

La Asociación Estadounidense del Corazón (AHA) se enfoca en la creciente prevalencia de la apnea obstructiva del sueño en los niños

La apnea obstructiva del sueño (AOS) se está volviendo más común en niños y adolescentes a medida que aumenta la prevalencia de la obesidad, pero también puede ser un factor de riesgo prevenible de enfermedad cardiovascular, según una nueva declaración científica de la American Heart Association. (AHA).

La declaración se centra en los vínculos entre la AOS y los factores de riesgo de ECV en niños y adolescentes, y revisa las estrategias de diagnóstico y los tratamientos. El comité de redacción informó que entre el 1% y el 6% de los niños y adolescentes padecen AOS, al igual que hasta el 60% de los adolescentes considerados obesos.

La declaración fue creada por el subcomité sobre aterosclerosis, hipertensión y obesidad en jóvenes del Consejo de Enfermedades Cardiovasculares en los Jóvenes de la AHA y se publicó en línea en la Revista de la Asociación Estadounidense del Corazón.

Carissa M. Baker-Smith, MD, presidenta del grupo de redacción y directora de cardiología preventiva pediátrica en Nemours Cardiac Center, Alfred I. duPont Hospital for Children, Wilmington, Delaware, explicó la justificación para emitir la declaración en este momento: señalando que la relación entre AOS y ECV en adultos está bien documentada.

"Se ha prestado menos atención a la importancia de reconocer y tratar la apnea del sueño en los jóvenes", dijo en una entrevista. "Por lo tanto, sentimos que era de vital importancia hacer correr la voz a los padres y proveedores de que prestar atención a la calidad y duración del sueño de su hijo es de vital importancia para la salud cardíaca a largo plazo de un niño. Los factores de riesgo de enfermedad cardíaca, cuando está presente en la infancia, puede persistir hasta la edad adulta".

Claridad en la polisomnografía

Para hacer el diagnóstico de AOS en niños, la declaración proporciona claridad sobre el uso de polisomnografía y el papel del índice de apnea-hipopnea, que es más bajo en niños con AOS que en adultos. "Una controversia, o al menos en mi opinión, fue si siempre se requiere o no la prueba de polisomnografía para hacer el diagnóstico de AOS y antes de proceder con la extirpación de amígdalas y adenoides en niños en los que hay amígdalas y adenoides agrandadas", Baker-Smith dijo. "Las pruebas de polisomnografía no siempre son necesarias antes de que un cirujano de oído, nariz y garganta pueda recomendar la cirugía".

La declaración también señaló que la historia y el examen físico pueden no proporcionar suficiente información confiable para distinguir la AOS de los ronquidos.

En áreas donde los laboratorios del sueño que trabajan con niños no están disponibles, se pueden usar pruebas alternativas como la polisomnografía de la siesta diurna, la oximetría nocturna y la grabación de video nocturna, con una advertencia. "Estas pruebas alternativas tienen valores predictivos positivos y negativos más débiles

en comparación con la polisomnografía", señaló el comité de redacción. No se recomiendan las pruebas de apnea del sueño en el hogar en niños. Los cuestionarios "son útiles como detección, pero no como herramientas de diagnóstico".

Los pacientes pediátricos que están siendo evaluados para AOS también deben ser examinados para detectar hipertensión y síndrome metabólico, así como trastornos del sistema nervioso central y del comportamiento. El diagnóstico de AOS en niños y adolescentes requiere "un alto índice de sospecha", escribió el comité.

Los pediatras y los cardiólogos pediátricos deben ejercer ese alto índice de sospecha cuando reciben referencias para evaluaciones cardíacas para medicamentos para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, dijo Baker-Smith. "Tómese el tiempo para preguntar sobre el sueño de un niño (ronquidos, apnea, etc.), especialmente si el niño tiene obesidad, dificultad para concentrarse durante el día y si hay evidencia de hipertensión sistémica u otros signos de síndrome metabólico", dijo.

