

SEPARATA CIENTÍFICA

1ª SEPARATA - EDIÇÃO N. 12 - MAIO 2019

TEMAS EM REVISÃO

Cuidados pós-reanimação

Guilherme Henriques

Abordagem Pré hospitalar do Tromboembolismo Pulmonar

Maria Luísa Melão

HOT TOPIC

A Paragem Cardio-Respiratória (PCR) - da perfusão coronária à perfusão cerebral como principal objetivo.

Dénis Pizhin, Pedro Ferreira

RUBRICA PEDIÁTRICA

O breve momento em que o bebé não respira - será BRUE?

Ana Cristina Fernandes

CASO CLÍNICO

Intoxicação por Organofosforados - Um caso de emergência pré-hospitalar

Sérgio Menezes Pina, Rui Osório, Teresa Salero

Contactos:

www.chalgarve.min-saude.pt/lifesaving

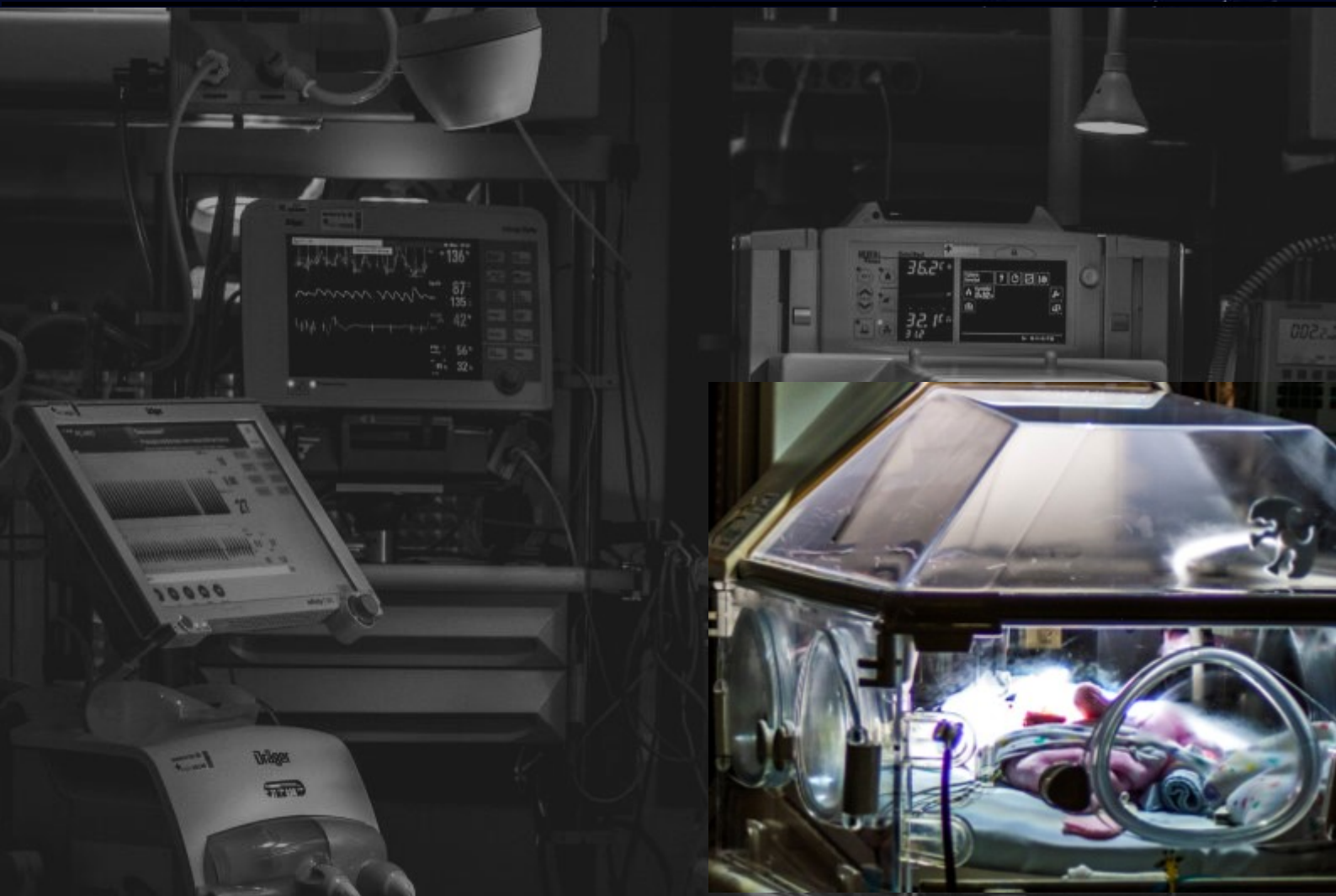
issuu.com/lifesaving

lifesavingonline.com

facebook.com/revistalifesaving

facebook.com/vmerdfaro





RUBRICA PEDIÁTRICA

O breve momento em que o bebé não respira — será BRUE?

Ana Cristina Fernandes

Médica interna do internato complementar de Pediatria médica

Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Unidade Faro

A percepção de um episódio de “quase-morte” de um bebé é assustador para os cuidadores, e conduz habitualmente à activação das equipas de emergência. Na chegada da equipa médica ao local é frequente o bebé estar clinicamente bem e não haver qualquer evidência etiológica para o sucedido. Para os profissionais de saúde o diagnóstico diferencial e a orientação destes casos é desafiante, e para os pais o aparato do evento e a ausência de explicação para o mesmo provoca ansiedade e preocupação.

Ao longo dos anos, muitas estratégias foram desenvolvidas para auxiliar os profissionais de saúde na avaliação e orientação destes lactentes. O termo ALTE (*Apparent Life-*

