

PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM DISTÚRPIO DO SONO ACOMPANHADOS EM HOSPITAL INFANTIL ESPECIALIZADO



HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM PEDIATRIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Residente: Renata Mayumi Hamaoka

Orientadora: Dra. Lisliê Capoulade Nogueira

Brasília – Fevereiro, 2020

INTRODUÇÃO



Distúrbios do sono (DS):

Queixas frequentes em consultórios de pediatras.

Alterações benignas X Distúrbios do sono refratários;

Anamnese completa;
Exames complementares.



Alterações comportamentais e emocionais
na idade escolar e adolescência.

INTRODUÇÃO



Academia Americana de Medicina do Sono
Classificação Internacional de
Distúrbios do Sono:

Quadro 1: Classificação dos distúrbios do sono segundo a
International Classification of Sleep Disorders (ICSD)

1. Insônia
2. Distúrbios respiratórios relacionados ao sono
3. Hipersonias de origem central
4. Distúrbios do ritmo circadiano de sono e vigília
5. Parassonias
6. Distúrbios do movimento relacionados ao sono
7. Outros distúrbios do sono

INTRODUÇÃO



Insônia:

DS mais prevalente na faixa etária pediátrica;

Definição:

Dificuldade de início ou manutenção do sono;

Despertar mais cedo que o desejado;

Dificuldade em iniciar o sono sem a intervenção externa.

É necessário ter consequências diurnas.

As causas variam conforme as faixas etárias:

Lactentes: refluxo, ingestão excessiva de líquidos e associações inadequadas para o início do sono;

Adolescentes: comorbidades psiquiátricas e pressão familiar.

INTRODUÇÃO



Distúrbios respiratórios relacionados ao sono:

Anormalidades da respiração e ventilação no sono.

Apneia obstrutiva do sono (AOS) é o mais prevalente e relevante na pediatria.



Obstrução parcial ou completa das vias aéreas superiores, levando a aumento do esforço respiratório, hipóxia e hipercapnia.

Clínica: respiração difícil pelo menos 3x/semana, enurese noturna secundária, hiperextensão cervical no sono, cefaleia matinal, sonolência diurna, sintomas de desatenção, hiperatividade e dificuldades de aprendizagem.

Consequências em longo prazo:
Problemas estaturais, hipertensão arterial sistêmica e mesmo hipertrofia ventricular direita.

Critérios diagnósticos:

Ronco habitual, esforço/ obstrução respiratória ou sintomas diurnos relacionados a fragmentação do sono (sonolência excessiva, hiperatividade)

+

Achados específicos à polissonografia: um ou mais eventos obstrutivos por hora de sono ou PCO₂ acima de 50 mmHg durante mais de 25% do tempo de sono e roncos, movimentos toracoabdominais paradoxais ou redução da amplitude da onda de pressão de fluxo nasal.

Sateia MJ. International classification of sleep disorders-third edition: highlights and modifications. Chest. 2014; 146(5):1387-94.

Halal CSE, Nunes ML. Distúrbios do sono na infância. Residência pediátrica. 2018;8(supl 1):86-92.

Grime C, Tan HL. Sleep Disordered Breathing in Children. Indian J Pediatr. 2015; 82(10):945-55.

Ehsan Z, Ishman SL, Kimball TR, Zhang N, Zou Y, Amin RS. Longitudinal cardiovascular outcomes of sleep disordered breathing in children: a meta-analysis and systematic review. Sleep. 2017; 40(3).

Marcus CL, Brooks LJ, Draper KA, Gozal D, Halbower AC, Jones J, et al. Diagnosis and management of childhood obstructive sleep apnea syndrome. Pediatrics. 2012; 130(3):e714-55.

Nixon GM, Davey M. Sleep apnoea in the child. Aust Fam Physician. 2015; 44(6):352-5.

INTRODUÇÃO



Hipersonias de origem central

Narcolepsia:

Uma das causas mais comuns de sonolência excessiva diurna. Longo período entre o início dos sintomas e o diagnóstico (média de 15 anos). Sintomas são comumente confundidos com outras patologias.

Clínica: cataplexia, paralisia do sono ou alucinações no início ou final do sono.

Distúrbios do ritmo circadiano de sono e vigília

Atraso de fase:

Acomete até 16% dos adolescentes; Atraso no momento do início do sono, geralmente de mais de 2 horas, em relação ao desejado pelo indivíduo e esperado para que cumpra seus compromissos sociais.

