

Trastornos del sueño en la niñez

Rocío Sánchez-Carpintero Abad

Unidad de Neuropediatría. Dpto. de Pediatría.
Clínica Universitaria de Navarra, Pamplona

CONCEPTO

Los trastornos del sueño en la niñez suponen un problema de salud pública por su prevalencia. La proporción de niños que los padecen de forma transitoria es muy elevada, pero además se estima que hasta el 30% de la población infantil tiene alteraciones crónicas del sueño y los pacientes con patología neurológica tienen mayor riesgo de padecerlos (Stores y Wiggs 2001). El sueño es un estado fisiológico activo cuya ausencia o alteración produce efectos adversos significativos. La privación o la mala calidad del sueño en el niño repercute en el rendimiento escolar y en estado de humor (Meijer et al 2000) y la alteración crónica puede tener también repercusiones físicas, especialmente fallo de medro, por lo que es importante diagnosticar el trastorno a tiempo y realizar el tratamiento adecuado.

CLASIFICACIÓN

La Clasificación Internacional de los Trastornos del Sueño Revisada (CITS-R) proporciona un esquema homogéneo para la clasificación de los trastornos del sueño en el niño (tabla I) y el adulto. Es preciso conocer que los trastornos del sueño en el niño son diferentes a los del adulto en frecuencia, causas y consecuencias:

- Los patrones y necesidades del sueño cambian evolutivamente (tabla II) y

hay que tener en cuenta variaciones interindividuales y culturales.

- Los trastornos más frecuentes hacen referencia al hábito del sueño.
- Hay factores causales y del tratamiento que dependen de los padres y no del niño.
- Los efectos de la falta o mala calidad del sueño tienen repercusiones sobre el desarrollo cognitivo y físico del niño.
- Las apneas del SAOS son menos perceptibles que en el adulto, con mayor frecuencia son hipopneas y pueden no acompañarse de ronquido. Su causa y tratamiento difieren de los del adulto.
- La irritabilidad e hiperactividad son síntomas más frecuentes de la privación de sueño que la somnolencia
- El tratamiento es eficaz en la mayoría de los trastornos del sueño en el niño.

DIAGNÓSTICO

La herramienta más útil para el diagnóstico de los trastornos del sueño en el niño es la recogida adecuada de datos mediante la historia clínica. Para hacer una anamnesis útil es imprescindible conocer la patología más frecuente en el niño y reconocer los síntomas. La historia permite diagnosticar la mayoría de parasomnias y disomnias extrínsecas (tabla III).

**Tabla I. Trastornos del sueño más frecuentes en el niño
(según Clasificación Internacional de los Trastornos del Sueño Revisada)**

<p>1 DISOMNIAS</p> <p>1.a. Intrínsecas Narcolepsia Síndrome de apneas obstructivas del sueño Movimientos periódicas de las piernas</p> <p>1.b. Extrínsecas Trastorno ambiental T. del establecimiento de límites T. de las asociaciones al inicio del sueño</p> <p>1.c. Trastornos del ritmo circadiano Retraso de fase de inicio del sueño</p> <p>2 PARASOMNIAS</p> <p>2.a. Del despertar Despertares confusionales Sonambulismo Terrores nocturnos</p>	<p>2.b. De la transición sueño-vigilia Movimientos rítmicos del sueño Somnolencia Mioclonías del sueño</p> <p>2.c Asociadas al sueño REM Pesadillas</p> <p>Otras Bruxismo Enuresis Ronquido primario Muerte súbita de lactante Apneas del lactante Mioclonías neonatales benignas</p>
--	--

**Tabla II. Horas aproximadas de sueño
necesarias a distintas edades**

Edad	Horas de sueño
Neonato a término	16 h
3 meses	15 h
12 meses	14 h
2 años	13 h
5 años	11 h
9 años	10 h
14 años	9 h
18 años	8 h

En el caso del síndrome de apneas obstructivas del sueño, la historia y el examen físico pueden ser insuficientes para diferenciarlas del ronquido primario, entidad que ocurre

hasta en el 10% de la población infantil. En ese caso es preciso acudir a otros exámenes complementarios, como la polisomnografía (Brietzke et al 2004).

