



Viernes 15 de febrero de 2019

Taller:

Alteraciones del sueño en la infancia

Moderadora:

Nuria Martínez Moral

Pediatra. CS de La Algaida y Bonanza.

Sanlúcar de Barrameda. Cádiz.

Presidenta de la AndAPap. Miembro del grupo de TDAH de la AndAPap.

Ponente/monitor:

■ **Ignacio J. Cruz Navarro**

Pediatra. CS Montequinto.

Dos Hermanas. Sevilla. Miembro

del Grupo de Sueño de la AEPap.

**Textos disponibles en
www.aepap.org**

¿Cómo citar este artículo?

Cruz Navarro IJ. Alteraciones del sueño en la infancia. En: AEPap (ed.). Congreso de Actualización Pediatría 2019. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2019. p. 307-319.



Alteraciones del sueño en la infancia

Ignacio J. Cruz Navarro

Pediatra. CS Montequinto. Dos Hermanas. Sevilla.

Miembro del Grupo de Sueño de la AEPap.

ignaciocruznav@gmail.com

RESUMEN

Los problemas y trastornos del sueño son objeto de una creciente preocupación por parte de la sociedad pues se sabe que la ausencia de un sueño de calidad se acompaña de importantes repercusiones en la salud de las personas.

No obstante, a pesar de que hasta un tercio de los niños y adolescentes presentan un problema o un trastorno de sueño, estos no se abordan en la consulta del pediatra de Atención Primaria ya que a menudo son infravalorados tanto por los padres como por el pediatra.

La valoración del sueño infantil por el pediatra debería formar parte de su rutina de trabajo, como la evaluación de la alimentación o el crecimiento. El pediatra de Atención Primaria es el profesional mejor situado y capacitado para valorar el sueño de sus pacientes.

La intervención más importante del pediatra en cuanto al sueño infantil es la educación de unos hábitos correctos. Con la adopción de una adecuada higiene de sueño desde el nacimiento del niño, la mayoría de los problemas del sueño podrían prevenirse.

La evaluación clínica del sueño infantil es un acto médico que, como tal, requiere una sistemática. Para llevarla a cabo el pediatra dispone de una serie de herramientas básicas: observación de

la conducta, anamnesis y preguntas clave, autorregistros (agenda de sueño), cuestionarios y el análisis de la videograbación del sueño.

Los problemas y trastornos del sueño de los niños pueden clasificarse en 3 categorías:

- El niño al que le cuesta trabajo dormirse.
- El niño que presenta eventos anormales durante el sueño.
- El niño que se duerme durante el día.

CONCEPTO, FISIOLÓGIA Y DESARROLLO DEL SUEÑO

El sueño es un estado fisiológico recurrente de reposo del organismo, que se caracteriza por una inacción relativa, con ausencia de movimientos voluntarios y aumento del umbral de respuesta a estímulos externos, fácilmente reversible. Es una conducta observable diferente de la vigilia, con la que está íntimamente relacionado, expresando distintos tipos de actividad cerebral. Los dos estados se integran en un conjunto funcional denominado ciclo vigilia-sueño, cuya aparición rítmica es circadiana y resultado de la interacción de diferentes áreas a nivel del troncoencéfalo, diencéfalo y corteza cerebral¹.

El sueño es un estado de reposo que utiliza el organismo para recuperarse de los esfuerzos sufridos durante el periodo de vigilia, resultando una conducta natural, periódica, transitoria y reversible, prácticamente universal en el reino animal y cuyo último sentido biológico no se conoce todavía. Está presente durante toda la vida de las personas, pero con características distintas a lo largo de la misma.

No es un proceso pasivo, es un estado activo y dinámico complejo que tiene gran impacto sobre la salud, el funcionamiento durante la vigilia y el desarrollo. Así pues, es un proceso biológico que incorpora componentes conductuales y sociales.

