

TRASTORNOS DEL SUEÑO

1.- INTRODUCCIÓN

Los trastornos del sueño son muy frecuentes en niños y adolescentes. En torno al 20-30% van a requerir algún tipo de intervención. Cuando aparecen, del 25 al 84% tienden a persistir en la infancia temprana durante un periodo que puede alcanzar los 3 años.

Los trastornos del sueño en niños y adolescentes difieren de los que aparecen en adultos. Algunos son específicos de la infancia, mientras que otros ocurren a lo largo del desarrollo. En adolescentes es común que aparezcan patrones irregulares del sueño o sueño insuficiente, generalmente debido a la adquisición de hábitos inadecuados durante la etapa escolar. En ocasiones, son los padres los que se quejan en lugar del niño, siendo la percepción de aquellos acerca del posible trastorno la parte principal del cuadro.

A menudo, la queja tiene más que ver con un problema que con un trastorno real, y va a variar de familia en familia y en función de aspectos culturales. Por ello, deberá valorarse el contexto psicosocial en el que se encuentra el niño.

Según el DSM-IV, los trastornos del sueño se clasifican en Trastornos primarios del sueño (Insomnio Primario, Hipersomnia Primaria y Narcolepsia), Trastornos del sueño relacionados con otro trastorno mental, Trastornos del sueño debido a consumo de sustancias, y Trastornos del sueño debidos a enfermedad médica. Estas categorías describen bien los trastornos del sueño en adultos, si bien, son inadecuadas para categorizar los trastornos en niños, por lo que a efectos prácticos es más recomendable clasificarlos en tres categorías: Insomnio, Hipersomnia diurna y Parasomnias.

Los niños con Trastornos del Desarrollo, Síndrome de Down, ceguera o daño cerebral presentan riesgo elevado de padecer trastornos del sueño, así como otros trastornos psiquiátricos comórbidos.

Necesidades de sueño a lo largo del desarrollo

Las necesidades de sueño varían a lo largo del desarrollo. Es importante conocer la cantidad de sueño normal en función de la edad, ya que en ocasiones las expectativas de sueño que consideran los padres difieren de las necesidades reales, por lo que pueden estar refiriendo un problema de insomnio cuando no lo hay:

Edad	Duración (horas) de sueño en 24h
Recién nacido	14
0-1 años	16-20
1-3 años	12
3-5 años	11-12
6-12 años	10-11
≥ 12 años	9
19-22 años	8-8.5

2.- TRASTORNOS DEL SUEÑO

2.1.- INSOMNIO

El insomnio se divide en tres tipos: *insomnio de conciliación*, *insomnio de mantenimiento o despertares frecuentes*, e *insomnio de despertar precoz*. Las distintas formas pueden aparecer de forma aislada o combinada, cosa que determinará tanto su posible etiología como su tratamiento. Habrá que tener en cuenta que las causas además pueden variar en función de la edad del niño.

Los niños más pequeños (de lactantes hasta 2-3 años) a menudo presentan problemas para conciliar el sueño en relación con causas médicas como cólicos, otitis medias, reflujo gastroesofágico, o intolerancia a la lactosa. No obstante, en esta etapa la causa más frecuente es de origen conductual. Debido a que la conciliación del sueño es una conducta aprendida, puede que los niños aprendan modelos disfuncionales de conciliar el sueño, como dormirse en los brazos de la madre, de forma que cuando lo han de conciliar solos, o cuando se despiertan por la noche, les resulta difícil dormirse y demandan la atención de los padres para dormirse de nuevo. Es importante determinar la cantidad de sueño total al día, ya que los padres pueden considerar que el niño debería dormir más de lo que biológicamente es necesario, de forma que al sumar el sueño diurno y nocturno, el niño no presenta ningún problema de insomnio.

Los niños en edad escolar (5-12 años) suelen ser el grupo con mayor eficiencia en el sueño, de forma que un problema de insomnio deberá ser tenido en cuenta. Las causas psiquiátricas más comunes son los trastornos de ansiedad, la depresión, y el trastorno del ritmo circadiano. Las causas de origen conductual siguen siendo frecuentes en esta etapa.

Los adolescentes, van a mostrar las mismas causas que los niños en etapa escolar, además del uso de sustancias como cafeína o drogas ilegales, presión

social y académica, y otros trastornos psiquiátricos como el trastorno bipolar, la esquizofrenia y el síndrome de retardo de fase.