Threatening Event) teve origem em 1986 no sentido de substituir o diagnóstico de *Near-miss Sudden Infant Death Syndrome*¹. No entanto, com a prática clínica concluiu-se que se tratavam de entidades diferentes, uma vez que os doentes que tinham um episódio de ALTE não tinham maior risco de morte súbita². O ALTE é definido como um episódio “assustador para o observador” acompanhado de alguma combinação dos seguintes sintomas: apneia (central ou obstrutiva), alteração da coloração da pele (palidez, cianose, mas ocasionalmente rubor), alteração do tónus (hipertonia ou hipotonia) e engasgamento. Descreve portanto uma constelação de sintomas subjetivos e pouco específicos, tor-

nando difícil a sua aplicação na prática clínica³. Segundo a Academia Americana de Pediatria (AAP), vários foram os motivos que levaram à recomendação de alteração da terminologia e critérios de diagnóstico². A sua definição tem vários pontos controversos, nomeadamente ao prever um lactente assintomático, mas não excluir aqueles clinicamente doentes. A nomenclatura tem também uma conotação alarmista, tendo em conta que se trata, na maioria dos casos, de uma entidade benigna e autolimitada. E se por um lado a definição e a sua imprecisão podem suscitar dúvidas diagnósticas e conduzir à realização de exames complementares de diagnóstico desnecessários, por outro pode ser aplicado em situações em que a doença de base é grave e necessita de tratamento e orientação. Uma definição mais precisa pode evitar intervenções médicas e internamentos desnecessários, bem como reduzir a ansiedade parental e as dificuldades diagnósticas dos profissionais de saúde.

O novo termo a ser aplicado é BRUE (*Brief Resolved Unexplained Event*), que traduz melhor a natureza transitória e a etiologia desconhecida destes episódios, sendo removida expressão "life-threatening"².

