

**GOBIERNO
FEDERAL**



SALUD

SEDENA

SEMAR

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

Prevención, diagnóstico
y tratamiento oportuno de
**APNEA OBSTRUCTIVA DEL
SUEÑO EN PEDIATRÍA**
en primer y segundo
niveles de atención

Guía de referencia rápida

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: **SSA-117-08**



**CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL**



Vivir Mejor

CIE 10. G47.3 Apnea obstructiva del sueño

Prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno de apnea obstructiva del sueño en pediatría el primer y segundo niveles de atención

ISBN en trámite

Definición

La **apnea obstructiva del sueño AOS** es una alteración de la respiración durante el sueño caracterizada por obstrucción parcial continua de la vía aérea superior (hipopnea obstructiva) y/o obstrucción intermitente completa (apnea obstructiva) que altera la ventilación normal durante el sueño, así como los patrones normales del sueño. Condiciona aumento del trabajo respiratorio, anormalidades en el intercambio gaseoso y fragmentación del sueño. Sin tratamiento puede producir graves complicaciones como son: retraso en el crecimiento, problemas de comportamiento y dificultades en el aprendizaje, alteraciones cardiovasculares, pulmonares, metabólicas así como disminución en la calidad de vida y depresión.

Prevalencia

- El signo cardinal de AOS es el ronquido
- El ronquido habitual se presenta en el 4-11% de la población pediátrica, con un pico de incidencia entre los dos a ocho años de edad y de éstos sólo el 1-4% desarrolla AOS

Detección oportuna

- El ronquido, la dificultad para respirar (incremento del esfuerzo respiratorio) durante el sueño y las pausas respiratorias (apneas) son los mejores predictores para AOS
- La causa más frecuente del AOS en el niño es la hipertrofia adenoamigdalina
- El diagnóstico oportuno disminuye la morbilidad

Factores de riesgo

- Obesidad
- Trastornos neuromusculares
- Espina bífida
- Anormalidades craneofaciales (estrechez/retroposición del hueso mandibular/maxilar)
- Prematurez
- Síndrome de Down
- Parálisis cerebral
- Enfermedad pulmonar crónica
- Síndromes de hipoventilación central
- Enfermedades metabólicas y/o genéticas (mucopolisacaridosis)
- Alteraciones del tronco encefálico (Arnold Chiari, acondroplasia)

Historia y exploración física

- Es fundamental una historia clínica completa general y del sueño
- Identifique los factores de riesgo del paciente
- Exploración física completa con especial atención a la anatomía craneofacial, cavidad orofaríngea, vías respiratorias altas, así como exploración cardiopulmonar (hipertensión pulmonar/sistémica. Haga una buena somatometría para detectar alteraciones del crecimiento
- La ausencia de amígdalas hipertróficas u otros hallazgos en la exploración física no descartan el diagnóstico de AOS
- Si presentan ronquido y además tiene síntomas o hallazgos clínicos sugestivos de AOS se deben realizar pruebas adicionales

Estudios complementarios

- Los cuestionarios enfocados a la presencia de ronquido, síntomas nocturnos y diurnos, así como las audio/videograbaciones en el hogar mejoran la posibilidad diagnóstica de AOS.
- El estudio radiológico (radiografía simple lateral de partes blandas) es un estudio accesible para demostrar crecimiento adenoideo. Si es negativo no descarta .
- La **polisomnografía nocturna PSG**, es el estándar de oro para el diagnóstico de AOS, además permite cuantificar la gravedad del mismo. Determinar el riesgo de las complicaciones postintervención
- La polisomnografía diurna es útil solo cuando es positiva
- La Oximetría de pulso nocturna es útil para confirmar AOS en niños sin factores de riesgo. Es útil como método diagnóstico cuando es positiva, mientras que los niños con resultado negativo requieren una PSG nocturna.
- No deben realizarse estudios polisomnográficos abreviados en niños hasta validar su utilidad