2.2.- HIPERSOMNIA DIURNA

La hipersomnias se define como una necesidad imperiosa de quedarse dormido. Hay que diferenciarla del cansancio, el cual tiene el mismo origen que la fatiga o la letargia, y puede tener como causa la depresión o factores endocrinológicos, aunque de todos modos pueden coexistir.

Los adolescentes y adultos suelen mostrar dificultad para iniciar y mantener la actividad motora, caída de párpados o dar cabezadas; sin embargo, los niños preescolares y escolares no suelen mostrar estos síntomas, sino más bien hiperactividad, impulsividad y agresividad, así como alteración en la concentración e irritabilidad. Es por ello que a menudo es difícil identificarla, debido a que puede confundirse con trastornos del aprendizaje o TDAH. Asimismo, la hipersomnias *per se* va a producir déficit de atención, hiperactividad, irritabilidad, abuso de sustancias, accidentes de tráfico y rendimiento académico bajo.

Las causas principales de hipersomnias diurna son la narcolepsia, el SAOS (Síndrome de la Apnea Obstructiva del Sueño), sueño insuficiente y alteración en el ritmo circadiano.

2.2.1.- SAOS: aproximadamente el 2% de los niños presentan algún grado de obstrucción al flujo aéreo. Entre los 3 y los 8 años, la causa más común es la hipertrofia adenoidea. Los adolescentes con obesidad o malformaciones craneofaciales también presentan más riesgo. El funcionamiento diurno en estos niños va a estar afectado, presentando somnolencia, irritabilidad, inestabilidad emocional y dificultad para mantener la atención y concentración, asociadas a rendimiento académico bajo.

2.2.2.- NARCOLEPSIA: la narcolepsia es un síndrome neurológico cuyos síntomas son la hipersomnias diurna, cataplejia y ataques de sueño diurnos. Otros síntomas son la parálisis del sueño y las alucinaciones hipnagógicas. Los síntomas aparecen cuando el sueño REM se introduce en los periodos de despertar. El diagnóstico se realiza a través de la clínica y se confirma con la polisomnografía y el test de latencia múltiple del sueño (MSLT).

2.2.3.- TIEMPO DE SUEÑO INSUFICIENTE: uno de los motivos principales de la hipersomnias diurna es la inadecuada cantidad de sueño nocturno. Esto sucede especialmente en adolescentes, debido a que tienden a retrasar la hora de ir a la

cama. Si unimos el retraso en el inicio del sueño con los horarios más tempranos de inicio escolar, junto con un incremento en las demandas sociales y académicas, vemos establecido un patrón de privación de sueño crónico, y consecuentemente una hipersomnia diurna. Generalmente suelen compensar los fines de semana durmiendo algunas horas más.

2.3.- ALTERACIÓN DEL RITMO CIRCADIANO

Las alteraciones en el ritmo circadiano son: el síndrome de retardo de fase y los patrones de sueño-despertar irregulares. El mayor riesgo lo tienen los niños con ceguera.

El **síndrome del retardo de fase** es bastante común en los adolescentes debido a un retraso normal en los ritmos circadianos. El inicio del sueño se da unas tres o cuatro horas más tarde, y si se le permite dormir al paciente, la cantidad y calidad del sueño son normales. El problema se da cuando han de cumplir un horario, ya que entonces puede producirse una privación importante de sueño y una hipersomnia diurna. Si se les permite dormir los fines de semana suele resolverse, y esto será lo que nos hará sospechar el síndrome. A menudo estos chicos presentan hábitos de sueño inadecuados, como ir a la cama para otras actividades como ver la televisión, leer, comer, jugar, etc.

2.4.- PARASOMNIAS

Las parasomnias son fenómenos fisiológicos indeseables que ocurren de forma recurrente durante el sueño. La etiología parece deberse a un estado de disociación en el que el sueño se introduce en el despertar, quedando el paciente atrapado entre el estado de sueño y despertar.

Las parasomnias pueden aparecer como fenómeno primario o secundario a causas médicas o psiquiátricas. La causa médica más frecuente son las crisis comiciales nocturnas. Por ello, aunque no está justificado solicitar un EEG de rutina, sí es recomendable en casos con características atípicas o persistentes y refractarios a tratamiento.

