

# DISTRESS RESPIRATORIO

**CONDUCE:** HUGO LOAYZA

CATTEDRA DI ANESTESIA E TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA  
UNIVERSITA' STATALE RUSSA DI MEDICINA

**DISCUSSANT:** D.M.L. SIMONETTI

U.O.C. NEONATOLOGIA TIN- PEDIATRIA  
P.O. "A. CARDARELLI" CAMPOBASSO

# Caso clinico

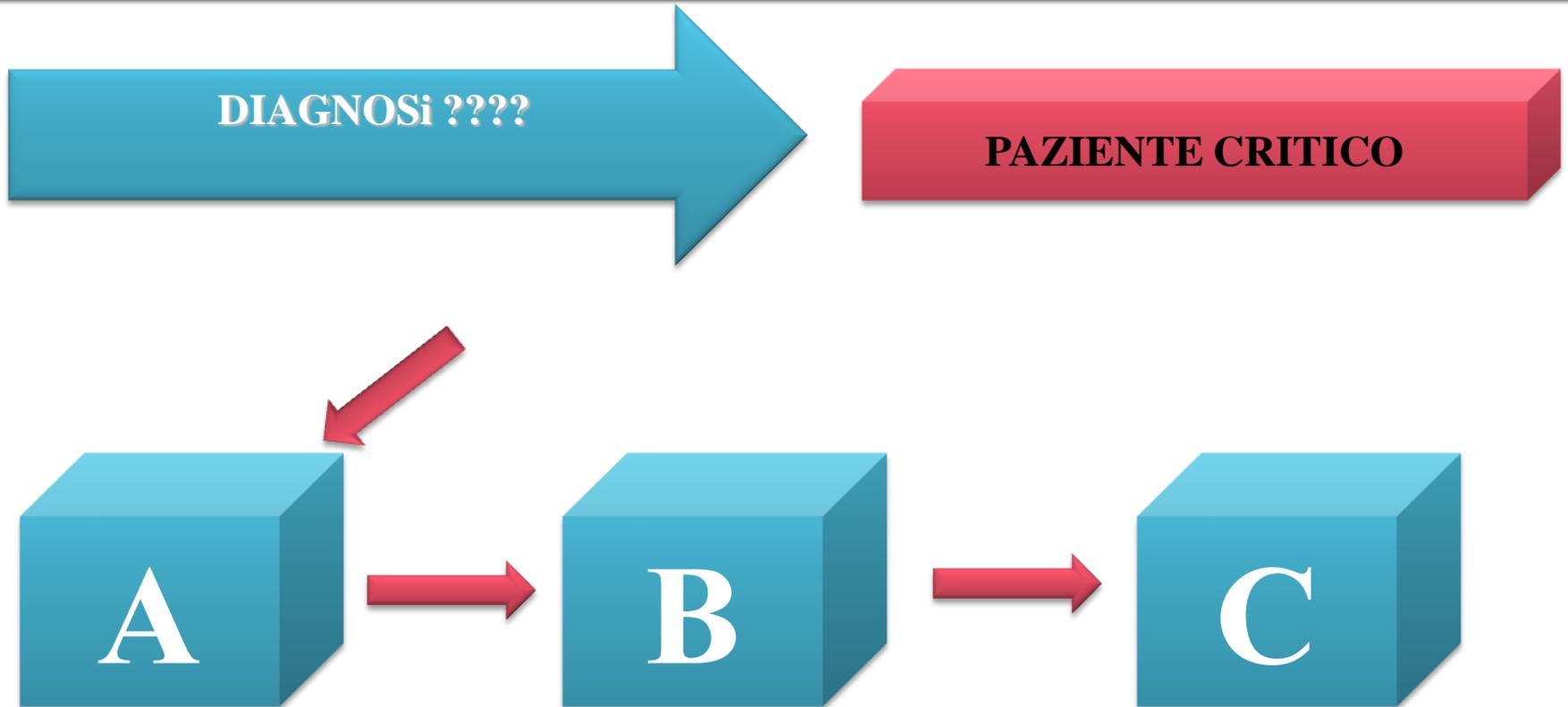
ADOLESCENTE DI 13 ANNI (portatrice di apparecchio dentale)

- Durante una manovra di ortodonzia per correzione dentale, improvvisamente, lamenta difficoltà respiratoria, che recede spontaneamente in pochi minuti.
- A casa si presenta nuovamente difficoltà respiratoria, associata a disfagia, odinofagia: la ragazza viene subito portata al pronto soccorso dai genitori
- All' arrivo in PS: paziente cosciente ,un po' agitata, stridore inspiratorio, polipnea ,FR 38 atti/m ,modesti rientramenti intercostali e sopraclavicolari, assenza di febbre.

