

Síndrome de apnea obstructiva del sueño: aproximaciones diagnósticas y terapéuticas en APS. Parte 2.

Resumen Portada: El Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño en un niño es un desafío para el médico de atención primaria. En el artículo anterior se revisó su abordaje diagnóstico, en este nos enfocaremos en su intervención.

Palabras Clave: Apnea obstructiva, respirador bucal, roncadore primario, tratamiento, Medicina Familiar, APS.

Autor: Dr. Alexander Recabarren B. Residente Medicina Familiar PUC

Editora: Dra. Pamela Rojas G. Docente Departamento Medicina Familiar PUC

2019

INTRODUCCIÓN:

El Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño (SAOS) en un niño es un desafío para el médico de atención primaria, tanto en términos diagnósticos como terapéuticos.

No existe consenso acerca de cuál es la mejor alternativa de tratamiento para los pacientes infantiles con SAOS, y hay propuestas diferentes según quien las elabore:

- Academia Americana de Pediatría: postula al tratamiento quirúrgico como primera línea terapéutica, dejando en segundo plano a la pérdida de peso, ventilación mecánica no invasiva y finalmente corticoides intranasales¹.
- Sociedad Europea Respiratoria: plantea la pérdida de peso como primer abordaje, para luego dar paso a los corticoides intranasales y antagonistas del receptor de leucotrienos (en un mismo nivel), y finalmente la adenotonsilectomía y ventilación no invasiva².

¿Qué dice la evidencia con relación al enfrentamiento terapéutico de SAOS en niños?

1. Intervenciones quirúrgicas: Adenotonsilectomía

Una revisión sistemática (RS) con metaanálisis de Cochrane evaluó los beneficios del tratamiento quirúrgico del SAOS en comparación a cualquier otra intervención³. La RS concluyó que en niños con SAOS leve a moderado, la adenotonsilectomía:

- Índice Apnea/Hipopnea [AHI] promedio: se reduce en 4,3 en diferencia de medias (MD) [IC 95% -5,7 a -2,9] con un GRADE alto.
- Escala de Trastornos Respiratorio del Sueño del Pediatric Sleep Questionnaire (PSQ): se reduce el puntaje en 0,3 (IC 95% -0,31 a -0,26), con un GRADE moderado.
- Escala de Conners del cuidador: se reduce el puntaje en 2,8 MD (IC 95% -4,9 a -0,7), con un GRADE moderado.
- Ítems de Atención y Performance neurocognitiva: no se observan diferencias estadísticamente significativas entre el grupo intervenido y el no intervenido, con un GRADE alto.
- Escala de Conners aplicada por el profesor: no se observan diferencias estadísticamente significativas entre el grupo intervenido y el no intervenido, con un GRADE moderado.
- Escala Behavior Rating Inventory of Executive Function (tanto para profesores como cuidadores), también destinada a evaluar Síndrome de Déficit Atencional e

Hiperactividad: no se observan diferencias estadísticamente significativas entre el grupo intervenido y el no intervenido, con un GRADE moderado.

Respecto de esta revisión, aunque los autores presentan los resultados con un nivel de certeza de la evidencia elevado, llama la atención que:

- en estos resultados se consideró solo un gran estudio clínico randomizado (ERC), y que si bien se aprecia una disminución en los outcomes diagnósticos de SAOS, estos podrían no ser clínicamente significativos.
- en este estudio no se habrían incluido pacientes con SAOS severo (AHI > 10), por lo que sus resultados deben aplicarse con cautela a este subgrupo de pacientes.
- el grupo control habría mostrado una importante tasa de resolución espontánea al finalizar el tiempo de seguimiento, en torno al 46%⁴.

2. Intervenciones no quirúrgicas:

Respecto de las intervenciones no quirúrgicas, una revisión sistemática con metanálisis, de moderada calidad metodológica (puesto que no se habría realizado una búsqueda de protocolos de ERC), comparó el efecto de la terapia con corticoides intranasales en población infantil para el manejo del SAOS versus el uso de placebo⁵. El estudio mostró una diferencia estadísticamente significativa entre el grupo intervenido y el grupo control, en términos de la disminución del AHI, con una diferencia estandarizada de medias de -1,72 [IC 95% -1,83 a -0,32], sin embargo, se debe considerar que:

- los estudios concentran un número pequeño de participantes (n=155),
- existe una alta heterogeneidad de sus resultados (I^2 77%),
- la mayoría de los pacientes reclutados presentaban un SAOS leve.

ENTONCES, ¿QUE PUEDO HACER POR MI PACIENTE EN APS?

Considerando la importante prevalencia de los Trastornos Respiratorios del Sueño (TRS), el diferente perfil etiológico que este tiene⁶, la edad del paciente^{7,8}, la dificultad para discriminar a los casos que podrían beneficiarse de una u otra intervención, la evidencia disponible, se propone el siguiente abordaje en el primer nivel de atención:

1. En todo paciente que acude a Supervisión de Salud, o que en función de su motivo de consulta se piense que pueda cursar con TRS, evalúe aspectos del sueño tales como su estructura, duración, síntomas durante éste, presencia de despertares nocturnos, entre otros⁹.
2. Si entre los síntomas referidos durante el sueño se encuentra el ronquido, es apropiado valorarlo en términos de frecuencia e intensidad de síntomas, y si es que éste se acompaña o no de apneas. Una buena alternativa es utilizar el PSQ, particularmente su versión abreviada, el que, con una sensibilidad de 100%, podría detectar un SAOS si es que alguna pregunta presenta una respuesta positiva¹⁰, aspecto que ya revisamos en el artículo anterior.
3. Además de valorar el sueño y el ronquido, y considerando que los TRS presentan comorbilidades asociadas, se debe pesquisar la presencia de estas (puntualmente Rinitis Alérgica¹¹ y Asma¹²) y/o evaluar su grado de compensación. Esto debe ser tomado en consideración al momento de definir la conducta a seguir.

