



ANÁLISE COMPARATIVA DA FISIOTERAPIA APLICADA NA BRONQUIOLITE VIRAL AGUDA

Luciana de Castro¹; Loana Cristina Moreschi¹; Rosemayre Toscano Del Grossi
Kaizer²

RESUMO: Bronquiolite Viral Aguda (BVA) é uma infecção das vias aéreas inferiores, caracterizada por quadro de doença pulmonar obstrutiva. Sendo a etiologia mais comum infecção pelo vírus Sinsicial Respiratório. O objetivo desse estudo é verificar a eficácia da fisioterapia na BVA, com ênfase na análise comparativa da aplicação desta. Participou da pesquisa uma criança, com três meses de vida, hospitalizada no Hospital Universitário de Maringá, sendo portadora de BVA, cujo responsável assinou um termo de livre consentimento esclarecido. A avaliação da criança foi composta por anamnese, avaliação fisioterapêutica e exames laboratoriais. A criança passou por duas internações, sendo que em cada uma foram realizados sessões de fisioterapia e acompanhamento através da ausculta pulmonar.

PALAVRAS-CHAVE: Bronquiolite viral aguda; fisioterapia; tratamento fisioterapêutico, ausculta pulmonar.

1 INTRODUÇÃO

O uso do termo Bronquiolite teve início em 1940 para descrever uma entidade específica em crianças, cuja causa foi postulada virótica. Em 1960 vinculou-se o vírus que foi recuperado em chimpanzés e em crianças como doença respiratória baixa, denominando-se bronquiolite em lactentes menores de um ano (CEM, 2003).

A Bronquiolite viral aguda (BVA) é uma infecção das vias aéreas inferiores (SILVA, 2001), caracterizada por quadro de doença pulmonar obstrutiva de gravidade variável. Caracterizando um quadro de doença pulmonar obstrutiva de gravidade variável e sendo reconhecido como substrato anatomopatológico obstrução inflamatória das pequenas vias aéreas (BETHLEM, 1995). Crianças hospitalizadas por bronquiolite têm um risco aumentado de desenvolverem seqüela pulmonar, caracterizada principalmente por tosse e sibilância recorrente, que significa duas ou mais crises de chiado no peito que causa falta de ar, cansaço ou dificuldade para respirar (ALBERNAZ et al., 2003). Para Elgan, (2000), desses lactentes hospitalizados 1% morre por insuficiência respiratória, sendo a morbidade significativa, pois as infecções por (VSR) não conferem imunidade completa, ou seja, reinfecções durante toda a vida (GIUGNO, 2004).

Os agentes etiológicos mais comumente associados a essa doença são: o vírus sinsicial respiratório (VSR), o parainfluenza, o influenza e o adenovírus. O VSR é, em geral, responsável por 60-80% dos casos de BVA durante os meses de outono e inverno (Pitrez et al., 2005).

¹ Acadêmicas do Curso de Fisioterapia. Departamento de fisioterapia Centro Universitário de Maringá CESUMAR, Maringá –PR. luciana_decastro@yahoo.com

²Docente do CESUMAR. Departamento de fisioterapia do Centro Universitário de Maringá – CESUMAR, Maringá – PR, rtoscano@cesumar.br.

A fisiopatologia corresponde a lesões localizadas nas ramificações brônquicas, os bronquíolos, que, invadidos pelo vírus, ficam parcialmente obstruídos por acentuado edema da parede, e por acúmulo de muco e células epiteliais descamadas no lúmen. O processo é tipicamente difuso. A resistência à passagem do ar é muito maior na expiração, levando a retenção de ar nos alvéolos ou enfisema. Em alguns pontos há uma obliteração total dos bronquíolos e o ar é bloqueado e reabsorvido, produzindo-se atelectasia (TARANTINO, 2002).