Consequentemente, o adolescente apresenta dificuldade em se levantar pela manhã, sonolência diurna, podendo haver também prejuízos ao rendimento escolar.

INTRODUÇÃO

Parassonias

Dissociação entre a vigília e o sono REM ou não REM -> superposição de características de um estado sobre o outro -> fenômenos comportamentais indesejáveis.

Parassonias do sono NREM:

Despertar confusional, sonambulismo e o terror noturno.

Parassonias do sono REM:

Pesadelos.

Outras parassonias:

Enurese noturna.

Distúrbios do movimento relacionados ao sono

Movimentos simples, com frequência estereotipada, que ocorrem durante o sono.

Síndrome das pernas inquietas:

- Associação com anemia ferropriva e TDAH;

Bruxismo:

- Associação com alterações na ATM e/ou ansiedade ou TDAH.

OBJETIVO



Identificar o perfil epidemiológico, fatores de riscos e sinais e sintomas prevalentes nos pacientes estudados.

Pontuar exames complementares, diagnósticos e opções de tratamento para cada distúrbio do sono.

MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo transversal observacional e retrospectivo;

Dados de prontuários de pacientes acompanhados em ambulatório de Medicina do Sono no Hospital da Criança de Brasília José Alencar;

Período de março a outubro de 2019.

Banco de dados no editor de Formulários do programa Google Docs;

Análise descritiva do perfil epidemiológico, fatores de riscos, sinais e sintomas, exames complementares, diagnósticos e tratamentos estabelecidos.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da ESCS/FEPECS sob CAAE 17976019.1.0000.5553.



Critérios de inclusão:

Pacientes de ambos os sexos, de 0 a 18 anos, com diagnóstico de distúrbio do sono, acompanhados pelo ambulatório de Medicina do Sono do HCB, que tiverem seus dados disponíveis em sistema de prontuário eletrônico.

Critérios de exclusão:

Pacientes sem diagnóstico de distúrbio do sono, que perderam seguimento ou que não tiveram dados suficientes registrados no sistema de prontuário eletrônico do hospital.

RESULTADOS | DISCUSSÃO

89 pacientes atendidos
no ambulatório de Medicina do Sono
entre março e outubro de 2019;



51 pacientes
foram excluídos;

**38 (42,7%) pacientes
participaram foram
selecionados.**

38 pacientes selecionados



20 (52,6%) pacientes pertenciam ao
sexo feminino.

Literatura demonstra uma
prevalência dos distúrbios do sono
entre meninos e crianças obesas ou
com sobrepeso.

