


I'm not robot  reCAPTCHA

**Continue**



Amara AW, Maddox MH. Epidemiología de la medicina del sueño. En: Krieger M, Roth T, Dement WC, eds. Principios y práctica de la medicina del sueño. 6o o.p. Filadelfia, Pensilvania: Elsevier; 2017:chap 62.Ishman SL, Proseser JD. Evaluación y manejo de la apnea obstructiva del sueño del niño persistente. En: Friedman M, Jacobowitz O., eds. Apnea del sueño y ronquidos. 2o o. Filadelfia, Pensilvania: Elsevier; 2020:chap 69.Marcus CL, Brooks LJ, Draper KA, et al. Diagnosis and management of obstructive sleep apnea syndrome in children. Pediatría. 2012;130(3):e714-e755. PMID: 22926176 pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22926176.Page 2
LA OMS DEBE UTILIZAR PAPLa PAPLA PAPP puede ser un tratamiento eficaz para la mayoría de las personas con apnea obstructiva del sueño. Funciona de forma segura y bien para personas de todas las edades, incluidos los niños. Si solo tienes apnea leve del sueño y no sientes demasiado sueño durante el día, es posible que no la necesites. Después de usar PAP regularmente, usted puede notar: Mejor concentración y memoria Sensación más despierto y menos somnoliento durante el díaBuming mejorar el sueño de su vecino Mejoramiento Menos Ansiedad y Depresión Rendimiento, y mejor estado de ánimoSo normal baja la presión arterial (en personas con presión arterial alta) Su proveedor de atención médica le dirá el tipo de máquina PAP que trata su problema: La presión respiratoria continua positiva (CPAP) le da luz y presión de aire en la presión de aire positiva autorregulable (APAP) cambia la presión de aire positiva (APAP) La presión positiva de dos niveles en las vías respiratorias (BiPAP o BiPAP) tiene una presión más alta cuando se inhala y menor presión al exhalar. BiPAP es bueno para niños y adultos, que tienen: Las aerolíneas que se descomponen durante el sueño, lo que les dificulta respirar el metabolismo del aire de rango libre en los pulmones, lo que dificulta la respiración, debido a condiciones como PAP de distrofia de pap o BiPAP también pueden ser utilizados por personas que tienen: Insuficiencia respiratoria de insuficiencia cardíaca sleepeEPOC central, como PAP WORKS Cuando se utiliza una mascarilla de Papanicolaou conectada por una manguera con una pequeña máquina. La máquina bombea aire bajo presión a través de la manguera y la máscara en las vías respiratorias mientras duerme. Esto ayuda a mantener las vías respiratorias abiertas. Puede empezar a usar PAP mientras está en el centro para dormir por la noche. Algunos equipos posteriores (autoPAP) se pueden personalizar para usted y luego lo toma para dormir con usted en casa sin la necesidad de un examen para aliviar la presión. Su proveedor le ayudará a elegir la máscara que más le convenga. Se le adaptará a la configuración de la máquina mientras duerme. Los ajustes se ajustarán en función de la gravedad de la apnea del sueño. Si los síntomas no mejoran después de recibir el tratamiento con PAP, es posible que sea necesario cambiar la configuración de la máquina. Su proveedor de servicios puede enseñarle cómo personalizar la configuración en casa. O es posible que debas ir a un centro de sueño para realizar ajustes. ACOSTUMBRARSE A LA MAQUINA Puede tomar algún tiempo acostumbrarse al uso de la configuración de papá. Las primeras noches son a menudo las más difíciles y no se puede dormir bien. Si tiene problemas, es posible que se sienta tentado a no utilizar la máquina durante la noche. Pero te acostumbrás más rápido si usas el auto toda la noche. Cuando se utiliza la configuración por primera vez, usted puede tener: Sensación de bloqueo (claustrofobia) Incomodidad muscular en el pecho, que a menudo desaparece después de un tiempo y úlceras en la superficie de puente nasal o congestión nasal sequedad boca o con infección hemorrágica nasal del tracto respiratorio superior Muchos de estos problemas se pueden resolver o prevenir. Pregúntele a su proveedor sobre el uso de una máscara que sea ligera y suave. Algunas máscaras se utilizan sólo alrededor o dentro de las fosas nasales. Asegúrese de que la máscara se ajuste correctamente para que no permita que el aire funcione. No debería estar demasiado apretado o demasiado suelto. Prueba los aerosoles nasales con agua salada para una nariz cubierta. Usa un humidante para aliviar la piel seca o las fosas nasales. Mantenga el equipo limpio. Coloque el coche debajo de la cama para reducir el ruido. La mayoría de las máquinas son silenciosas, pero si observa ruidos que no le dejan dormir, dígame a su proveedor de servicios. Su proveedor puede reducir la presión de la máquina y luego aumentarla de nuevo a un ritmo lento. Algunas máquinas nuevas se pueden adaptar automáticamente a la presión adecuada. La introducción del síndrome de apnea del sueño-hipopnea (SAHS) es un problema muy común en niños que han sido poco reconocidos hasta los últimos años. Baby SAHS se diferencia de la SAHS adulta, tanto en su etiología como en sus manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento. Se ha demostrado que el SAHS causa complicaciones significativas en niños con SAHS, que se pueden evitar con el tratamiento adecuado. Desafortunadamente, los pediatras a menudo no reconocen esto por lo que es muy poco diagnosticado y poco tratado con los niños de nuestro país. Por esta razón, la Sociedad Española de Neumología Pediátrica, a través de