

DI COSA  
SI TRATTA

**Infezione virale acuta** che interessa i **bronchioli terminali** e gli **alveoli** con conseguente **distress respiratorio**.

Nel 60-90% dei casi è dovuta al **virus respiratorio sinciziale (VRS)**.

L'età tipica è al di **sotto dei 2 anni**; le forme più gravi sono quelle dei primi mesi. L'acme di gravità della sintomatologia respiratoria sopravviene dopo 3-4 giorni dall'esordio: questo dato va tenuto presente nel programmare la vigilanza.

PERCHÉ  
PUÒ ESSERE  
UN'URGENZA

- Possibile evoluzione verso un quadro di **insufficienza respiratoria**.
- Possibile **disidratazione**, dovuta alla difficoltà di assumere liquidi e alla tachipnea (*perspiratio insensibilis*).

BANDIERINE  
ROSSE

- Prematurità.
- Età < 1 mese.
- Cardiopatia.
- Patologia polmonare pregressa (es. displasia broncopolmonare).
- Sindrome di Down.
- Malattia neuromuscolare.
- Distress respiratorio severo con tachipnea (con FR > 60-70 atti/min), tachicardia, utilizzo marcato dei muscoli respiratori accessori, alitamento pinne nasali e/o grunting.
- Subcianosi/cianosi.
- SpO<sub>2</sub> < 92%.
- Episodi di apnea.
- Irritabilità o letargia.
- Ridotti introiti alimentari e/o segni di disidratazione (ridotto output urinario).

CHI  
MI AIUTA?

Anestesista/rianimatore in caso di segni di imminente insufficienza respiratoria.

STRUMENTI  
DIAGNOSTICI

- **Saturimetro** (monitoraggio di FC e SaO<sub>2</sub> e valutazione della necessità di ossigenoterapia).
- **EGA** (se affaticamento respiratorio e FiO<sub>2</sub> > 40%).

GLI ERRORI  
PIÙ FREQUENTILE REGOLE  
D'ORO

Uso inappropriato di terapie farmacologiche inefficaci, quando le sole terapie dimostratamente efficaci sono ossigenoterapia e idratazione.

- Valutare la necessità dell'ossigenoterapia e dell'idratazione facendo rigoroso riferimento ai criteri di gravità (vedi tabella seguente).
- Nel quadro lieve, prestare attenzione a dare ai genitori informazioni chiare sulle bandierine rosse per riportare il bambino in caso di deterioramento, tenendo conto che la malattia ha la sua acme nella terza-quarta giornata.
- Se necessaria l'idratazione e.v., ricordare l'alta frequenza di SIADH e ridurre gli apporti ai 2/3 dei fabbisogni utilizzando soluzioni isotoniche.

	<b>0</b>	<b>0,5</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
<b>SpO<sub>2</sub> (in aria ambiente FiO<sub>2</sub> 21%)</b>	> 95% in aria ambiente	95% > SpO <sub>2</sub> > 90% in aria ambiente	SpO <sub>2</sub> > 90% con FiO <sub>2</sub> 21% (in supporto respiratorio)	SpO <sub>2</sub> < 90% con FiO <sub>2</sub> 21% (in supporto respiratorio)
<b>Rumori inspiratori</b>	Normale (murmure vescicolare simmetrico)	Lievemente asimmetrico	Marcatamente asimmetrico	Ridotto/assente
<b>Rumori espiratori</b>	No	Lievi	Moderati	Severi
<b>Muscoli accessori</b>	No	Lieve (rientramenti intercostali)	Moderato (rientramenti intercostali e sottocostali)	Severo (rientramenti inter-/sottocostali, giugulari e nodding)
<b>Neurologico</b>	Normale	Agitato quando disturbato	Depresso/agitato	Marcatamente depresso/soporoso

Tabella 1. Modified Wood's Clinical Asthma Score (M-WCAS). Istruzioni: lo score è da valutare con paziente calmo, sveglio e in assenza di pianto