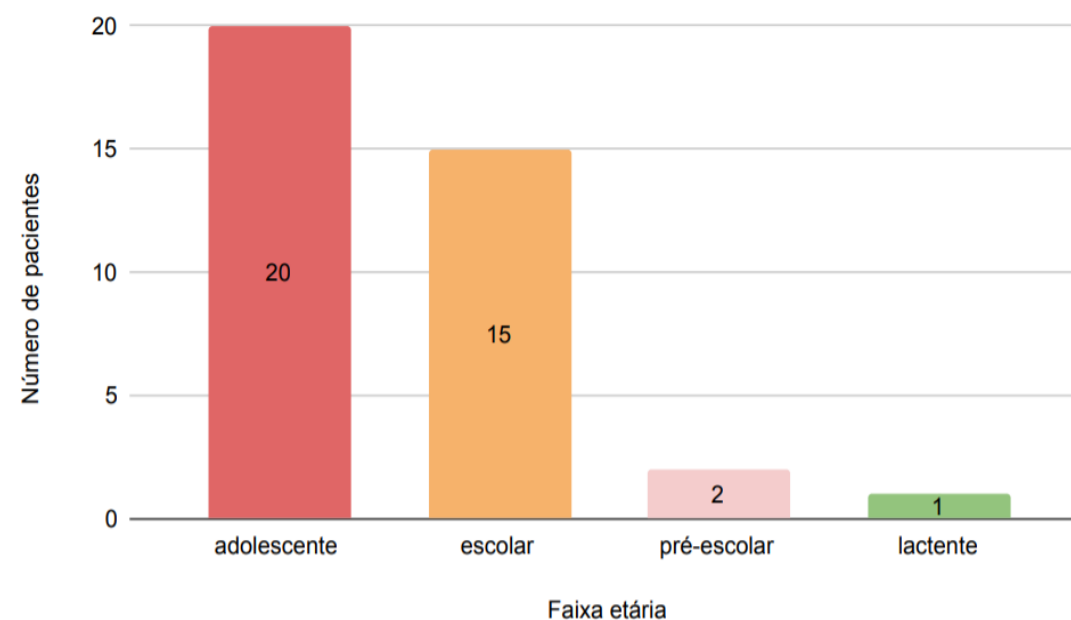
RESULTADOS | DISCUSSÃO

Adolescentes foram a faixa etária mais atendida; apesar de alguns autores sugerirem uma maior prevalência dos distúrbios do sono entre 2-8 anos (maior crescimento adenotonsilar), atualmente não há dados suficientes que apontem diferenças de prevalência quanto à idade.



Além da hipertrofia adenotonsilar, outros fatores de risco estão associados com os distúrbios do sono, como a presença de malformações craniofaciais, síndromes genéticas, doenças neurológicas e obesidade.

Gráfico1: Distribuição de faixa etária.



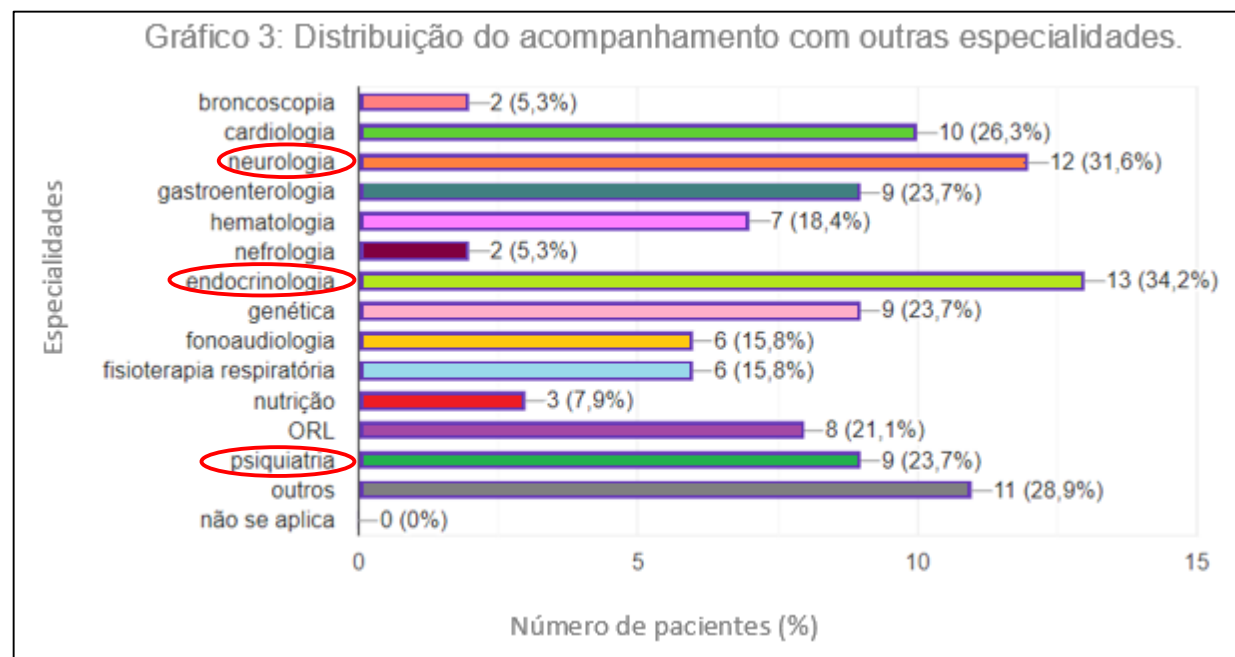
RESULTADOS | DISCUSSÃO

Todos os pacientes analisados estavam em acompanhamento com **outra especialidade pediátrica.**



Na literatura, estima-se que entre 20% e 30% das crianças apresentem, até a adolescência, alguma alteração do sono, sendo essa prevalência ainda mais elevada entre crianças com comorbidades neuropsiquiátricas.

Gráfico 3: Distribuição do acompanhamento com outras especialidades.