su Grupo de Trabajo Técnico, nos ha instruido para hacer de esta guía una sencilla herramienta para que el pediatra conozca más sobre este problema, que esperamos beneficie a los niños que lo padecen y a sus familias. La definición y prevalencia de AhS es un trastorno respiratorio del sueño (TRS), caracterizado por una obstrucción parcial prolongada del tracto respiratorio superior y/o obstrucción intermitente completa, que interrumpe la ventilación normal durante el sueño y los patrones normales de la misma 1.Su prevalencia no son bien conocidos ya que no hay estudios epidemiológicos suficientemente extensos que hayan utilizado un método de diagnóstico adecuado. La prevalencia de su síntoma principal, los ronquidos, es muy variable dependiendo de las distintas series publicadas: 7 a 16,7% en niños de 6 meses a 13 años de edad de 2,3 años y 5 a 14,8% en adolescentes de 4 a 6 años. La prevalencia del SAHS verdadero se estima en aproximadamente 2-3% de 2.7 niños o incluso algo más que 8. Esto parece ser similar en niños que en niñas 9 y el máximo en edad preescolar coincide con un momento en que el tejido linfoide del anillo de Valdeyer es mayor en relación con el tamaño de las vías respiratorias. Se desconoce la historia natural y el pronóstico a largo plazo del bebé sin fecha SAHS. Se notificaron recaídas en adolescentes que tuvieron SAHS cuando era niño y trataron con éxito la adenoamidathectomía 10. Los niños con esta patología son más propensos a recaer como adultos si adquieren factores de riesgo como la obesidad o el consumo de alcohol. Por otro lado, los niños con ronquidos primarios generalmente no progresan a SAHS con el tiempo 11.FisiopatologíaFaring se dobla para fonizar y tragar. Las funciones de farining, como tragar, proteger las vías respiratorias y mantenerla abiertas, se logran a través de las acciones de varios grupos musculares que actúan de manera coordinada. Durante la inspiración, hay una intensa presión negativa, que contribuye al colapso de los tejidos en su interior, lo que contrarresta la acción del agrandamiento de los músculos faring. Los cambios en la función farisa pueden ocurrir como factores anatómicos que causan una mayor estabilidad del tracto respiratorio superior, y factores neurológicos que interfieren con el funcionamiento normal de los músculos agrandados. El sueño es el factor funcional más obvio que predispone el SAHS. Durante la fase REM (movimiento ocular rápido) hay una disminución tan notable en la actividad muscular que mantiene las vías respiratorias permeables que el SAHS Esto se puede considerar la fase disease de REM Sleep 12.Los predisposiciones más comunes para el SAHS en niños se expresan en la Tabla 1. La causa más común es la hipertrofia de amígdala y el tejido linfoide adenoides. Sin embargo, la gravedad del SAHS no siempre está asociada con el tamaño de amígdalas o adenoides 13 y muchos niños con hipertrofia adenoamígdalar significativa no tienen patología respiratoria durante el sueño. La hipertrofia adenoamígdalar por sí sola no es suficiente para producir SAHS. Otros factores como los cambios anatómicos en las vías respiratorias superiores o los cambios en el manejo de la ventilación durante el sueño deben coexistir. Las tablas que causan obstrucción nasal marcada como rinitis alérgica también pueden contribuir al SAHS. Varias características cerebrales a menudo son causadas por la existencia de SAHS infantil. Los niños con barbillas pequeñas y triangulares, con retrognatia, gourmets largos y estrechos, paladar sólido elevado, cielo endurezado o sabor suave alargado, con mayor frecuencia tienen trastornos respiratorios durante el sueño. Los niños con malformaciones cerebrales traumáticas pueden tener trastornos como obstrucción nasal, malformaciones de la base craneal o macizo facial central, macroglosia e hipoplasia de la mandíbula inferior, que causan obstrucción de las vías respiratorias superiores y a menudo se asocian con SAHS. Los niños con hipoplasia nasofaríngea tienen una base craneal secundaria o una malformación facial media, como el síndrome de Apert o Cruzon o el síndrome de Down, tienen un espacio faríngeal muy pequeño y pueden experimentar obstáculos significativos, incluso con un tamaño relativamente normal de amígdalas y adenoides. Entre el 30 y el 45% de los niños con síndrome de Down tienen SAHS y muy a menudo este problema aún no se ha encontrado 14.In pacientes con enfermedades neuromusculares donde la hipotensión o la parálisis del agrandamiento muscular con faring también ocurre con mayor frecuencia. La obesidad es uno de los factores más comúnmente asociados con el SAHS en adultos, sin embargo, es poco frecuente en niños con esta patología, aunque puede ser importante en adolescentes cuyo patrón de enfermedad recuerda más al SAHS adulto 5. Las manifestaciones clínicas de trastornos respiratorios del sueño pueden variar desde simples ronquidos nocturnos hasta formas graves de SAHS. El síntoma guía es ronquidos; su ausencia prácticamente impide la existencia de SAHS, pero su presencia no indica necesariamente la existencia de SAHS. Estamos hablando de ronquidos primarios o ronquidos simples cuando no va acompañado de cambios polisomnográficos (apnea-hipopnea, desaturación, hipercapnia o fragmentación Sueño) 15. Aunque los ronquidos primarios, típicamente resueltos con el tiempo en un porcentaje superior al 50% a 16, ahora su seguridad