Las más comúnmente vistas en la clínica son los Terrores nocturnos, el Somnambulismo y los Despertares confusos. Los despertares confusos son más frecuentes en preescolares y niños pequeños, típicamente duran más tiempo que los terrores nocturnos y tienen menos descarga autonómica. Pueden ser precipitados por privación de sueño, enfermedad médica o estrés.

Las **pesadillas** también son un tipo de parasomnia. Generalmente son normales en niños y adolescentes, si bien cuando producen repetidos despertares con importante distrés y repercusión en el sueño, de modo que el niño no puede volver a dormir solo, requerirán algún tipo de intervención. Ocurren durante el sueño REM, fundamentalmente en la segunda mitad de la noche. Son frecuentes en edades preescolares y disminuyen en frecuencia a lo largo del desarrollo hacia la vida adulta. Aumentan con el estrés, privación de sueño, fatiga y cambios en el lugar del sueño. Algunos fármacos, como los betabloqueantes, ATC, alcohol, barbitúricos y benzodiacepinas pueden producir pesadillas.

Los **terrores nocturnos** ocurren típicamente durante el primer tercio de la noche, durante los estadios 3 y 4 del sueño. Suelen tener una duración de uno a diez minutos. El niño parece aterrorizado, agitado, confuso y con descarga autonómica. Cuando el niño se despierta suele haber amnesia del episodio. A menudo aparecen entre los 3 y los 6 años, aunque pueden verse a lo largo de toda la infancia de forma aislada. La prevalencia estimada es del 1-6%, y son más comunes en niños que en niñas. Se considera que son propios del desarrollo. Pueden aumentar por la privación de sueño o por factores que fragmenten el sueño, como la fiebre o enfermedades médicas. La edad de inicio suele estar entre los 4 y 12 años, y suelen resolverse espontáneamente en la adolescencia. Es importante realizar el diagnóstico diferencial con crisis epilépticas durante el sueño o con episodios de apnea del sueño.

El **sonambulismo** se caracteriza por episodios en los que el niño se levanta de la cama e inicia una actividad motora, deambula, estando dormido. La edad de aparición está entorno a los 4-6 años, si bien tiene un pico de prevalencia a los 12 años, tendiendo a desaparecer alrededor de los 15 años. Tienen una duración de unos minutos a media hora, y ocurre en las tres primeras horas del sueño, durante los estadios 3 y 4. Generalmente resulta difícil despertarlos, y la coordinación es pobre. Aunque es posible que vea, el riesgo de lesionarse es alto, ya que los niños más pequeños tienden a ir hacia la luz o el ruido. En ocasiones realizan comportamientos inadecuados como orinar en un armario. Cuando está presente el habla, esta es incomprensible. En ocasiones vuelven a la cama y siguen durmiendo, habiendo normalmente amnesia del episodio. No suele haber más de un episodio al mes, por ello, la psicoeducación de los padres y las pautas de prevención de daño, así como establecer horarios de sueño regulares, serán el tratamiento esencial.

El trastorno tiende a persistir unos cinco años en aproximadamente un tercio de los pacientes, por lo que un tratamiento psicofarmacológico de forma continuada, siendo la frecuencia de los episodios menor de uno al mes, y sabiendo que al retirar el tratamiento reaparecen los episodios, no estaría indicado a menos que sea un caso grave y con riesgo importante de lesión.

Diferencias entre Terrores Nocturnos y Pesadillas		
	Terror Nocturno	Pesadilla
Estadio del sueño	NREM	REM
Recuerdo	No	Vívido
Movilidad	Alta	Baja
Despertar	Difícil	Fácil
Descarga Autonómica	Incremento marcado	Incremento ligero
Vocalización	Intensa	Escasa

Características clínicas de los Terrores Nocturnos
Los episodios ocurren de forma temprana en la noche
Confusión al despertar
No hay recuerdo del episodio o es mínimo
Riesgo de lesión
Historia Familiar de terrores nocturnos o sonambulismo positiva
Inicio en la infancia o adolescencia temprana
Remisión en la adolescencia tardía

Existe una parasomnia denominada "*rhythmic movement disorder*", la cual es una parasomnia estereotipada caracterizada por movimientos involuntarios y repetitivos conocidos como "*head banging*" y "*body rocking*". Ocurren durante la transición entre el sueño y vigilia, tanto en el inicio del sueño como al despertar. Estos movimientos son normales entre los 6 meses y los 5 años. La persistencia en la adolescencia es rara, a menos que haya trastornos comórbidos como el retraso mental o el autismo.