RESULTADOS | DISCUSSÃO

Antecedentes pessoais patológicos:
 pelo menos uma comorbidade foi descrita
 em todos os pacientes.

Distúrbios do sono;

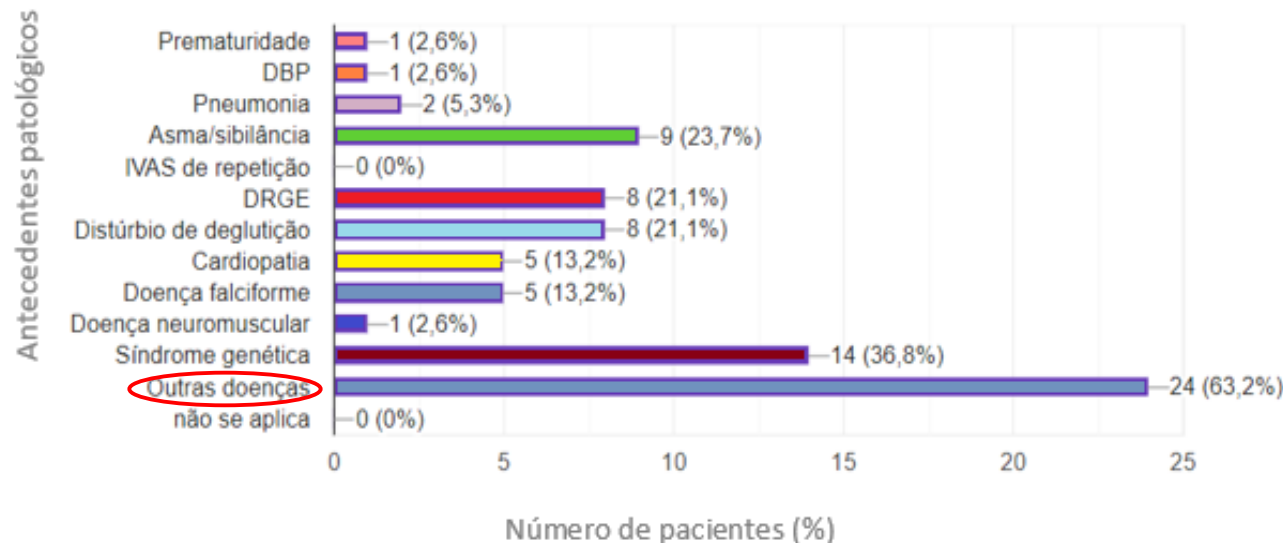


Elevam o risco de alterações metabólico-
 comportamentais;



Déficits de atenção, distúrbios do humor,
 aumento de peso e/ou alterações
 do neurodesenvolvimento.

Gráfico 4: Distribuição dos antecedentes patológicos.



“Outras doenças”:

Distúrbios neurológicos: epilepsia, encefalopatia por hipóxia neonatal e síndrome de hipoventilação central congênita.

Distúrbios endocrinológicos: sobrepeso, obesidade, diabetes mellitus tipo 2, hipotireoidismo, deficiência de GH, baixa estatura e hipovitaminose D.

Distúrbios psiquiátricos: transtorno de personalidade, transtorno comportamental, transtorno do espectro autista e transtorno afetivo bipolar.

RESULTADOS | DISCUSSÃO

Avaliação das VAS:

Obstrução nasal descrita em 21 (55,3%) pacientes; Hipertrofia de tonsilas palatinas descritas em 13 (34,2%).

Associação entre obstrução nasal e hipertrofia das tonsilas palatinas;



Redução do calibre das VAS;



Respiração oral.

Chung *et al.*: **hipertrofia adenotonsilar**
-> causa mais comum de **distúrbios respiratórios relacionados ao sono.**

Tabela 1: Distribuição das condições clínicas das VAS.

CONDIÇÕES CLÍNICAS DAS VAS	NÚMERO DE PACIENTES (%)
Hipertrofia de tonsilas palatinas	13 (34,2%)
Dismorfia craniofacial	4 (10,5%)
Macroglossia / Glossoptose	2 (5,3%)
Fenda palatina / Lábio leporino	0 (0%)
Micrognatia / Retrognatia	1 (2,6%)
Sem alterações	21 (55,3%)

RESULTADOS | DISCUSSÃO

Rotina de sono:

Referida por 26 pacientes;

Uso de tela antes de dormir:

Relatado em 28 pacientes.