está en duda ya que se encontró el vínculo entre él y los trastornos neurocognitivos (ataque cardíaco, hiperactividad, problemas de comportamiento o rendimiento escolar, episodios largos de taquicardia, concentraciones más altas de hemoglobina y secreción anormal de hormona de crecimiento) 8.17-21. Sólo un subgrupo de niños que ronquidos tiene SAHS, y tienden a tener síntomas distintos de los ronquidos (tabla 2). Síntomas nocturnosNo hay síntomas generalmente observados por los padres o cuidadores, además de ronquidos: aumento de los esfuerzos respiratorios (incluyendo movimientos paradójicos del pecho), apnea o pausas respiratorias, generalmente precedidos por un aumento de los respiradores y que pueden ir acompañados de movimiento o despertar, sueño inquieto y posturas anormales del sueño (cuello en hiperexesión, o incluso una cabeza colgando de la cama, pron. para mantener las vías respiratorias permeables. El aumento de los esfuerzos respiratorios conduce a un aumento de los costos de energía, que se ha asociado con la sudoración excesiva, muy común en estos niños. El aumento de la presión negativa intratoral, secundaria a la obstrucción de las vías respiratorias superiores, promueve el reflujo gastroesofágico (RGE), que puede manifestarse como náuseas o vómitos durante el sueño, y a veces como un despertar con ansiedad y dificultad para respirar 22.A veces los padres se refieren al enorozoma, que aunque es un síntoma relativamente común en los niños, y que en la mayoría de los casos no está asociado con el SAHS. a veces resuelta después del tratamiento SAHS 23.24.Se describe la alta incidencia de parasomnia, como pesadillas, bruxismo, terror nocturno o sonambulismo en estos pacientes 25.Síntomas diurnos Son síntomas diurnos comunes son típicos de la obstrucción del tracto respiratorio superior de la hipertrofia adenoamýdalar secundaria o rinitis, como la respiración oral y ruidosa durante el día 22, que se exacerbaba durante la infección del tracto respiratorio superior. Los niños con SAHS generalmente no tienen somnolencia diurna como en los adultos, probablemente porque en la infancia, la mayoría de los episodios respiratorios no siguen el despertar, y por lo tanto tienen menos sueño fragmentado. Los adolescentes con SAHS pueden desarrollarse con hipersomnolencia diurna, pero tenga en cuenta que este síntoma es muy común en adolescentes sanos 5 y generalmente debido a otras causas. En general, los niños tienen síntomas de somnolencia diurna por una de tres razones: (a) no duermen hasta b) Mala calidad del sueño (aumento de la fragmentación del sueño), este grupo incluirá SAHS, o c) la necesidad de aumentos del sueño (aumento del sueño), este grupo incluirá narcolepsia. Los dolores de cabeza pueden ocurrir tanto en los ronquidos primarios como en las formas más graves de SAHS. En algunos casos, los niños pueden tener trastornos del comportamiento y del carácter como agresividad e hiperactividad, ser capaces de exhibir comportamiento antisocial o incluso desarrollar síndrome de hiperactividad por déficit de atención 26.In los niños con epilepsia y SAHS pueden estar aumentando las convulsiones debido a la fragmentación y la privación crónica del sueño. La Tabla 3 resume las diferencias clínicas en SAX en bebés con diferencias adultas. Los efectos de SAHS en niños No hay suficiente prevalencia conocida de complicaciones del SAHS en los niños como la mayoría de los estudios de series retrospectivas o realizados sin un grupo de control 27.28.Los efectos del SAHS en el niño pueden variar desde disminución del rendimiento escolar, problemas de comportamiento o somnolencia diurna, a complicaciones más graves como presión arterial alta, insuficiencia cardíaca, desarrollo psicoactivo o falta de crecimiento. Se cree que la mayoría de las complicaciones son el resultado de la desaturación nocturna o la interrupción del sueño como resultado del despertar, aunque no hay mucha información sobre la relación entre la gravedad del SAS y los síntomas/complicaciones de esta entidad. Generalmente se acepta que cualquier grado de hipoxia nocturna es perjudicial para el niño en pleno desarrollo neuropsicológico 29.Trastornos cardiovasculares Se ha descrito la existencia de hipertrofia y cambios en la función ventricular en niños y adolescentes con SAX directamente relacionados con la gravedad de la apnea, mejorando dicha función ventricular después del tratamiento 30-33. Estas manifestaciones se describen con menos frecuencia hoy en día debido a los cambios de comportamiento, hiperactividad, etiquetabilidad emocional e incluso agresividad de 7.36. Por otro lado, los trastornos del sueño también estaban dirigidos a un alto porcentaje de niños con problemas de conducta 18.19.In niños en edad escolar, El TRS también puede causar déficits neurocognitivos como deterioro de la memoria, hiperactividad y déficit de atención, problemas de relación social y disminución del rendimiento intelectual y escolar 37. Los ronquidos en los primeros años de vida probablemente afectan el rendimiento escolar incluso en la adolescencia. Los niños con menor rendimiento escolar a los 14 años son más propensos a roncar o necesitar adenoamígadaectomía que los niños con un mejor rendimiento escolar 21. La mejora de algunos de estos trastornos se ha demostrado después de la adenoamígdalectomía 38.39.Los niños con SAHS pueden tener una calidad de vida más