

“ALTE” no Período Neonatal

Mário Branco, Goretti Silva, Maria Helena Oliveira

Resumo:

ALTE abreviatura de “Apparent Life-Threatening Event”, que em Português poderá ser traduzido por “Acontecimento com aparente ameaça de vida”, é definido como: “ episódio que é assustador para o observador e é caracterizado por alguma combinação de apneia (central ou ocasionalmente obstrutiva), alteração da cor (cianose ou palidez, ocasionalmente aspecto eritematoso ou plectórico), alteração do tônus muscular (usualmente marcada hipotonia), sufocação, ou engasgamento ¹”.

De acordo com a mesma referência o ALTE idiopático que se crê relacionado com apneia poderá designar-se por Apneia da Infância: “ episódio não explicável de paragem da respiração durante 20” ou mais, ou uma pausa respiratória mais pequena associada a bradicardia, cianose, palidez e/ou marcada hipotonia em lactente com mais de 37 semanas de idade gestacional ¹”.

Sobre esta patologia os autores, após revisão da literatura, referem: incidência geral, particularizando o período neonatal, epidemiologia, clínica, mecanismos e diagnósticos específicos etiológicos e prognóstico.

Propõem para discussão uma metodologia de orientação de recém nascidos, que se apresentem com antecedente imediato desta entidade. Simultaneamente é feita proposta para a criação de um grupo de estudo do ALTE em Portugal.

ALTE no período Neonatal

Proposta de orientação: 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20

1- Condição do recém nascido (RN):

- Risco de vida = proceder em conformidade
- RN bem = iniciar processo de avaliação ► (2)

2- Processo de avaliação

- Tentar distinguir, pela descrição, um evento normal vivido de forma dramática por quem presenciou, de um evento anormal na realidade ameaçador da vida.

- História clínica pormenorizada:

Episódio:

- duração
- estado de consciência antes, durante e depois.
- mudanças de cor e/ou tônus muscular; presença

de movimentos e esforços respiratórios; eventuais movimentos oculares;...

- recuperação: necessidade só de estímulo (leve/intenso) e/ou medidas de reanimação.

- tentar relacionar o episódio com: alimentação, eventual sufocação/engasgamento, ou outros sintomas (infecção respiratória superior,...) ou outros sinais (febre,...)

Antecedentes pessoais:

Outros episódios assustadores, medicações, padrões respiratórios anormais (“ressonar”,...), problemas alimentares, problemas neurológicos (convulsões,...), problemas perinatais, outros problemas médicos (cardiopatia, displasia broncopulmonar,...).

Antecedentes Familiares: apneias, mortes infantis, convulsões, outros problemas cárdiorespiratórios,...

- Exame físico minucioso:

Definir estado clínico (RN bem/doente), evidenciar eventuais dismorfismos, avaliação das vias aéreas superiores e inferiores (macroglossia, retrognatismo,...), semiologia cardíaca, avaliação neurológica, fundoscopia (se suspeita de criança mal tratada. Neste caso será de valorizar eventuais hemorragias retinianas),...

Exceptuando as situações em que claramente se conclui por um evento normal vivido de forma dramática, deve ser considerado o internamento de todos estes RNs. ► (3)

Será motivo de maior apreensão a presença de episódios: em idades muito precoces, de duração prolongada, com alteração da consciência, com necessidade de estímulo intenso ou manobras de reanimação para recuperar, recidivantes, que ocorram durante o sono, em irmãos com Síndrome da Morte Súbita do Lactente (SMSL), secundários a convulsões,...

3- Hospitalização

- **Objectivos:** monitorização, observar eventual recidiva e agir em conformidade,

visualização de refeições e do padrão respiratório durante o sono, tentar estabelecer uma etiologia e redução da elevada ansiedade familiar.

- **Duração:** na generalidade 24-48 horas, dependente da evolução do estado clínico da criança e da hipótese

diagnóstica eventualmente a despistar.

- Avaliação inicial:

- Monitorização cárdio-respiratória e da % da saturação em oxigénio da hemoglobina (oximetria de pulso).
- Hemograma completo (despiste de anemia, processo infeccioso,...)
- Gasimetria (observações imediatas após ALTE. Permitem inferir da sua eventual gravidade).
- Eco cardíaca (presença de shunts fetais, anomalias cardíacas, hipertensão pulmonar,...)
- Combur 10^{fl}. Se indiciador de infecção do tracto urinário fazer bacteriológica de urina.