Factores de riesgo de AOS en niños

La declaración también revisó los factores de riesgo de AOS, entre ellos la obesidad, particularmente entre los niños menores de 6 años. Otros factores de riesgo incluyen enfermedad de las vías respiratorias superiores e inferiores, hipotonía, antecedentes parentales de hiperplasia de las adenoides y amígdalas, malformaciones craneofaciales y trastornos neuromusculares. Sin embargo, el comité citó "datos limitados" para apoyar que los niños con cardiopatías congénitas pueden tener un mayor riesgo de AOS y trastornos respiratorios del sueño (TRS).

Los niños negros tienen un riesgo significativamente mayor y los factores socioeconómicos "pueden ser posibles factores de confusión", afirmó el comité. Otros factores de riesgo incluyen rinitis alérgica y anemia de células falciformes.

Pero la declaración subraya que "la obesidad es el principal factor de riesgo" de AOS en niños y adolescentes, y que la presencia de un aumento de la inflamación puede explicar esta relación. Los esteroides pueden aliviar estos síntomas, incluso en niños no obesos, y la extirpación de las adenoides o amígdalas es una opción para reducir la inflamación en niños con AOS.

"La obesidad es un factor de riesgo significativo para los trastornos del sueño y la apnea obstructiva del sueño, y la gravedad de la apnea del sueño puede mejorarse con intervenciones para bajar de peso, que luego mejoran los factores del síndrome metabólico como la sensibilidad a la insulina ", dijo Baker-Smith. "Necesitamos aumentar la conciencia sobre cómo la creciente prevalencia de la obesidad puede estar afectando la calidad del sueño en los niños y reconocer los trastornos respiratorios del sueño como algo que podría contribuir a los riesgos de hipertensión y posterior enfermedad cardiovascular".

Los niños en los que se sospecha AOS también deben someterse a exámenes de detección del síndrome metabólico y trastornos del comportamiento y del sistema nervioso central.

Riesgos cardiovasculares

La declaración explora en profundidad la conexión entre las complicaciones cardiovasculares y los TRS y la AOS.

"La duración inadecuada del sueño de <5 horas por noche en niños y adolescentes se ha relacionado con un mayor riesgo de hipertensión y también se asocia con una mayor prevalencia de obesidad", escribió el comité.

Sin embargo, la declaración dejaba una pregunta pendiente: si la AOS sola o la obesidad causan una PA más alta en pacientes más jóvenes con AOS. Pero el comité concluyó que los niveles de PA aumentan con la gravedad de la AOS, aunque los efectos pueden variar con la edad. La

AOS en niños alcanza su punto máximo entre los 2 y los 8 años, lo que corresponde a la prevalencia máxima de hipertrofia de las amígdalas y adenoides. Los niños de 10 a 11 años con AOS más grave pueden tener una desregulación de la PA, mientras que los adolescentes mayores desarrollan una PA sostenida más alta. La obesidad puede ser un factor de confusión para las elevaciones diurnas de la PA, mientras que la hipertensión nocturna depende menos de la obesidad y más de la gravedad de la AOS.

"La AOS se asocia con una PA anormal en la juventud y, en particular, una presión arterial más alta durante la noche y la pérdida de la disminución normal de la PA que debería ocurrir durante el sueño", dijo Baker-Smith. "Los niños con AOS parecen tener una PA más alta que los controles durante las horas de sueño y vigilia, y los niveles de PA aumentan con la gravedad de la AOS".

No obstante, los niños con apnea obstructiva del sueño tienen un mayor riesgo de tener otros problemas cardiovasculares. La hipertrofia ventricular izquierda puede ser un resultado secundario. "La presencia de apnea obstructiva del sueño en los niños se asocia con un riesgo 11 veces mayor de HVI en los niños, una relación que no se observa en la presencia de ronquidos primarios solamente", dijo Baker-Smith.

Baker-Smith no hizo revelaciones relevantes. El coautor Amal Isaiah, MD, es coinventor de un sistema de imágenes para la apnea del sueño y recibe regalías de la Universidad de Maryland. Los otros coautores no tienen ninguna relación económica relevante que revelar.

Este artículo apareció originalmente en MDedge.com, parte de Medscape Professional Network.

La AHA apunta a una prevalencia cada vez mayor de la apnea obstructiva del sueño en niños - Medscape - 26 de agosto de 2021.

Lea próximo informe en destacados: Apnea de sueño en niños.