

El pediatra ante el niño con trastornos del sueño

G. Pin Arboledas¹, A. Lluch Roselló², F. Borja Paya³

Resumen. *Objetivo:* Conocer los hábitos de sueño y las alteraciones más frecuentes del mismo en una población pediátrica general y proponer una sistemática de estudio en asistencia extrahospitalaria.

Material y métodos: Cuestionario de preguntas cerradas, de elección múltiple y respuesta única a una población infantil constituida por 240 niños de edades comprendidas entre 6 y 11 meses y 894 niños de edades comprendidas entre 1 y 6 años. Los datos se recogieron en las 4 estaciones del año al finalizar el control de salud. Las respuestas procedían del familiar de primer grado acompañante.

Resultados: Los resultados mostraron:

1. Una alta incidencia de interrupciones del sueño durante el segundo semestre de la vida (53,3%).
2. Importante descenso de las interrupciones a partir del tercer año de vida.
3. A pesar de ello, a los 6 años un 18,6% de los niños interrumpían el sueño familiar al menos 3 veces por semana.
4. Hasta un 12,1% de los niños de 6 años no habían aprendido a dormirse por sí mismos.

Conclusiones: Nuestro estudio confirma la alta incidencia de problemas con el sueño, y la necesidad de insistir en su prevención en los controles de salud.

An Esp pediatr 1999;50:247-252.

Palabras clave: Sueño; Despertares; Asistencia primaria.

THE PEDIATRICIAN AND THE CHILD WITH PROBLEMS SLEEPING

Abstract. *Objective:* The purpose of this study was to better understand the sleeping habits and its most frequent alterations in a general pediatric population and to propose a systematic study of ambulatory attendance.

Patients and methods: A questionnaire of closed questions, multiple choice and unique answers was sent to an infantile population constituted of 240 children between 6 and 11 months of age and 894 children between 1 and 6 years of age. Data was collected in the 4 different seasons of the year when concluding the control of health. The answers came from the closest relative.

Results: 1. There was a high incidence of sleep interruptions during the first semester of life (53.3%). 2. Starting from the third year of life, an important decrease in night awakenings took place. In spite of this,

until 6 years of age, 18.6% of the children interrupted their family's sleep at least 3 times per week. 3. At 6 years of age 12.1% of the children had not learned how to fall asleep.

Conclusions: Our study confirms a high incidence of alterations of sleep and the necessity of insisting in its prevention during health revisions.

Key words: Sleep. Awake. Primary care.

Introducción

La Medicina del Sueño es una especialidad con poco más de 30 años de existencia y que en la actualidad se encuentra en proceso de elaboración y estudio; cada vez se conocen más las influencias que las alteraciones del sueño en la infancia tienen en el estado de salud física y psíquica de nuestros pacientes y su entorno familiar.⁽¹⁾

A pesar de ello, la bibliografía pediátrica de uso más frecuente en Atención Primaria⁽²⁻³⁾ y el estudio de los programas de los diferentes cursos de formación continuada en pediatría, revelan una escasa presencia de temas relacionados con la patología o patofisiología del sueño, de forma que la comunidad pediátrica, en general, recibe escasa información sobre la estructura del sueño y sus alteraciones.

Sin embargo, diferentes encuestas realizadas en la población pediátrica apuntan que en torno a un 4% de los niños toman hipnóticos en algún momento de la infancia⁽⁴⁾.

Presentamos los resultados de una encuesta sobre los hábitos del sueño en una población pediátrica de nuestro medio, y proponemos una metodología de estudio de los problemas del sueño desde el punto de vista del pediatra extrahospitalario, así como las posibles indicaciones de estudio por una Unidad del Sueño.

Material y métodos

Realizamos una encuesta entre todas las familias que acudían para control de salud o por enfermedad no relacionada con el sueño a dos consultas de pediatría general (una pública, una privada).