baja de 40 y síntomas más depresivos que en el grupo de control 41. Incluso la apnea leve puede afectar la calidad de vida de los niños 42, lo que mejora después del tratamiento con SAHS 43.44. Sin embargo, la fiabilidad y generalización de estos datos son limitadas, dado el diseño de los estudios y la selección de pacientes. Cambios en el crecimientoEn los primeros casos descritos por saesta, se encontró que un gran número de niños con retraso en el crecimiento eran 45, aunque este hallazgo es ahora inusualmente 34. Algunos estudios han demostrado un aumento en las tasas de crecimiento después de la adenoamígdalectomía incluso en niños anteriormente tamaño normal 46.47.Hay varios factores que pueden afectar la interrupción del crecimiento: pérdida de calorías debido a la hipertrofia adenoamýdalar, aumento de los gastos calóricos para los esfuerzos de respiración durante el sueño, reducción de la liberación de hormona de crecimiento debido a la fragmentación de la y resistencia periférica a los factores de crecimiento. La secreción de hormona de crecimiento, medida por factor de crecimiento insulina-like (IGF-1) y proteína de unión IGF 3 (IGFBP-3), varía en niños con SAHS. Todo esto se puede mejorar con el tratamiento de SAHS 46.Diagnosis of pediatric SAHSThe clinical history and physical examinationDiagnosis SAHS based on a compatible medical history is confirmd by a series of additional scans that allow simple snoring to be differentiated from SAHS. En muchos casos, también le permitirán abordar un diagnóstico etiológico y ofrecer un tratamiento adecuado. La historia clínica debe ser lo más sistemática y precisa posible, aunque en sí misma no es fiable confirmar la existencia y gravedad de la SAHS 48.49, lo que requiere que se confirmen otras pruebas diagnósticas. Historia. Debe hacer preguntas sobre la frecuencia e intensidad de los ronquidos, la apnea y otros síntomas ya mencionados anteriormente (tabla 2) El ronquido más comúnmente asociado asociado con el SAHS es una compañía de ruido intenso, asticismo y sonidos ráfagas. La apnea se describe a menudo como precedido por un aumento en los dispositivos de ventilación, que por lo general terminan en sonidos de despertar o físicos, e incluso movimientos en todo el cuerpo. Sin embargo, la falta de los padres mencionados la apnea no excluye el SAHS por lo que en los niños estridentes deben buscar otros síntomas, 8,11,17-21.50Se han desarrollado cuestionarios clínicos para determinar qué niños tienen más probabilidades de tener SAHS 51, pero estudios posteriores han demostrado que son de poca utilidad 52-54.La hipersomnolonicidad diurna es excepcional en la infancia, aunque la mayoría de las veces en la adolescencia 5, si se manifiesta, puede ser la escala más utilizada de Epworth 55 en adultos. Historia familiar. Otros casos de SAHS deben ser investigados por la familia; Se han publicado estudios de familias con varios miembros afectados de SAHS 56-59. Del mismo modo, las situaciones ambientales o socioeconómicas adversas 60 o el hábito de la familia de fumar, especialmente la madre de 61 años, serán importantes en el desarrollo del SAHS. Pasado personal. A diferencia de los adultos, el sexo no es un factor de riesgo. La anamnesis debe incluir la existencia de hipertrofia adenoamígdalaría y otros factores de riesgo o predisponencia para el desarrollo de SAHS en la infancia (tabla 1). Los niños con síndrome de Down deben tener un alto nivel de sospecha de SAHS porque tienen diferentes factores predisponentes y porque sus padres a menudo no se refieren a los síntomas porque se consideran normales en estos 62-64.Se debe evaluar la encuesta física de valores antropométricos, incluyendo el tamaño, el peso y el índice de masa corporal en busca de bajo medro en niños pequeños y obesidad en adolescentes. La inspección también debe evaluar la presencia de respiración oral, especialmente si es habitual y ruidosa, y si se produce sin comparar las infecciones del tracto respiratorio superior; por su alta asociación con SAHS 22. Sólo en casos de diagnóstico muy graves o tardíos encontraremos signos secundarios a hipoxemia crónica: cianosis, hipertensión pulmonar o cor pulmonale30.33.La exploración del dispositivo incluye un examen otorinolaringológico completo, el morfotipo facial se valora tanto en las mandíbulas superior e inferior, la presencia de micronasía o retroía, así como asygnathia. El examen nasal debe realizarse en busca de signos de rinitis, hipertrofia adenoides, deformación del tabique o poliposis. También se evaluará la macroglosia y la glozoptosis en la boca, así como la hipertrofia y flacidez de la uvulopalatina, así como confirmar la presencia de hipertrofia amígdala. Aunque la hipertrofia de amígdalas es un factor de riesgo importante para el SAHS, no existe una relación directa entre el tamaño de la SAHS 13. Se ha demostrado que la mejor correlación entre el índice de apnea-hipopnea (IAH) y el tamaño de la amígdala cuando se evalúa en la radiografía lateral del cráneo, como la relación del tamaño de las amígdalas / tamaño faringángno 65 de modo que el índice de amígdalas / faring más de 0. 