El **despistaje** de la patología del sueño en el niño debería realizarse en las revisiones periódicas de puericultura. Hay **cuatro preguntas básicas** cuya respuesta positiva permite sospechar la existencia de un problema y exigen continuar la indagación (Fig 1). Deberá entonces realizarse una historia clínica más detallada, para la que pueden ser de ayuda algunos cuestionarios sobre la conducta del sueño. El *Pediatric Sleep Questionnaire* ha sido validado en población española en su versión reducida y está traducido en su versión completa (Tomás Vila et al 2007).

Tabla III. Descripción breve de los trastornos del sueño más frecuentes en la niñez

Narcolepsia: se caracteriza por somnolencia y episodios incoercibles de sueño de aparición súbita. Asocia cataplexia (pérdida súbita y bilateral del tono muscular en situaciones emocionales intensas) y otros fenómenos de sueño REM, como las alucinaciones hipnagógicas o la parálisis del sueño. Se diagnostica con el test de latencias múltiples.

Síndrome de apneas obstructivas del sueño (SAOS): episodios repetidos de obstrucción de vías respiratorias superiores, generalmente acompañados de desaturación de oxígeno sanguíneo. El diagnóstico de certeza se realiza con polisomnografía.

Síndrome de movimientos periódicos de las piernas: episodios periódicos de movimientos estereotipados de las extremidades, generalmente las piernas, que ocurren durante el sueño.

Trastorno ambiental del sueño: alteración del sueño producida por un factor del entorno (ruido, luz, temperatura) que lo impide o dificulta.

Trastorno del establecimiento de límites: alteración del sueño del niño caracterizada por el rechazo a irse a la cama en el momento adecuado, con fallo por parte del cuidador en el modo de inducir al niño a hacerlo.

Trastorno de las asociaciones al inicio del sueño: se produce cuando el sueño se altera por la ausencia de un objeto o circunstancias que el niño asocia con el inicio del sueño. El problema se acentúa cuando se asocia el inicio del sueño con la actuación o presencia del adulto.

Retraso de fase de inicio del sueño: trastorno del ritmo circadiano del sueño con incapacidad de conciliarlo a horas convencionales, lográndolo más tarde, con dificultad para despertarse a las horas convencionales.

Despertares confusionales: estado de confusión, con desorientación temporo-espacial al despertar, generalmente de sueño profundo, en la primera mitad de la noche. Ocurren en casi todos los niños menores de 5 años y el curso es generalmente benigno.

Sonambulismo: conducta compleja que incluye generalmente caminar, que se inicia durante el sueño lento, por lo que es más frecuente en el primer tercio de la noche. Es más prevalente entre los 4-8 años y el curso suele ser benigno

Terrores nocturnos: despertar brusco que se produce desde fases 3 ó 4 de sueño lento acompañado de grito y síntomas vegetativos y conductuales de miedo intenso. Suelen ocurrir en el primer tercio del sueño nocturno y la persona no recuerda el episodio.

Movimientos rítmicos del sueño: conjunto de conductas estereotipadas con movimientos repetitivos de tronco, cuello, cabeza que ocurren inmediatamente antes de iniciar el sueño y se mantienen durante el sueño ligero. Es frecuente en lactantes y niños hasta el 2º-3er año de vida, pero puede persistir hasta la edad adulta en algunos casos.

Somniloquia: emisión de palabras o sonidos durante el sueño sin conciencia subjetiva del evento.

Pesadillas: Sueños que producen sensación de miedo al sujeto que los padece y que generalmente lo despiertan desde sueño REM, por lo que son más frecuentes en la 2ª mitad del sueño nocturno.

Enuresis: micción involuntaria recurrente durante el sueño que persiste más allá de una edad en la que hay madurez para controlarlo (5 años), en ausencia de otro trastorno urológico, médico o mental que lo justifique.

Mioclónias del sueño: contracciones sincrónicas de las extremidades o del tronco que ocurren durante el sueño tranquilo en neonatos.

