



ARMANDO FERNANDES

PEDIATRA

E-mail: cptul.armando.fernandes@gmail.com

BRONQUIOLITE AGUDA

A expressão bronquiolite aguda designa uma afecção de etiologia predominantemente vírica caracterizada por obstrução das vias aéreas inferiores de pequeno calibre.

É provocada, geralmente, por vírus (vírus respiratório sincicial (VRS) (75-80%), vírus parainfluenza, vírus influenza A e B, adenovírus, rinovírus, metapneumovirus humano, coronavírus, etc.). Raramente podem ser responsabilizadas *algumas bactérias*, nomeadamente o *Mycoplasma pneumoniae* e o *Haemophilus influenzae*. A transmissão ocorre por contacto directo com secreções nasais infectadas.

Atinge sobretudo crianças até aos 2-3 anos de idade (90% dos casos ocorrem em lactentes entre os 1-9 meses de idade), nos meses frios (entre Novembro e Abril).

Surge habitualmente num contexto familiar ou epidemiológico de infecção respiratória. O período prodromico (2-3 dias) consiste em rinorreia anterior seromucosa, obstrução nasal, tosse (inicialmente rouca durante 3-5 dias, tornando-se progressivamente mais frequente, produtiva e profunda), febre ligeira e anorexia (“perda de apetite”). Na fase aguda (5 dias) predomina a dificuldade respiratória (pieira, polipneia (“movimentos respiratórios rápidos”), tiragem (“depressões intercostais”), adejo nasal (“bater ou abrir as asas do nariz”), etc.). A criança não quer comer e, por vezes, pode vomitar com a tosse.

É uma situação clínica que pode requerer cuidados especiais.

PEÇA AJUDA PEDIATRICA IMEDIATAMENTE SE:

A criança tem ≤ 6 meses de idade.

A criança vomita frequentemente.

A dificuldade respiratória não melhora e/ou torna-se mais grave (frequência respiratória ≥ 60 /min, não consegue comer ou chuchar a chupeta, depressões intercostais, infradiafragmáticas (“ficar com as costelas marcadas”) e/ou da fúrcula esternal (“cavinha” acima do esterno), adejo nasal (“abrir as asas do nariz”), “meter a barriga para dentro”, etc.).

Os lábios ou as unhas tornam-se azulados ou escuros.

A criança não consegue falar (porque a respiração é muito rápida).

A criança torna-se excessivamente irritada ou sonolenta.

A criança tem factores de risco: prematuridade (idade gestacional < 34 semanas), doenças crónicas (fibrose quística, displasia broncopulmonar, cardiopatia congénita, doença neuromuscular, imunodeficiência, etc.) e trissomia 21.

TRATAMENTO

Manter a criança calma.

Reduzir a actividade física da criança (geralmente ela própria controla a actividade que pode fazer).

Encorajar a ingestão de líquidos e fracionar as refeições (não se preocupe se a criança não ingere sólidos por 2-3 dias).

Colocar a criança a dormir numa posição semi-sentada, respirando numa atmosfera húmida (nebulizador, vaporizador). A melhor maneira de fazer isto é colocar uma almofada debaixo do colchão junto à cabeça e outra mais pequena junto às pernas, de modo que a criança fique semi-sentada, parecendo que está num cadeirão.

Evite a exposição ao fumo de tabaco.

Manter vigilância.

Dar antipiréticos, se necessário.



ARMANDO FERNANDES

PEDIATRA

E-mail: cptul.armando.fernandes@gmail.com

Pode necessitar de outros medicamentos, nomeadamente broncodilatadores em aerossol* ou em câmara expansora, por exemplo Aerochamber®. (só se prescritos pelo pediatra!).
Cinesiterapia respiratória (só se recomendada pelo pediatra!)”

COMPLICAÇÕES

Na maioria dos lactentes, a pieira (brôncoespasmo) melhora dentro de 3-5 dias. Contudo, em alguns, a congestão nasal e a tosse pode persistir durante 1-3 semanas.

