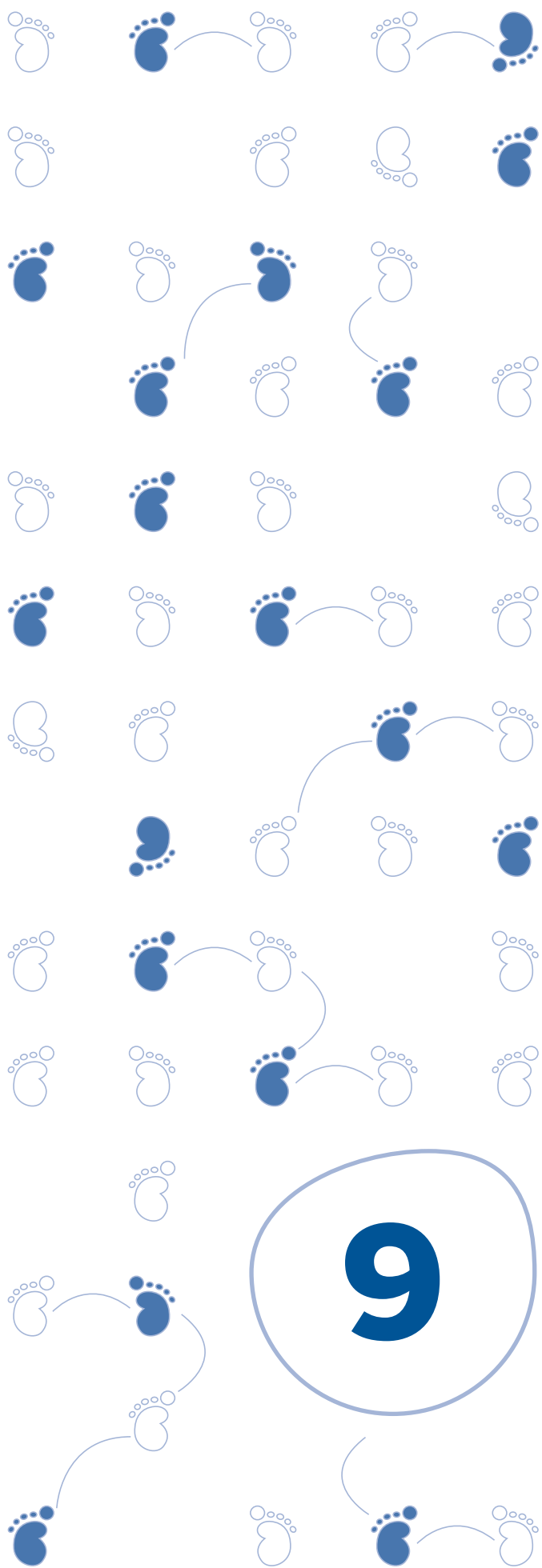
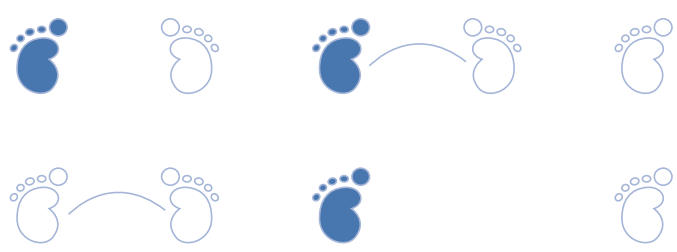




Apneia da Prematuridade



Descrição

Definição

É caracterizada como a pausa respiratória > 20 segundos ou pausa respiratória de menor duração (< 20 segundos), acompanhada de bradicardia e/ou cianose. A respiração periódica é um padrão típico do prematuro, caracterizada por movimentos respiratórios de 15 a 20 segundos de duração, intercalados por pausa com duração de 5 a 10 segundos, sem bradicardia e/ou cianose.