A patologia instala-se com rapidez e clinicamente pelo esforço no sentido de vencer o obstáculo respiratório através de dispnéia com polipnéia e retração inspiratória intercostal. Isto diminui as trocas gasosas nos alvéolos e conseqüentemente ocorre hipoxemia. Nos casos mais intensos, observa-se hipercapnia, com acidose respiratória. Há geralmente correlação inversa entre polipnéia e Pressão parcial de oxigênio (PaO_2), a retenção de gás carbônico (CO_2) só se observa quando a freqüência respiratória excede 60 incursões respiratórias por minuto (TARANTINO, 2002).

O quadro clínico caracteriza-se por febre baixa ou ausente, coriza, tosse de início seca, anorexia e irritabilidade. Progressivamente, o lactente torna-se taquipneico, com tosse do tipo coqueluchóide e crises de sibilância, que se intensificam com choro, alimentação ou agitação (SARMENTO, 2005). Na ausculta verificam-se estertores finos (crepitações) generalizados em ambos os tempos da respiração. Também podem ser ouvidos ronos e sibilos, mas é muito limitada à entrada de ar, não se ouvem ruídos adventícios (BETHLEM, 1995). Nos casos graves a piora da dificuldade expiratória aumenta a utilização da musculatura acessória, assim surgem retração costal, retração diafragmática e apnéia (LEITE et al., 2002).

O diagnóstico diferencial deverá ser realizado com doenças como: asma, bronquiopneumonia, insuficiência cardíaca e posteriormente com coqueluche e fibrose cística do pâncreas (BETHLEN, 1995). A maior dificuldade no diagnóstico diferencial refere-se a asma, já que o quadro clínico é semelhante a bronquiolite.

Os tipos de tratamento hospitalar consistem em oxigenoterapia, hidratação, alimentação, broncodilatadores, fármacos antivirais e fisioterapia.

Hoje há uma grande necessidade da atuação fisioterapêutica em ambiente hospitalar, por possuir recursos que promovem a melhora do quadro clínico dos pacientes internados com patologias respiratórias graves.

Em virtude da fisiopatologia da BVA, é indispensável a atuação da fisioterapia, pois ela acelera a resolução clínica, mantém a expansibilidade pulmonar, evita a necessidade de suporte ventilatório e instalação de morbidades associadas.

Nessa afirmação encontra-se a maior justificativa para o desempenho desta pesquisa. E visando reduzir a permanência da criança com BVA em ambiente hospitalar, tendo como referência trabalhos levantados até o momento sobre os efeitos deletérios desta, enfatizamos na presente pesquisa analisar a atuação da fisioterapia hospitalar no tratamento dos sinais e sintomas causados por esta patologia.

Diante disso, o presente estudo tem como objetivo: analisar a eficácia da fisioterapia hospitalar no tratamento e conseqüente redução do tempo de internação em uma criança com BVA através da descrição da melhora clínica pela ausculta pulmonar.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Foi estudada uma criança do gênero masculino, com 3 meses de vida e diagnóstico de BVA.

Este trabalho foi aprovado pelo comitê de ética da Universidade Estadual de Maringá-UEM e Centro Universitário de Maringá-CESUMAR. Os responsáveis pela criança foram informados e esclarecidos a respeito do propósito da pesquisa e dos

procedimentos experimentais aos quais a criança iria ser submetida no presente estudo, bem como sobre o caráter não invasivo dos mesmos, através da leitura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Para a inclusão da criança foram considerados os seguintes critérios: apresentar idade de 1 mês a 6 anos; apresentar exames laboratoriais de rotina; ser portador de Bronquiolite viral aguda. Para tanto a criança foi submetida a exames de avaliação clínica geral, seguidos de exames laboratoriais para detectar possíveis alterações ou outra doença que contra-indicasse a sua participação no estudo.

A avaliação clínica foi composta por anamnese, avaliação fisioterapêutica e exames laboratoriais de rotina.