Trastornos del sueño más comunes en niños y adolescentes					
Trastorno	Edad	Prevalencia	Síntomas	Evaluación	Tratamiento
SAOS	3-8 años; adolescentes	1-2%	Ronquidos, respiración ruidosa, pausas en la respiración, sudoración nocturna, respiración bucal	Polisomnografía completa; estudio cardiopulmonar; oximetría	Adenoidectomía, CPAP
Sr. Retardo de fase	Adolescentes	5-10%	Inicio del sueño tardío, dificultad para levantarse temprano, calidad del sueño normal	Historia detallada del sueño, diarios del sueño	Cronoterapia, intervenciones conductuales, terapia lumínica, potencialmente melatonina
Narcolepsia	Adolescentes	0,05%	Cataplejía, alucinaciones hipnagógicas, parálisis del sueño, "ataques de sueño"	Polisomnografía y MSLT	Modafinilo o estimulantes para la hipersomnía diurna; ISRS o ATC para la cataplejía
Terrores nocturnos	3-6 años	3%	En el primer tercio de la noche, descarga autonómica con taquicardia, taquipnea, sudoración, llanto inconsolable, amnesia del episodio	Historia detallada del sueño, historia familiar, grabación en video	Recomendaciones para padres, evitar deprivación del sueño, benzodiacepinas para casos severos.
Sonambulismo	4-8 años	15-40% un único episodio; 3- 4% episodios semanales	Una o dos horas tras el inicio del sueño; duración de minutos a media hora; confusión, incoherencia, dificultad para despertar, amnesia del episodio	Historia del sueño detallada; historia familiar, recogida en video	Tranquilizar a los padres; dar medidas de seguridad (cerrar ventanas y puertas con llave, alarma en la puerta del niño); benzodiacepinas para casos severos
Trastorno del comportamiento asociado al inicio del sueño	Lactantes y niños pequeños	20-50% de 6 a 12 meses; 15-20% de 1 a 3 años.	El inicio del sueño requiere la intervención de los padres (dormirlos al brazo...)	Historia detallada del sueño con evaluación de conductas de refuerzo de los padres, métodos para dormirlos. Recogida en video	Intervenciones conductuales

CPAP: continuous positive airway pressure; MSLT: multiple sleep latency test

3.- EVALUACIÓN

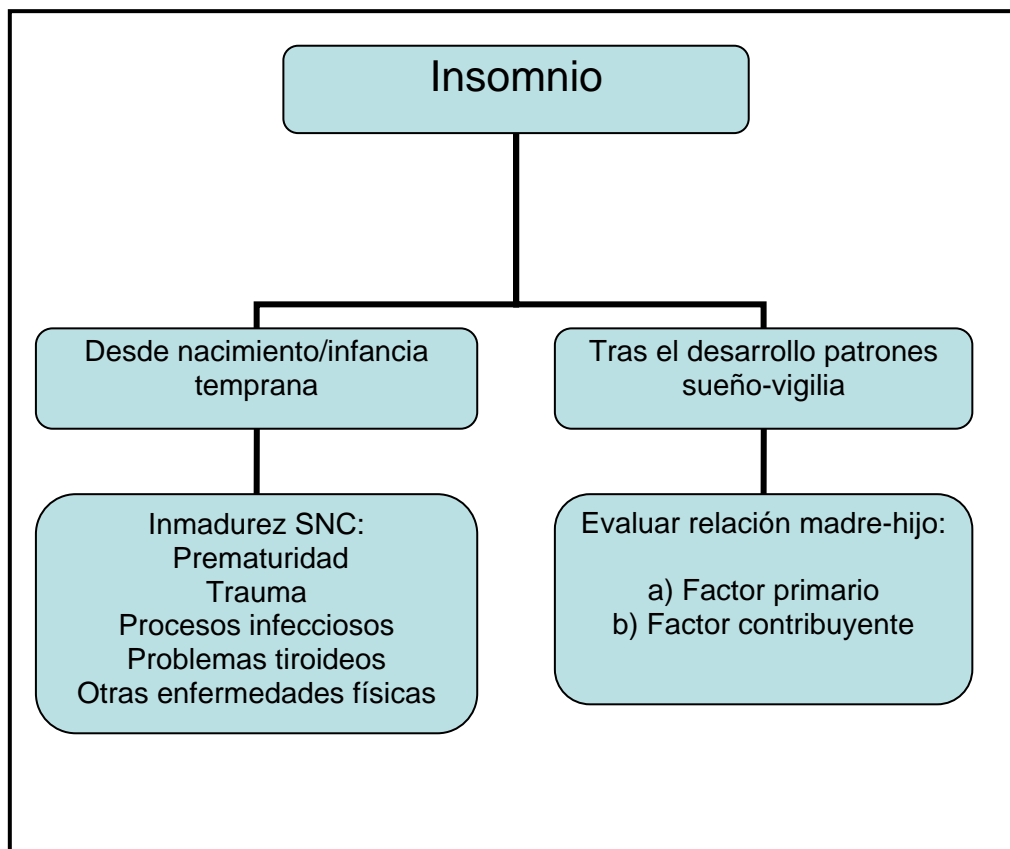
La evaluación deberá incluir una historia detallada que comprenda las características del sueño, horarios, comportamientos asociados al sueño, ambiente y trastornos relacionados con el sueño.

