



## CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y FACTORES ASOCIADOS A LA SEVERIDAD DEL SAOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES DE 5 A 14 AÑOS. CARTAGENA, COLOMBIA



\***Bula Prado, Katherin**<sup>1</sup>; Escamilla Arrieta, José Miguel<sup>2</sup>; Plazas Román, Jaime Enrique<sup>3</sup>; Llamas Cera, Arlena<sup>4</sup>; Hurtado Vesga, Ingrid<sup>4</sup>; Castillo Ocampo, Carolina<sup>4</sup>; Arregocés Pallares, Vianis<sup>4</sup>; Bula Prado, Gutiérrez Ramírez, Gennys<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Residente de Pediatría. Universidad del Sinú – Seccional Cartagena, Cartagena, Colombia. <sup>2</sup> Neumólogo Pediatra. Clínica Respiratoria y de Alergias, Hospital Serena del Mar, Grupo de Investigación "Niños Heroicos", Cartagena, Colombia. <sup>3</sup> Odontólogo; Especialista en Odontopediatría y Ortopedia Maxilar; MSc en Bioinformática. Docente Universidad del Sinú, Grupo de Investigación GINOUS; Docente Universidad de Cartagena, Cartagena, Colombia. <sup>4</sup> Pediatría. Clínica Respiratoria y de Alergias, Hospital Serena del Mar, Grupo de Investigación "Niños Heroicos", Cartagena, Colombia

### INTRODUCCIÓN

El síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) pediátrico es un trastorno respiratorio caracterizado por obstrucción intermitente de la vía aérea superior durante el sueño, asociado a alteraciones neurocognitivas, cardiovasculares y metabólicas. La polisomnografía (PSG) constituye el estándar diagnóstico y permite clasificar la severidad según el índice de apnea-hipopnea (IAH)<sup>1,2</sup>. Aunque factores como hipertrofia adenoamigdalina y obesidad han sido implicados en su fisiopatología, la magnitud de su asociación con la severidad del SAOS varía según población y contexto clínico<sup>3-5</sup>.

### OBJETIVO

Caracterizar la severidad del SAOS y los factores clínicos asociados en niños de 5 a 14 años sometidos a polisomnografía en una clínica respiratoria de Cartagena, Colombia.

### METODOLOGÍA

#### Diseño y Población

- observacional descriptivo de corte transversal con componente analítico
- n = 40 niños (5–14 años)
- ✓ Clínica respiratoria, Colombia

#### Inclusión

- Diagnóstico de trastorno respiratorio del sueño y sometidos a polisomnografía de noche completa.

#### Exclusión

Se excluyó del análisis de severidad el único registro sin ningún valor de IAH (dx "NO SAHOS" sin cifra numérica)

#### Mediciones

PSG de noche completa tipo I, EEG, EOG, EMG de mentón y tibial, ECG, flujo nasal, pletismografía de inductancia, oximetría de pulso y sensor de posición, IAH.

#### Variables

- Desenlace: severidad de SAOS
- Independiente: Sexo, edad, IMC, asma, rinitis alérgica, hipertrofia adenoidea, TDAH, TEA, epilepsia, ronquido habitual, respiración oral, somnolencia diurna excesiva, bruxismo, despertares.

#### Análisis

- OR crudos + IC95%
- Fisher / Chi<sup>2</sup>
- Correlación Spearman (IMC-IAH)

### CONCLUSIÓN

La hipertrofia adenoidea y la respiración oral se asociaron con mayor probabilidad de SAOS moderado-severo. La obesidad no mostró relación significativa en esta cohorte. Un score clínico simple podría ser útil como herramienta de estratificación inicial en entornos de recursos limitados.