Por vezes, podem surgir complicações (otite média aguda, pneumonia, pneumotórax, apneia, atelectasia ou insuficiência respiratória aguda, etc.) pelo que pode ser necessário recorrer aos serviços de urgência para fazer aerossóis (com broncodilatadores e oxigénio) e eventual internamento quando a situação é muito grave e/ou a criança apresenta as condições referidas em “Peça ajuda pediátrica imediatamente se”.

Crises muito frequentes de bronquiolite (> 3 nos dois primeiros anos de vida) têm sido associadas a uma maior probabilidade de vir a desencadear asma no futuro. Alguns estudos, referem que 50% dos lactentes (crianças com menos de um ano de idade) com bronquiolite aguda desenvolvem episódios de sibilância recorrente até 11 anos de idade.

COMO PREVENIR

Favorecer o aleitamento materno

Quem estiver em contacto com o bebé deve lavar as mãos com frequência

Deitar fora lenços e papéis usados

Limpar e desinfetar os brinquedos do bebé

Colocar o bebé a dormir num quarto separado dos irmãos em idade escolar

Evitar os infantários

Manter as pessoas com sintomas de constipações afastadas, pelo menos, dois metros do bebé

Manter o bebé afastado dos ambientes de fumo

Evitar aglomerações de pessoas durante a época do VRS, como centros comerciais

Administração mensal de anticorpos monoclonais (específicos) para o VRS – palivizumab® – de Outubro/Novembro a Março/Abril. Pelo seu elevado preço tem sido recomendada apenas a determinadas crianças (por exemplo: grandes prematuros, crianças com certas doenças pulmonares (displasia broncopulmonar, etc.) e/ou certas cardiopatias congénitas não cianóticas, etc.)

NOTAS SOBRE O VRS

O VRS é um dos principais agentes patogénicos respiratórios em lactentes e crianças pequenas.

A infecção provocada pelo VRS propaga-se através dos espirros, tosse e do contacto do bebé com superfícies contaminadas, colocando em seguida os dedos na boca, ou esfregando-os nos olhos ou nariz.

Afecta 50-65% das crianças durante o 1º ano de vida e aos 3 anos de idade estima-se que 100% das crianças já contactaram com o vírus. Entre 25 a 40% das crianças afectadas com o VRS desenvolvem infecção do tracto respiratório inferior (pulmão).

O VRS não confere imunidade permanente, sendo mesmo frequente as recidivas nos dois primeiros anos após a doença. Em crianças mais velhas e em adultos, a infecção por VRS pode apresentar-se como uma constipação.

* Para que o aerossol seja mais eficaz é necessário que seja feito sem chucha e sem que a criança esteja a chorar.

” Nas situações mais ligeiras, em vez da cinesiterapia respiratória há um conjunto de manobras que facilitam a libertação das secreções através da tosse, por exemplo: umas palmadinhas com a mão em concha aplicadas no peito e nas costas, fazendo-lhes cócegas, incentivando-os a dar saltos na cama, etc.



ARMANDO FERNANDES

PEDIATRA

E-mail: cptul.armando.fernandes@gmail.com

Lactente com a primeira bronquiolite antes dos 5-6 meses tem 40-50% de probabilidade de terem episódios de pieira recorrentes, especialmente no primeiro ano após a infecção/doença com o vírus. Esta situação não deve ser confundida com asma.

Há 3 factores sobre os quais o VRS actua, de forma isolada ou em associação, para modificar a susceptibilidade posterior de desencadear asma: 1 – a resposta imunitária, 2 – os factores genéticos, e 3 – o controlo nervoso da via respiratória. Assim, a causa é multifactorial. O risco é maior em lactentes pequenos (porque têm as vias respiratórias mais pequenas), em lactentes expostos ao fumo de tabaco e/ou naqueles que têm história familiar de asma.

Última actualização em 03-12-2021.