

**ASSOCIAÇÃO CULTURAL EDUCACIONAL DE ITAPEVA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS E AGRÁRIAS  
DE ITAPEVA**

**SIMPÓSIO**

**APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO EM CRIANÇAS**

**ASSOCIAÇÃO CULTURAL EDUCACIONAL DE ITAPEVA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS E AGRÁRIAS  
DE ITAPEVA**

**SIMPÓSIO**

**APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO EM CRIANÇAS**

NOMES: Bruna Fernanda Gonçalves RA:17309

Cibele Aparecida Pedroso dos Santos RA: 17326

Nilene Franciele Silva RA: 17240

Tânia D. F. Oliveira RA: 17292

## **Apneia obstrutiva do sono em crianças**

### **RESUMO**

Em crianças é caracterizada por fases recorrente de obstrução parcial ou completa das vias aéreas superiores durante o período de sono. Caracterizada também pelo ronco primário sem alterações fisiológicas passando por resistência aumentada das vias aéreas, hipoventilação obstrutiva, e a Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS), apresenta uma prevalência de 1-4%.

Essa Síndrome é mais frequente nos meninos, em crianças com sobrepeso, com HMP de prematuridade, tendo como sintomas frequência de ronco alto, sono agitado.

Através do exame físico é possível identificar a situação ponderostatura do paciente, avaliar as evidências de obstrução crônica das vias aéreas superiores e verificar a presença de alterações craniofaciais.

O exame usado para identificar o diagnóstico, definição da pressão em equipamentos de pressão positiva e avaliação do tratamento cirúrgico é o Polissonografia.

### **DEFINIÇÃO**

Síndrome de Apneia Obstrutiva do sono é causada pelo aumento do esforço respiratório durante o sono que são associados aos roncos, fragmentação do sono, sonolência diurna excessiva e redução do desempenho neurocognitivo (hipoventilação obstrutiva), resultado de uma desordem no sistema nervoso central que tem uma deficiência no controle autonômico da respiração.

### **Epidemiologia**

Alguns estudos mostram uma grande variação (5-35%) na prevalência de ronco noturno em crianças.

Quando o ronco é definido como habitual (mais de 4 noites/semana), sua prevalência varia de 5-12%.

A frequência com que os pais descrevem presenciar apneias durante o sono varia de 0,2-4%.

O diagnóstico de SAOS apresenta prevalência de 1-4%, sendo maior em meninos entre 2-8 anos de idade, não há dados suficientes que apontem diferenças de prevalência quanto a idade.

### **QUADRO CLINICO**

Além do sono agitado e ronco são observados outros sintomas como agitação, sudorese, alterações comportamentais, alterações do aprendizado e mais raramente sono excessivos.

Os principais durante sinais e sintomas relacionados com a Síndrome de Apneia (Ondine) em crianças:

Noturnos	Diurnos
Ronco habitual (>4 noites/semana)	Hiperatividade
Paradas respiratórias observadas	Falta de atenção
Desconforto respiratório	Agressividade
Agitação	Sonolência excessiva
Sudorese profusa	Problemas de aprendizado
Cianose/palidez	Respiração oral

Recomenda-se observação no comportamento durante o sono e ao acordar, posição que a criança se encontra ao dormir, ocorrência de enurese (perda involuntária de urina durante o sono, crianças acima de 5 anos), presença de infecções das vias aéreas superiores de repetição, respiração oral, e está ligada também ao rendimento escolar da criança.

Durante o exame físico pode se identificar a situação ponderostatural do paciente, pois a criança com SAOS tende a ter um crescimento abaixo do previsto para a idade.

Identifica-se também, deformidades torácicas, ou ainda assimetria torácica ao qual sugere o aumento do esforço respiratório de longa duração.

### **EXAMES COMPLEMENTARES**

O exame mais comum nesse caso da síndrome estabelecido tanto para o diagnóstico como para o controle do tratamento, é a Polissonografia, constitui-se numa monitoração não invasiva de diversos parâmetros e deve ser realizado durante o sono espontâneo e noturno.

O diagnóstico Polissonográfico é feito quando o índice de apneia obstrutiva for maior de 1 evento/h de sono, desaturação de oxi-hemoglobina (menos de 92%)

A Capnografia é outro parâmetro de diagnóstico usado em polissonografia pediátrica, com valores de pico de CO<sup>2</sup> exalado maior de 53mmHg, sendo considerados alterados.

O critério utilizado em adultos (5 eventos/h) pode ser utilizado em adolescentes a partir de 13 anos.

Devido ao custo elevado do exame outros métodos foram adotados, como gravação em vídeo e oximetria noturna, com equipamentos portáteis.

Para condições antecipadas da doença, recomenda-se a realização de radiografias de cavum, nasofibrolaringoscopia das vias aéreas superiores, quando indicado, a ressonância magnética cerebral ou TC na suspeitas de más formações ou massas no SNC.