### RESULTADOS

Tabla 2. Distribución de la severidad del SAOS según IAH (n = 40)

Categoría	IAH (ev/h)	n	%	IAH mediana	IQR
Sin SAOS	< 1	7	17,5	0,7	0,4–0,9
SAOS Leve	1–4,9	20	50,0	2,2	1,4–3,5
SAOS Moderado	5–9,9	9	22,5	6,6	5,0–7,1
SAOS Severo	>= 10	4	10,0	13,8	12,9–18,0
<b>TOTAL</b>	—	<b>40</b>	<b>100,0</b>	<b>2,6</b>	<b>1,2–5,0</b>

SAOS moderado-severo (IAH >= 5 ev/h): n = 12 (30,0%). Clasificación según criterios AASM 2012. ev/h: eventos por hora.

Tabla 3. Distribución de severidad del SAOS por grupo etario

Grupo etario	n	Sin SAOS	Leve	Moderado	Severo	IAH mediana
5–8 años	19	4 (21,1%)	8 (42,1%)	6 (31,6%)	1 (5,3%)	3,0
9–12 años	20	3 (15,0%)	12 (60,0%)	3 (15,0%)	2 (10,0%)	2,5
13–14 años	1	0 (0%)	0 (0%)	1 (100%)	0 (0%)	5,0
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>7 (17,5%)</b>	<b>20 (50,0%)</b>	<b>9 (22,5%)</b>	<b>4 (10,0%)</b>	<b>2,6</b>

Tabla 4. Factores clínicos y asociación con SAOS moderado-severo: OR crudo con IC 95% y análisis de sensibilidad

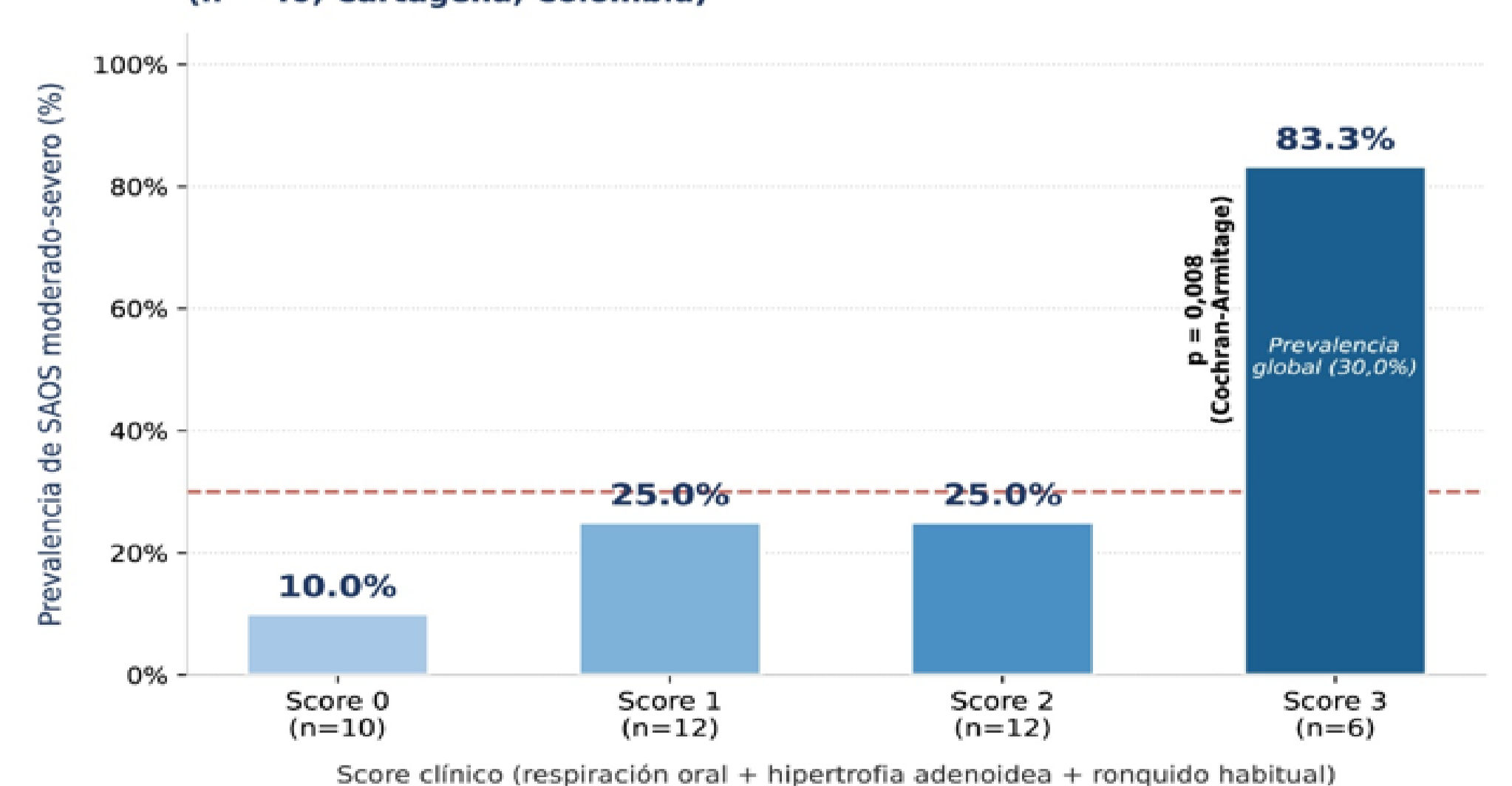
Factor clínico	Mod-severo (n=12)	Leve/sin SAOS (n=28)	OR crudo	IC 95%	valor p	OR n=35†
Respiración oral	8/12 (66,7%)	9/28 (32,1%)	4,22	1,00–17,80	0,079	3,50
Hipertrofia adenoidea	8/12 (66,7%)	9/28 (32,1%)	4,22	1,00–17,80	0,079	6,48*
Ronquido habitual	8/12 (66,7%)	12/28 (42,9%)	2,67	0,65–10,97	0,301	1,75
Asma bronquial	6/12 (50,0%)	8/28 (28,6%)	2,50	0,62–10,11	0,347	2,91
Rinitis alérgica	7/12 (58,3%)	11/28 (39,3%)	2,16	0,55–8,56	0,446	2,45
Sobrepeso/Obesidad	4/12 (33,3%)	8/28 (28,6%)	1,25	0,29–5,35	1,000	1,14
Somnolencia diurna	3/12 (25,0%)	5/28 (17,9%)	1,53	0,30–7,79	0,677	—