Os **critérios diagnósticos de BRUE** são²:

- ocorrer em lactentes com menos de 1 ano de idade;
- ser um episódio súbito e breve (duração inferior a 1 minuto, habitualmente inferior a 20-30 segundos) e autolimitado;
- caracterizar-se por um ou mais dos seguintes sinais/sintomas: cianose ou palidez, apneia ou respiração superficial/irregular, alteração do tônus muscular (hipotonia ou hipertonia) e alteração do estado de consciência;
- depois de uma história clínica detalhada não se encontrar outra explicação para o quadro clínico e o exame físico realizado por um especialista ser completamente negativo, com sinais vitais normais e encontrado o estado de saúde habitual.

Estes critérios mais rigorosos permitem um diagnóstico mais preciso e contribuem para a estratificação de risco. Assim, através da avaliação de estudos de doentes com o diagnóstico anterior de ALTE, foi possível identificar os **lactentes com baixo risco**, que cumpram todos os seguintes critérios²:

- lactentes com mais de 60 dias de vida, prematuros apenas se mais de 32 semanas de idade gestacional e 45 semanas ou mais de idade pós menstrual
- primeiro episódio de BRUE (único)
- duração do episódio inferior a um minuto, sem necessidade de reanimação

- sem alterações ao exame físico
- com história clínica inocente (sem, por exemplo, suspeita de maus tratos, história familiar de morte súbita, exposição a tóxicos)

Os lactentes que não cumpram estes critérios poderão ter maior risco de apresentar uma doença grave subjacente, episódios recorrentes e pior prognóstico².

A verdadeira incidência de BRUE é desconhecida. No entanto, considera-se que é um diagnóstico comum na urgência, representando 0.6-0.8% dos casos admitidos⁵.

E será errado continuar a utilizar o termo ALTE? Alguns autores consideram que este termo pode continuar a ser aplicado nos casos de maior risco e naqueles que apresentem história e exame físico positivos, até ser identificada a causa do evento³. A etiologia específica de um episódio de ALTE é encontrada em 50 a 70% dos casos, sendo que em apenas 15% dos casos é diagnosticado ALTE idiopático (que actualmente poderá ou não cumprir os critérios de BRUE)³.

É fundamental fazer um diagnóstico diferencial cuidadoso perante a suspeita de BRUE que não cumpra os critérios de baixo risco. Um episódio de ALTE pode ser a apresentação clínica de doenças do aparelho digestivo, neurológicas, infecciosas, endócrino-metabólicas, cardíacas e maus-tratos³.

A doença do refluxo gastro-esofágico (DRGE) é muito prevalente, ocorrendo em mais de dois terços dos lactentes. Pode provocar apneias e hipoxemia, devido a microaspirações, laringoespasma e broncospasma. Antes do advento do BRUE, a DRGE foi considerada a etiologia mais comum do ALTE, implicada em 20% a 54% dos casos⁴.

A forma de apresentação dos maus-tratos infantis pode simular um episódio de ALTE/BRUE. É habitualmente um diagnóstico muito difícil, em que a história pode ser equívoca e as manifestações clínicas subtis. De acordo com a literatura, 1% a 11% de todos os ALTE correspondem a traumatismo crânio-encefálico não acidental. Portanto, um alto índice de suspeita deve ser mantido na avaliação de crianças com suspeita de ALTE ou BRUE¹.

Aproximadamente 8% dos ALTE correspondem a infecções do trato respiratório, sendo o vírus sincicial respiratório e a *Bordetella pertussis* os agentes mais implicados¹. Na maioria dos casos o lactente está sintomático à observação aquando do episódio sugestivo de ALTE. As infecções do trato urinário representam 1% dos quadros infecciosos relacionados com o ALTE, existindo habitualmente febre associada³. Em casos

raros, o ALTE pode ser a apresentação de infecções invasivas como meningite, bacteriemia e pneumonia. Esses bebês têm geralmente um ar doente na apresentação, desqualificando o diagnóstico de BRUE¹.

Segundo vários autores, as doenças do sistema nervoso são responsáveis por 9 a 30% dos episódios de ALTE. As convulsões, isoladas ou secundárias a hemorragia intracraniana, hidrocefalia ou hipoxia cerebral, são a apresentação neurológica mais comum de ALTE³.

