



ASSOBRAFIR

Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva

PARECER Nº 01/2017

ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA NA BRONQUIOLITE

Ementa: Fisioterapia. Fisioterapia Respiratória. Fisioterapia em Terapia Intensiva. Fisioterapia em Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal. Bronquiolite. Benefícios da Fisioterapia Respiratória. Procedimentos de Fisioterapia.

Trata-se de consulta realizada pelos associados da Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva - ASSOBRAFIR, acerca da atuação da Fisioterapia em pacientes com bronquiolite.

É o relatório.

Passamos a opinar.

A Fisioterapia Respiratória é o tratamento não medicamentoso mais amplamente realizado em crianças com bronquiolite, onde há presença de infecção de vias aéreas inferiores, muito prevalente nos meses de outono e inverno, com manifestação clínica de gravidade variável. Os sintomas são leves na maior parte dos casos, porém, podem evoluir até desconforto respiratório grave, acarretando a necessidade de internação hospitalar.

O Fisioterapeuta atua nos diversos níveis de complexidade da atenção à saúde, incluindo serviços ambulatoriais, atenção primária à saúde (Unidades Básicas de Saúde), a atenção secundária (Unidades de Pronto Atendimento) e serviços terciários (Hospitais). A Fisioterapia é tida como adjuvante à intervenção médica e no tratamento da bronquiolite, o seu principal objetivo é reduzir o desconforto respiratório ocasionado pelo acúmulo de secreção no interior das vias aéreas. Diante disso, técnicas específicas que favoreçam a remoção mais fácil da secreção são necessárias e devem ser consideradas em situações específicas, onde os seus benefícios e efeitos adversos sejam considerados pelo fisioterapeuta.

Estudo da década de 80 (Webb, 1985), que incluiu lactentes com diagnóstico clínico de bronquiolite, não constatou redução no escore de desconforto respiratório no grupo que realizou as técnicas de tapotagem e vibração, quando comparado ao grupo sem intervenção. A partir daquela data, alguns ensaios clínicos aleatórios foram conduzidos com objetivo de identificar os benefícios da fisioterapia respiratória em lactentes com bronquiolite.

Parte desses estudos utilizou técnicas descritas para adultos, como a tapotagem e a vibração, também chamadas de técnicas convencionais, enquanto outros empregaram técnicas idealizadas especificamente para o público infantil, tais como a Expiração Lenta e Prolongada (ELPr) e o Aumento do Fluxo Expiratório (AFE), denominadas técnicas atuais e baseadas em variações do fluxo respiratório; além da higiene de vias aéreas superiores, incluindo a Desobstrução Rinofaríngea Retrógrada, com ou sem a instilação de soro fisiológico (DRR e DDR+I).



Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva

A diferença entre as abordagens está no princípio de ação. As técnicas convencionais favorecem a mobilização da secreção. A tapotagem através do descolamento desta pela aplicação de energia mecânica ao torax, enquanto a vibração promove o tixotropismo, princípio físico que altera a reologia do muco, facilitando seu carreamento para vias aéreas de maior calibre. A ELPr e AFE promovem a soltura e deslocamento das secreções das vias aéreas de menor para as de maior calibre em virtude das variações de fluxo e volume pulmonar.

Recentemente, uma revisão sistemática que avaliou o papel da fisioterapia respiratória em lactentes com bronquiolite atualizou as recomendações do tratamento dessa população (Roqué 2016). Foram incluídos 12 ensaios clínicos, com total de 1249 pacientes internados com bronquiolite moderada/grave. Cinco estudos tiveram como intervenção a tapotagem e/ou vibração, e sete a ELPr e/ou AFE. Os desfechos primários foram gravidade da bronquiolite e tempo de recuperação, e os secundários incluíram desconforto respiratório, suplementação de oxigênio e dias de internação.

A grande mudança de entendimento promovida por essa revisão, em relação a sua primeira publicação, diz respeito a comprovação da ausência de benefícios das técnicas convencionais de fisioterapia respiratória (tapotagem e vibração), não sendo recomendada sua aplicação em pacientes internados, com bronquiolite. Não foi observada redução na gravidade da doença e nos dias de internação e apenas um estudo observou redução discreta do desconforto respiratório nos pacientes submetidos a tapotagem/vibração. Esse resultado não surpreende, considerando que essas técnicas não foram idealizadas para população infantil, e que para alcançar o princípio físico do tixotropismo necessita-se da manutenção da sua aplicação por 20 a 30 minutos, em um ritmo extremamente elevado (70 a 150 repetições por minuto) (Strickland, 2013). Adicionalmente, a atelectasia foi relatada como efeito adverso da tapotagem.

Em relação as técnicas atuais (ELPr, AFE), o mesmo estudo (Roqué, 2016) concluiu que estas promovem redução do desconforto respiratório, embora essa melhora seja observada por curto período de tempo. Considerando a hipersecreção pulmonar decorrente do processo inflamatório da bronquiolite, é esperado que o desconforto respiratório reduza após sua eliminação, mas que o mesmo retorne assim que mais secreção seja acumulada. Não houve redução nos dias de internação ao aplicar ELPr ou AFE. Adicionalmente, Florin et al (2017) observaram que tanto a fisioterapia respiratória, quanto o tratamento medicamentoso não reduzem o tempo de curso da doença.

Em face do exposto, a ASSOBRAFIR, opina que as técnicas convencionais (tapotagem/vibração) não trazem benefícios para pacientes internados com bronquiolite moderada/grave, enquanto as técnicas atuais (ELPr e AFE) reduzem, de maneira aguda, o desconforto respiratório, e parecem ser a melhor estratégia fisioterapêutica respiratória destinada a esta população. Entretanto, ainda existem lacunas a serem esclarecidas acerca do tratamento fisioterapêutico de pacientes com bronquiolite com diferentes gravidades no tratamento ambulatorial.

É o parecer, salvo melhor juízo.

Pareceristas: Dra. Simone Nascimento Santos Ribeiro (MG); Dra Cintia Johnston (SP); Dr. Evanirso da Silva Aquino (MG); Dra Fernanda de Cordoba Lanza (SP); Dr. Marcos Giovanni Carvalho (AM); Dra. Mônica de Carvalho Stopiglia (SP); Dra. Maria Regina de Carvalho Coppo (SP); Dra. Silvana Alves Pereira (RN); Dra. Vívian Mara Gonçalves de Oliveira Azevedo (MG).

São Paulo, 20 de abril de 2017.