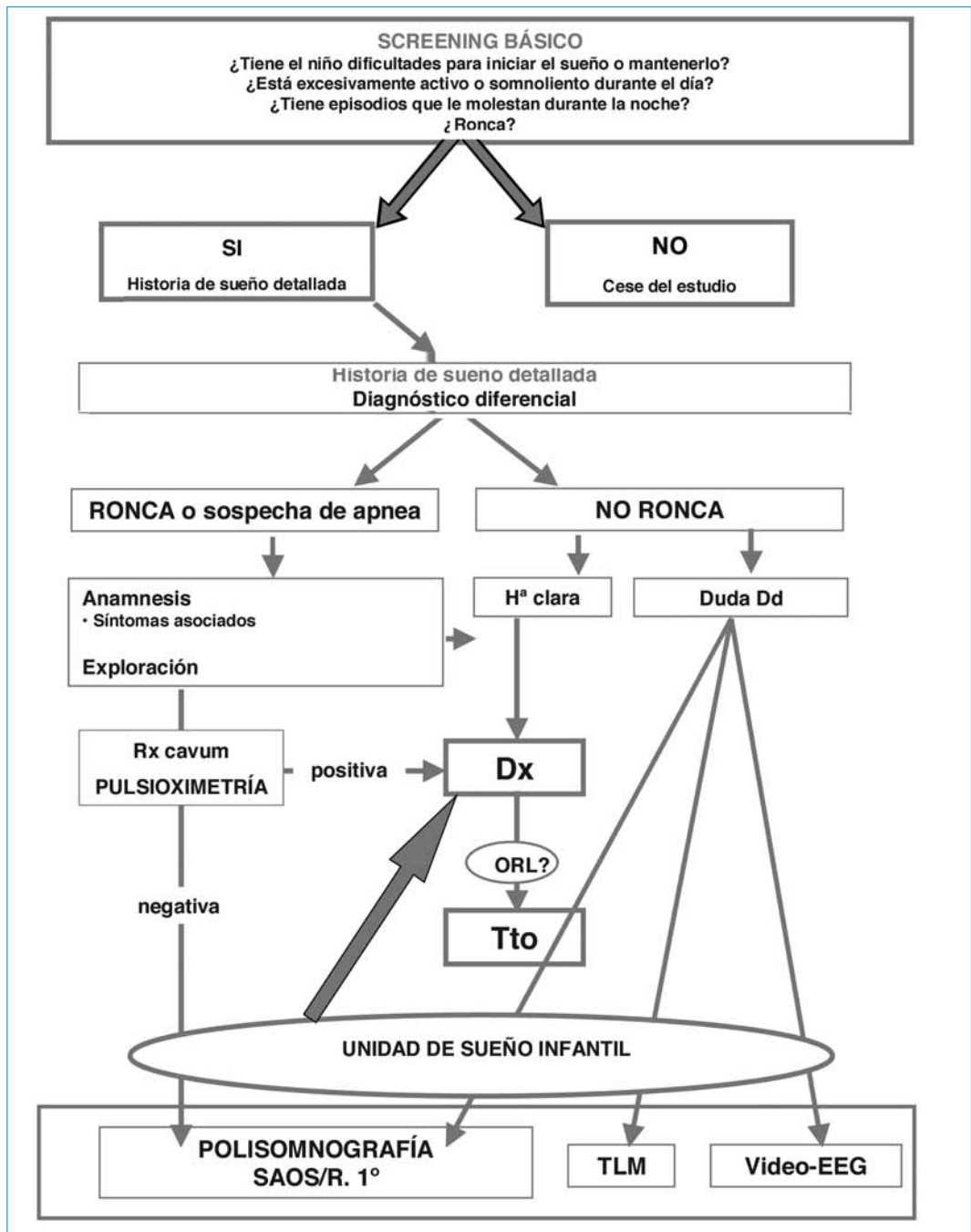


Figura 1. Protocolo de actuación ante los trastornos del sueño en la niñez
 Abreviaturas y siglas: Dx: diagnóstico; SAOS: Síndrome de apnea obstructiva; TLM: test de latencias múltiples; Dd: diagnóstico diferencial.