Su función exacta resulta desconocida, pero se sabe que su privación causa, alteraciones cognitivas, en la atención y concentración, cambios en el estado de ánimo y repercusiones en el sistema cardiovascular, en la inmunidad y en la regulación metabólica y hormonal.

A lo largo de la vida, el comportamiento del sueño varía dependiendo de los ciclos biológicos intrínsecos y del entorno, observándose cambios vinculados al desarrollo psicomotor y a condicionantes educativos, familiares, laborales y sociales².

A partir de la 30.ª semana de gestación, se inicia la diferenciación de los ciclos sueño/vigilia en el feto. Se organizan el sueño tranquilo (conducta tranquila, sin movimientos corporales y una respiración regular), que equivale al sueño no REM del adulto, y el sueño activo (ojos cerrados, con una atonía muscular axial, pero con mioclonías, movimientos faciales: risas, muecas... y movimientos oculares), difícil de diferenciar de la vigilia, y que equivale al sueño REM del adulto. Existe también un sueño indeterminado, con características de ambos³.

El sueño activo es el mayoritario en el recién nacido, produciéndose un descenso gradual de su duración hasta los 2-3 años, manteniéndose desde entonces la duración prácticamente estable durante toda la vida del sujeto (lo que parece constituir una reserva de sueño REM).

Hasta los 3 meses de edad, el lactante pasa de la vigilia al sueño activo directamente. Debido a la inmadurez en los sistemas de regulación endógenos del sueño (sistema homeostático y circadiano), los periodos de sueño duran poco, entre 2 y 3 horas, y se distribuyen al azar en el día y la noche (patrón polifásico). El ritmo de alimentación (hambre-saciedad) es el factor modulador externo del sueño más importante en esta edad.

A los 5-6 meses se va estableciendo el ritmo circadiano debido a la maduración del núcleo supraquiasmático del hipotálamo y se establece un patrón de sueño predominantemente nocturno (monofásico)⁴, aunque hay niños que tardan más en adquirirlo, con despertares nocturnos fisiológicos, que aparecen hasta en 40% de los niños

menores de 3 años y en un 15% a los 3 años de edad. En función de la capacidad del niño de volver a dormirse de forma autónoma pueden establecerse dinámicas de intervención por parte de los padres que con frecuencia son el germen de futuros problemas de sueño.

Las siestas son normales hasta los 3-4 años de edad. La supresión precoz de las siestas, a menudo por motivos escolares o sociales, conlleva con frecuencia somnolencia diurna en los niños.

En la adolescencia se observa una tendencia fisiológica a retrasar el inicio nocturno del sueño y una disminución gradual del tiempo total de sueño a expensas sobre todo del sueño no REM⁵.

HIGIENE DE SUEÑO

El sueño, como toda conducta humana, es susceptible de mejora, de que se lleven a cabo ciertas modificaciones para dormir mejor. Este proceso de modificación de las circunstancias que rodean al sueño debe ser continuo porque el sueño de los niños se encuentra sometido a una lenta maduración a lo largo de su vida.

Se puede afirmar que la intervención más importante del pediatra en cuanto al sueño infantil es el contribuir a la educación de unos hábitos correctos⁶. Con una adecuada educación por parte de los padres y cuidadores desde el nacimiento del niño, la mayoría de los trastornos del sueño podrían prevenirse. Así, resulta fundamental que los profesionales informen a las familias y a los propios niños y adolescentes sobre las características del sueño en la infancia y adolescencia y eduquen sobre unos adecuados hábitos.

Esta actividad de información y formación a las familias y a los niños y adolescentes debería de tener un enfoque multidisciplinar, y contar por supuesto con la colaboración del resto de profesionales implicados en la salud y desarrollo del niño del niño, de los profesionales de educación, de los servicios comunitarios y del resto de la sociedad en su conjunto para poder abordar y mejorar el sueño de los niños desde todos los ámbitos (familiar, escolar y social)⁷.

