

Trattamento delle atelettasie post estubazione con free-aspire: Un esempio di fisioterapia respiratoria nel neonato

Dott. SIMONE PIZZI (1), Dott. NORA PRENDUSHI (1), Dott. VITTORIO ROMAGNOLI (1), Dott. MATTEO NESPECA (2)(1), Dott. ALESSANDRO VOLPINI (1), Dott. ARELIE LAZARTE (1), Dott. GIAN MARCO PIATTELLINI (1), Dott. ROBERTA PALLOTTO (1), Dott. SALVATORE CAZZATO (1), Dott. AMICI MIRCO (1)

(1) AOU Ospedali Riuniti Ancona - Presidio "G. Salesi", Ancona, Italia.

(2) Fondazione Policlinico Universitario "A. Gemelli", Roma, Italia.

Argomento: Terapia Intensiva Pediatrica

Caso clinico: Paziente con storia di prematurità estrema (gravidanza trigemina triamniotica tritoriale, 27+3s.g., PN 780gr) ricoverata in Rianimazione Pediatrica a due mesi di vita (36+6s.g., peso 1.700gr) per sepsi in corso di bronchiolite (VRS-positivo). La neonata proveniva da altro ospedale intubata per via orotracheale per apnee subentranti, ipossiemia severa ed acidosi respiratoria. Durante le degenza ha necessitato di ventilazione meccanica (VCV poi PSV per 72h complessive), antibiotico-terapia ad ampio spettro (meropenem+vancomicina), trasfusione di emazie concentrate ed infusione di plasma. Al momento dell'estubazione è stata posta in HFNC (2 l/Kg/min, FiO2 0.30). Dopo 96h circa peggioramento clinico (FiO2 0.60, EGAVenoso: pH 7.31, PCO2 80mmHg) e radiografico con completo opacamento dell'emitorace sinistro ed ipodiafania apicale destra, pertanto la piccola paziente è stata posta in NIV-PCV, ed è stato avviato programma di fisioterapia respiratoria: trattamento di 3 sedute/die con Free-Aspire "Kalos" (20' a livello 3) tramite mascherina e supplemento di O2 al bisogno raccordato all'interfaccia, a fine seduta stimolazione della tosse con passaggi posturali (supina-decubito laterale destro e sinistro). La bambina ha tollerato bene il trattamento, mostrando tosse valida ed efficace nel mobilizzare le secrezioni, aspirate al bisogno a livello orale. In III giornata di trattamento evidenza di miglioramento clinico (paziente dapprima posta in HFNC 1 l/kg/min, FiO2 0.30 poi in respiro spontaneo FiO2 0.21 - 0.25 tramite occhialini, EGAVenoso: pH 7.37, PCO2 48mmHg) e radiologico (controlli ecografici seriati).

Discussione: La fisioterapia respiratoria assume un ruolo sempre più importante anche nei lattanti di peso basso/estremamente basso in situazioni cliniche particolari quali le atelettasie post-estubazione. Un trattamento tramite Free-Aspire nel nostro caso è risultato efficace e sicuro nel mobilizzare le secrezioni e nel favorire il reclutamento alveolare.