* Universo: población entre 6 meses y 10 años. Comprendía a todos los niños sin patología previa relacionada con el sueño, enfermedad crónica ni neurológica y que acudían a consulta por cualquier motivo no relacionado con el sueño o alteración del ritmo circadiano. En ninguna de estas consultas se explicaba a las familias, hasta esos momentos, la prevención de los proble-

¹Unidad Valenciana del Sueño Infantil (UVSI). Clínica Quiron. Valencia.

²Centro de Salud "Ingeniero Joaquin Benlloch". Valencia. ³Asistencia Privada. Sueca (Valencia)

Correspondencia: Dr. Gonzalo Pin Arboledas. Unidad Valenciana del Sueño Infantil (UVSI). Clínica Quiron. Valencia. Avda. Blasco Ibañez, 14. 46010 Valencia

Recibido: Junio 1998

Aceptado: Noviembre 1998

Tabla I Encuesta

Nombre:					
Edad:	F. Nacimiento:		Domicilio:		
Quien cuida al niño:	Madre:	Padre:	Abuelos:	Niñera:	Otros:
Asiste a la escuela:	Edad inicio:		Horas al día:	Hora de regreso:	
Horas de tarea escolar en casa:			Hora de finalizar la tarea escolar:		
Apetito:					
Horas de TV o videojuego:	Laborables desde/a:		Festivos desde/a:		
Definiría a su hijo como:	Fácil	Normal	Difícil		
Pertenece a algún grupo deportivo o juvenil:					
Control de esfínteres desde los:					
Enuresis:	No:	Sí:	Desde:	Primaria:	Secundaria:
Tratamientos realizados hasta ahora:					
Enfermedad crónica:					
Tipo de lactancia:	LM:	LA:	LMT:		
A) AMBIENTE DEL SUEÑO					
Habitación:	Int:	Ext.:			
Tipo de cama:	Individual	Litera	Compartida	Cuna	
Presencia de luz nocturna:		Puerta abierta:			
Presencia de otros miembros en la habitación:		Edad salida habitación paterna:			
B) RITUAL DEL PRESUEÑO					
Lo acuesta despierto:			Sí	No	
Se acuesta un rato con él:			Sí	No	
Lo acuesta en la cama paterna y luego en la suya:			Sí	No	
Lo acuesta succionando biberón:			Sí	No	
Lo acuesta succionando un chupete:			Sí	No	
Lo alimenta durante la noche:			Sí:	No	
Se acuesta con algún elemento de transición:			Sí:	No	
Le relata una historia:			Sí	No	
Le deja acompañamiento de música:			Sí	No	
Ronca:			Sí	No	
Siempre:			Sí	No	
Tiempo desde el último alimento:			< 1 h; 1 h; 2 h; > 2 h		
Desde que lo acuesta hasta que se duerme ¿cuanto tiempo pasa?:			< 20'; 20-40; > 40'		
C) SUEÑO:					
Horas de acostarlo:		Laborables	9-10; 10-11; >11h		
		Festivos	9-10; 10-11; >11h		
Se despierta por la noche:		Sí No			
Veces :		1-3; 4-6; >6			
Duración episodio		< 5'; 5-10'; >10'			
Motivo aparente:		hambre/sed	miedo	orina	ambiental:
		chupete	otros:		
Hora de despertar matutino:		Laborables 7-9; 9-10; >10h			
		Festivos 7-9; 9-10; >10h			
Tiempo despierto en la cama:		Nada < 30' > 30'			
Estado de animo por la mañana:		Alegre Llorón			
Siestas diurnas:		Laborables:	Mañana < 1 h; 1-2h; > 2h		
			Tarde < 1 h; 1-2h; > 2h		
		Festivos:	Mañana < 1h; 1-2h; > 2h		
			Tarde < 1h; 1-2h; > 2h		

mas del sueño infantil. El ámbito social era similar en ambas consultas, se trataba de familias de clase media.

* Modalidad: cuestionarios de preguntas cerradas, de elección múltiple y respuesta única (Tabla I).

Las preguntas fueron contestadas de forma confidencial por el acompañante del niño al finalizar la consulta y recogidas por personal auxiliar. Se realizaron de forma equitativa en las cuatro estaciones del año.

