



**Superintendência de Atenção à Saúde
Diretoria de Urgência Emergência e Especializada
Núcleo de Governança Clínica**

Tipo do documento	Protocolo Clínico	PC /BA	Versão:01
		PRT nº 48 Pág.: 1/5	
Título do documento	PROTOCOLO BRONQUIOLITE AGUDA	Data de emissão: 19/09/2023	
		Revisão: de acordo com a demanda	

1. Introdução

A bronquiolite é uma síndrome clínica secundária à infecção viral que acomete as vias aéreas inferiores do trato respiratório, sendo uma das doenças mais prevalentes na pediatria, principalmente em crianças com menos de 2 anos de vida. Apresenta um padrão sazonal, com a maioria dos casos ocorrendo nos meses de outono e inverno. O principal agente etiológico associado à bronquiolite é o Vírus Sincial Respiratório (VSR).

2. Manifestações Clínicas

Os primeiros sintomas se parecem com um resfriado comum com quadro clínico de infecção de vias aéreas superiores, com coriza e obstrução nasal no período de 1 a 3 dias do início do desconforto respiratório. Depois a síndrome clínica é caracterizada por febre baixa, tosse e desconforto respiratório (taquipneia, utilização da musculatura acessória, chiado e estertores).

2.1 Principais fatores de risco para gravidade/complicação

- Prematuridade (< 35 semanas);
- Baixo peso ao nascimento;
- Idade menor que 3 meses
- Doença pulmonar crônica/ displasia broncopulmonar;
- Malformações congênitas de vias aéreas;
- Cardiopatias congênitas;



- Imunodeficiência;
- Doença neurológica/ neuromuscular.

3. Diagnóstico

O diagnóstico de bronquiolite é clínico, baseado na história e no exame físico. O lactente apresenta-se inicialmente com sintomas respiratórios das vias aéreas superiores (rinorreia, obstrução nasal), seguidos por sintomas das vias aéreas inferiores (tosse, taquipneia, sibilos, crepitações e uso da musculatória acessória). Pode haver febre baixa. O comprometimento das vias aéreas inferiores pode ser leve moderado ou grave, e pode haver evolução com apneias e insuficiência respiratória aguda.

3.1 Exame de Imagem

Radiografia de tórax não é necessária de rotina na avaliação da bronquiolite, já que não melhora o manejo e pode levar a tratamentos sem benefício. Deve ser realizado em casos graves (com necessidade de suporte intensivo), ou em situações que sugiram outros diagnósticos como pneumonia, atelectasia e pneumotórax.

3.2 Exames Laboratoriais

Hemograma e reagentes de fase aguda (PCR, VHS, PCT) não devem ser realizados de rotina. Em alguns casos, pode ser necessária à sua realização para exclusão de infecções bacterianas:

- Recém-nascidos < 28 dias de vida com febre;
- Lactentes até 90 dias de vida com febre, prostração e sintomas de bronquiolite pode ser necessário realização de hemograma, PCR, hemocultura, urina rotina e urocultura;
- Agravamento não esperado do quadro clínico, principalmente com febre alta persistente.

3.3 Investigação Viroológica

Notificar os casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) para devida coleta de material pelo Núcleo de Vigilância Epidemiológica das Unidades de Urgência e Emergência.

4. Critérios para Internação (AIH- Autorização de Internação Hospitalar)

- Cianose observado ou relatada;
- Apneia observada ou relatada;



- Bradicardia ou taquicardia persistente;
- Letargia ou agitação excessiva;
- Desidratação;
- Indisponibilidade de via oral;
- Hipoxemia (saturação de O₂ < 90%, persistente, em ar ambiente);
- Esforço respiratório moderado a grave, persistente, ou FR. 70 irpm;
- Baixa ingestão por desconforto;
- Prematuridade e/ou broncodisplasia.

5. Conduas sugeridas de tratamento

5.1 Monitorização e Oxigenoterapia

- Monitorização com oximetria de pulso;
- Oferecer O₂ suplementar para crianças com esforço respiratório moderado e/ou saturação de O₂ menor ou igual 93% em ar ambiente:

Recomendação de Oxigenoterapia
1. Cateter nasal de O ₂ com fluxo de até 4l/min;
2. Caso haja falha do cateter de O ₂ em manter SaO ₂ alvo deve-se aumentar a oferta de oxigênio e preferir MÁSCARA NÃO REINALANTE (infantil), com fluxo no máximo de 10 a 15l/min.

