



Bronquiolite Viral Aguda

Monitória CHA V - Pediatria

Introdução:

- **Definição:** é uma infecção respiratória aguda de etiologia viral que acomete vias aéreas de pequeno calibre, levando a um quadro obstrutivo de grau variado

- **Epidemiologia:**

-Considerada infecção do trato respiratório inferior mais comum em crianças

-Pico entre 2-3 meses => 1º episódio de sibilância do lactente (até 2 anos)

-> mais susceptível a ter infecção nesse período => quando os anticorpos que recebeu anteriormente da mãe vão embora

- **Etiologia:**

-Vírus Sincicial Respiratório (VSR): principal causador -> 50-80% dos casos

-Rinovírus: 2º principal

-Tb é comum que ocorra a coinfeccao

- **Fatores de risco:**

-Sexo masculino: vias aéreas + estreitas

-Idade precoce: <6-12 meses

-prematuridade: IG<32s

=> relacionam-se com anatomia da VA (+ estreita)

-Displasia bronquio-pulmonar ou doenças pulmonares crônicas

-Cardiopatas congênitas

-Ausência de aleitamento materno: maior predisposição a infecções mais graves => diminui recebimento de anticorpos

-Tabagismo passivo, poluição

- **Transmissão:**

-Contato direto c/ secreções respiratórias;

-Inalação de gotículas ou fômites

- **Fisiopatologia:**

-Formação de PLUGS associado ao impacto do muco = aprisionamento aéreo

-Quadro de maior gravidade: primoinfecção

Quadro clínico:

- Primeiros dias: inespecífico de IVAS:

-Corínea hialina, obstrução nasal e espirros

-Pode ou não haver febre baixa -> fala a favor de quadro viral

- Progressão para VA inferior pós 2-3 dias pela replicação viral:

-tosse, taquipneia, desconforto respiratório c/ uso da mm acessória

-ausculta com sibilos, crepitações, roncos difusos (ambos hemitorax)

- Dificuldade de aceitação da dieta: sinais de desidratação

-fontanela + baixa, olho seco, choro s/ lágrima, urina diminuída, tempo de enchimento capilar aumentado

- Em <2 meses podem ter apneia -> não vai ter nenhum sintoma, só parada da respiração = forte suspeita

- Sinais variáveis de obstrução e desconforto respiratório:

-Os plugs bronquiolares podem se mover c/ tosse ou agitação

->ex físico pode variar a cada minuto como consequência

Diagnóstico:

- História clínica + exame físico => sinais e sintomas sugestivos associado a:

-1º ep de sibilância é BVA até que se prove ao contrário

- Não há recomendação de exs em casos típicos

-Não há necessidade de raio-X de tórax **!!**

=> apenas se:

-suspeita de outro diagnóstico associado;

-casos inicialmente moderados-graves;

-evolução desfavorável;

-presença de complicações (atelectasia)

- Teste de detecção viral - PCR por swab:

-apenas em casos graves, imunossuprimidos ou para controle epidemiológico

-suspeita de infecção por Influenza -> tratamento específico

=> para casos típicos, não é necessário

Avaliação da gravidade:

- Análise de parâmetros:

-Alimentação

-Frequência Respiratória

-Tiragem;

-Batimento de asa de nariz/gemência;

-Saturação de O2;

-Comportamento geral

Tratamento:

- Maioria tem evolução benigna e autolimitada
- Não há terapêutica específica que abrevie o curso da doença => tratamento é SUPORTE:
 - > hidratação, oxigênio se necessário
- **Casos leves** -> manejo domiciliar = uso de sintomáticos
 - controle da temperatura e do status nutricional
 - orientar presença de sinais de alarme: mudança do estado geral, uso de musculatura acessória
- Quando hospitalizar?
 - P: iora do estado geral (hipoativo, letárgico)
 - R: recusa alimentar ou desidratação
 - E: ep de apneia
 - D: desconforto respiratório moderado-grave
 - I: id <4-6sem
 - C: comorbidades
- **Casos graves** -> hospitalização:
 - 1) **MEDIDAS GERAIS:**
 - mín manuseio e cabeceira elevada em 30°
 - antitérmico => febre aumenta o desconforto respiratório por elevar gasto energético
 - monitorização por oximetria de pulso => manter níveis >90%
 - 2) **MEDIDAS DE ALÍVIO RESPIRATÓRIO:**
 - higiene nasal -> quando obstrução e rinorreia presentes
 - > lavagem nasal c/ soro fisiológico 0,9%
 - aspiração em situações de desconforto respiratório evidente:
 - de forma suave e superficial
 - ñ deve ser feita de forma fixa e regular por aumentar tempo de hospitalização

3) SUPORTE NUTRICIONAL:

-risco de insuficiência respiratória?
=> se sim (FR>70irpm) = há risco de broncoaspiração
-> ideal é suspender dieta por via oral e realizar via parenteral

4) SUPORTE DE O2:

-O2 é a principal droga dos pacientes c/ BVA
-Deve ser aquecido e umidificado ofertado por cânula nasal (cateter nasal)
-Indicado em situações de desconforto respiratório:
-Mesmo s/ níveis baixos de sat de o2 = reduzir esforço e gasto energético

5) SALINA HIPERTONICA:

-P/ fluidificação do muco acumulado
-Aerosol
-Nebulização com salina a 3%
-Melhora do clearance muco ciliar

6) PREVENÇÃO DE INFECÇÃO CRUZADA

-Principal medida na prevenção de surtos: lavagem de mãos
-higiene adequada de estetoscópio, EPIs
-Quarto privativo sempre que possível -> isolamento de contato
-Caso não consiga isolar: pacientes c/ VSR no mesmo quarto precisa ter >2m entre os leitos

Complicações:

- Se **AGUDA**: Decorrentes da obstrução e da hiperinsuflação pulmonar
 - Apneia
 - Insuficiência respiratória
 - Atelectasias: se tem uma bolha obstruindo a VA pode levar à atelectasia
 - Pneumotórax ou pneumoperitônio
 - Infecção bacteriana secundária, como otite média aguda, pneumonia
- **Crônica**: + comum é a bronquiolite obliterante (BO)
 - => principal causa é pós infecção relacionado c/ o adenovírus
 - manifestação de doença obstrutiva pós grave lesão de VA inferior => criança c/ infecção que causa dano celular e necrose -> pode levar a um processo de fibrose e consequentemente obliteração
 - quadro inicial grave c/ necessidade de VM e PNM associada