Higiene de sono

Importante fator de risco para avaliação da qualidade do sono.

Insônia por higiene do sono inadequada

Associada a hábitos inapropriados (excesso de estimulação física, mental ou emocional);
Falta de horário e de rituais para o adormecer.

Entres adolescentes -> metanálise de *Bartel KA et al.*

Higiene do sono é responsável por adiantar o início do sono, reduzir a latência e aumentar o tempo total de sono;

X

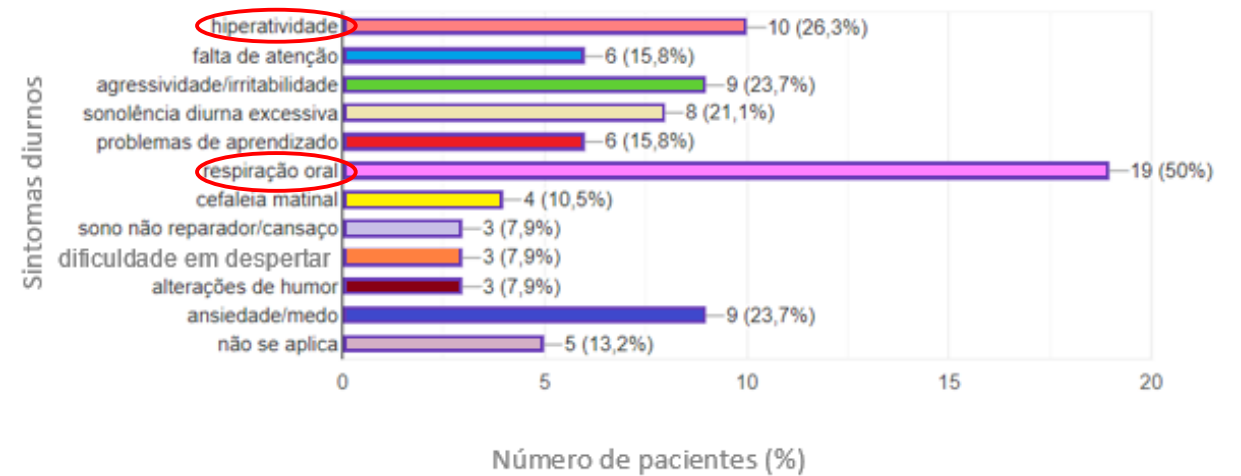
Jogos eletrônicos, uso de smartphone, acesso à internet ou computador e iluminação excessiva noturna se relacionaram a ir para cama mais tarde nessa faixa etária.

RESULTADOS | DISCUSSÃO

Sintomas diurnos:

Sintomas diurnos	<ul style="list-style-type: none"> - Respiração oral - Cefaléia matinal - Dificuldade de despertar pela manhã - Alterações de humor - Déficit de atenção e hiperatividade - Dificuldades escolares - Sonolência diurna - Semi-obstrução nasal (rinorreia) - Infecções de vias aéreas superiores freqüentes - Dificuldades de deglutição - Queda do apetite - Déficit auditivo
------------------	---

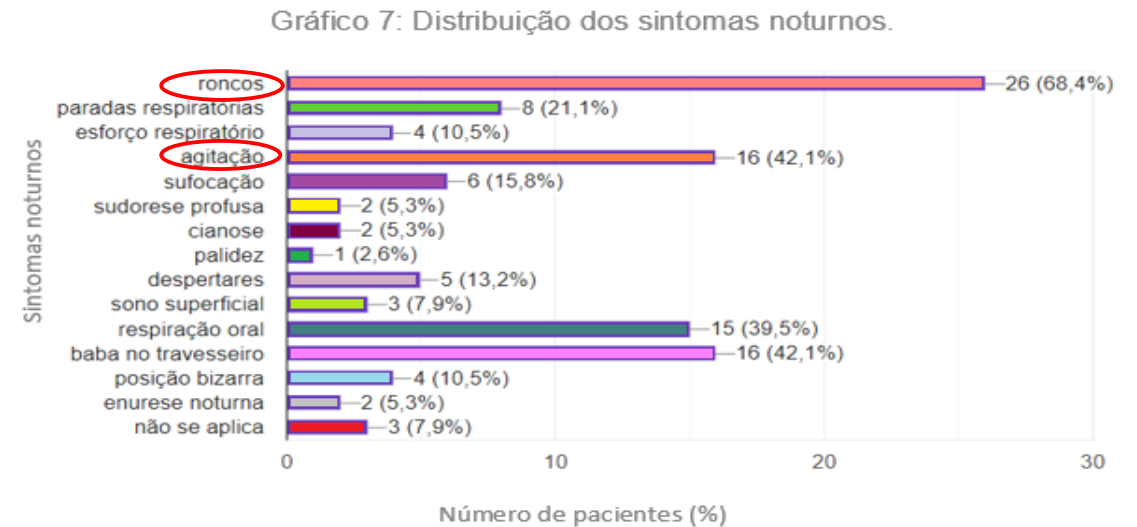
Gráfico 6: Distribuição dos sintomas diurnos.



