterale (sc o iv):

- paziente che non ha terapia con oppioidi: Morfina 5mg ripetibile entro 5' fino VAS <5, rispettivamente NYHA 3
- paziente con terapia con oppioidi: 30-50% in più della sua dose di riserva abituale ripetibile entro 5' fino VAS <5, rispettivamente NYHA 3

Se nessun miglioramento:

Via parenterale (sc o iv):

Dormicum® 2.5 - 5mg ripetibile fino scala Ramsay 4 o secondo ordine medico.

Le seguenti indicazioni vogliono innanzitutto permettere di dare una prima rapida risposta al distress del paziente, per permettere di decidere i passi seguenti, sia diagnostici sia terapeutici.

4.4. Interventi specifici

Le cause che scatenano o peggiorano la dispnea devono essere possibilmente eliminate se il risultato previsto (miglioramento della sintomatologia) è ragionevolmente proporzionato all'impiego dei mezzi. In relazione allo stato generale del malato ed alla sua prognosi, meritano considerazione di ordine terapeutico specifico le seguenti situazioni cliniche:

- Polmonite: antibiotici, eventualmente espettoranti e fisioterapia.
- Asma: broncodilatatori, steroidi.
- Ostruzione delle vie respiratorie: si consideri l'eventualità di un'apertura delle vie respiratorie con laserterapia, stent o radioterapia soprattutto se l'atelettasia poststenotica è di recente insorgenza e probabilmente ancora reversibile.
- Linfangiosi carcinomatosa: la patologia è spesso terapia-resistente. Si può tentare un trattamento con steroidi (p.e. dexametasone 12-24 mg ripartiti in 2-4 dosi giornaliere, da ridurre gradualmente dopo 3 giorni fino alla dose minima efficace).
- Fibrosi attinica: ricorrere alle stesse misure indicate per la linfangiosi carcinomatosa.
- Versamento pleurico: toracentesi. In base alla prognosi, nel caso di recidiva a rapida insorgenza (in pochi giorni), si può fare ricorso ad una pleurodesi.
- Versamento pericardico: valutare l'eventuale ricorso a puntione e drenaggio.
- Insufficienza cardiaca: trattamento internistico.
- Embolia polmonare: anticoagulanti. Se non sussiste forte rischio di emorragia, occorre formulare l'indicazione con larghezza. Si possono così evitare reiterati attacchi dispnoici dovuti a piccole embolie recidivanti. In caso di disturbi dell'appetito o di alterata funzionalità epatica si proceda con estrema cautela nella prescrizione e nel controllo della terapia anticoagulante.
- Anemia: trasfusione. Il beneficio ottenuto da questo provvedimento terapeutico è però sovente deludente. La trasfusione va presa in considerazione se il paziente in passato ne ha tratto indiscutibile giovamento, se il tasso emoglobinico è diminuito rapidamente e se i valori di Hb sono molto bassi (attenzione al valore iniziale nei pazienti con pregressa pneumopatia cronica).
- Ascite: diuretici, paracentesi.
- Stipsi: (vedi cap. nello stesso classeur).
- Ritenzione urinaria: analogamente alla stipsi, questa patologia viene sottovalutata per importanza e frequenza.

4.5. Dispnea alla fine della vita

Come menzionato all'inizio del documento, la dispnea, in assenza di un trattamento eziologico fattibile ed efficace, indica una prognosi breve e sofferta.

E' un sintomo che, se non è controllabile, può richiedere l'introduzione di una sedazione, con lo scopo unico di evitare al paziente la sensazione di stare soffocando (vedi pallclick – capitolo sulla sedazione palliativa).

Aspirazione

Il rantolo tracheale è causato dalla saliva che non viene più deglutita, mentre le secrezioni bronchiali sono dovute spesso a infezioni polmonari; dunque qualsiasi tentativo di rimozione delle secrezioni è in ogni caso di brevissima durata. In generale **nelle cure di fine vita**, ad eccezione dei pazienti tracheostomizzati, **l'aspirazione delle secrezioni andrebbe evitata poiché fonte di notevole sofferenza, essa può causare in effetti conati di vomito, lacerazioni della mucosa con conseguente dolore e sanguinamento, dispnea, una produzione su base irritativa di ulteriori secrezioni, spasmo della laringe,...**

Si può decidere di aspirare nel cavo orale, spesso è utile il cambio di posizione e diminuire l'apporto di liquidi.