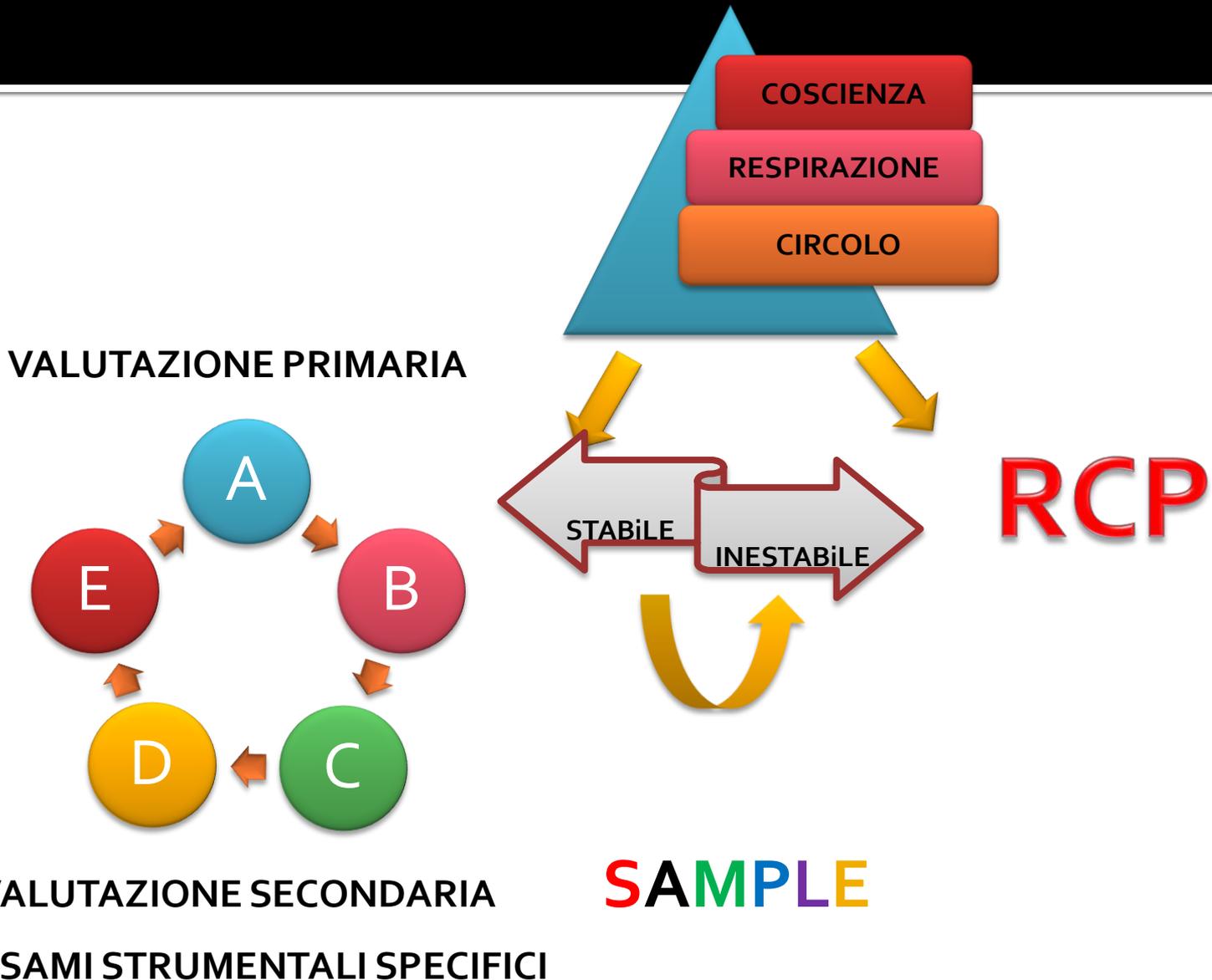
# CHE COSA DOBBIAMO FARE ORA?