Na anamnese a criança foi avaliada através do preenchimento da ficha de avaliação individual, onde o voluntário apresentou idade de três meses de vida, sendo do gênero masculino, com diagnóstico de bronquiolite viral aguda.

A avaliação fisioterapêutica foi realizada através do exame físico que é constituído de dados vitais, avaliação Cardiorespiratória, ausculta pulmonar e prova de força muscular respiratória. Foram realizados exames laboratoriais como hemograma e radiografia de tórax.

O estudo foi realizado no hospital Universitário de Maringá (HU) nos períodos matutino e vespertino no mês de junho. A avaliação fisioterapêutica foi iniciada com a anamnese que é constituída pelos seguintes dados: idade, peso da criança, os antecedentes respiratórios que foram realizados com a ajuda de materiais como, estetoscópio e termômetro da marca *BD* a forma de início da doença, a ocorrência de vômitos e tosse, a inapetência, tratamento médico e farmacológico. Testou-se o grau de fadiga da musculatura respiratória expiratória do bebê com a utilização de manobras de estimulação da tosse, observando a sua eficácia e analisando se a fadiga respiratória é decorrente do acúmulo de secreção da tosse ineficaz.

Uma acadêmica do curso de fisioterapia do Centro Universitário de Maringá-CESUMAR aplicou o tratamento com a devida supervisão uma vez por dia.

A criança foi colocada em posição de drenagem postural, fowler 30 graus, após foram realizados as seguintes técnicas: vibrocompressão, estimulação diafragmática, estimulação costal, massagem perinasal e para finalizar aspiração traqueobrônquica, se necessário, com 2 séries de 10 repetições para cada técnica. No final do tratamento, na pré-alta, a criança passou por uma reavaliação através de ausculta pulmonar para verificar a eficácia da fisioterapia.

3 RESULTADOS PARCIAIS

Observamos na primeira internação que a criança apresentava na ausculta pulmonar: murmúrio vesicular diminuído e presença de roncos globalmente. Após três sessões de fisioterapia, esta criança apresentou na ausculta pulmonar, murmúrio vesicular com presença de sibilos inspiratórios em ápices. Na segunda internação ela apresentou murmúrio vesicular com roncos em bases. Após 2 sessões de fisioterapia, observou-se que havia murmúrio vesicular sem presença de ruídos adventícios.

REFERÊNCIAS

ALBERNAZ, E. P. et al. **Fatores de risco associados à hospitalização por bronquiolite aguda no período pós-neonatal.** Revista Saúde Pública. Pelotas, 2003

BETHLEN, N. **Peumologia.** 4ª ed. São Paulo: Atheneu. p. 926-927, 1995.

EGAN, D.F. **Fundamentos da fisioterapia respiratória**. 7 ed. São Paulo: Manole, p.1076-1077, 2000.

GIUGNO, K. M. et al. **Concentrações de Interleucina- 2 na secreção nasofaríngea de crianças com Bronquiolite Viral Aguda pelo vírus Sincicial respiratório**. Jornal de pediatria. Vol. 80, n. 4, p. 315- 320, 2004.

LEITE, A. J. M.; PESSOA, A. L. S.; ABTBOL, T. **A propósito de uma criança com bronquiolite viral aguda**. Rev. de Pediatria. Ceará. Vol. 3, n. 2, 2002.

PITREZ, M. C. P. et al. **Bronquiolite aguda por rinovírus em lactentes jovens**. Jornal de pediatria. Vol.81 n.5, 2005.

SARMENTO, G. J. V. **Fisioterapia respiratória no paciente crítico**. 1 ed. São Paulo: Manole. p. 409-416, 2005.

SANT'ANNA, C. C.; D'EHA, Claudio. **Bronquiolite**. p 263, 2003.

SILVA, L. C. C. **Condutas em pneumologia volume II**. Rio de Janeiro: Revinter. p. 951-953, 2001.

TARANTINO, A. B. **Doença pulmonar**. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p. 256-258.