RESULTADOS | DISCUSSÃO

Sintomas noturnos:

Sintomas noturnos	- Roncos
	- Dificuldade respiratória durante o sono
	- Pausas respiratórias ou apneia
	- Sono agitado
	- Sudorese noturna
	- Xerostomia
	- Posição anormal para dormir
	- Enurese
	- Terror noturno e ou sonambulismo
	- Bruxismo



RESULTADOS | DISCUSSÃO

Exames complementares:

Tabela 2: Distribuição dos exames complementares.

EXAMES COMPLEMENTARES	NÚMERO DE PACIENTES (%)
Radiografia de cavum	14 (36,8%)
Endoscopia nasal	3 (7,9%)
Ecocardiograma	18 (47,4%)
Polissonografia	26 (68,4%)
Exames laboratoriais	21 (55,3%)
Espirometria	2 (5,3%)

Polissonografia do sono:

Exame não invasivo que avalia o padrão de sono por meio de sensores na superfície do corpo;

Padrão ouro para a avaliação do respirador oral;
Exame pouco prático na rotina clínica diária?

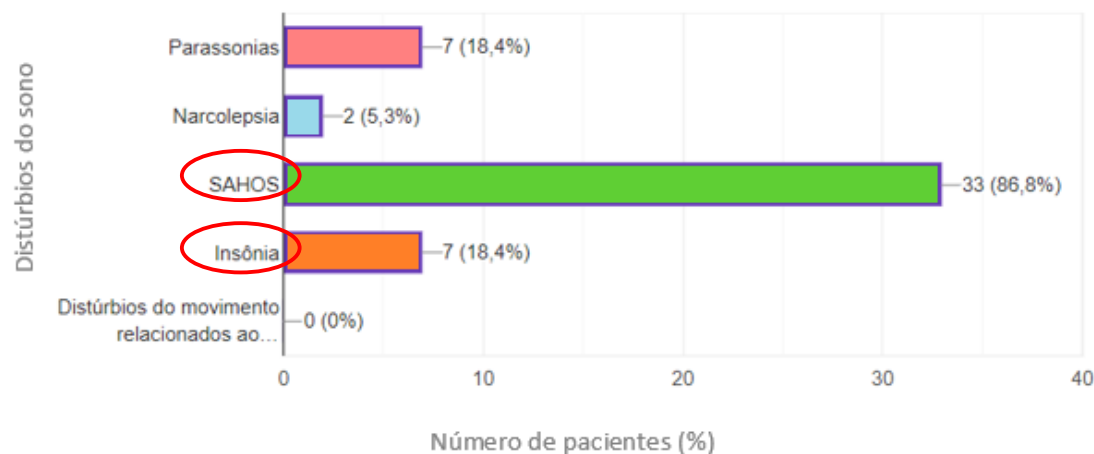
- Custo mais elevado;
- Dificuldades na interpretação.

Apesar das dificuldades descritas, a polissonografia foi realizada em quase 70% dos pacientes estudados.

RESULTADOS | DISCUSSÃO

Diagnósticos de Distúrbios do Sono:

Gráfico 8: Distribuição dos diagnósticos de distúrbios do sono.