La anamnesis incluirá la historia médica, del desarrollo y psiquiátrica, para así realizar una adecuado diagnóstico diferencial. La historia familia médica, psiquiátrica y del sueño también deberá evaluarse.

En el examen físico deberá estudiarse los factores de riesgo de SAOS, como micronagtia, hipertrofia amigdalар, desviación del septum o anomalías en el paladar y úvula. El peso y la altura también serán factores de riesgo para el SAOS. Las pruebas complementarias deberán solicitarse en función del caso.

Puntos clave en la evaluación de los trastornos del sueño	
1.	Tener en cuenta los trastornos del sueño en el diagnóstico diferencial de los trastornos de conducta, afectivos y cognitivos.
2.	Descartar SAOS (preguntar por ronquidos, apneas y respiración dificultosa)
3.	Al evaluar a pacientes con hipersomnia, descartar causas como narcolepsia (alucinaciones hipnagógicas, cataplejia y parálisis del sueño).
4.	Evaluación de los horarios de sueño entre semana, fines de semana y vacaciones. Considerar el uso de un diario de sueño.
5.	Recordar que la principal causa de hipersomnia diurna es la falta de sueño.
6.	Evaluar rutinas de sueño asociadas al inicio del sueño en niños pequeños.
7.	Examen físico, evaluando principalmente factores de riesgo de SAOS, como tamaño amigdalар, desviación del tabique nasal o anomalías craneofaciales.

Evaluación: primer escalón



Evaluación: segundo escalón	
1 año	Resistencia a ir a dormir
2-3 años	Ansiedad se separación en relación a miedos
3 años	Trastornos del sueño adquiridos Descartar trastorno psiquiátrico que tenga como síntoma el insomnio Evaluar: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Factores biológicos ▪ Factores psicológicos ▪ Factores ambientales
3-5 años	Descartar trastornos psiquiátricos Evaluar relaciones con compañeros Y adaptación escolar
Más de cinco años	Evaluar: <ul style="list-style-type: none"> ▪ comportamiento, conducta general ▪ ajuste-adaptación: escolar y social.
Adolescencia	Retrasos en los horarios escolares Actividades extraescolares Poca supervisión en los horarios de ir a la cama Trabajo temporal Ajuste escolar Relaciones con compañeros y padres Necesidad de rebelarse ante la autoridad

4.- DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Diagnóstico diferencial del insomnio	
Causas médicas	Fármacos/sustancias
Alergias/eczema Asma Reflujo gastroesofágico Migrañas Trastornos neuromusculares Malformación de Arnold Chiari Insuficiencia renal crónica Epilepsia Otitis Diabetes Anemia ferropénica Hipertiroidismo Hipotiroidismo	Alcohol Antiepilépticos Antidepresivos Antipsicóticos Litio Estimulantes Opioides Hipnóticos Corticoesteroides Cafeína Nicotina Teofilina
Causas psiquiátricas	Causas psicosociales
Trastornos de ansiedad Trastornos afectivos Trastornos comportamentales Trastorno por estrés postraumático Trastornos generalizados del desarrollo Trastornos psicóticos Abuso de sustancias Trastorno reactivo de la vinculación Trastorno obsesivo compulsivo	Abuso Crianzas caóticas TV/ordenador en el dormitorio Trastorno del sueño en los padres Métodos inapropiados para dormir al niño Conflictos maritales Nacimiento de hermano en el hogar