Tabla II Porcentaje de niños del segundo semestre con despertares

Edad en meses	Niños totales	% despertares
6 M	25	52,0%
7 M	69	50,7%
8 M	63	75,0%
9 M	33	51,5%
10 M	39	41,3%
11 M	11	48,2%

Tabla III Niños de 1 a 6 años con despertares nocturnos

Años	Niños totales	% con despertares
1	226	52,21%
2	232	56,03%
3	137	54,01%
4	93	36,56%
5	106	24,53%
6	107	18,60%

Tabla IV Porcentajes por número de despertares/noche de niños mayores de 1 año

Nº despertares	% de niños
1	16,5%
1 - 3	72,3%
3 - 4	2,4%
4 - 6	7,8%
5 - 6	0,5%

Tabla V Estado de vigilia al acostarlos

E. en meses	% ya dormidos
6	36,0
7	36,2
8	50,0
9	48,4
10	35,9
E. en años	% ya dormidos
1	34,0
2	23,7
3	32,8
4	21,5
5	28,5
6	12,1

* La muestra estaba formada por:

• 240 niños de 6 meses a 11 meses. De ellos 133 eran niñas y 107 niños.

• De la consulta pública provenían 144 y 96 de la privada.

• 894 niños de 1 año a 6 años: 491 eran niñas y 403 niños. De ellos 524 pertenecían a la consulta pública y 370 a la privada.

Los resultados se muestran, en el presente trabajo, de forma global sin hacer distinción según la procedencia (pública o privada) ni la estación del año.

Resultados:

De los diferentes parámetros estudiados presentamos los referentes a despertares nocturnos por edades, ronquido nocturno y estado de vigilia en el que son acostados.

Porcentaje de niños con despertares nocturnos (vigilia detectada por los familiares durante el sueño nocturno más de 3 noches a la semana):

- De 6 meses a 11 meses: 53,3%

- De 12 meses a 6 años: 46,6%

Distribución por edades: En la tabla II se observa el porcentaje de niños con despertares nocturnos en el segundo semestre de la vida.

Hemos iniciado la valoración en este semestre de la vida, y no desde al nacimiento, porque a esta edad debe estar fijado el comportamiento nocturno y haberse establecido el ciclo circadiano.⁽⁵⁾

Por meses se observa un pico máximo en el octavo mes y una disminución progresiva a partir de ese momento.

En la tabla III se reflejan los despertares nocturnos a partir del año de vida.

De los 894 niños, un total de 399 (44,6%) presentaban despertares nocturnos que perturbaban el sueño familiar.

Por años, el pico de máxima incidencia (56,03%) era a los dos años.

Más del 50% de los niños presentaron despertares nocturnos durante los 3 primeros años, observándose a partir de entonces una disminución progresiva, pero persistiendo a los 6 años en un 18,6% de los encuestados.

Del conjunto de los niños que se despertaban a partir del año de vida un 50,56% tenían antecedentes de algún familiar directo con trastornos relacionados con el sueño.

De estos niños mayores de un año y que se despertaban, en la tabla IV observamos la distribución por número de despertares en la noche.

La forma en la que eran acostados estos niños la observamos en la tabla V. Entre los 6 meses y los 11 meses hasta un 3,40% de los niños eran acostados ya dormidos, porcentaje que se reducía al 22,19% en los niños de 1 a 6 años.

A los 6 años de edad hasta un 12,15% de los niños eran acostados ya dormidos: no habían aprendido a autodormirse y se dormían en un lugar diferente al que iban a pasar la noche.