Apneia obstrutiva do sono acomete entre 1% a 5% da população pediátrica;

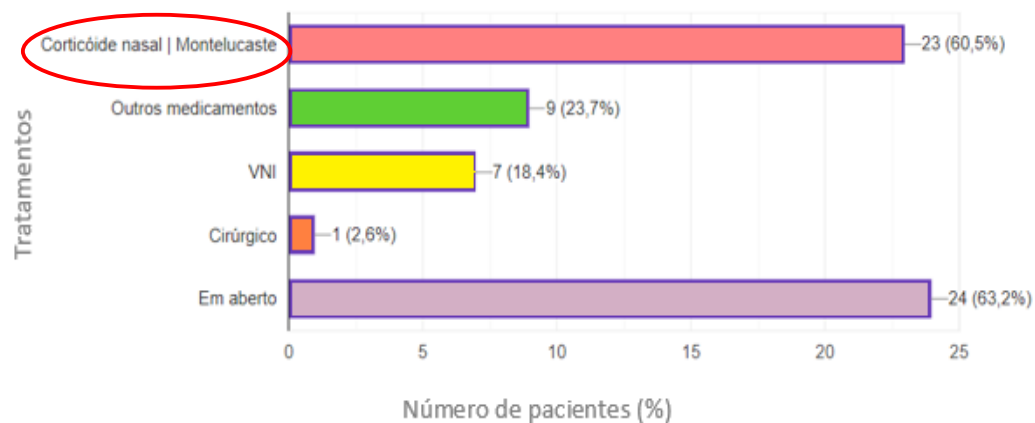
Insônia é o distúrbio do sono mais prevalente na faixa etária pediátrica, acometendo até 30% das crianças.

É possível que a pequena amostra em nosso estudo justifique as diferentes prevalências em relação à literatura.

RESULTADOS | DISCUSSÃO

Tratamento:

Gráfico 9: Distribuição dos tratamentos.



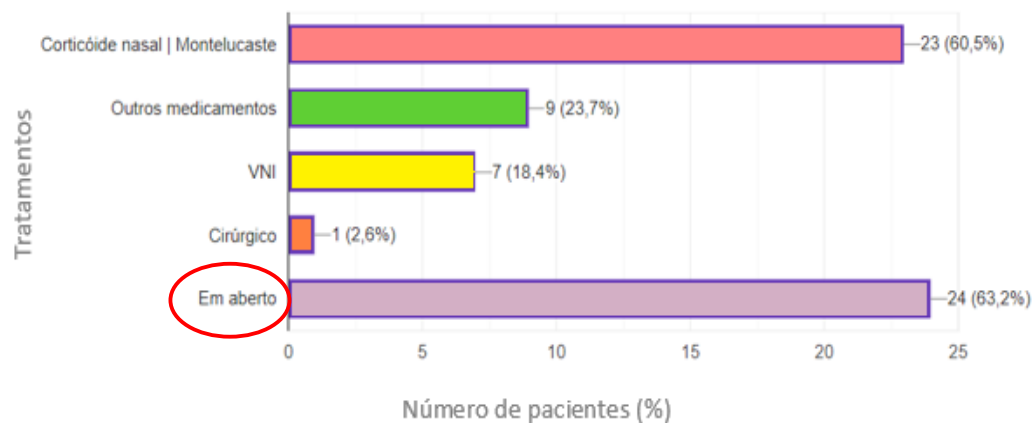
Kheirandish-Gozal e colaboradores:
Efeito positivo dos corticosteroides intranasais persistiram por no mínimo 8 semanas após o uso descontinuado do mesmo.

Goldbart AD e colaboradores:
estudo randomizado aberto, envolvendo crianças com AOS leve que receberam montelukaste por 16 semanas, observou-se uma redução do tecido adenotonsilar e melhora clínica.

RESULTADOS | DISCUSSÃO

Tratamento:

Gráfico 9: Distribuição dos tratamentos.



Se hipertrofia adenotonsilar -> adenotonsilectomia como primeira linha de tto.

“Em aberto” -> aguardando avaliação otorrinolaringológica e/ou exames complementares para definição terapêutica.

Cirurgia ineficaz ou contra-indicada -> terapia com pressão positiva contínua nas vias aéreas.

“Outros medicamentos” -> terapia clínica com anti-histamínicos ou melatonina para tratamento de insônia e metilfenidato e/ou antidepressivos tricíclicos para tratamento de narcolepsia.

CONCLUSÃO



A maioria dos pacientes atendidos foi do **sexo feminino** e faixa etária dos **adolescentes**.