4. Respecto de la Hipertrofia Adenoidea, principal factor etiológico en pacientes más pequeños, si esta se sospecha por la presentación clínica del paciente, y además presenta hipertrofia amigdalina (cuestión que se puede evidenciar en el examen físico), no sería necesario su confirmación a través de imágenes tales como radiografía de Cavum Rinofaríngeo, entre otras cosas por su baja sensibilidad (en torno al 40%)¹³. Sí sería necesario objetivar hipertrofia adenoidea en pacientes que se sospeche de esta, pero que no presenten paralelamente hipertrofia amigdalina.
5. En aquellos casos en que impresiona un SAOS, y este no presenta signos de severidad, se podría evaluar con sus padres o cuidadores una prueba terapéutica con corticoides intranasales y controlar en un tiempo razonable su evolución. De la misma forma, en caso de presentar alguna comorbilidad descompensada, se debe apelar a su adecuado manejo y reevaluar la presentación del TRS.
6. El manejo podría continuar en APS en aquellos pacientes que evolucionan con disminución de síntomas o que no han presentado una adecuada adherencia al manejo propuesto en primera instancia.
7. Considere derivar a su paciente si se logra objetivar hipertrofia adenoidea, o si presenta falla a tratamiento, o si por asuntos económicos no es posible iniciar tratamiento u objetivar hipertrofia adenoidea. Así mismo, plantéese una derivación temprana en aquellos pacientes con TRS en el contexto de síndromes asociados a alteración del macizo facial, de la funcionalidad de la vía aérea alta o que presenten hipotonía

CONCLUSIONES:

- No existe consenso respecto del manejo del SAOS
- La adenotonsilectomía, con un importante grado de certeza, presenta resultados estadísticamente significativos para el tratamiento del SAOS leve a moderado, aunque estos podrían no ser clínicamente significativos en este último grupo.
- Con un alto grado de incertidumbre, los corticoides inhalados podrían ser una alternativa farmacológica para manejar el SAOS leve.
- El abordaje de los pacientes con SAOS debe evaluarse caso a caso, algunos pacientes podrían manejarse en APS, pero un grupo no menor se podría beneficiar de ser derivado.

REFERENCIAS:

- 1) Marcus CL et al, Diagnosis and Management of Childhood Obstructive Sleep Apnea Syndrome. *Pediatrics* Sep 2012, 130 (3) 576-584.
- 2) Kaditis et al. Task Force Report ERS Statement: Obstructive sleep disordered breathing in 2- to 18-year-old children: diagnosis and management. *Eur Respir J* 2016; 47: 69–94
- 3) Venekamp RP, Hearne BJ, Chandrasekharan D, Blackshaw H, Lim J, Schilder AGM. Tonsillectomy or adenotonsillectomy versus non-surgical management for obstructive sleep-disordered breathing in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 10
- 4) Redline S, Amin R, Beebe D, Chervin RD, Garetz SL, Giordani B, et al. The Childhood Adenotonsillectomy Trial (CHAT): rationale, design, and challenges of a randomized controlled trial evaluating a standard surgical procedure in a pediatric population. *Sleep* 2011;34(11):1509–17
- 5) Liu HT, Lin YC, Kuan YC, et al. Intranasal corticosteroid therapy in the treatment of obstructive sleep apnea: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Rhinol Allergy* 2016;30:215-21.
- 6) Zenteno A., D., Pérez S., J., & Brockmann V., P. (2016). Enfrentamiento del niño con ronquido. In Bertrand N. P. & Sánchez D. I. (Authors), *Enfermedades respiratorias del*

niño (pp. 211-214). Santiago, Chile: Ediciones UC. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/j.ctt1h9cv6s.25>

- 7) Zenteno D et al, Epidemiología de los trastornos respiratorios del sueño en pediatría. *Neumol Pediatr* 2017; 12 (2): 49-54
- 8) Bixlet et al. Natural history of sleep disordered breathing in prepubertal children transitioning to adolescence. *Eur Respir J*. 2016 May;47(5):1402-9.
- 9) Norma técnica para la supervisión de niños y niñas de 0 a 9 años en la atención primaria de salud. Ministerio de salud. Gobierno de Chile. 2014.
- 10) Bertran, Katalina et al. Diagnostic accuracy of the Spanish version of the Pediatric Sleep Questionnaire for screening of obstructive sleep apnea in habitually snoring children. *Sleep Medicine*, Volume 16, Issue 5, 631 - 636
- 11) Lin SY, Melvin TA, Boss EF, Ishman SL. The association between allergic rhinitis and sleep-disordered breathing in children: a systematic review. *Int Forum Allergy Rhinol*, 2013; 3:504–509.
- 12) Brockmann PE et al. Influence of asthma on sleep disordered breathing in children: A systematic review. *Sleep Med Rev*. 2014 Oct;18(5):393-7
- 13) Major, Michael P. et al. The accuracy of diagnostic tests for adenoid hypertrophy. *The Journal of the American Dental Association*, Volume 145, Issue 3, 247 – 254.