Tabla 5. IMC por grupo de severidad y correlación IMC-IAH (Spearman)

Categoría SAOS	n	IMC media ± DE	Rango IMC	Prueba estadística
Sin SAOS	7	25,7 ± 5,1	17,2–32,1	
Leve	20	20,9 ± 5,6	11,1–32,1	
Moderado	9	22,9 ± 6,5	14,5–31,5	Kruskal-Wallis p = 0,384
Severo	4	21,2 ± 3,5	19,2–26,4	
<b>Correlación IMC-IAH (Spearman)</b>	40	Rho = -0,050	IC 95%: -0,36–0,27	p = 0,759 (NS)

DE: desviación estándar. NS: no significativo. IC 95% del coeficiente rho por transformación z de Fisher.

Figura 1. Prevalencia de SAOS moderado-severo según score clínico simplificado (n = 40; Cartagena, Colombia)



Score clínico = suma de presencia de: (1) respiración oral, (2) hipertrofia adenoidea, (3) ronquido habitual. Línea discontinua roja: prevalencia global de SAOS moderado-severo en la muestra (30,0%). Tendencia lineal evaluada por prueba de Cochran-Armitage ( $T^2 = 7,049$ ;  $p = 0,008$ ). SAOS: síndrome de apnea obstructiva del sueño. ev/h: eventos por hora.

Figura 1. Prevalencia de SAOS moderado-severo según score clínico simplificado (n = 40)

### BIBLIOGRAFÍA