- **Si el niño no ronca** (Fig 1), la historia clínica puede ser muy sugestiva del trastorno del sueño de que se trate, por lo que en muchos casos no será necesario realizar más pruebas. En caso de duda, el niño debe ser evaluado en una Unidad Especializada de Trastornos del Sueño y puede ser preciso realizar un vídeo-EEG, un test de latencias múltiples o una polisomnografía. La frecuencia, intensidad o cronicidad del problema pueden obligar a realizar estudios más especializados. Por ejemplo, en las parasomnias crónicas puede subyacer un trastorno respiratorio del sueño detectable únicamente por polisomnografía (Guilleminault et al 2003).
- **Si existiera ronquido durante el sueño** (Fig 1), deberá evaluarse en la anamnesis si hay síntomas asociados sugestivos de SAOS (tabla IV) o el niño tiene una patología de base con riesgo elevado de presentarlo (tabla V). En ese caso el niño debe ser derivado, bien a un ORL si la clínica es compatible con una obstrucción de flujo respiratorio por hipertrofia de tejido linfático, o bien a una Unidad Especializada en Trastornos del Sueño. Puede ocurrir que, siendo clara la hipertrofia adenoamigdalar y sospechándose un trastorno del sueño, el niño tenga una edad en la que el tejido linfático se reproduzca con facilidad y el especialista en ORL decida retrasar una posible intervención. En esos casos es preciso realizar polisomnografía para valorar la intensidad de las apneas y su repercusión sobre el

sueño para poder establecer la indicación quirúrgica con mayor precisión.

Cuando hay ronquido pero los signos físicos no permiten establecer de forma clara si hay obstrucción de la vía aérea, será necesario realizar una polisomnografía para el diagnóstico diferencial con el ronquido primario.

Tabla IV. Síntomas que, asociándose a ronquido, llevan a la sospecha de síndrome de apneas del sueño

Síntomas asociados

- Dificultad para despertarse por la mañana
- Somnolencia diurna
- Malhumor
- Cefalea
- Sequedad de boca
- Problemas de concentración, memoria, bajo rendimiento escolar
- Irritabilidad y otros problemas emocionales o de conducta

Tabla V. Patología con riesgo elevado de presentar SAOS

- Vegetaciones, problemas nasales, amígdalas grandes
- Obesidad mórbida
- Síndrome de Down
- Acondroplasia
- Laringomalacia
- Mucopolisacaridosis
- Marfan
- Enf neuromusculares: distrofias, atrofia espinal, miopatías, Guillain-Barré
- Síndromes malformativos: Crouzon, Klippel-Feil, Pierre-Robin, Apert
- Anomalía de Chiari

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Cuando la historia clínica y la exploración física lo sugieren, puede ser necesario obtener analítica para el diagnóstico de hipersomnolencia o excesiva irritabilidad diurna: hemograma para descartar anemia, hormonas tiroideas, parásitos en heces

En el niño con ronquido o sospecha de apnea obstructiva se debe realizar radiografía de cavum.

El papel de la pulsioximetría nocturna está discutido en la actualidad. Se trata de una prueba más fácil de realizar que la polisomnografía. Tiene un valor predictivo positivo superior al 90 % por lo que permite indicar cirugía sin hacer polisomnografía. En casos negativos, es necesario realizar una polisomnografía para llegar a un diagnóstico ya que tiene una tasa elevada de falsos negativos, con un valor predictivo negativo del 47% en relación con la polisomnografía que es el gold standard para el diagnóstico de los trastornos del sueño, especialmente para el síndrome de apneas obstructivas.

TRATAMIENTO

Por ser los trastornos del sueño un problema prevalente en la lactancia y primera infancia, se ha contemplado la posibilidad, y comprobado la eficacia, de programas preventivos que tiene el fin de instaurar un hábito de sueño adecuado y evitar algunos de los trastornos como las disomnias extrínsecas en lactantes de riesgo (Nikolopoulou y St James-Roberts, 2003).