- 1 Rx del collo
- 2 Tc del collo
- 3 Approccio strutturato
- 4 Aerosol di adrenalina
- 5 Ossigenoterapia

# APPROCCIO AL PAZIENTE CRITICO



# APPROCCIO STRUTTURATO PALS



# APPROCCIO STRUTTURATO PALS DEL NOSTRO PAZIENTE

**COSCIENZA:** COSCIENTE, UN PO' AGITATA

**RESPIRAZIONE:** POLIPNEA

**CIRCOLO:** N

## VALUTAZIONE PRIMARIA

**A:** STRIDORE INSPIRATORIO, RIENTRAMENTI

**B:** POLIPNEA, FR: 36 ATTI /MIN, SAT O<sub>2</sub> : 96% (aria ambiente)

**AUSCULTAZIONE DEL TORACE:** N

**C:** N

**D:** AGITATA

**E:** N

## VALUTAZIONE SECONDARIA

**S:** NO

**P:** SANA

**A:** NO

**L:** NO HA MANGIATO

**M:** NO

**E:** NO

**ESAMI STRUMENTALI SPECIFICI**

# COSA FACCIAMO?

- 1 AEROSOL DI ADRENALINA**
- 2 EMOGASANALISI**
- 3 APPROCCIO PALS**
- 4 RX DEL COLLO**
- 5 OSSIGENOTERAPIA**

# APPROCCIO PALS



# APPROCCIO PALS

**IDENTIFICARE**

**SEVERITA'**

**DISTRESS RESPIRATORIO**

**INSUFFICIENZA RESPIRATORIA**

**TIPOLOGIA**

**OSTRUZIONE VIA AEREA ALTA**

**OSTRUZIONE VIA AEREA BASSA**

**PATOLOGIA PARENCHIMALE**

**PATOLOGIA DEL CONTROLLO DELLA  
RESPIRAZIONE**

# APPROCCIO PALS

IDENTIFICARE

SEVERITA'

**DISTRESS RESPIRATORIO**

**INSUFFICIENZA RESPIRATORIA**

# Segni di distress respiratorio

- Rientramenti toracici
- Poli/bradipnea
- Rumori respiratori
- Uso della muscolatura accessoria
- Alitamento delle pinne nasali

# CAUSE DI DISTRESS RESPIRATORIO

- RESPIRATORIA
- CARDIOVASCOLARE
- SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO
- METABOLICO
- ENDOCRINOLOGICA
- EMATOLOGICA
- GASTROINTESTINALE

# APPROCCIO PALS

IDENTIFICARE

TIPOLOGIA

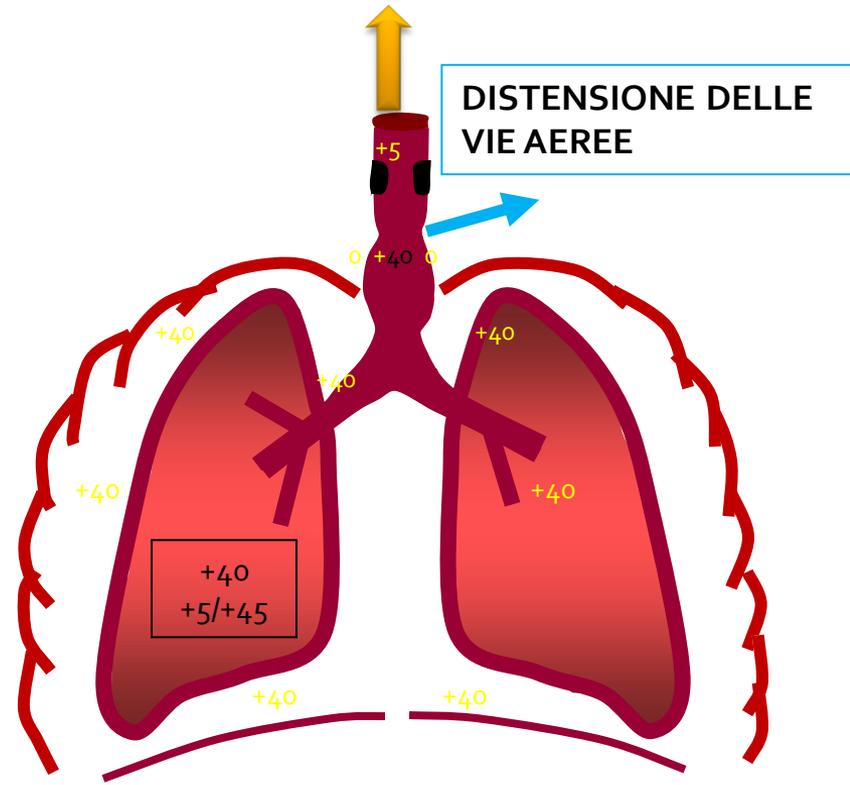
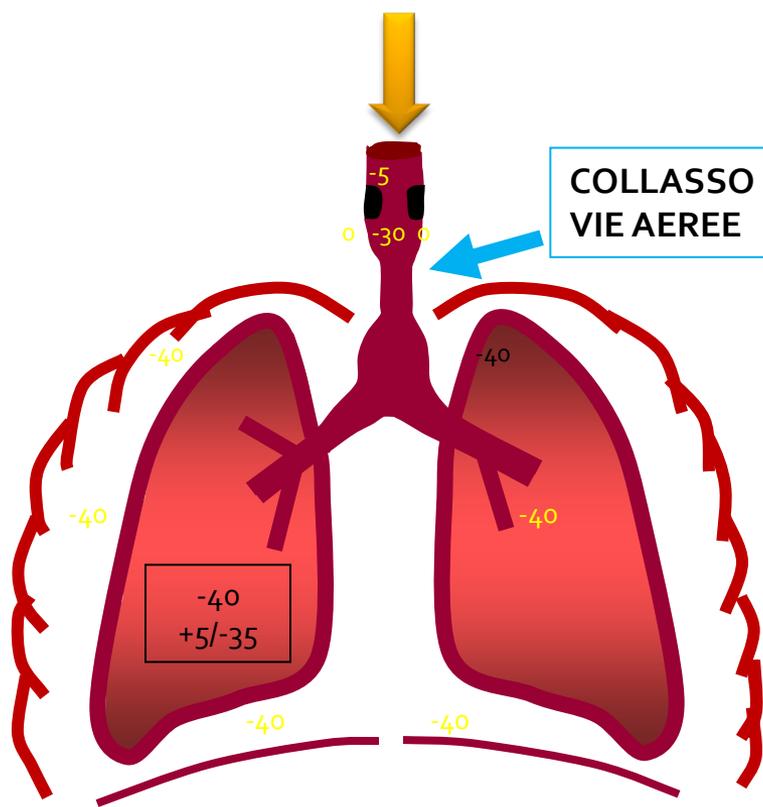
OSTRUZIONE VIA AEREA ALTA

OSTRUZIONE VIA AEREA BASSA

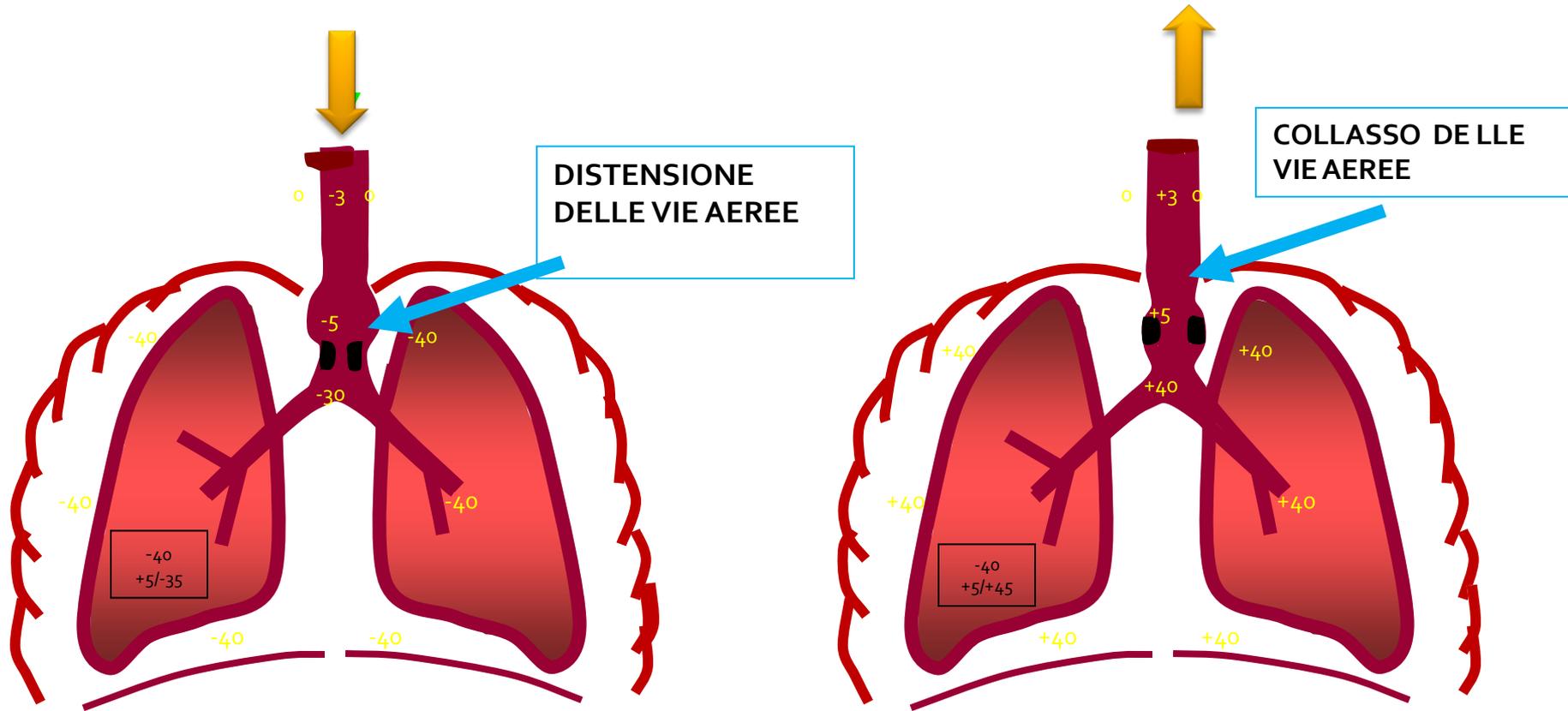
PATOLOGIA PARENCHIMALE

PATOLOGIA DEL CONTROLLO DELLA RESPIRAZIONE

# STRIDORE ACUTO INSPIRATORIO E DINAMICA DEL FLUSSO AEREO NELL'OSTRUZIONE EXTRATORACICA



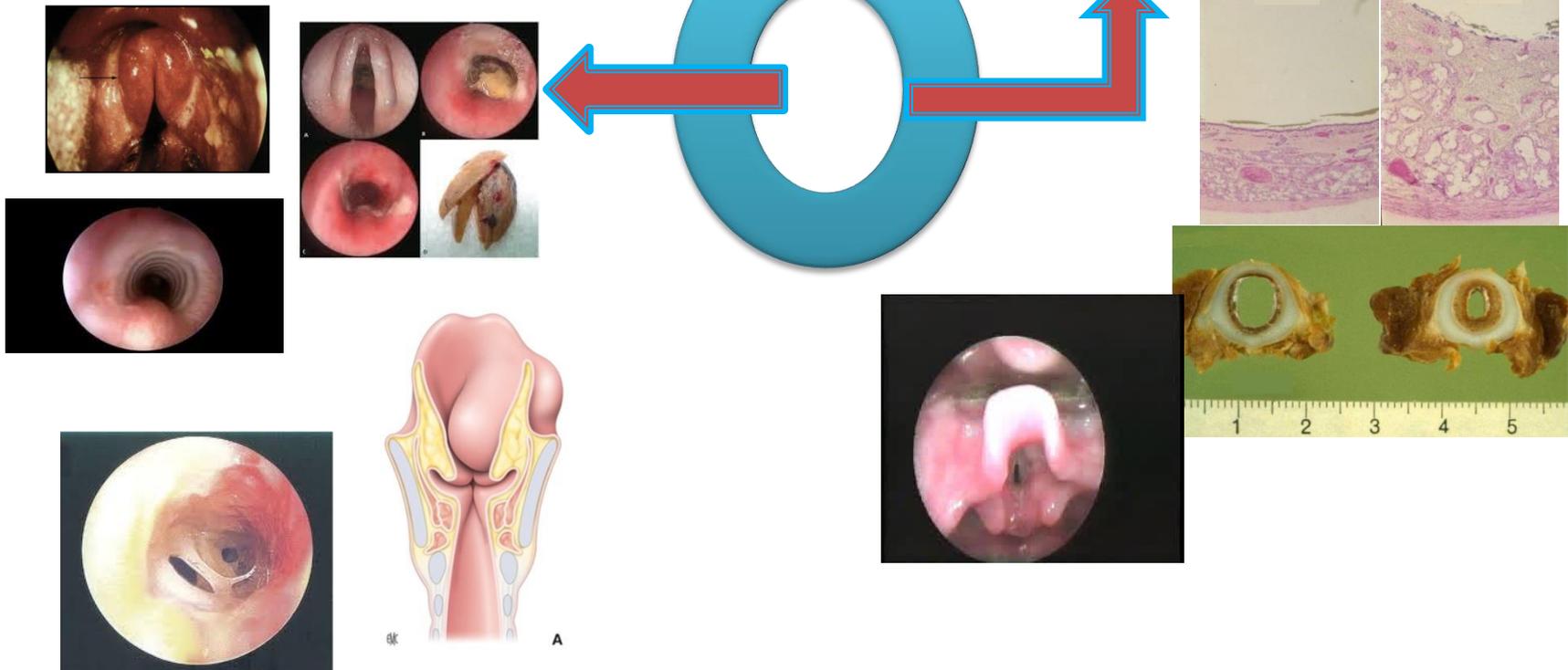
# DINAMICA DEL FLUSSO AEREO NELLA OSTRUZIONE INTRATORACICA-EXTRAPOLMONARE



# CAUSE DI OSTRUZIONE DELLE ALTE VIE AEREE

MECCANICHE  
INTRINSECHE

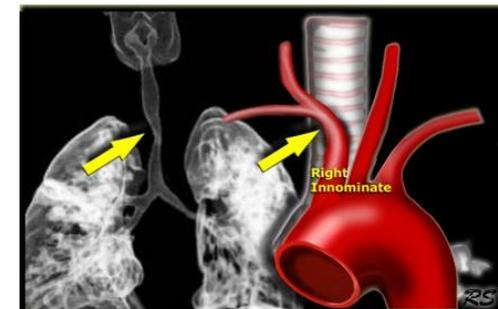
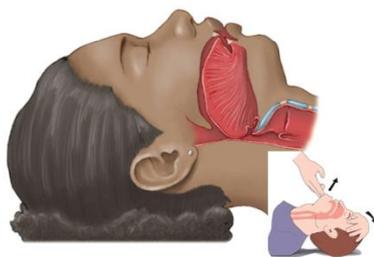
EDEMA DELLA MUCOSA