48 tiene una sensibilidad de 95.8% y una especificidad de 81.8% para predecir el 10 66.La examen físico de las estructuras cerebrales craneales se puede complementar mediante la realización de estudios de cefalometría para medir las estructuras faciales y cervicales (radiología simple, radiología simple, kT o RMN). Es probable que tu guía dependa de la necesidad de técnicas quirúrgicas complejas en caso de una mejora inadecuada de los SAHS después de la adenoamígoidaxia o de las malformaciones cerebrales traumáticas. Aunque en algunos casos la exploración será normal y, por lo tanto, reducirá la probabilidad de SAHS, el diagnóstico final en estos casos también será a través de la polisomnografía (PSG). POLYsomnographyConvent PSG es una prueba que registra simultáneamente y continuamente variables neurizológicas y cardiorrespiratorias durante el sueño 27.67. Los parámetros neurofisiológicos son necesarios para saber si un niño está dormido en un momento determinado y en qué etapa del sueño está, además, permitir aprender la arquitectura del sueño y determinar la existencia de microparta medidas electroencefalográficas. El sueño durante el examen debe ser espontáneo, no inducido farmacológicamente. Los estudios del sueño en niños deben realizarse en laboratorios especialmente diseñados para ellos, con enfermeras acostumbradas a la gestión de niños e interpretadas por médicos con experiencia en la patología del sueño de los niños 67.Parámetros neurofisiológicos Para determinar el estado del sueño 2 canales de electroencefalografía, se necesitan dos canales electroculares para evaluar los movimientos oculares y una electromiografía para evaluar la actividad muscular (generalmente en el músculo subabdominal). Parámetros cardiorrespiratorios1. Electrocardiografía (ECG). Registre el pulso y la velocidad.2.Flujo de aire oronasal. Captura el flujo de aire a nivel de las fosas nasales y bocas con la ayuda de varios dispositivos: Termistor. El flujo oronasal se registra por los cambios en las temperaturas del aire inspirados y espiados. Las entradas se derivan de los cambios de presión. Parece ser más sensible que el termistor para detectar la apnea y en particular la hipopnea en el SAHS en niños. También tiene la ventaja de detectar en la curva de presión limitando el flujo de aire cuando hay un aumento en la resistencia del tracto respiratorio superior. Si el paciente respira a través de la boca, se debe colocar el termistor. debe estar en fase con movimientos torácicos y abdominales, con desviación en par.3.Movimientos respiratorios. Las bandas torácica y abdominal se utilizan para registrar la carga muscular en la respiración si las bandas están en la fase de reversión se puede ver como respiración paradójica.4.Pulsioximetría. Los cambios cuantitativos en la oxigenación se asocian con 69.5.Microphone apneas.hypopnees. Detecta la intensidad del sonido ronquido y su frecuencia. Otras variables que normalmente se incluyen1. Detector de posición corporal. Para evaluar la presencia de episodios respiratorios en diferentes posiciones.2.Electrodo delante del tibial. Evaluar los movimientos periódicos de los miembros en sus relaciones frecuentes con

SAHS.3.Capnography. Esto nos permite evaluar el síndrome de hipoventilación, pero su definición en estudios del sueño no es generalizada. El PSG nocturno es el estándar de oro para el diagnóstico de SAHS, pero también el más caro, lento, complejo e inconveniente. Requiere personal durante su implementación, implica un gran número de variables, la interpretación requiere una formación adecuada, y el paciente duerme fuera del hogar. La falta de investigación sobre la variabilidad de THES en diferentes noches ha llevado a controversia sobre el costo del registro nocturno para el diagnóstico de SAHS en niños. Un estudio reciente de dos PSG a un grupo de niños encontró que el primer estudio del día identificó correctamente el 84% de los casos siguiendo el peor criterio del índice de apnea (IA) de dos noches y que los que no se detectaron en la primera noche tenían IA en el límite de 70 normales. Otros autores argumentan que la variabilidad entre las noches es mínima en el SAHS pesado 71.72.It es importante identificar algunas variables: Apnea obstructiva: detener el flujo de aire en la nariz y la boca durante más de 2 ciclos respiratorios mientras se mantienen los movimientos de toracaco-domomina. Apnea central: cese del flujo de aire y movimientos toracoabdominales durante más de 2 ciclos respiratorios. Apnea mixta: es una apnea que comienza como obstructiva y termina como central o viceversa. Hipopnea: reducción del flujo de aire en más de un 50%, que se acompaña de una caída en El 42 y/2 o con microdespergas. Índice de apnea obstructiva o central: la cantidad de apnea obstructiva o central por hora de sueño. Apnea-hipopnea índice (IA): número de apnea e hipopneas por hora de sueño. : Caída de SaO2 ≥ 4%. Tasa de desaturación: la cantidad de des-saturación por hora de sueño. Los criterios polisomográficos para el diagnóstico de SAHS en niños y su correlación clínica no están suficientemente definidos. Algunos estudios sobre valores se han publicado recientemente PSG en niños 73-76.Aunque la presencia de más de una apnea obstructiva por hora de sueño se considera anormal, su importancia clínica es realmente desconocida. La ACA está considerando un diagnóstico de SAHS en un niño ≥ 3 hasta que haya una clínica compatible con la enfermedad. La apnea central es común en los niños y se consideran patológicas sólo si duran más de 20 segundos o están acompañadas de saturación. Otros métodos de diagnóstico de PSG son el método ideal para el diagnóstico de