El porcentaje de roncadores habituales encontrados por nosotros fue de un 12,3% de los niños mayores de un año.⁽⁶⁻⁷⁾

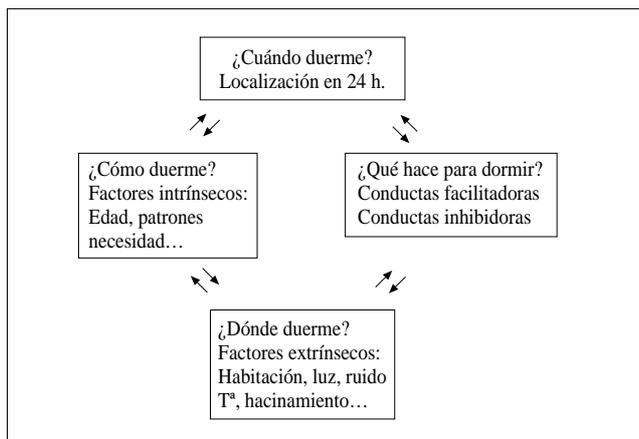


Figura 1. Modelo conductual interactivo del sueño propuesto por Buela-Casal

ESCALA DE SOMNOLENCIA DE STANFORD

Nombre:
Edad:
Fecha:

Al levantarlo Antes de comer Al acostarlo

Lunes:

Martes:

Miércoles:

Jueves:

Viernes:

Sábado:

Domingo:

INSTRUCCIONES:

Lea la siguiente escala y escriba el número correspondiente al estado con el que le identifica en cada momento (anotando la hora exacta) a lo largo de los distintos días de la semana.

1. Activo, vital, completamente despierto.
2. Funcionamiento alto, pero no máximo, capacidad de concentración.
3. Relajado, despierto, no completamente alerta, reactivo.
4. Un poco apagado, no al máximo, disminuido.
5. Apagado, comienza la pérdida de interés por estar despierto.
6. Somnoliento, prefiere estar acostado, luchando con el sueño, confuso, aturdido.
7. Casi en sueño, comienzo inmediato del sueño, incapacidad para permanecer despierto

Figura 3. Escala de somnolencia de Stanford

Discusión

La alta frecuencia de despertares nocturnos encontrados avellan, por un lado, la necesidad de incluir de una manera más sistemática la profilaxis de los trastornos del sueño en los controles de salud y, por otro lado, la inclusión de estos temas en la anamnesis dirigida en dichos controles.⁸⁾

Es llamativa la falta de aprendizaje para autodormirse en niños de 6 años, máxime si tenemos en cuenta, que en la literatura especializada se considera este hecho como uno de los facto-

Nombre: N° Historia:
Edad: Fecha inicio: Fecha fin:
Motivo:

Horas:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
LU												
MA												
MI												
JUE												
VIE												
SA												
DO												

Horas:	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)
LU												
MA												
MI												
JUE												
VIE												
SA												
DO												

1. Escriba una flecha hacia abajo cuando su hijo se va a la cama.
2. Pinte el recuadro cuando su hijo esté durmiendo.
3. Deje el recuadro en blanco cuando esté despierto (incluso en la cama).
4. Escriba una flecha hacia arriba cuando su hijo se levanta de la cama.

Figura 2. Diario del sueño

res más determinantes en la presentación de problemas posteriores del sueño, lo que deja entrever la ausencia de una educación para la salud referente a estos temas⁹⁾.

Esta educación para la salud debe empezar por una correcta evaluación del niño desde el punto de vista de la Pediatría del Sueño.

El primer paso para ello es **la historia clínica**. Esta debe realizarse a partir de cuatro dimensiones diferentes como formuló Buela-Casal¹⁰⁾, quien indicó que el tiempo total de sueño y su estructura están determinados por (Fig. 1):

- El tiempo circadiano (¿cuándo duerme?).
- El organismo (¿cómo duerme?).
- La conducta (¿qué hace para dormir?).
- El ambiente (¿dónde duerme?).

La historia clínica del sueño debe realizarse con el niño delante y, si la edad lo permite, éste debe ser el principal relator del problema. La visión de la situación del niño puede ser totalmente diferente a la de sus padres. Esto al mismo tiempo nos permitirá obtener abundante información sobre la personalidad del niño (timidez, nerviosismo...) y la dinámica familiar.