- Casos seleccionados:

- Electrocardiograma (ritmo, avaliação do espaço QT,...).
- Electroencefalograma (convulsões,...).
- Esofagograma, ph-metria esofágica (refluxo gástrico esofágico,...).
- Despiste de doença metabólica (sangue: bicarbonato, lactato, amónia, aminoácidos(aa); urina: aa, ácidos orgânicos, substâncias redutoras,...)
- Imagiologia cerebral (hemorragias intracranianas, malformações,...) e do aparelho respiratório (pneumopatias, malformações,...).
- Radiografia do esqueleto (despiste de criança maltratada,...)
- Outros exames: endoscopia pulmonar (malácias, disfunção das cordas vocais, malformações, compressões extrínsecas,...); despiste de agentes infecciosos (pertussis, vírus sincicial respiratório,...); polisomnografia (nas raras situações com indicação - hipoventilação durante o sono, apneia obstrutiva, convulsões apneicas,...- poderá ser realizada nas Instituições com logística adequada).

- Diagnósticos:

- Sim. Agir em conformidade. Estabelecer eventuais terapêuticas e prognóstico. ► (4)
- Não (ALTE idiopático – 40-60% dos casos). Ponderar pertinência e data de alta, planejar condições de vigilância no ambulatório. ► (4)

4- Ambulatório

As recomendações do NIH Consensus Development Conference –1986¹, aconselham a dividir os lactentes com ALTE em duas grandes categorias para decidir ou não da sua monitorização cárdio-respiratória. O primeiro grupo, onde a monitorização é considerada claramente indicada, inclui os lactentes com um ou mais ALTEs, cuja severidade justificou manobras de reanimação. O segundo grupo inclui os casos em que estas manobras não foram necessárias. Nestas situações a decisão de monitorizar será feita numa base individual, após discussão com os familiares.

Serão recomendados monitores cárdio-respiratórios com capacidade de registo, para posterior avaliação dos

momentos antes, durante e após cada episódio alarmado. Da análise destes dados poderão resultar pistas para indicação diagnóstica, ou pelo menos elementos para tentar distinguir verdadeiros de falsos alarmes.

A prescrição de monitores é inerente ao ensino aos familiares da sua adequada utilização, da maneira de detectar e tentar ultrapassar algumas dificuldades técnicas, dos alarmes a intervir e a referir e ainda de manobras de reanimação. Os alarmes deverão ser automaticamente evidenciados para pausas respiratórias superiores a 20" e/ou frequências cardíacas inferiores a 70/'. A disponibilidade de apoio médico e técnico à criança monitorizada deverá ter um carácter total e permanente.

Na generalidade a monitorização em ambulatório terá uma previsão de dois meses na ausência de eventos semelhantes.

Aos familiares será fornecida toda a informação referida, mas deverá ser acentuando a ausência de clara evidência que a monitorização contribua para a redução da mortalidade⁶. Também deverão ser avisados que a monitorização limita de forma importante a sua disponibilidade e mobilidade e poderá condicionar perturbações do sono na criança e neles próprios.

Outros dados estatísticos que devem ser conhecidos de quem lida com esta entidade:

- a mortalidade geral do ALTE idiopático é de cerca de 3%, sendo 2/3 dos óbitos classificados como mortes devidas a SMSL²²⁻²⁴;
- é conhecido que 5-10% do SMSL acontece em lactentes com episódio de ALTE anterior⁵;
- lactentes monitorizados por ALTE têm um risco aumentado de repetição de episódios extremos (apneia > a 30" e bradicardia, de duração superior a 10", < a 60 batimentos/' para lactentes < 44 semanas de idade pós menstrual, ou < a 50 batimentos/' para aqueles com > 44 semanas), mas este risco só é estatisticamente significativo para o grupo ALTE da prematuridade¹⁴;
- a repetição de um ALTE evidenciado na 1ª semana de vida tem mais probabilidade de acontecer na semana seguinte do que nos 2 meses posteriores¹²;
- a apneia da prematuridade, habitualmente tem tendência a reduzir drasticamente de frequência a partir das 43-44 semanas de idade pós-concepcional²⁵;
- a avaliação entre os 7-10 anos de crianças com ALTE, não foi diferente de um grupo controle da mesma idade sem antecedentes desta entidade²⁶.

