



ORIGINAL

Síndrome de apneas-hipopneas durante el sueño[☆]

Sergio García Castillo^{a,*}, María del Perpetuo Socorro Hoyos Vázquez^b,
Ramón Coloma Navarro^a, Javier Cruz Ruiz^a, Francisco Javier Callejas González^a,
Raúl Godoy Mayoral^a, Pedro Juan Tárraga López^c y José Antonio Rodríguez Montes^d

^a Servicio de Neumología, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete, España

^b Servicio de Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete, España

^c Atención Primaria de la Gerencia de Atención Integrada de Albacete, Albacete, España

^d Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

Recibido el 19 de diciembre de 2016; aceptado el 8 de julio de 2017

PALABRAS CLAVE

Síndrome de apnea
obstruictiva del
sueño;
Niño;
Polisomnografía;
Amigdalectomía

Resumen

Introducción: El síndrome de apneas-hipopneas del sueño (SAHS) es altamente prevalente en la edad pediátrica y un problema importante de salud pública. Se pretende conocer la presentación clínica y polisomnográfica del SAHS infantil en nuestro medio.

Pacientes y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de los estudios del sueño realizados a menores de 14 años desde 1999 hasta 2012 en la Unidad del Sueño del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Se recogen edad, sexo, datos antropométricos, clínicos, indicación y variables del estudio del sueño, tratamiento y evolución.

Resultados: Doscientos treinta y cuatro niños. SAHS el 71,8%: moderado 42,3% y grave 44,6%. 60,7% varones y mediana de edad 5 años; el 78% en edad preescolar o escolar. Presentaban sobrepeso/obesidad 44%, ronquidos 93,4%, apneas 84,5% y somnolencia diurna 5,4%; 23 polisomnografías y 145 poligrafías: mediana de índice de apneas-hipopneas (IAH) 10, de SatO2 mínima 84% y de índice de desaturaciones 8, y media de sueño en supino 53,65% y de eventos en supino 57,61%. El tratamiento fue medidas higiénico-dietéticas en el 29,2%, CPAP el 6% y cirugía el 42,9%. Mejoraron los ronquidos y/o apneas el 69,4% y el peso el 32,4% de los niños con sobrepeso/obesidad.

Conclusiones: La mayoría de los niños estudiados tenían un IAH patológico. Casi la mitad presentaban sobrepeso/obesidad y un alto porcentaje tenía SAHS moderado-grave. El tratamiento más indicado fue la cirugía. La evolución clínica fue favorable en casi el 70%. Menos de un tercio con SAHS y sobrepeso/obesidad mejoraron el peso.

© 2017 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Asociación Española de Pediatría.

[☆] Presentación previa: 48.º Congreso Nacional SEPAR, Gran Canaria, 5-8 de junio del 2015.

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: sgarciac@sescam.jccm.es, sgc82@hotmail.com (S. García Castillo).

KEYWORDS

Obstructive sleep apnoea syndrome;
Child;
Polysomnography;
Tonsillectomy

Obstructive sleep apnoea syndrome

Abstract

Introduction: Obstructive sleep apnoea (OSA) is highly prevalent in children and a major public health problem. An attempt is made to determine the clinical and polysomnographic presentation of paediatric OSA in our area.

Patients and methods: Retrospective descriptive study of sleep tests conducted on children up to 14 years-old from 1999 to 2012 in the Sleep Unit of the University Hospital of Albacete. Age, gender, anthropometric, clinical data, indication and variables of sleep study, treatment, and outcomes were collected.

Results: The study included 234 children. OSA was found in 71.8%, with 42.3% moderate and 44.6% severe. The majority were male (60.7%) and the mean age 5 was years, of whom 78% were pre-school or school age. There was overweight/obesity in 44%, with 93.4% snoring, apnoea 84.5%, and 5.4% daytime sleepiness. There were 23 polysomnographies and 145 polygraphies, with a median apnoea/hypopnoea index (AHI) of 10, Sat.O2 minimum 84%, desaturation index 8, and mean sleep supine 53.65% and supine events 57.61%. Treatment was lifestyle modifications 29.2%, CPAP 6%, and surgery 42.9%. Improved snoring and/or apnoea 69.4%, and weight 32.4% of overweight/obesity children.