Classificação da Apneia da prematuridade

É classificada em função da presença ou não de fluxo gasoso nas vias aéreas do recém-nascido. Há três tipos de apneia:

Tipos de apneia	Frequência	Conceito	Característica
Apneia central	10% a 25%	Interrupção simultânea do fluxo gasoso das VA e dos movimentos respiratórios, sem colapamento das VA	A frequência e o risco ↑ em função da menor IG
Apneia obstrutiva	12% a 20%	Interrupção do fluxo gasoso por obstrução das VA com persistência dos movimentos respiratórios	Associada à maior alteração hemodinâmica. A frequência diminui com o ↑ da IG
Apneia mista	50% a 70%	Interrupção do fluxo gasoso, por perda de tônus das VA com interrupção dos movimentos respiratórios e parada dos movimentos respiratórios, seguida de obstrução das VA	Apresenta maior prevalência, maior tempo de duração do episódio e associa-se à queda importante de FC e saturação de O ₂

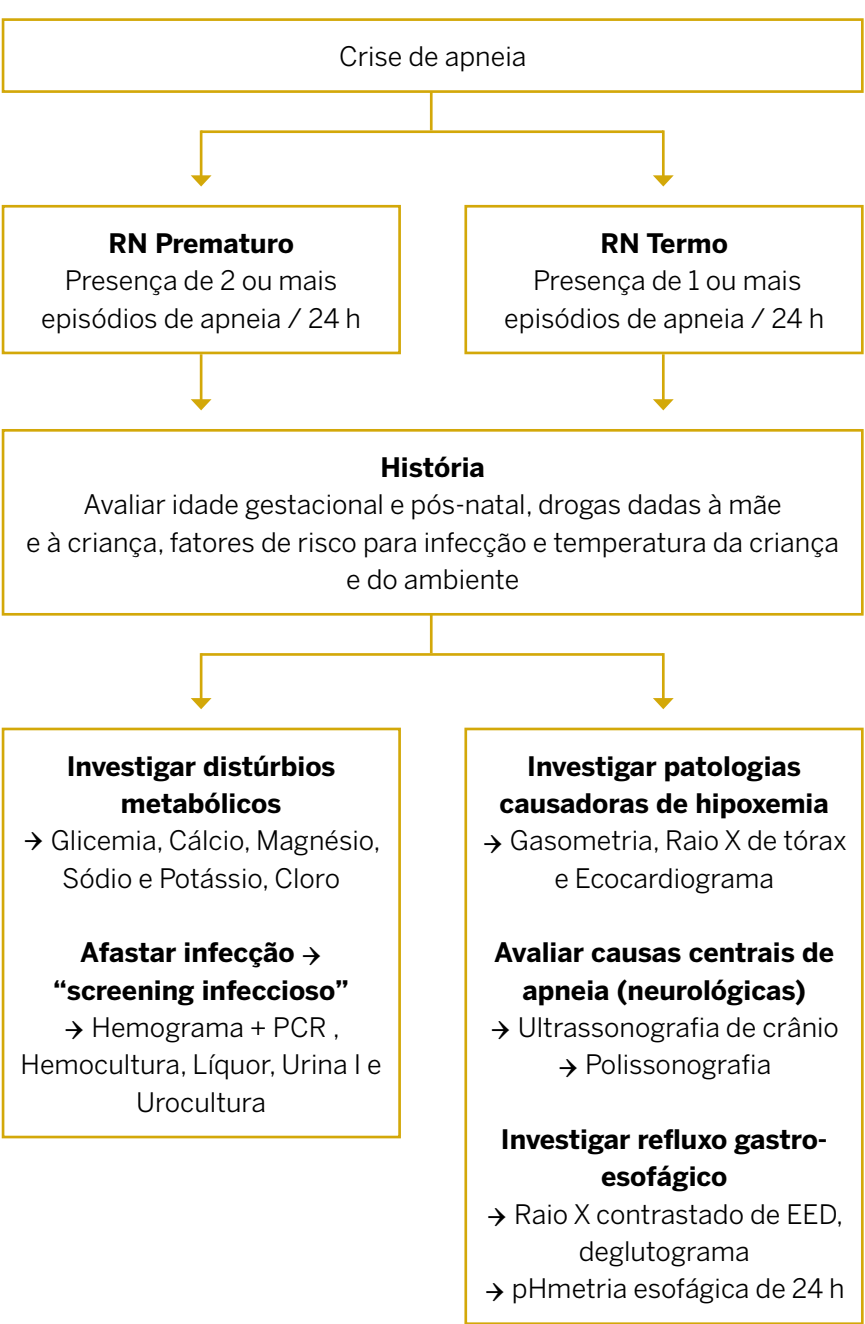
VA: vias aéreas • IG: idade gestacional • FC: frequência cardíaca

