



15<sup>o</sup>

CONGRESSO  
NACIONAL DE  
PEDIATRIA

16-18 OUTUBRO 2014  
ALBUFEIRA



Obrigada por ver esta publicação!  
Gostaríamos de recordar-lhe que esta  
publicação é propriedade do autor.

É-lhe fornecida pela Sociedade Portuguesa de  
Pediatria no contexto do 15<sup>o</sup> Congresso  
Nacional de Pediatria, para seu uso pessoal,  
tal como submetido pelo autor

© 2014 pelo autor



## Bronquiolites

Inês Azevedo

Professora auxiliar de Pediatria, FMUP

**15**  
CONGRESSO  
NACIONAL DE  
PEDIATRIA  
16-18 OUTUBRO 2014  
ALBUFEIRA

A bronquiolite aguda tem enorme impacto nos serviços de saúde, pois, atinge mais de 10% das crianças abaixo do ano de idade, 3% das quais necessitam de hospitalização. Entre nós, o pico de incidência ocorre nos meses frios, entre os 3 e os 6 meses de idade.

O vírus sincicial respiratório é responsável pelos surtos epidémicos anuais; outros vírus, sobretudo o rinovírus, têm maior relevância na sibilância recorrente. O diagnóstico diferencial entre bronquiolite e sibilância recorrente ou asma é difícil, mas importante, sobretudo a partir dos 15 meses, pois, as abordagens diagnóstica e terapêutica diferem.

O diagnóstico baseia-se na apresentação clínica, pelo que não se devem efetuar exames subsidiários de rotina. Após quadro inicial de coriza, ocorre agravamento nas 48-72 horas seguintes, com aparecimento de tosse e de sinais de dificuldade respiratória. A auscultação pulmonar revela sibilos ou ferveores. Os sintomas duram em média 12 dias, mas podem prolongar-se por 2 a 3 semanas.

Nos casos ligeiros são apenas necessárias medidas de suporte, como higiene nasal, posicionamento e, se necessário, fracionamento das refeições. A prescrição de broncodilatadores em ambulatório deve ser considerada uma medida de exceção e as suas eficácia e segurança medidas de forma objetiva. Os corticoides, inalados ou sistémicos, estão contraindicados.

É importante estar alerta para os sinais de gravidade e grupos de risco. São critérios para referenciação hospitalar a ocorrência de apneia, letargia, taquipneia relevante, adejo nasal ou gemido,  $SpO_2 \leq 94\%$ , dificuldade alimentar ou dúvidas no diagnóstico. São grupos de risco para maior gravidade lactentes com idade inferior a 3 meses, ex-prematuros, ou com doença crónica, pulmonar, cardíaca, neuromuscular, imunodeficiência ou trissomia 21.

Nas situações moderadas e graves, é fundamental a monitorização da  $SpO_2$ . No hospital, a oxigenioterapia, convencional ou de alto fluxo, alimentação por sonda nasogástrica ou fluidoterapia endovenosa, nebulizações com soro hipertónico e ventilação não invasiva são medidas, algumas controversas, a adequar caso a caso,

Um inquérito feito a sócios da Sociedade Portuguesa de Pediatria e da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar mostrou a necessidade de promover campanhas de informação, de forma a reduzir o abuso na prescrição de exames subsidiários e de medicação ineficaz. É fundamental perceber se os entraves à adesão às normas de orientação clínica da Direção-Geral da Saúde se devem a desconhecimento ou a discordância destas.