As doenças cardíacas que se podem apresentar como ALTE incluem arritmias (taquicardia supraventricular), pré-excitação ventricular (síndrome de Wolff-Parkinson-White), canalopatias (síndrome do QT longo, síndrome de Brugada), miocardite e cardiomiopatia (cardiomiopatia hipertrófica, cardiomiopatia dilatada). Deve considerar-se uma etiologia cardíaca em lactentes com história familiar de mortes súbitas inexplicadas em parentes de primeiro grau e clínica sugestiva como diaforese, dificuldades na alimentação e cianose.

A prematuridade, tabagismo materno, displasia broncopulmonar, obesidade, laringomalácia, micrognatia, fraqueza

neuromuscular, síndrome de Down, acondroplasia, malformações de Chiari e síndrome de Prader-Willi são factores de risco para a apneia obstrutiva do sono que também se pode manifestar como um ALTE³.

Segundo as novas directrizes da AAP, os doentes com BRUE que cumpram as características de baixo risco não beneficiam de exames complementares de diagnóstico, não têm indicação para internamento para monitorização cardiovascular e não necessitam de tratamento específico. No entanto, o médico pode decidir por uma monitorização breve de 1 a 4 horas com oxímetro e avaliações clínicas seriadas. Com base na suspeita clínica, o médico pode considerar obter secreções para a pesquisa de *Bordetella pertussis* ou solicitar um electrocardiograma para excluir canalopatias. Não está recomendada a realização por rotina de radiografias do tórax, exames laboratoriais, serologias, culturas ou exames de neuroimagem. As recomendações estão focadas para a orientação em ambulatório com educação dos pais sobre BRUE, a recomendação de um plano de seguimento da criança e o treino dos pais em suporte básico de vida².

A maioria dos lactentes com o diagnóstico de BRUE é classificada no grupo de baixo risco. No entanto, na minoria que



apresenta critérios de risco o diagnóstico etiológico pode não ser evidente. Nesses casos, é prudente realizar exames complementares de diagnóstico dirigidos à suspeita clínica e proceder ao internamento por 24 a 72 horas para monitorização cardio-respiratória¹.

Um evento de BRUE causa ansiedade e preocupação nos cuidadores e, muitas vezes, também nos profissionais de saúde, conduzindo frequentemente à realização de exames complementares excessivos e a internamentos desnecessários. Com as novas orientações, a AAP pretende tornar o diagnóstico mais preciso e reforça a necessidade de realizar histórias clínicas e exames físicos pormenorizados no sentido de evitar investigações dispensáveis. Uma meta-análise de 2018 corrobora a abordagem minimalista preconizada pela AAP nos casos de BRUE de baixo risco, sendo que a evidência indica que o risco de morte destes bebés é aproximadamente igual ao risco da população geral durante o primeiro ano de vida⁶. [L](#)

Referências Bibliográficas

1. McFarlin A. What to Do when Babies Turn Blue. *Emerg Med Clin North Am* 2018;36(2):335–47.
2. Tieder JS, et al. Brief Resolved Unexplained Events (Formerly Apparent Life-Threatening Events) and Evaluation of Lower-Risk Infants. *Pediatrics* 2016;137(5):e20160590
3. Piumelli R, et al. Apparent Life-Threatening Events (ALTE): Italian guidelines. *Ital J Pediatr* 2017;43(1):111.
4. Doshi A, et al. Apparent life-threatening event admissions and gastroesophageal reflux disease. *Pediatr Emerg Care* 2012;28:17–21.
5. Fu LY MR. Apparent life-threatening events (ALTEs) and the role of home monitors. *Pediatr Rev* 2007;25:203.
6. Brand DA, Fazzari MJ. Risk of Death in Infants Who Have Experienced a Brief Resolved Unexplained Event: A Meta-Analysis. *J Pediatr* 2018;197:63–7