Diagnóstico

Abordagem

A apneia da prematuridade, geralmente, não se associa a um fator patológico desencadeante. Entretanto, se o recém-nascido apresentar crise de apneia, recomenda-se iniciar a investigação diagnóstica com foco no processo infeccioso, distúrbio metabólico, uso de drogas, hipóxia, refluxo gastro-esofágico, patologias do sistema nervoso central e instabilidade térmica.

Algoritmo da abordagem diagnóstica



Terapia

Abordagem terapêutica

Uma vez determinada a causa da apneia, deve-se iniciar a terapia específica. Recém-nascidos com apneia da prematuridade, com crises frequentes de apneia, de duração ≥ 20 segundos associadas com cianose e/ou bradicardia necessitam de terapêutica com agentes farmacológicos, CPAP nasal e, se aplicável, a intubação endotraqueal.

Terapia farmacológica da apneia

Drogas	Ataque	Manutenção	Apresentação	Nível Sérico
Aminofilina	6 a 8 mg/kg	2 mg/kg de 8/8 h ou 12/12 h Iniciar 12 h após ataque	Aminofilina (80% de teofilina) - gotas: 1 gota = 12 mg IV: 1 ml = 24 mg	5 a 10 mcg/ml Coleta: após 48 a 72 h e semanalmente
Cafeína	10 mg/kg (Citrato de cafeína: 20 mg/kg), VO ou IV	2,5 mg/kg de cafeína (citrato de cafeína: 5 mg/kg) de 24/24 h Iniciar 24 h após ataque	Citrato de Cafeína 5 mg/1 ml	8 a 20 mcg/ml Coleta: após 48 a 72 h e semanalmente

Observações

- A terapia farmacológica (aminofilina e cafeína) deve ser mantida até a idade gestacional pós-conceptual entre 35 e 37 semanas ou por período entre 5 e 7 dias após último episódio de apneia
- O nível sérico (NS) terapêutico da teofilina está entre 6 e 13 mcg/ml e da cafeína entre 8 e 20 mcg/ml. O controle do nível sérico das drogas deve ser feito entre 48 e 72 h após o início do tratamento e colhido 1 hora após administração intravenosa e 2 horas após administração via oral
- Se o NS da teofilina estiver abaixo do nível terapêutico: faz-se ataque adicional, segundo a fórmula: 10 – NS encontrado – dose anterior. Após ajuste do nível terapêutico, faz-se controle semanal até a suspensão da droga

Suporte ventilatório na apneia

O uso do CPAP nasal e da ventilação mecânica está indicado nos casos de apneia caracterizada por episódios de pausa respiratória recorrentes e frequentes na vigência da terapia farmacológica. Inicia-se o CPAP nasal com PEEP entre 3 e 5 cmH2O. Há dados que demonstraram efeito maior do CPAP nas apneias obstrutivas e mistas, com pouco ou nenhum efeito na apneia central. Se não houver resposta terapêutica ao uso de metilxantinas e ao CPAP nasal convencional ou ciclado, está indicada a intubação endotraqueal.