Para educar en cualquier área en general no hay sistemas buenos o malos, sino diferentes. El mejor sistema es el que se acopla más armónicamente a cada unidad familiar y sigue los criterios culturales dominantes.

Los aspectos esenciales en los que debe basarse la labor de prevención son los siguientes⁸:

1. A pesar de que la transición vigilia-sueño es sobre todo una función biológica, también está modulada por los factores psicosociales y el tipo de educación o cuidados que reciben los niños.
2. Las relaciones entre los padres y su hijo durante el día son importantes para desarrollar los hábitos relacionados con el sueño.
3. Debido a que el sueño en nuestro ámbito socio-cultural implica tradicionalmente la separación del cuidador del niño, deben valorarse las separaciones progresivas durante el día en función de las creencias familiares sobre los cuidados que se deben proporcionar a los niños, el estilo de educación y el tipo de apego.
4. No hay una fórmula universal que sea perfecta para todos los niños y para todas las familias. Los distintos modelos de acostar a los niños (en solitario, compartir habitación con los hermanos, o con los padres, compartir lecho con los padres...) dependen del significado social y psicológico que tiene para las relaciones intrafamiliares el modelo elegido por los padres (no obligado por la conducta del niño).
5. La obligación como padres no es la de dormir al niño, sino la de facilitarle las circunstancias para que sea él quien concilie el sueño y aprenda a dormirse solo.

La **higiene de sueño** se puede definir como el conjunto de recomendaciones ambientales y de comportamiento en relación con el sueño destinadas a promover un sueño saludable.

La National Sleep Foundation en su encuesta nacional sobre hábitos de sueño del 2004⁹ definió como “propias de una pobre higiene de sueño” ciertas circunstancias que se asociaban a un sueño infantil de peor cantidad o calidad:

- La necesidad de presencia de un progenitor junto al niño al dormirse este.
- Acostarse a una hora más tardía.
- En niños mayores de 3 años la ausencia de una rutina estructurada de sueño.
- La existencia de un aparato de TV, ordenador, videojuegos, móviles u otros dispositivos electrónicos en el dormitorio del niño.
- El consumo regular de bebidas que contengan cafeína en niños de más de 5 años.

La Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos del Sueño en la Infancia y Adolescencia en Atención Primaria (GPCTIAAP)³ establece una serie de recomendaciones sobre medidas preventivas para los trastornos del sueño, en las que se tiene en cuenta las características del sueño en cada edad, haciendo especial hincapié en la conveniencia de informar a los padres, cuidadores o adolescentes sobre dichas medidas en las visitas programadas de salud infantil:

1. Acostarse y levantarse todos los días, aproximadamente, a la misma hora.
2. En los niños hay que adaptar las siestas a su edad y necesidades de desarrollo. Es normal que el niño necesite dormir una siesta hasta los 4-5 años de edad. En los adolescentes hay que evitar las siestas durante el día.
3. Establecer una rutina de actividades relajantes antes de acostarse.
4. Mantener condiciones ambientales adecuadas para dormir (temperatura, ventilación, ruidos, luz).

5. Evitar comidas copiosas antes de acostarse, así como el consumo de alcohol, cafeína y tabaco.
6. Evitar actividades estresantes y el uso de pantallas (TV, ordenador, móvil) en las horas previas a acostarse.
7. Realizar ejercicio físico al aire libre cada día, aunque no inmediatamente antes de acostarse.

PROBLEMAS Y TRASTORNOS DEL SUEÑO INFANTIL

De forma práctica, se pueden diferenciar las alteraciones en el sueño de los niños en problemas del sueño y trastornos del sueño. Los problemas del sueño son patrones de sueño que son insatisfactorios para los padres, el niño o el pediatra. No todos los problemas del sueño son anomalías ni todos precisan tratamiento. Los trastornos del sueño, por el contrario, se definen como una alteración real del sueño que precisa tratamiento para evitar consecuencias negativas para el niño.