Diagnóstico diferencial de las parasomnias	
Pesadillas	Terrores Nocturnos SAOS Narcolepsia Trastorno de pánico Pesadillas inducidas por fármacos (antidepresivos, cafeína ...)
Terrores Nocturnos	Pesadillas Alucinaciones hipnagógicas o hipnopómpicas Crisis epilépticas durante el sueño SAOS
Sonambulismo	Crisis epilépticas Deambulación nocturna SAOS

5.- TRATAMIENTO

Aunque el insomnio puede constituir parte de la sintomatología de una enfermedad psiquiátrica, las causas en la etapa infanto-juvenil suelen estar en relación con la interacción padres-hijo, es decir, cómo reaccionan los padres hacia problemas del comportamiento transitorios que pueden pasar a cronificarse, por ejemplo en el caso de padres sobreprotectores.

Es por ello que el primer paso va a ser la psicoeducación de la familia y del niño, siendo a veces suficiente, ya que en ocasiones las expectativas de los padres en cuanto a las horas de sueño están sobrestimadas. La higiene del sueño es importante en la mayoría de casos, siendo el único tratamiento en los trastornos del sueño de origen conductual y en el sueño insuficiente. El tratamiento, en general, va a ser fundamentalmente conductual, excepto en casos de patología psiquiátrica o cronificación del trastorno, donde puede ser necesario el uso de fármacos.

1.- Tratamiento psicológico y conductual:

- a) Reducir la implicación de los padres en el inicio del sueño
- b) Consistencia
- c) Manejo de la ansiedad del niño y de los padres

2.- Adolescentes:

- a) Descartar trastorno psiquiátrico
- b) Horarios de sueño y despertar
- c) Sueño durante el día
- d) HIGIENE DEL SUEÑO

Higiene del sueño	
NO	SÍ
No tomar: <ul style="list-style-type: none"> - Nicotina - Cafeína - Alcohol No usar la cama para actividades que no sean dormir, como ver la televisión, comer, etc.	Hacer ejercicio regular, salvo unas horas antes de ir a la cama Ir a la cama a la misma hora Desarrollar una rutina para ir a dormir

Fármacos en los Trastornos del sueño		
	Fármaco	Comentario
Insomnio Transitorio	Flurazepam	Usar máximo una semana, y después retirar gradualmente
	Zopiclona	Usar 1-2 semanas y retirar gradualmente
Insomnio Crónico	Flurazepam	Usar 1-2 semanas en combinación con tratamiento no-farmacológico, después retirar gradualmente
	Trazodona	Usar en bajas dosis y en combinación con otros tratamientos no-farmacológicos. Intentar discontinuar periódica y gradualmente.
Terrores Nocturnos	Diazepam Clonazepam	Usar 1-2 semanas y después retirar gradualmente
	Imipramina	Dosis bajas, durante 2-4 semanas.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Cheng, K., Myers, K. Child and adolescent psychiatry. The essentials. Lippincott Williams &Wilkins, 2005. Pp 267-280.
- 2.- Dulcan, M., Martín, DR., Lake, M. Concise guide to Child and Adolescent Psychiatry. Third edition. American Psychiatric publishing Inc. 2003.
- 3.- Kutcher, SP. Child and adolescent psychopharmacology. W.B. Saunders Company. 1997. Pp 333-337.
- 4.- Lewis, M. Child and Adolescent Psychiatry: A comprehensive Textbook. 3rd edition. Williams and Wilkins, 2002.
- 5.- Martin, A., Scahill, L., Charney, DS., Leckman, J. Pediatric Psychopharmacology, 2002.
- 6.- Wiener, J., Dulcan, M. Tratado de Psiquiatría de la Infancia y la adolescencia. MASSON, 2006. Pp 733-748.