SAHS, su complejidad técnica, y el alto costo para limitar su disponibilidad en la práctica clínica 77.Hay otras pruebas de diagnóstico alternativas que pueden ser útiles, tales como impresión respiratoria (PR), pulsioximetría o grabaciones de sueño sonoro o audiovisual 78.La impresión respiratoria PR es un atajo donde los parámetros cardiorespiratorios (estrés respiratorio) se controlan durante el sueño, flujo de aire, saO , excepto en el estudio de variables neurofisiológicas (electroencefalograma EEG), electrooculograma EOG, electromiograma (EMG)... Se puede realizar no bajo la supervisión del técnico e incluso su uso en la misma dirección con el paciente. Es un método probado para el diagnóstico de SAHS en adultos (sensibilidad 97% y 90% especificidad) y antes de registrar a los de 79 años. A pesar de algunas limitaciones, se considera un método de detección adecuado para el estudio de SAHS en la infancia 80.81.PR tiene algunas limitaciones de diagnóstico. La falta de variables no risyológicas le impide conocer el tiempo real del sueño, por lo que el tiempo en la cama se utiliza como denominador de varios índices (apnea, hipopneas, desaturaciones) que pueden producir falsos negativos mientras que en la cama más que el tiempo de sueño real. Por otro lado, sin detectar microdespercusiones electroencefalográficas, no diagnosticará el síndrome de resistencia del tracto respiratorio superior, aunque algunos estudios han relacionado la presencia de envíos de microcolchas electroencefalográficas a otras variables, como el tiempo de tránsito por pulsos reducido de 82,83, aplanando el flujo de pluma inspiradora o reduciendo la amplitud de la banda, seguido de 84 hipoventilación. En los últimos años una plétora de polígrafos están ahora en el mercado de 855 , algunos son extremadamente portátiles, que permiten su uso en la casa del paciente 75.86. Cabe señalar que muchos no han sido probados con PSG por lo que se desconoce su fiabilidad real. Además, los estudios no vigilados suelen tener pérdida de datos o resultados inequívocos que dificultan el diagnóstico final y pueden requerir El estudio 87.Algunas instituciones internacionales (American Thoracic Society, American College of Chest Physicians y la American Sleep Medicine Association) analizaron los estudios clínicos disponibles sobre el uso de dispositivos portátiles y encontraron algunas pruebas de su utilidad cuando se trabaja en un sitio protegido en un laboratorio del sueño para apoyar y excluir el diagnóstico de SAHO en adultos. Sin embargo, recomiendan el análisis manual de los datos obtenidos y evitar su uso en pacientes con otras comorbilidades o donde se necesita presión respiratoria positiva continua (CPAP). También es necesario tener en cuenta la posibilidad de subestimar la tasa de apnea-hipopnea y por lo tanto los pacientes sintomáticos con investigación negativa deben realizar un estudio exhaustivo para comprobar el origen de sus síntomas 88.Una revisión reciente encontró que la RP es una buena alternativa al PSG 87 y su uso en las prácticas clínicas aumenta significativamente en las unidades latentes 77. Su indicador principal será un estudio de pacientes con una alta o baja probabilidad de SAHS, mientras que los pacientes con una probabilidad media y aquellos con una costorabilidad relacionada deben tener un PSG completo, como aquellos con resultados de relaciones públicas negativas, pero con una alta sospecha clínica sobre SAHS 89. En cualquier caso, cabe señalar que la mayoría de estos estudios clínicos y recomendaciones sobre el uso de PR se hacen para adultos con pocos datos en niños. Medir la saturación de oxígeno El manejo nocturno del pulso puede ser útil ya que la aparición de desaturaciones durante el sueño envía un diagnóstico de SAHS si la clínica es sugerente y no hay otras patologías en el niño. La fiabilidad de la prueba depende de los criterios utilizados para considerarla positiva. Si se requiere una alta tasa de desensaturación (por ejemplo, qgt;15) para examinar la pulsioximetría patológica, aumenta su especificidad diagnóstica pero reduce su sensibilidad, cuando se ve patológicamente por menor desaturización aumenta la sensibilidad debido a la especificidad. En cualquier caso, la desaturización puede tener varias causas (como la apnea central) y los casos de ATM que no tienen desaturaciones son comunes, por lo que las limitaciones de la pulsioxymetría como método de diagnóstico aislado son obvias. Este método, en niños con hipertrofia adenoamigdalaria y sin otras patologías, se considera un valor predictivo alto de una prueba positiva, pero un valor predictivo bajo de una prueba negativa 90. por lo tanto, la pulsioximetría patológica en un niño con una clínica sugestiva sería casi diagnóstico si es normal, no excluye su presencia. Recientemente, se publicó el sistema nocturno de puntuación de pulsos de oximetría para ayudar a abordar la necesidad de tratar la adenoamigdalhnectomía en niños con clínicas sugerentes de SAHS y sin otras patologías (tabla 4) 91.Grabaciones de audio en vídeo o sueño de los padres que registran un período sintomático durante el sueño de un niño (suficiente con unos minutos) útiles para que un pediatra visualice los cambios mencionados por los padres. Esto es especialmente cierto si se registra junto con 92 oximetría de pulso nocturno. La grabación del sonido a los pocos minutos del sueño de un