5.2 Tratamento medicamentoso

- Broncodilatadores: estudos recentes demonstram benefícios clínicos limitados e importância clínica discutível. Realizar inalação com broncodilatador e, se não houver melhora clínica ou ocorrer piora, não repetir.
 - Sugestão de prescrição: Salbutamol spray 100 mcg/jato- 0,5 jato/kg sendo de 4 a 10 jatos por vez com espaçador e máscara.
- Hidratação: deve-se evitar a desidratação, que provoca espessamento de secreções, tornando-as de difícil mobilização. É extremamente importante hidratar bem a criança em estado crítico de dispneia (broncoespasmo), porém deve-se ter parcimônia para hiper-hidratar o paciente pelo risco de edema pulmonar.



- Sugestão de prescrição: expansão com Soro Fisiológico 0,9% 20 ml/kg em 1 hora e após soro de manutenção conforme tabelas abaixo:

Peso	Volume de manutenção em 24 horas
Até 10 kg	100 ml/kg
De 10 a 20kg	1.000 ml +50 ml para cada Kg acima de 10kg
Maior que 20 kg	1.500 ml + 20 ml para cada Kg acima de 20kg

Tabela 1- Peso e volume de manutenção

Prescrição para um soro de manutenção para 24 h
Soro Glicosado 5% _____ 500 ML
Cloreto de sódio (NaCl) 20% _____ 20ML
Cloreto de Potássio (KCL) 19,1% _____ 5 ML

Tabela 2: Prescrição do soro de manutenção

- Corticosteroide: não indicado no tratamento de bronquiolite viral aguda;
- Antibioticoterapia: antibioticoterapia não deve ser instituída a menos que haja forte suspeita de infecção bacteriana secundária ou infecção bacteriana confirmada.

6. Diagnóstico Diferencial

- Sibilância recorrente: geralmente apresenta história de episódios recorrentes de sibilância associados à história familiar de asma e/ou atopia. Diagnóstico difícil de ser feito no primeiro episódio de sibilância.
- Pneumonia bacteriana: história clínica pode ser semelhante, porém geralmente a febre é mais elevada e o estado geral pode estar mais acometido. Exame radiológico e laboratorial são necessários para diferenciação.
- Doença pulmonar crônica: deve ser suspeitada em pacientes com episódios recorrentes que apresentam baixo ganho ponderal e infecções respiratórias recorrentes.
- Aspiração de corpo estranho: quadro geralmente de início agudo, pode haver história de engasgo no início do quadro. Nas ausculta, a sibilância pode estar restrita a uma área do pulmão, com redução na entrada de ar. Radiografia de tórax pode auxiliar no diagnóstico.
- Descompensação de cardiopatia congênita.



- Anel Vascular: a clínica de estridor é mais frequente, porém sibilância recorrente pode estar presente nessa doença.

7. Critérios de alta (sem necessidade de Internação)

Critérios clínicos mínimos para alta:

- FR de <60 respirações por minuto para a idade <6 meses;
- FR<55 respirações por minuto para a idade de 6 a 11 meses;
- FR<45 respirações por minuto para a idade ≥12 meses;
- Estabilidade clínica sem necessidade de oxigênio suplementar.

REFERÊNCIAS

Atualização de Condutas em Pediatria. Recomendações para uso de fluidoterapia isotônica. Departamento de Terapia Intensiva. Departamento Científico Sociedade Pediatria de São Paulo. Setembro de 2016.

Carvalho WB et al. Terapia Intensiva. Pediatria do Instituto da Criança do HC-FMUSP. 2 ed. rev. atual. São Paulo: Manole, 2020.

Marques BA, Mezêncio CGS. Protocolo Colaborativo. Bronquiolite Viral Aguda. Prefeitura de Belo Horizonte, 2020.

Resumo de Orientações para pacientes pediátricos sintomáticos ou confirmados de COVID-19. Sistema do Conselho Federal e Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Disponível: <https://coffito.gov.br/campanha/coronavirus/files/Cartilha-protocolos-resumo-pediatricos.pdf>

Murahovschi, J. Pediatria: urgências + emergências. 2 ed. São Paulo: Sarvier, 2010.

	Nome	cargo	Área de Atuação
Elaboração	Thais Kato de Sousa	Enfermeira	Núcleo de Governança Clínica
	Gabriela de Souza Castro Vieira	Pediatra	Coordenação médica Urgência e Emergência
Revisão	Gyovanna Lourenço Luz Alves	Pediatra	Coordenação médica da Maternidade Marlene Teixeira
Aprovação	Loanny Moreira Barbosa	Diretora	Diretora de Urgência, Emergência e Atenção Especializada