5. CONCLUSIONI

La dispnea rappresenta un sintomo grave, di origine spesso polifattoriale e difficile da gestire in cure palliative. Riconoscere per tempo l'insorgere del sintomo e anticipare interventi mirati ed efficaci permettono il più delle volte di evitare un'escalation che può portare ad una crisi di dispnea grave con tutte le conseguenze del caso.

Nel contesto di malattie cronico-evolutive, in particolare in quelle oncologiche, cardiologiche e neurologiche, la dispnea rappresenta un parametro di prognosi infausta a breve termine. Una presa a carico causale, quando possibile, e contemporaneamente sintomatica garantisce al paziente la migliore chance di controllo della sofferenza che deriva da un trattamento tardivo o inadeguato. Le tre colonne terapeutiche nella fase avanzata e terminale di malattia, restano la Morfina, le Benzodiazepine ad effetto ansiolitico e l'Ossigenoterapia. In situazioni dove il sintomo si presenta in forma refrattaria è necessario considerare l'opportunità di mettere il paziente a beneficio di una sedazione farmacologica (Dormicum o affini).

REFERENZE

- Ben-Aharon I. et al. "Interventions for Alleviating Cancer-Related Dyspnea: A Systematic Review". Journal of Clinical Oncology 2008; 26:2396-2404
- Clemens KE et al. "Use of oxygen and opioids in the palliation of dyspnea in hypoxic and non-hypoxic palliative care patients: a prospective study". Support Care Cancer 2009; 17(4): 367-377
- Kathireson G et al. "Dyspnea in lung cancer patients: a systematic review". Lung cancer: Targets and Therapy 2010; 1: 141-150
- Johnson M.J et al. "Gaps in the evidence base of opioids for refractory Breathlessness. A future work plan?". J Pain Symp Management 2012; 43: 614-624
- American Thoracic Society Documents:
- Lanken P.N. et.al. „An Official Thoracic Society Clinical Policy Statement: Palliative Care for Patients with Respiratory Diseases and Critical Illnesses". March 2007
<https://www.google.com/url?q=http://www.thoracic.org/statements/resources/hcpeeolc/palliative-care.pdf>
- Mularski R.A et al. «An Official American Thoracic Society Workshop Report: Assessment and Palliative Management of Dyspnea Crisis". June 2013
<http://www.thoracic.org/statements/resources/hcpeeolc/Crisis-Dyspnea.pdf>

Siti:

- http://www.fraserhealth.ca/EN/hospice_palliative_care_symptom_guidelines/
- http://www.arcosvd.ch/arcos_home/arcos_filiere_soins/arcos_filiere_soins_palliatifs/arcos-gspmv.htm

Addendum: **Cosa fare in caso di fatica a respirare**

Cosa fare in caso di fatica a respirare (dispnea)

1. Mantenere la calma e cercare di agire in modo calmo (paziente e familiari)
2. Mettersi in posizione confortevole, di solito seduti e appoggiare le braccia su qualcosa di solido (es. tavolo)
3. Aprire le finestre e/o avviare il ventilatore, applicare l'ossigeno, fare inalazioni
4. Farmaci di riserva (che aiutano a respirare meglio / calmanti):
 - Morfina: mg, ripetibile dopo 10 minuti
 - Temesta exp. 1 mg
 - altro:
5. Se non migliora, telefonare a :
Nome: Telefono:
Nome: Telefono:
6. Eventualmente ripetere la somministrazione dei farmaci come al punto 4.
7. Se non migliora o se gli aiuti non sono disponibili in tempo utile:
 - Ambulanza: tel. 144
 - Medico di guardia:

L'informazione al paziente, ai familiari e al medico di famiglia è stata data da:

nome: professione: data: firma:

Visto del medico di famiglia

data: firma: