

Abstract: Importanza del riconoscimento e della gestione trattamento precoce del distress respiratorio : descrizione di un caso clinico.

F.Parisi¹, M.Sanseviero¹, S.Zampogna²

¹Pediatria Universitaria, Università Magna Graecia di Catanzaro

²S.O.C. Pediatria Aziendale- Azienda Ospedaliera Pugliese Ciaccio

Background: Il distress respiratorio è un' emergenza medica, una condizione clinica caratterizzata da un'alterata frequenza respiratoria o da un alterato lavoro respiratorio che può risultare aumentato (es. alitamento delle pinne nasali, rientramenti intercostali o del giugulo, utilizzo dei muscoli respiratori accessori) o inadeguato (ipoventilazione o bradipnea). Le complicanze legate all'ipossiemia (SaO₂ al di sotto del 94% in aa in un bambino non patologico), e/o all'ipercapnia se non prontamente trattate possono evolvere verso l'arresto cardio-respiratorio. Giunge in PS paziente di 6 mesi per distress respiratorio grave. In anamnesi febbre da qualche giorno e improvvisa dispnea. All'esame obiettivo: wheezing, marcata tachipnea, tachicardia, alitamento delle pinne nasali, utilizzo dei muscoli accessori della respirazione. SpO₂ 88%, FR 44/m , FC 170/m . Si somministra O₂ ad alti flussi e si posiziona accesso venoso . EGA arterioso : PH 7,27; pCO₂ 70 mmHg, PO₂ 58 mmHg, HCO₃⁻ 32.1 mmol/l, BE 3.2 mmol/l. Non è stato possibile effettuare ossigenoterapia HFNC per livelli elevati di CO₂>65 mmHg . Continua O₂ terapia e si somministrano adrenalina 1 fiala e soluzione fisiologica 3 ml per via aerosolica; non essendoci un evidente miglioramento dello score clinico si somministra per via parenterale metilprednisolone 1 mg/kg in 6-8 ore, salbutamolo 10 mcg/Kg (dose bolo) in 10 min, seguita da infusione continua a 0,2 mcg/Kg/min. Valutata la labilità dei parametri vitali si attiva l' Advanced Management of Respiratory Emergencies; il pz è stato prontamente trasferito in rianimazione per una gestione avanzata dell'insufficienza respiratoria con successiva stabilizzazione del quadro clinico e trasferimento presso il nostro reparto dopo circa 12 ore. **Conclusioni:** La descrizione didattica del caso clinico ci consente solo di riflettere su quanto una precoce stabilizzazione e riconoscimento dei segni di distress respiratorio con successiva attivazione dell' Advanced Management of Respiratory Emergencies possa evitare l'evoluzione verso l'intubazione orotracheale (IOT) e/o arresto cardio-respiratorio.

Bibliografia:

Pediatric Basic Life Support and Cardiopulmonary Resuscitation Quality 2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care

Dianne L. Atkins, Stuart Berger, Jonathan P. Duff, John C. Gonzales, Elizabeth A. Hunt, Benny L. Joyner, Peter A. Meaney, Dana E. Niles, Ricardo A. Samson, Stephen M. Schexnayder

Circulation. 2015;132:S519-S525, originally published October 14, 2015