# CAUSE DI OSTRUZIONE

## MECCANICHE ESTRINSECHE

- ASCESSO, EMATOMA, TUMORE, CORPO ESTRANEO INALATO, ANOMALIE CONGENITE



# PATOLOGIE OSTRUTTIVE DELLE VIE AREEE EXTRATORACICHE

CON FEBBRE

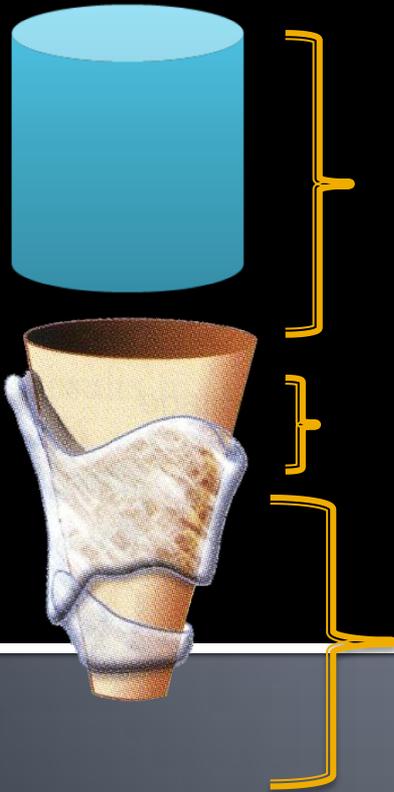
SENZA FEBBRE

ASCESSO RETROFARINGEO  
EPIGLOTTITE

CORPO ESTRANEO  
TUMORI, EMATOMI

LARINGITE IPOGLOTTICA  
TRACHEITE BATTERICA

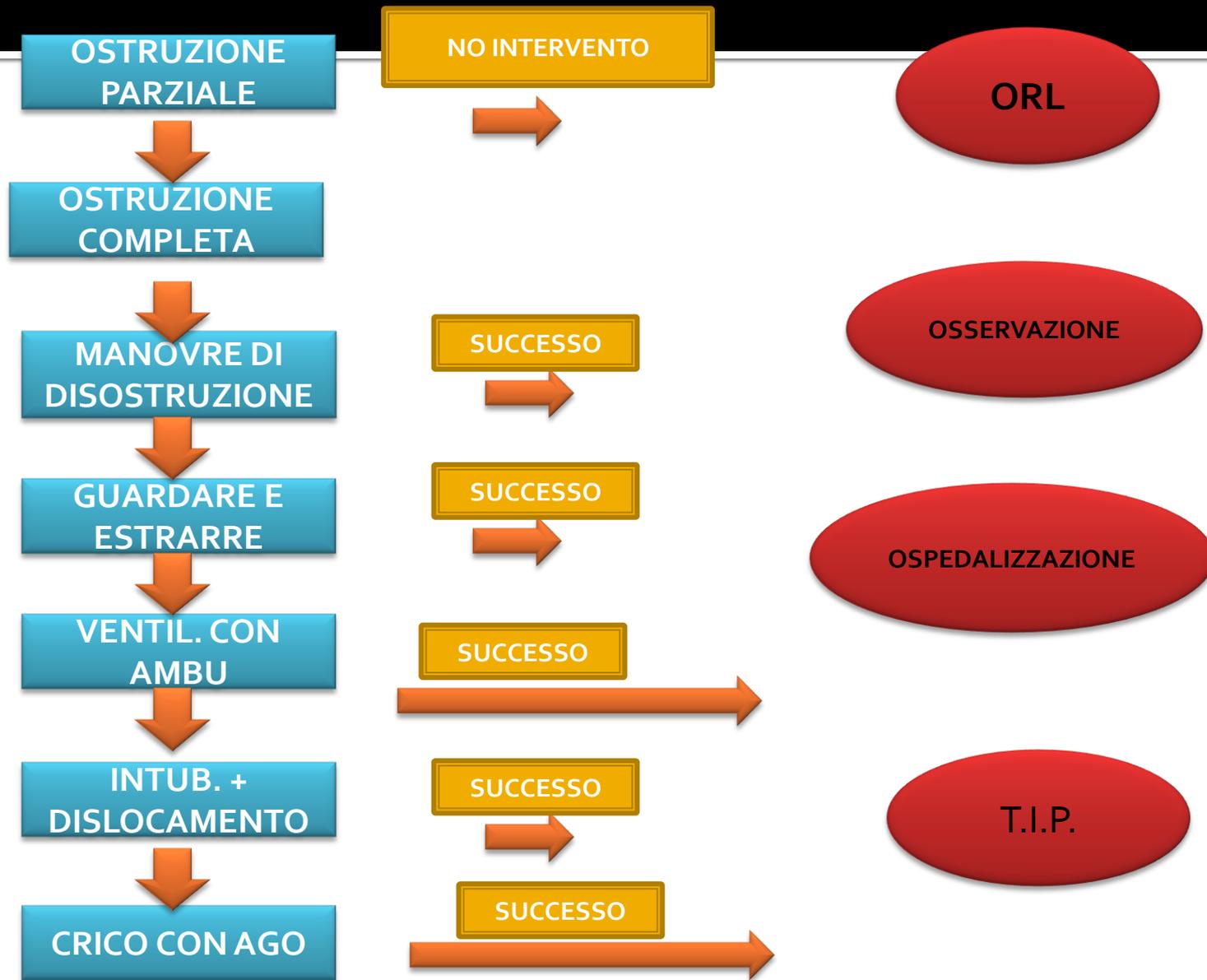
CROUP SPASMODICO  
ANGIOEDEMA  
CORPO ESTRANEO  
ANOMALIE CONGENITE  
LESIONI TERMICHE, CHIMICHE



# POSSIBILI CAUSE DEL DISTRESS RESPIRATORIO NEL NOSTRO PAZIENTE

- 1-CORPO ESTRANEO
- 2- ANGIOEDEMA
- 3- ANOMALIA CONGENITA
- 4-EPIGLOTTITE TRAUMATICA
- 5-PARALISI DELLE CORDE VOCALI
- 6- ?