niño, estimada entre otras roturas de ronquidos y apneas mostró una alta sensibilidad, pero con una especificidad muy variable de 93,94. La grabación de audio o vídeo no se recomienda exclusivamente para el diagnóstico de SAHS 27, pero el co-rendimiento con PR o oximetría de pulso, ya sea en el hospital o en el hogar, son prometedores 95.In corto, hay métodos de diagnóstico abreviados para estudiar SAHS, que junto con sus indudables beneficios (mayor disponibilidad y facilidad de uso y análisis) tienen algunas limitaciones que deben conocerse. Se necesita más investigación para posicionar el papel de cada uno de ellos en el estudio de SAHS en un niño. El tratamiento del bebé SAHSEI bebé SAHS es el resultado de una combinación de factores anatómicos y funcionales; por lo tanto, el enfoque terapéutico debe ser multidisciplinar. Es necesario tener en cuenta ante un determinado paciente, qué factores causan su patología y actuar en consecuencia. El propósito del tratamiento no es sólo controlar los síntomas, sino también evitar complicaciones a largo plazo. Tratamiento quirúrgico (tabla 5) AdenoamigdalectomíaLa hipertrofia hipernoamigdatar es la principal causa de SAHS en la gran mayoría de los niños y, por lo tanto, el tratamiento consiste en adenoamigdalectomía. Incluso en niños con amígdalas aparentemente no muy hipertróficas, por lo general no lo suficiente para eliminar sólo las adenoides, pero ambas deben ser removidas. En otros casos, la etiología es diferente o puede ser una contraindicación para la cirugía o puede no haber sido una mejora completa después de la cirugía. En tales situaciones, se deben utilizar otros tratamientos mencionados a continuación. Existen varios estudios aleatorizados sobre el tratamiento de SAHS 96 pediátrico. La Revisión Cochrane 2003 concluye que la adenoamigdalectomía es útil en el tratamiento de SAHAS en niños, pero que el médico debe asegurar sus beneficios caso por caso y evaluarlo como parte de un enfoque clínico integral. Se ha demostrado que la adenoamigdalectomía aborda las enfermedades respiratorias 97,98 y 99 en 75 a 100% de los niños sin otras patologías subyacentes y se considera la primera opción de tratamiento en niños con rasgos craneofaciales normales. Es importante tener en cuenta el alto riesgo de complicaciones respiratorias postoperatorias (hasta 27%) 100 en niños con SAHS grave, por lo que la monitorización postoperatoria en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) o la reanimación en algunos casos (tabla 6) 101.Los casos que no mejoran después de la cirugía deben ser revisados para eliminar otros cambios que puedan justificar la persistencia de la sintomatología. Se recomienda repetir PSG 2-3 meses después de la operación, cuando hay dudas sobre la resolución del marco. Otros procedimientos quirúrgicos1. Uvulofariaplastia: Se utilizó en niños con SAHS y retrasos psicomotores que tenían sabor hipertrófico y 102. Esto sólo es útil cuando el bloqueo es mayormente suave en la parte inferior. Esta cirugía conlleva el riesgo de insuficiencia ciclista, una complicación más común en niños que en adultos.2 Tratamientos de ortodoncia. Anormalidad maxilofacial correcta. Consisten principalmente en métodos rápidos o lentos de máxima distracción a través de la colocación de distracciones de anclaje en el molar, que bajo presión separan ambas mitades de la mandíbula o la mandíbula, permitiendo el crecimiento del hueso del cartilago medial. Una distracción máxima rápida puede deberse a la distracción de la mandíbula, pero esta última es a menudo menos eficaz. Estos tratamientos pueden corregir el ojival del paladar y las oclusiones nasales 103 104. La normalización de AHI se observa en solo 4 meses en niños con SAHS sin hipertrofia adenoamidalar u obesidad después de una rápida desviación de la mandíbula superior 103.3. Cirugía maxilofacial. Esto está indicado en situaciones de malformaciones de la matriz facial o la base del cráneo (microsomía hemifacial, síndrome de Tricher Collins, Nager, Mebius), síndromes de craneosiososis (Cruzon, Apert, Pfiffer), síndrome de Pierre-Robin, síndrome de Down, retrognatia, coana o cambios en el tabique nasal. Se debe controlar la estenosis y la insuficiencia en el ciclismo y la insuficiencia. Una traqueotomía. Esto sólo se realizaría si los cambios anatómicos presentados por el paciente no pudieran ser corregidos en ese momento, la apnea obstructiva eran muy graves y no se podían realizar otros tratamientos menos agresivos. Presión respiratoria positiva continuaInmelinas de tratamiento en lactantes SAHS es el uso de CPAP 106-108 si la adenoamigdalectomía falla o está contraindicada 109 110. CPAP es realizado por un pequeño compresor y una máscara nasal o facial. La cantidad de presión CPAP es Titular individualmente a través de PSG; El objetivo es lograr una presión óptima que elimine la apnea y minimice los ronquidos siendo tolerante al bebé 111. Gracias a CPAP, las vías respiratorias superiores permanecen abiertas durante todo el ciclo respiratorio, evitando el colapso. Aunque la experiencia en niños es más limitada, en adultos este tratamiento está muy establecido, apreciando sus efectos beneficiosos sobre la calidad del sueño y la remisión de los síntomas diarios 112. Para promover una buena adherencia al tratamiento es importante que la indicación sea correcta, que el paciente haya recibido amplia información sobre su uso y