

Uso de poligrafía respiratoria para estratificación quirúrgica en niños con apnea obstructiva de sueño por hipertrofia adenoamigdalina

Autores: Sassola Bruno¹, Monacci Mateo², Gonzalez Ros Mauro³, Annunziata Luis⁴

(1) Residente de cuarto año de ORL. Hospital Municipal de Agudos Dr Leónidas Lucero. Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina.

(2) Residente de tercer año de ORL, (3) Médico Staff de pediatría y neumonología, (4) Jefe de servicio de ORL.



Servicio de ORL
Hospital Municipal de Agudos
Dr. Leónidas Lucero



INTRODUCCIÓN

La apnea obstructiva del sueño (AOS), es la complicación más grave de la hipertrofia adenoamigdalina (HAA) en niños. Esta patología genera listas de espera en quirófano. Si bien la polisomnografía es el gold estándar de diagnóstico, se ha propuesto a la poligrafía respiratoria (PR) y pulsioximetría nocturna como métodos de priorización quirúrgica en niños con HAA y AOS.

OBJETIVO

Primario: Reportar el tiempo entre diagnóstico de AOS y adenoamigdalectomía en niños.

Secundario: Reportar los resultados de PR o pulsioximetría nocturna y el número de pacientes operados por grupo.

POBLACIÓN Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de una serie de casos, obtenidos de historias clínicas. Se incluyeron 251 pacientes, menores de 14 años con HAA, sin comorbilidades, evaluados mediante PR o pulsioximetría nocturna en el Hospital Municipal de Agudos de Bahía Blanca, por sospecha de AOS, entre enero de 2023 y julio de 2024. Se utilizó el índice de apnea-hipoapnea por hora o el score de McGill, según método empleado, para clasificar a los pacientes en cuatro categorías: normal, AOS leve, moderada o grave. Según la gravedad se estableció la prioridad quirúrgica para la adenoamigdalectomía.

RESULTADOS

103 pacientes presentaron un estudio normal (41%), 133 AOS leve (45%), 19 AOS moderada (7,6%) y 16 AOS grave (6,4%). La media entre el diagnóstico de AOS y adenoamigdalectomía fue de 154, 73 y 64 días para AOS leve, moderada y grave, respectivamente. Se realizó adenoamigdalectomía fría en 50 pacientes, 27 con AOS leve, 7 con AOS moderada y 16 con AOS grave. Se operó al 23,9% de los pacientes con AOS leve, 36,8% de AOS moderada y 100% de AOS grave. 189 pacientes no presentaban indicación quirúrgica o no eran prioridad en la lista. Se perdió seguimiento en 12 pacientes con AOS moderada.

CONCLUSIONES

Se priorizaron los casos más graves de AOS en cuanto a tiempo y turnos quirúrgicos para adenoamigdalectomía. La PR y pulsioximetría nocturna pueden ser herramientas útiles para la estratificación de niños con HAA y AOS en centros con recursos limitados, para optimizar el uso del quirófano y priorizar las intervenciones según la gravedad de la AOS.

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

Sexo	Masculino	110 (43,8%)
	Femenino	141 (66,2%)
Edad promedio		6,5 años

PREVALENCIA DE AOS EN POBLACIÓN DE ESTUDIO

Normal	103 (41%)
AOS leve	113 (45%)
AOS moderada	19 (7,6%)
AOS grave	16 (6,4%)

PACIENTES ADENOAMIGDALECTOMIZADOS Y PROPORCIÓN SEGÚN GRUPO DE AOS

AOS leve	27 (23,9%)
AOS moderada	7 (36,8%)
AOS grave	16 (100%)
Total de pacientes adenoamigdalectomizados	50

RESULTADOS EN PACIENTES ADENOAMIGDALECTOMIZADOS

Media de días entre solicitud de estudio hasta realización		58
Media de días entre resultado de oximetría informado a ORL hasta cirugía	AOS leve	154
	AOS moderado	73
	AOS grave	64

N de pacientes **251**