

Bronquiolite

*Estes artigos estão publicados no sítio do Consultório de
Pediatria do Dr. Paulo Coutinho.*

<http://www.paulocoutinhopediatra.pt>



Consultório de Pediatria do Dr. Paulo Coutinho.

Telef. 229 271 761
Tlm. 918 301 830

Rua Albino Moreira, nº 1400
4485-767 Vilar – Vila do Conde

<http://www.paulocoutinhopediatra.pt>
paulocoutinho@paulocoutinhopediatra.pt

A bronquiolite é uma infecção respiratória causada por vírus, ocorrendo em crianças com menos de 2 anos. Os vírus causam inflamação das vias aéreas mais pequenas que levam o ar aos pulmões (bronquíolos) e que sendo de baixo calibre ficam bloqueados mais facilmente nas crianças pequenas. Esta inflamação causa obstrução parcial ou completa de alguns bronquíolos, levando a uma entrada menor de ar nos pulmões e conseqüentemente menos oxigénio no sangue. Na passagem de ar durante a expiração, esta obstrução causa uns sons chamados sibilos. O vírus que mais frequentemente causa a bronquiolite é o Virus Sincicial Respiratório (VSR). A bronquiolite é mais frequente a partir de Novembro até Março, com o pico nos meses de Janeiro e Fevereiro. A grande maioria das crianças com bronquiolite tem uma doença leve que não requer internamento, nem medidas excepcionais.

CONTÁGIO

O contágio pode ocorrer por gotículas respiratórias. Estas gotículas podem ser transportadas pelas mãos a partir das referidas gotículas (tosse/espirro) ou objetos contaminados (chupetas, brinquedos.) e que ao tocar nos olhos, nariz ou boca, podem conduzir à infecção. As crianças com bronquiolite deverão ser afastadas de outras crianças ou indivíduos suscetíveis de infeções graves, até os sibilos e a febre desaparecerem. A lavagem frequente das mãos é uma medida preventiva de grande valor. Infelizmente, atualmente não existe vacina disponível para prevenir a bronquiolite.

SINTOMAS

A bronquiolite habitualmente surge após 2 a 3 dias de sinais de “constipação” como sejam a congestão nasal, rinorreia, tosse, diminuição do apetite e febre. Depois destes dias a inflamação das vias aéreas mais pequenas leva a um aumento da frequência respiratória, podendo-se notar bem as costelas, movimentando-se mais o abdómen com a respiração e começando a notar-se os sibilos. A tosse agrava-se mantendo-se frequentemente durante 2 semanas

Consultório de Pediatria do Dr. Paulo Coutinho.

ou mais. Dificuldade alimentar é outra das manifestações pela dificuldade em respirar e comer ao mesmo tempo em consequência da congestão/obstrução nasal e do cansaço. Com as secreções e tosse podem ocorrer vômitos ou engasgamento. Apneias (pausas respiratórias superiores a 15-20 segundos) podem ocorrer mais frequentemente em crianças prematuras ou menos de 2 meses de idade. As crianças que façam apneias, com “abandar” das asas do nariz (adejo nasal-abrindo as fossas nasais), apresentem gemido, respiração “muito trabalhosa”, retração costal (a pele retrai-se entre as costelas), fiquem muito agitadas ou muito sonolentas, com cor azulada nos lábios, unhas, ou orelhas (cianose) espontaneamente ou com a tosse e vômitos (contínuos), devem ser observadas com urgência/emergência e em serviços de urgência que possam disponibilizar o tratamento adequado. A doença dura cerca de 7 a 14 dias, podendo em alguns casos persistir muitos mais dias. As bronquiolites não são habitualmente filhas únicas, podendo-se esperar repetição de episódios semelhantes nos meses seguintes, o que poderá ser alvo de intervenção pelo seu pediatra, pois são vários os vírus que as podem causar.

TRATAMENTO

O tratamento desta situação é essencialmente sintomático. Se notar agravamento ou surgirem (precocemente) algum dos sinais descritos como de alarme deverá recorrer (com emergência) à observação médica em contexto de urgência. A febre é controlada com antipiréticos – paracetamol e eventualmente ibuprofeno e medidas gerais como retirar alguma roupa e eventualmente a fralda que aquece e cobre grande parte do corpo nos primeiros meses de vida. A aplicação de soro fisiológico ou spray nasal de solução salina (vulgar “água do mar”), com posterior aspiração, é importante na obstrução nasal, pois a criança pequena respira essencialmente pelo nariz. A Insistência com líquidos em pequenas doses frequentes e fracionar as refeições (menos quantidades mas com mais frequência) podem ajudar. Elevar a cabeceira da cama ajuda a respirar melhor. Devem-se evitar “xaropes para a tosse” nestas situações. A tosse é um mecanismo que o organismo usa para “limpeza”. Nestas situações, a inibição da tosse poderá

Consultório de Pediatria do Dr. Paulo Coutinho.

agravar o quadro clínico. Os antibióticos só terão utilidade em situações em que a bronquiolite (habitualmente de origem vírica) seja complicada por uma infeção bacteriana. A utilização de outras orientações terapêuticas incluindo medicamentos que possam abrir os bronquíolos apertados por meio de nebulização ou gotas de corticoide oral, poderá ser adotada pelo seu pediatra se assim o julgar adequado, pois a maioria não tem eficácia demonstrada. Algumas crianças poderão necessitar de internamento para monitorização dos sinais vitais e administração de terapêutica, nomeadamente oxigénio e soros intravenosos. Não é uma situação de rápida resolução, pelo que um dos aspetos cruciais do tratamento é a manutenção de calma e compreensão da evolução desta doença. Na presença de dúvidas sobre a bronquiolite, preocupação ou incapacidade de avaliar a gravidade/agravamento, deverá procurar ajuda junto do seu pediatra ou recorrendo rapidamente a um serviço de urgência, tendo contudo presente que raramente estas situações são emergentes.

Nota: Estas informações não substituem o aconselhamento médico, que deve procurar em qualquer situação de dúvida.

Emídio Carreiro - Pediatra

Paulo Coutinho – Pediatra

Revisto em 30|11|2014