Apendice Posibles indicaciones de estudio por una Unidad Pediátrica del Sueño

<i>Grupo de edad</i>	<i>Indicaciones</i>		
	<i>Frecuentes en ciertas potenciales circunstancias</i>		
Pretérmino Recién nacido	-Apnea del pretérmino. -Hermanos con muerte súbita. -Episodio de muerte aparente. -Anomalías hemifaciales cog. -Convulsiones resistentes	-Hipotonía/hipertonía. -Hemorragia o infección congénita. -Espasmos infantiles. -RGE.	-Exposición intrauterina a drogas. -Displasia broncopulmonar. -Succión deglución anómala. -Desorganización ciclo.
1 mes a 12 meses	-Episodio de muerte aparente. -Convulsiones. -Ronquido profundo. -Estridor. -Raparación paladar hendino. -Hipoplasia mandibular. -Macroglosia. -Alarmas de apnea frecuentes. -Bradycardia inexplicable. -Hipoxemia inexplicable. -Alteraciones de movimientos. -Hipotonía.	-Retraso desarrollo. -RGE. -Hipertonía. -Falta de medro. -Complicaciones de la prematuridad.	-Exposición intrauterina a drogas. -Desorganización circadiana. -Cólico. -Anomalías del SNC. -Despertares nocturnos no conductuales. -Anomalías succión/ deglución. -Malformaciones congénitas.
De uno a cinco años	-S. apnea obstructiva del sueño. -S. resistencia VAS. -Tras cirugía OTR indicada por alteraciones respiratorias del sueño. -Convulsiones relacionadas con el sueño. -Desórdenes convulsivos incontrolados. -Alteraciones rítmicas del movimiento. -Paroxismos nocturnos errantes. -Insf. cardíaca congestiva inexplicable. -Paladar hendino corregido. -Defectos hemifaciales o hemicraneales	-Caídas inexplicables. -Síncopes inexplicables. -Debilidad inexplicable. -Terrores nocturnos frecuentes. -Sonambulismo frecuente. -Episodios de muerte aparente. -RGE. -Dolor inexplicable nocturno de miembros. -Movimientos periódicos d miembros.	- S. déficit atención/hiperactividad. -Problemas de conducta. -Sueño excesivamente inquieto. -Agitación nocturna excesiva. -Lesiones asociadas a sueño. -Algunos retrasos mentales inexplicables.
De cinco a diez años	S. apnea obstructiva del sueño. -Convulsiones relacionadas con el sueño. -Convulsiones diurnas incontrolables. -Sonambulismo frecuente. -Desórdenes rítmicos del movimiento. -Somnolencia diurna excesiva. -Caídas inexplicables. -S. hipotónicos inexplicables. -S. resistencia VAS	-S. déficit atención inexplicado/ mala evolución. -Retraso de desarrollo. -Sonambulismo frecuente. -Enuresis resistente. -Pesadillas con gran agitación. -Insf. cardíaca congestiva inexplicable. -Movimientos rítmicos periódicos.	-Fracaso escolar inexplicable. -Estrés postraumático. -Insomnio mantenido no explicado. -Problemas conductuales.

Los hechos deben ser investigados lo más concretamente posible. Expresiones como “nunca duerme” o “siempre ha dormido mal” son de escaso valor diagnóstico; no debemos olvidar que es más fácil recordar las malas noches que las buenas.⁽¹¹⁾

Son de mucha utilidad, para ello, los diarios del sueño⁽¹²⁾ (Fig. 2) y las escalas de somnolencia clínica (Fig. 3).

La historia nos ha de permitir averiguar cuatro conceptos:

1. El “**comportamiento del sueño**”: lugar en el día que ocupa el sueño incluidas las siestas y su relación con las comidas y otras actividades diarias.

2. El “**ritmo del sueño**”: situación dentro del ciclo circadiano de la fase nocturna del sueño, del declive diurno (tendencia a siesta) y los requerimientos medios de sueño.

3. Presencia o ausencia de “**actividad organizada**” en la vida diurna del niño.

4. Presencia de **alteraciones secundarias** en el comportamiento y ritmo circadiano (somnolencia diurna excesiva, hiperactividad, fracaso escolar...).