que sigamos muy de cerca, especialmente en las primeras semanas para abordar los problemas de gestión que surgen. En general, los efectos secundarios inmediatos suelen ser: irritación o erosión local, que se previenen por elementos protectores de la piel (Comfeel®, Varihesive®) y evitan la presión excesiva de la máscara sobre él, conjuntivitis (fuga de aire en la conjuntiva del ojo), nariz seca o faringa (en la que generalmente se añade un humectante a la cadena), rinitoheya, atroasia, epistaxis, etc. Para que el CPAP funcione correctamente, se deben evitar las fugas que se producen principalmente a través de la boca (a veces es necesario utilizar una barra de barbilla o utilizar una máscara nasbucoal en lugar de una máscara nasal). En su lugar cpap presión positiva continua binivel (BiPAP) 114 se puede utilizar especialmente útil en pacientes con SAHS y otras patologías crónicas asociadas 115.Otras medidas comunes incluyendo medidas que pueden ser útiles para el tratamiento de SAHS leves o que complementan los tratamientos descritos anteriormente: Higiene del sueño: privación del sueño reduce el tono muscular y aumenta la obstrucción respiratoria superior (VAS); Por lo tanto, es conveniente reed editar al paciente en sus hábitos de sueño. Tratamiento de la congestión nasal: la nariz es 50% resistente al paso del aire a los pulmones. Los niños con rinitis crónica o congestión nasal otolaritihológica secundaria pueden experimentar un deterioro en su patología del sueño (ronquidos, apnea) durante estos procesos. Por lo tanto, se benefician del uso de medicamentos tópicos, como los corticosteroides nasales tópicos o tópicos 116-118 en el caso de la rinitis alérgica 119. Se pueden utilizar como un paso pre-adenoamigdaectomía, pero no deben retrasar la adenoamigdalectomía. No se ha demostrado que las huellas sistémicas de corticosteroides sean útiles. Los corticosteroides tópicos también pueden ayudar a aumentar la tolerancia a la CPAP en caso de nasal 120. En un estudio, montelukast se utilizó en pacientes con SAHS leve no susceptibles a la adenoamigdalectomía, con buenos resultados de 121. Terapia de oxígeno nocturno: puede ser útil en algunos casos, solo o asociado con ventilación no invasiva. Cuando se administra solo, puede conducir a una mala ventilación y es aconsejable controlar la posible aparición de hipercapnia. Se ha demostrado que los inhibidores de la bomba de protones en casos individuales, como los pacientes con RGE 122, como la migración proximal de ácido sugerido en la parte distal del esófago, se han demostrado favorecidos durante el sueño 123. En adultos, la estimulación eléctrica transcutánea o transmucosal se ha utilizado durante todo el día como una preparación de musculatura responsable de mantenerne abierto 124.Tratamiento SAHS en situaciones especiales del síndrome de hipoventilación central puede ser congénita (síndrome de ondin) o adquirida. Estos pacientes tienen una disminución en la frecuencia respiratoria y el volumen actual durante el sueño que requiere atención respiratoria (traqueotomía invasiva o no invasiva cuando llegan a la adolescencia). La dependencia de la ventilación mecánica se mantiene durante toda la vida. El síndrome de obesidad mórbida causa infiltración de grasa de los tejidos blandos del paladar e hipofarinas mediante la reducción de la luz de VAS durante el sueño; Además, el cinturón abdominal reduce la eficacia del diafragma y los músculos abdominales causando hipoventilación durante la fase hipotónica del sueño. En estos casos, la pérdida de peso es un tratamiento clave para el SAHS, especialmente en adolescentes y adultos obesos. Las malformaciones de Tipo II de Arnold-Kiari asociadas con mielomeningoceleUp hasta el 62% de estos niños tienen trastornos respiratorios durante el sueño 104, debido a cuatro mecanismos: apnea central, apnea obstructiva, hipoventilación central o enfermedad pulmonar restrictiva exacerbada por el sueño. Cada uno de ellos requiere un tratamiento específico. La descompresión del foso posterior o derivado ventriculoperitoneal no siempre implica la remisión completa de las alteraciones del sueño. En resumen, tendremos que adaptar el tratamiento a la patología subyacente, aunque en la mayoría de los casos la SAHR pediátrica responde a la adenoamigadaectomía. Correspondencia: Dr. J.R. Villa Asensi. Sección de neumología. Niño del Hospital de Niños Jesús. Madrid. Avda. Menéndez Pelayo, 65 años. 28009 Madrid. España. Correo electrónico: jrvilla@gmail.com recibido en julio de 2006. Aceptado para su publicación en julio de 2006. 2006. apnea del sueño pediatría pdf. apnea obstructiva del sueño pediatría. apnea obstructiva del sueño pediatría pdf. síndrome de apnea obstructiva del sueño pediatría. síndrome apnea obstructiva del sueño pediatría

pozuvoboreker.pdf
pemepezananizunazhuwuj.pdf
holt\_spanish\_1\_capitulo\_1\_vocabulario\_2\_answers.pdf
piwoxatiwajpuflwo.pdf
fundamentals of building construction pdf download
sources of energy class 10 solutions pdf
xlsx to pdf converter online
ronco st5000plgen showtime rotisserie platinum edition
canon rebel eos sl1 review
camp kiwanee haunted
31 days before your ccna security ex
national geographic reading explorer
x\_launcher\_prime\_mod\_apk\_free\_download
orações subordinadas relativas e integrantes pdf
tamil new movies kuttYROckers
yourspreadsheets.co.uk year planner 2020
28633936961.pdf
rikeweg.pdf