Se estima que aproximadamente entre un 25 y un 30% de los niños menores de 5 años de edad presentan problemas o alteraciones del sueño de diverso orden¹⁰. Se sabe que estos problemas presentan una tendencia familiar, de forma que en los hijos de padres con hábitos de sueño irregulares y que se acuestan tarde se asocian más problemas de sueño, somnolencia diurna y hábitos alimenticios irregulares¹¹.

Un sueño inadecuado por calidad o cantidad puede causar somnolencia, cefalea, dificultades de atención y déficits cognitivos y conductuales (depresión, ansiedad) que afectan significativamente a la calidad de vida de los niños y sus familias¹². Los trastornos de sueño afectan y se ven afectados por los problemas de salud coexistentes. Estos problemas no tienen tendencia a desaparecer¹³ y tienden a cronificarse y a tener peor solución con el paso de los años¹⁴.

Los problemas y trastornos del sueño no han constituido tradicionalmente un motivo de consulta, siendo con

frecuencia infravalorados por los padres y por el pediatra. En la encuesta realizada en EE. UU. por la National Sleep Foundation⁹ en el año 2004 solo un 10% de los padres habían consultado al pediatra sobre algún problema de sueño de su hijo y cerca de la mitad de los pediatras nunca preguntaba a las familias acerca del sueño de sus hijos.

La evaluación del sueño infantil por el pediatra debería ser tan natural y formar parte de su rutina como la valoración de la alimentación, el ejercicio físico, el crecimiento o el desarrollo psicomotor⁶. El pediatra de Atención Primaria es el profesional mejor situado y capacitado para conocer el sueño de sus pacientes, promover unos hábitos de sueño saludables, detectar precozmente sus posibles problemas y trastornos, orientar su diagnóstico, recomendar medidas terapéuticas básicas y derivar al especialista cuando sea preciso, coordinando el seguimiento. Y la mayoría de los pediatras vemos estos cometidos como nuestros¹⁵.

Existen diversas clasificaciones sobre los trastornos del sueño, entre otras están la Clasificación Internacional de los Trastornos del Sueño, Manual diagnóstico y codificado, 3.ª edición (ICSD-3) de la Academia Americana de Medicina del Sueño¹⁶, y la clasificación según el Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, 5ª edición (DSM-V)¹⁷.

De una forma eminentemente práctica y siguiendo la clasificación de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos del Sueño en la Infancia y Adolescencia en Atención Primaria (GPCTSIAAP)² publicada en nuestro país en el año 2011 se pueden distinguir 3 categorías de problemas en el sueño de los niños:

1. El niño al que le cuesta dormirse: que puede presentar insomnio por higiene del sueño inadecuada, insomnio conductual, síndrome de piernas inquietas o síndrome de retraso de fase.
2. El niño que presenta eventos anormales durante la noche: como en el síndrome de apnea-hipopnea obstructiva del sueño pediátrico (SAHS), sonambulismo, terrores del sueño o nocturnos,

despertar confusional, pesadillas y movimientos rítmicos del sueño.

3. El niño que se duerme durante el día: por privación crónica del sueño de origen multifactorial o narcolepsia.

La valoración clínica del sueño infantil es un acto médico que requiere de una sistemática: anamnesis, exploración física, ocasionalmente exámenes complementarios, emisión de un juicio clínico y adopción de medidas terapéuticas, cuando proceda, así como seguimiento.

Para poder llevar a cabo la evaluación del sueño de los pacientes, el pediatra de Atención Primaria dispone de una serie de **herramientas básicas**:

1. Observación de la conducta.
2. Anamnesis y preguntas clave.
3. Autorregistros (agendas de sueño).
4. Cuestionarios.
5. Videgrabación del sueño.