Una vez seguidos estos pasos, el pediatra extrahospitalario debe estar en condiciones de realizar un diagnóstico y un pro-

grama terapéutico adecuados⁽¹³⁾. En algunos casos, sin embargo, puede valorarse la derivación a una Unidad Pediátrica del Sueño. Las posibles indicaciones de estudio, que no han sido valoradas en el presente trabajo, se reflejan resumidas en el apéndice modificado de Sheldon.⁽¹⁴⁻¹⁵⁾

En el estudio de los niños con alteraciones del sueño, no suelen ser necesarias, en la mayoría de las ocasiones, exploraciones complementarias extensas⁽¹⁶⁾; sin embargo, en algunas situaciones y, en función de la historia clínica y de la exploración clínica dirigida, se solicitarán estudios de laboratorio, tales como hemogramas rutinarios, screening químico, estudios psicológicos y/o psiquiátricos o la realización de una polisomnografía nocturna.

Conclusión

Nuestros resultados indican:

1. La alta incidencia de problemas con el sueño, que no trastornan del sueño, en niños sanos.
2. El elevado número de niños que a edades superiores al año son acostados ya dormidos; esto es, no han aprendido a autodormirse.
3. La necesidad de incrementar la enseñanza de los hábitos correctos de sueño en la práctica clínica de Asistencia Primaria. Pensamos que se debe hacer más hincapié en la patología relacionada con el sueño y el ritmo circadiano en el arsenal diagnóstico y terapéutico del pediatra de Asistencia Primaria.

Bibliografía

- 1 Ronald Dahl. The Interface Between Sleep Disorders and Behavioral/Emotional Disturbance. Pediatric Sleep Medicine Course January 1997. Palo Alto. California.
- 2 Thomas F. Anders, Avi Sadeh, Viajya Appareddy. Normal sleep in Neonates and Children. En: Ferber and Kryger, eds. Principles and Practice of Sleep Medicine in the Child. Philadelphia: Saunders, 1995: 7-18.
- 3 Cruz, M: Tratado de Pediatría, 7ª edición. Espaxs. Barcelona 1994: 1812.
- 4 Estivill, E. Uso de fármacos hipnóticos en los lactantes y en los niños de corta edad. *An Esp Pediatr* 1995; **43**:335-338.
- 5 Ferber, R. Circadian and Schedule Disturbances. En: Guilleminault C, eds. Sleep and its Disorders in Children. New York: Raven Press: 1987;165-175.
- 6 Caroll JL, McColley SA, Marcus CC, Curtis S, Loughlin GM. Inability of Clinical History to Distinguish Primary Snoring from Obstructive Sleep Apnea in Children. *Chest* 1995; **108**:610-618.
- 7 Goldstein NA, Sculetari W, Walsleben JA, Bhalia N, Friedman DW, Rapoport DM. Clinical Diagnosis of Pediatric Obstructive Sleep Apnea Validated by Polysomnography. *Otolaryngol Head Nech Surg* 1994; **111**:611-617.
- 8 Ferber, R. Solve Your Child's Sleep Problems. New York, Simon-Schuster, 1985:66-92.
- 9 Ferber, R. Assessment Procedures for Diagnosis of Sleep Disorders in Children. En Noshpitz JD, eds. Basic Handbook of Child Psychiatry, Vol V. New York: Basic Books, 1987:185-193.
- 10 Buela-Casal G, Sierra JC. Los trastornos del sueño. Evaluación, tratamiento y prevención en la infancia y adolescencia. Ed. Pirámide 1994.
- 13 The School of Sleep Medicine. Palo Alto. California. Pediatric Sleep Medicine Course Reader, 1997.
- 14 Sheldon. ed: Pediatric Sleep Medicine. Philadelphia, London, Toronto, Montreal, Sydney, Tokyo: Saunders 1992: 230-264.
- 15 Stores G. Practitioner review: Assessment and Treatment of Sleep Disorders in Children and Adolescents. *J Child Psychol Psychiatry* 1996; **37**:907-925.
- 16 Sheldon S. Evaluating Sleep in Infants and Children. Lippincott Raven