Bibliografia

- 1- Apnea (infantile) and home monitoring: Report of a consensus development conference. *US Department of Health and Human Services publication NIH 87-2905, Bethesda, MD, 1986.*
- 2- *American Academy of Pediatrics. Committee on Fetus and Newborn.* Apnea, sudden infant death syndrome and home monitoring. *Pediatrics.* 2003;111:914-7.
- 3- *American Academy of Pediatrics. Committee on Fetus and Newborn.* Hospital discharge of the high-risk neonate-proposed guidelines. *Pediatrics.* 1998; 102:411-17.
- 4- *Ariagno R, et al.* "Near-Miss" for sudden infant death syndrome infants: a clinical problem. *Pediatrics.* 1983;71:726-30.
- 5- *Brooks J.* Apparent life-threatening events and apnea of

Alte no período neonatal

infancy. *Clin Perinatol.* 1992;19:809-38.

6- Brooks J. Apparent life-threatening events. *Pediatr Rev.* 1996;7:257-9

7- Burchfield D, Rawlings J. Sudden deaths and apparent life-threatening events in hospitalised neonates presumed to be healthy. *AJDC.* 1991;145:1319-22.

8- Darnall R, et al. Margin of safety for discharge after apnea in preterm infants. *Pediatrics.* 1997;100:795-801.

9- Davies F, Gupta R. Apparent life threatening events in infants presenting to an emergency department. *Emerg Med J.* 2002;19:11-16.

10- Duffy P, Bryan H. Home apnea monitoring in "Near-Miss" sudden infant death syndrome (sids) and in sibilings of sids victims. *Pediatrics.* 1982;70:69-74.

11- Gray C, et al. Apparent life-threatening events presenting to a pediatric emergency department. *Ped Emerg Care.* 1999;15:195-9.

12- Grylack L, Williams A. Apparent life-threatening events in presumed healthy neonates during the first three days of life. *Pediatrics.* 1996;97:349-51.

13- Hauck F, Hunt C. Sudden infant death syndrome in 2000. *Curr Probl Pediatr.* 30:241-61.

14- Hoffman H, et al. Risk factors for SIDS. Results of the National Institute of Child Health and Human Development SIDS cooperative epidemiological study. *Ann N Y Acad Sci.* 1988;533:13-30.

15- Jobe A. What do home monitors contribute to the SIDS problem? *JAMA.* 2001;285:2244-45.

16- Oren J, et al. Identification of a high-risk group for sudden

infant death syndrome among infants who were resuscitated for sleep apnea. *Pediatrics.* 1986;77:495-99.

17- Pitetti R, et al. Prevalence of retinal haemorrhages and child abuse in children who present with an apparent life-threatening event. *Pediatrics.* 2002;110:557-62.

18- Polberger S, Svehinnngsen N. Early neonatal sudden infant death and near death of full term infants in maternity wards. *Acta Paediatr Scand.* 1985; 74:861-66.

19- Ramanathan R et al. Cardiorespiratory events recorded on home monitors. *JAMA.* 2001;2199-207.

20- Spitzer A, Gibson E. Home monitoring. *Clin Perinatol.* 1992;19:907-926.

21- Weese-Mayer D, Silvestri J. Documented monitoring: an alarming turn events. *Clin Perinatol.* 1992;19:891-906.

22- Dunne K, Matthews T. Near miss SIDS: Clinical findings and management. *Pediatrics.* 1987;79:889.

23- Kahn A, et al. Home monitoring of infants considered at risk for sudden infant death syndrome. *Eur J Pediatr.* 1982;139:94-100.

24- Kelly D, et al. Care of infants with near-miss sudden infant death syndrome. *Pediatrics.* 1978;61:511-14.

25- Baird T, et al. Clinical associations, treatment and outcome of apnea of prematurity. *Neo Rev.* 2002;3:66-70.

26- Kahn A, et al. Long-term development of children monitored as infants for an apparent life-threatening event during sleep: a 10-year follow-up study. *Pediatrics.* 1989;83: 668-73.

ALTE – Proposta para a criação de um grupo de estudo do ALTE:

1- Criação de um grupo de estudo e vigilância do ALTE de âmbito Nacional.

Patrocínio SPP/Secção de Neonatologia.

2- Tarefas do grupo

- Sensibilização das Unidades de Saúde, com vertente Pediátrica e/ou Neonatal, para colaboração no estudo do ALTE em Portugal.
- Criação de metodologia que permita uma abordagem do ALTE da forma mais Universal possível, respeitando as especificidades locais:
- folha de inquérito.
- programação de investigação padronizada.
- Dinamização da colaboração Instituições/grupo de estudo.
- Centro de referência da informação dos casos de ALTE que acorram aos Hospitais do SNS.
- Tratamento estatístico da casuística.
- Apresentação dos resultados de forma periódica. Revisão da metodologia sempre que considerado pertinente.