Existen unos principios generales para el tratamiento de cualquier trastorno del sueño en el niño. Inicialmente la explicación del problema, causas y consecuencias permite en muchos casos tranquilizar a los padres. En segundo lugar se recomiendan unas actuaciones generales de higiene del sueño (tabla VI), que inciden especialmente en las disomnias extrínsecas (Stores 1999).

El tratamiento del SAOS es generalmente quirúrgico, a diferencia del adulto, y el uso de CPAP nasal está indicado únicamente en algunos casos de fracaso de las medidas quirúrgicas y en algunas patologías de origen neuro-

Tabla VI. Medidas de "higiene" del sueño

Medidas ambientales:	Medidas que animan o facilitan al niño irse a la cama:
1. Empleo de asociaciones adecuadas y familiares al niño para iniciar el sueño	1. Realización de rutinas predecibles para acostarse
2. Uso de cama confortable	2. Acostar y levantar a los niños a la misma hora habitualmente
3. Ambiente de baja intensidad lumínica	3. Promover la capacidad de dormirse sin la presencia de los padres
4. Temperatura adecuada	4. Llevarlos a la cama cuando están cansados y evitarlo si están demasiado activos
5. Ambiente poco estimulante	5. Realizar actividades relajantes y no realizar actividad intensa antes de acostarse
6. Evitar asociación de la cama con situación de castigo	6. Resolver problemas o hacer planes antes de acostarse y no en ese momento
7. Evitar el consumo de bebidas con cafeína después del mediodía	

lógico donde hay colapso de las vías por debilidad muscular (Villa-Asensi et al 2006).

El uso de fármacos hipnóticos para niños no es infrecuente y parece existir una necesidad en esta población. Sin embargo, no hay datos en la actualidad que permitan establecer su seguridad y eficacia. Existen grupos de expertos en estas patologías que buscan protocolos comunes de actuación en investigación, para poder realizar ensayos clínicos que permitan emplear estos fármacos en la población infantil con seguridad.

Para el tratamiento de la narcolepsia en la actualidad se emplean el modafinilo y el oxibamato sódico (Thorpy 2007).

BIBLIOGRAFÍA

- American Academy of Sleep Medicine. International classification of sleep disorders, revised. Diagnostic and coding manual. Chicago, Illinois: American Academy of Sleep Medicine, 2001. <http://www.absm.org/PDF/ICSD.pdf>
- Brietzke SE, Katz ES, Roberson DW. Can history and physical examination reliably diagnose pediatric obstructive sleep apnea/hypopnea syndrome? A systematic review of the literature. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2004; 131: 827-832.
- Guilleminault C, Palombini L, Pelayo R, Chervin R. Sleepwalking and sleep terrors in prepubertal children: what triggers them? *Pediatrics* 2003; 111: 17-25.
- Meijer AM, Haberkothé HT, Van Den Wittenboer GLH. Time in bed. Quality of sleep and school functioning of children. *J Sleep Res* 2000; 9: 145-153.
- Nikolopoulou M, St James-Roberts I. Preventing sleep problems in infants who are at risk of developing them. *Pediatrics* 2003; 88:108-111.
- Stores G and Wiggs L Eds. Sleep disturbance in children and adolescents with disorders of development: its significance and management. London: Mac Keith Press; 2001.
- Stores G. Children's sleep disorders: modern approaches, developmental effects, and children at special risk. *Dev Med Child Neurol* 1999; 41: 568-573.
- Thorpy M. Therapeutic advances in narcolepsy. *Sleep Med* 2007; 8: 427-440
- Tomás Vila M, Miralles Torres A, Beseler Soto B. Version española del Pediatric Sleep questionnaire. Un instrumento útil en la investigación de los trastornos del sueño en la infancia. Análisis de su fiabilidad. *An Ped (Barc)* 2007; 66: 121-128.
- Villa Asensi JR, Martínez Carrasco C, Pérez Pérez G, Cortel Aznar I, Gómez Pastrana D, Alvarez Gil D, Gonzáles Pérez-Yarza E. Guía de diagnóstico y tratamiento del síndrome de apneas-hipopneas en el niño. *An Ped (Barc)* 2006; 65: 364-376.