# ALGORITMO DEL CORPO ESTRANEO



# ESAMI STRUMENTALI

- 1- Rx COLLO
- 2- TC COLLO
- 3- LARINGOSCOPIA
- 4- ECOGRAFIA

# ESAMI STRUMENTALI

## -LARINGOSCOPIA A FIBRE OTTICHE

SECREZIONI MUCOPURULENTE

MOTILITA' DELLE CORDE VOCALI NORMALE

# NOSTRO PAZIENTE

IN PRONTO SOCCORSO

- SI OSSERVA UN DETERIORAMENTO RESPIRATORIO, AUMENTO DELL'AGITAZIONE E DELLO SFORZO RESPIRATORIO
- FR: 55 SATO<sub>2</sub> : 85%,  
SI DECIDE DI CHIAMARE al INTENSIVISTA
- SI INIZIA NIV E POI SI TRASFERISCE IN TERAPIA INTENSIVA
- ACCESSO VENOSO, ANTIBIOTICI PER POSSIBILE

TRACHEITE BATTERICA...?

# VALUTAZIONE DEL DETERIORAMENTO RESPIRATORIO

- Aumento dell'agitazione
- Incremento della F.R. ( $> 60/m$ )
- Aggravamento della dispnea
- Aumento della fatica respiratoria
- Comparsa di apnee
- Riduzione dell'ossigenazione
- Ridotta penetrazione aerea
- Alterazione dello stato di coscienza

# Segni di respirazione inefficace

- Ridotta escursione toracica
- Basculamento addominale
- Rumori respiratori

## Effetti dell'insufficienza respiratoria su altri organi

Cianosi

Irrequietezza, stanchezza, apatia

Bradycardia

# IN TERAPIA INTENSIVA

- Rx torace : infiltrati basali sinistri
- Esami del sangue: leucocitosi, PCR 21mg/dl
- Rx laterale collo: N
- Ecografia del collo : N
- EMOCOLTURA: NEGATIVA
- STUDIO ORL: ritenzione della saliva nei seni piriformi
- Lamenta dolore cervicale, difficoltà' alla deglutizione e scialorrea

# Cosa volete fare A QUESTO PUNTO?

- 1- PROVA MANTOUX
- 2-TC POLMONARE
- 3-ENDOSCOPIA DIGESTIVA
- 4- test del SUDORE
- 5- APPROFONDIRE LA ANAMNESI
- 6- ?

# ANAMNESI PERSONALE

I GENITORI RIFERISCONO

- DA 4 MESI UMORE DEPRESSO E STANCABILITA'
- DA DUE MESI DIFFICOLTA' ALLA MASTICAZIONE E ALLA DEGLUTIZIONE, APPESANTIMENTO DELLE PALPEBRE, ALTERAZIONE DELLA VOCE

# A QUESTO PUNTO A CHI POSSIAMO CHIAMARE PER LA CONSULENZA?

- 1- PSICHIATRA
- 2- PNEUMOLOGO
- 3- NEUROLOGO
- 4- GASTROENTEROLOGO
- 5- PSICOLOGO

# CONSULENZA DEL NEUROLOGO

## SI DECIDE DI FARE:

- ELETTROMIOGRAFIA
- ANTICORPI POSTSINAPTICI( antiAchR,)
- TEST FARMACOLOGICO

## DS: MIASTENIA GRAVIS

- CRISIS MIASTENICA

# **PATOLOGIE NEUROMUSCOLARI**

- **L' INSUFFICIENZA RESPIRATORIA ACUTA E' LA PIU' TEMUTA COMPLICANZA DELLE MALATTIE NEUROMUSCOLARI**
- **LE FORME PIU FREQUENTI DI INSUFFICIENZA RESPIRATORIA NEUROMUSCOLARE SI HANNO NELLA SINDROME DI GUILLAIN-BARRE E NELLA MIASTENIA GRAVIS**

# PATOLOGIA NEUROMUSCOLARE E IRA

## MECCANISMI FISIOPATOLOGICI

- 1- COINVOLGIMENTO BULBARE CON DEBOLEZZA DEI MUSCOLI FACCIALI, MASTICATORI, OROFARINGEI E LARINGEI → OSTRUZIONE DELLE VIE AEREE ALTE
- 2- DEBOLEZZA DEI MUSCOLI INSPIRATORI → ALTERAZIONE V/P  
IPOVENTILAZIONE  
IPOSSIEMIA
- 3- DEBOLEZZA DEI MUSCOLI ESPIRATORI → INADEGUATA ESPETTORAZIONE  
ASPIRAZIONE POLMONARE  
POLMONITI  
MICROATELETTASIE

# **MIASTENIA GRAVE**

**PATOLOGIA RARA MA CON ALTO RISCHIO PER  
LA VITA**

**MA MI PUO' CAPITARE!!!!!!**