Criterios de referencia

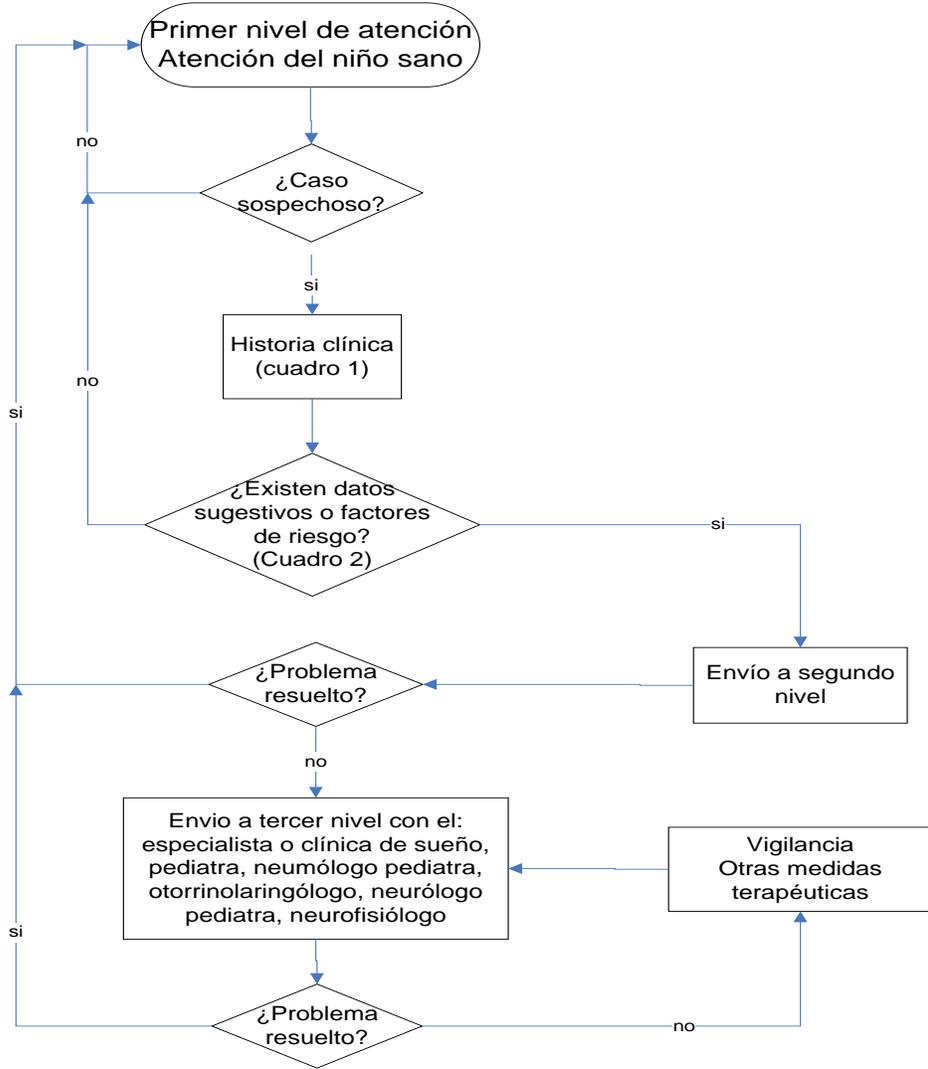
- Si el paciente tiene sospecha de AOS deberá ser enviado a segundo nivel de atención para valoración y tratamiento (adenoamigdalectomía)
- Si la valoración por el especialista es normal vigilar en primer nivel de atención
- Los niños con factores de riesgo, AOS severo o con complicaciones severas como *cor pulmonale*, ausencia de hipertrofia adenoamigdalina y los que persisten con síntomas a pesar de tratamiento quirúrgico deben ser referidos a una unidad de alta especialidad para realizar polisomnografía nocturna y adecuar el tratamiento

IMPORTANTE

Los pacientes que requieran adenoamigdalectomía y sean menores de tres años de edad y sin factores de riesgo:

- Deben permanecer en el hospital una noche después de la cirugía con monitorización de oximetría continua en una unidad con personal entrenado para manejo de vía aérea en pediatría para disminución de la morbi-mortalidad

Flujograma: Manejo de la apnea obstructiva del sueño en pediatría



Cuadro 1 Historia clínica	Cuadro 2 Factores de riesgo
Ronquido habitual durante el sueño Alteraciones del sueño <ul style="list-style-type: none"> Sueño intranquilo Despertares frecuentes Sueño no reparador Alteraciones cognitivas y conductuales Examen físico <ul style="list-style-type: none"> Déficit del crecimiento Obstrucción nasal, facies adenoidea Amígdalas hipertróficas Reforzamiento del segundo ruido cardiaco 	Espina bífida Síndrome de Down Obesidad Enfermedad neuromuscular Parálisis cerebral Alteraciones craneofaciales Enfermedades genéticas y metabólicas