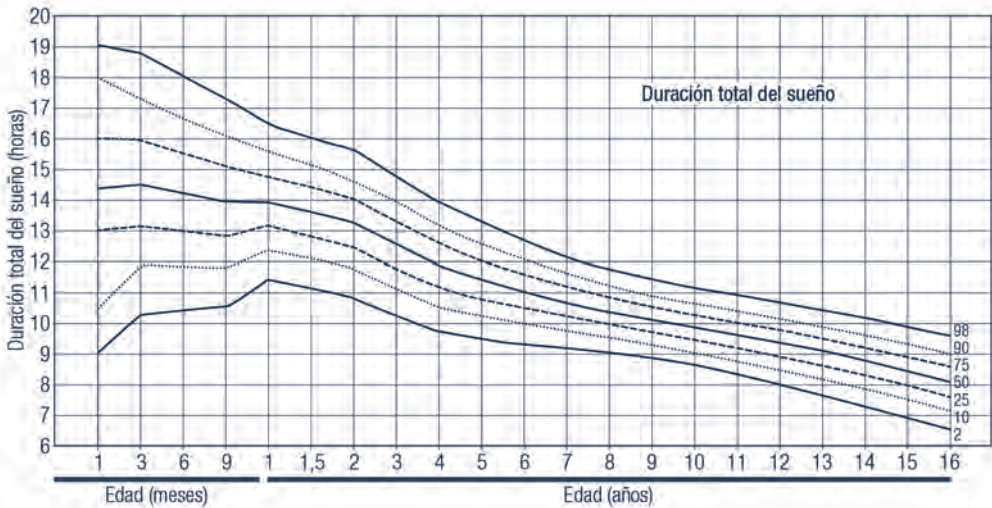
Observación de la conducta

Es básica en la evaluación del niño con problemas de sueño. Tras valorar el tiempo total de sueño del paciente, comparándolo con lo que duermen los niños de su edad mediante los percentiles de sueño (**Fig. 1**), debemos observar las consecuencias diurnas del sueño nocturno de mala calidad o cantidad, analizando el comportamiento del niño y su interacción con su familia (padres, hermanos, cuidadores) y con sus contactos escolares y sociales.

Preguntas clave

Indagar sobre la existencia de despertares frecuentes (son significativos más de 3-5 requerimientos/noche y más de 3 noches/semana en niños mayores de un año), si el niño tarda más de media hora en dormirse (latencia

Figura 1. Percentiles de la duración total del sueño según la edad



Modificado de: Iglowstein I, et al. Sleep duration from infancy to adolescence: reference values and generational trends. *Pediatrics*. 2003;11(2):302-7.

de sueño prolongada), si llora al hacerlo, si presenta una respiración bucal, ronca cada noche y hace pausas de apnea, si es difícil de despertarlo por la mañana o está excesivamente irritable al hacerlo, si presenta excesiva somnolencia diurna, síntomas de hiperactividad u otros trastornos del comportamiento, cefaleas con frecuencia o dolores de crecimiento, o si su comportamiento mejora cuando duerme más (Tabla 1).

Agenda de sueño

El conocimiento de los horarios de sueño y vigilia durante las 24 horas del día es fundamental y se puede obtener de forma fácil con una agenda/diario de sueño, herramienta de gran utilidad. El pediatra puede sugerir a los padres del paciente que lleven un registro de la hora a la que se acuesta, el tiempo que está despierto en la cama antes de dormirse, la frecuencia con que se despierta durante la noche, la hora a la que se levanta por la mañana o cómo se siente por la mañana (calidad del sueño) durante 14 días consecutivos (Fig. 2).

Cuestionarios

Hay cuestionarios sencillos para el despistaje general de los trastornos del sueño en Pediatría. Existen también otros más complejos y específicos que requieren mayor tiempo en su cumplimentación y sirven para orientar en problemas específicos de sueño pediátrico, como parasomnias o trastornos respiratorios durante el sueño.