São recomendadas também a realização de ecocardiografia para as cavidades direitas e identificação de sinais sugestivos de elevação da pressão em artéria pulmonar.

## CONSEQUÊNCIAS

As consequências da Síndrome engloba desde acidentes causados por sonolência excessiva diurna, diminuição do desempenho cognitivo, até o risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares e doenças metabólicas. Em crianças as consequências resultam em distúrbios comportamentais, déficit de aprendizagem, hipertensão pulmonar, e prejuízo do crescimento somático. Embora adultos terem maiores riscos de mortalidade cardiovascular, relatou-se que crianças com SAOS apresentam elevação da pressão arterial sistêmica diurna e mudanças da função do ventrículo esquerdo.

A SAOS associa-se também como a hiperatividade, falta de atenção, agressividade e comportamento opositor, percepção visual, memória, efeito no humor, entre outros.

## TRATAMENTO

Em crianças é identificada a presença de hipertrofia de adenoide e/ou de amígdalas, até o momento cirúrgico. É fundamental o acompanhamento do paciente após a cirurgia, uma vez que a recorrência de obstrução pode ocorrer. Outras opções de tratamento para a Síndrome de Apneia Obstrutiva de Sono em crianças (SAOS).

### Manejo clínico

Tratamento de rinite alérgica

Pressão contínua positiva na via aérea  
(não invasiva) - CPAP ou Bilevel

Redução de peso para os pacientes obesos

Tratamentos com ortodontia e ortopedia facial

### Tratamento cirúrgico

Adenoamigdalectomia

Cirurgias ortognáticas

(nas crianças com malformações craniofaciais)

Traqueostomia em casos individualizados

## TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO

A Terapia por pressão aérea positiva, ou Continuous Positive Airway Pressure (CPAP), na rotina fisioterapêutica é muito utilizada em casos de profilaxia da insuficiência respiratória aguda, de hipoventilação alveolar. A utilização da CPAP normaliza a arquitetura do sono, reduz a sonolência detona, melhora o desempenho diurno, melhora o humo, tende a diminuir a pressão arterial em portadores de SAOS.

A atuação do fisioterapeuta no tratamento de SAOS começa na titulação pressória do CPAP durante o exame de Polissonografia, com informações sobre o procedimento de titulação, que focaliza o acompanhamento inicial, pois a primeira semana de tratamento pode predizer a utilização a longo prazo.

Há aparelhos de pressão aérea positiva com pressão auto-ajustável. A pressão é ajustada de acordo com a análise primária da limitação de fluxo, depois é realizada uma análise secundária do ronco, da apneia, da hipopneia e para vazamentos excessivos até chegar a pressão adequada em que o aparelho não detecte mais anormalidade ventilatória alguma.



Quanto às máscaras para utilização de CPAP, existem 3 tipos mais comuns: a Nasal, a Intranasal e a Oronasal.

Máscara Nasal: é a interface mais utilizada, pois permite encaixe nasal por meio das laterais das narinas, da ponte do nariz e da região abaixo do nariz e acima dos lábios superiores.



Máscara Intranasal: é caracterizada por sua versatilidade e facilidade de manuseio, porém, não é indicada para pressões acima de 12cm H<sub>2</sub>O.



Máscara Oronasal: é indicada para os pacientes que não conseguem manter a boca fechada durante o sono, mesmo com a máscara nasal.



É importante ressaltar que um tratamento em longo prazo necessita de alicerce em uma orientação de qualidade sobre cuidados contínuos de manuseio e manutenção do CPAP, assim como embasamento benéfico e informação da doença em questão. Sabe-se que a medicina do sono, assim como a atuação da fisioterapia inserida nessa área, é bastante precoce na história da medicina e não é por isso que seu impacto deixa de ser epidemiológico. Portanto, o foco para o tratamento da SAOS é o aumento da adesão da utilização do CPAP.

#### REFERENCIAS:

##### Artigo principal:

FAGONDES, Simone C.; MOREIRA, Gustavo A. – Apneia Obstrutiva do Sono em Crianças. – J Bras Pneumol. 2010; 36 (Supl.2): S1-S6l.

##### Artigo Complementar:

TOGEIRO, Sonia M. G.P.; FONTES, Francisco H.- Hipoventilação relacionada ao sono. – J Bras Pneumol. 2010; 36 (Supl.2): S1-S6l.

##### Imagens e Tratamento Fisioterapêutico

Disponíveis em site:

##### **Bibliografias**

Smolensky MH, Peppas NA. Chronobiology, drug delivery, and chronotherapeutics. Adv Drug Deliv Rev 2007; 59(9-10): 828-51.

<http://www.racine.com.br/fisioterapia-e-reabilitacao/portal-racine/fisioterapia/fisioterapia-no-tratamento-da-sindrome-da-apneia-obstrutiva-do-sono>