Fatores de riscos: obstrução nasal, hipertrofia adenotonsilar, falta de rotina do sono, uso de tela antes de dormir.

Importante **relação bidirecional** entre as subespecialidades e a medicina do sono -> Todos os pacientes acompanhavam com outra subespecialidade pediátrica.

Sinais e sintomas diurnos e noturnos encontrados no estudo foram semelhantes a literatura, com destaque para **respiração oral diurna** e **roncos noturnos**.

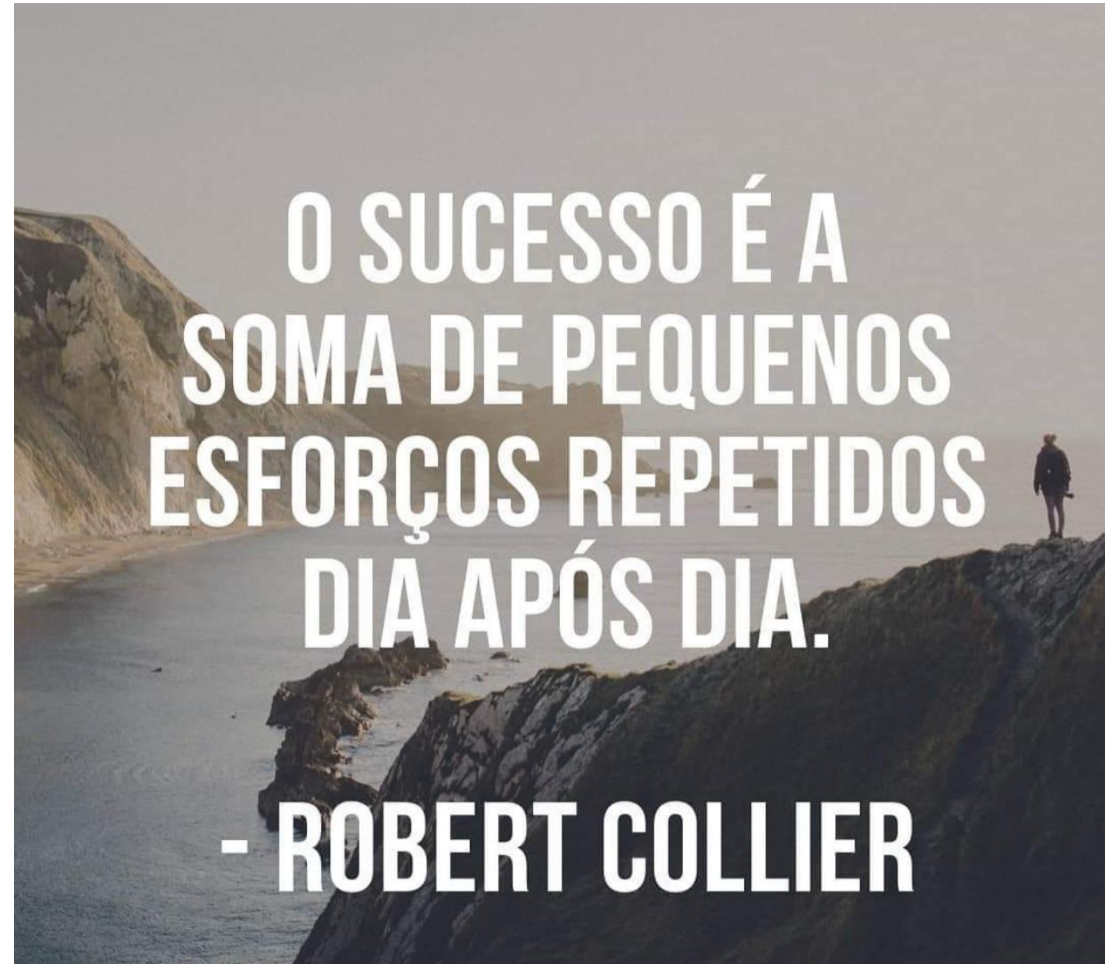
CONCLUSÃO



A maioria dos pacientes estudados realizaram a **polissonografia** e o diagnóstico mais encontrado foi **AOS**.

Entre os tratamentos observados, destacou-se o uso de **corticoide nasal e/ou inibidores de leucotrienos**.

OBRIGADA!



Contato: renatahamaoka@gmail.com