Conclusions: Most of the studied children had a pathological AHI. Almost half were overweight/obese, and a high percentage had moderate-severe OSA. Most frequent treatment was surgery. The clinical outcome was favourable in almost 70%. Less than a third with OSA and overweight/obesity improved weight.

© 2017 Published by Elsevier España, S.L.U. on behalf of Asociación Española de Pediatría.

Introducción

El síndrome de apneas-hipopneas del sueño (SAHS) consiste en «episodios repetidos de limitación completa (apnea) o parcial (hipopnea) del paso del aire durante el sueño, consecuencia de una alteración anatómico-funcional de la vía aérea superior (VAS), que conduce a su colapso, pudiendo acompañarse de desaturaciones de oxígeno y de múltiples despertares no conscientes (microdespertares), que producen un sueño no reparador». Puede asociarse a somnolencia diurna excesiva (SDE), trastornos neuropsiquiátricos, respiratorios, endocrino-metabólicos y cardíacos¹. Aunque cierto número de apneas-hipopneas aparecen en la cuarta parte de la población, nos referimos a SAHS cuando su número es elevado y causa problemas de salud².

El SAHS afecta al 4-6% de varones y al 2-4% de mujeres en edades medias^{3,4} y su frecuencia aumenta con la edad⁵. Es un problema de salud pública de primera magnitud⁶. Sin embargo, solo se ha diagnosticado y tratado al 5-9% de los 1.200.000-2.150.000 sujetos afectados que se calcula que hay en España⁷.

El SAHS ocurre también en la edad pediátrica y tiene características específicas. El niño presenta particularidades anatómico-funcionales de la VAS y peculiaridades madurativas en la neurofisiología del sueño que lo diferencian del adulto. El SAHS infantil comprende una entidad clara con perfiles muy diferenciados en su etiología, presentación clínica y tratamiento. Tanto la clínica como las consecuencias físicas, cognitivas y madurativas difieren en muchos aspectos². En este sentido, la Academia Americana de Medicina del Sueño separa ambas entidades y las incluye en apartados diferentes en su clasificación⁸.

En 2011 se publicó el Documento de consenso del síndrome de apneas-hipopneas durante el sueño en niños⁹, que define el SAHS infantil como un trastorno respiratorio del sueño caracterizado por una obstrucción parcial prolongada de la VAS y/u obstrucción intermitente completa, que interrumpe la ventilación normal durante el sueño y sus patrones normales. Asocia síntomas que incluyen ronquido, dificultades con el sueño y/o problemas de comportamiento y aprendizaje¹⁰. Los casos graves pueden ocasionar alteraciones del crecimiento y neurocognitivas y *cor pulmonale*. Existen varios factores de riesgo¹¹, siendo la hipertrofia adenoamigdalar el más frecuente, seguido por la obesidad, que ha aparecido en los últimos años como factor etiológico emergente en niños. También están las malformaciones craneofaciales, las enfermedades neurológicas como la parálisis cerebral infantil, las enfermedades neuromusculares y el reflujo gastroesofágico⁹.

El SAHS es altamente prevalente en la infancia. Afecta al 2-4% de niños entre 2 y 6 años¹⁰, con un pico de incidencia entre 2 y 5 años. Las edades más frecuentes son la preescolar y escolar, pero puede manifestarse en los primeros meses de vida. Afecta por igual a ambos sexos². Por tanto, el SAHS constituye un problema preferente de salud pública infantil por su elevada prevalencia, porque se comporta como trastorno comórbido de diferentes procesos crónicos, empeora el curso de diferentes entidades a las que se asocia e influye en la calidad de vida del niño y sus cuidadores⁹.

Nuestra unidad realiza estudios del sueño a niños desde 1999. El número de estudios con está aumentando en los últimos años. Los pacientes son remitidos, principalmente, por sospecha clínica de SAHS o como evaluación previa a cirugía en candidatos a adenoamigdalectomía. Con este trabajo

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8808643>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8808643>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)