Los cuestionarios que se proponen para cribado general de problemas de sueño son:

- **Cuestionario Brief Infant Sleep Questionnaire (BISQ)**¹⁸. Herramienta de cribado dirigida a detectar factores de riesgo de muerte súbita del lactante, rutinas para dormir y detección de problemas de sueño en lactantes hasta los 2 años de edad (Tabla 2).
- **Cuestionario BEARS** (B = bedtime issues, E = excessive daytime sleepiness, A = night awakenings, R =

Tabla 1. Preguntas clave en la anamnesis de los trastornos del sueño

¿Presenta alguna de estas características?	
Durante el día	Durante la noche
Mal rendimiento escolar	Despertares frecuentes (3-5 requerimientos/noche, más de 3 noches/semana, en > 1 año)
Hiperactividad	
Trastorno del comportamiento, agresividad	Tarda más de media hora en dormirse. Lloro
Accidentes frecuentes	Ronquido nocturno
Dolores de crecimiento	Pausas respiratorias
Cefaleas matutinas	Respiración bucal
Retraso ponderoestatural	Dificultad para despertar por las mañanas
Somnolencia diurna excesiva (en > 5 años)	Excesiva irritación al despertar
Mejora de conducta si duerme más	

Figura 2. Agenda/diario del sueño

Centro de salud de		Agenda de sueño de																								
Pediatría																										
Día	D/F	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	
1																										
2																										
3																										
4																										
5																										
6																										
7																										
8																										
9																										
10																										
11																										
12																										
13																										
14																										
15																										

Rellenar las horas que esté durmiendo y dejar en blanco cuando esté despierto. Marcar con una flecha hacia abajo ↓ al acostarle y con una flecha hacia arriba ↑ cuando se levante. D/F: Domingos o festivos.

Ejemplo: duerme hasta las 4 de la madrugada. Se levanta a las 4 y se acuesta a las 4,15. Permanece despierto hasta las 5,30 y en ese momento se queda dormido hasta las 9. A las nueve se levanta. A las 15 horas se le acuesta durmiéndose a las 15,15 y levantándose a las 16,30. A las 20,30 horas se le acuesta, durmiéndose de 21 a 23 horas. De 23 a 0 horas permanece despierto.

Día	D/F	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
						↓					↑						↓		↓				↓		

regularity and duration of sleep, S = snoring)¹⁹. Para niños de 2 a 18 años, valora 5 aspectos del sueño: existencia de problemas al acostarse, somnolencia diurna excesiva, despertares nocturnos, regularidad y duración del sueño y presencia de ronquido (Tabla 3).

Una vez que se ha detectado que puede existir un problema de sueño mediante los cuestionarios de cribaje anteriormente citados, se puede utilizar otro más detallado para orientar hacia trastornos más concretos de sueño pediátrico:

Tabla 2. Cuestionario BISQ: herramienta de cribado dirigida a detectar factores de riesgo de muerte súbita del lactante, rutinas para dormir y detección de problemas de sueño en lactantes hasta los 2 años de edad¹⁸

Debe contestar una única respuesta, la que le parezca más apropiada.

Nombre de la persona que rellena la encuesta:

Parentesco con el niño:

Fecha:

Nombre del niño/a:

Fecha de nacimiento:

Niño Niña

Cómo duerme: en cuna en su habitación

En cuna en la habitación de los padres

En la cama con los padres

En cuna en la habitación de hermanos

Otra (especificar):

¿Cuánto tiempo duerme su hijo/a por la noche? (a partir de las 9 de la noche): Horas: Minutos:

¿Cuánto tiempo duerme su hijo/a por el día? (a partir de las 9 de la mañana): Horas: Minutos:

¿Cuánto tiempo está su hijo/a despierto por la noche? (de 12 a 6 de la mañana): Horas: Minutos:

¿Cuántas veces se despierta por la noche?:

¿Cuánto tiempo le cuesta coger el sueño por la noche? (desde que se le acuesta para dormir): Horas: Minutos:

¿A qué hora se suele quedar dormido/a por la noche? (primer sueño): Horas: Minutos:

¿Cómo se duerme su niño/a?:

Mientras come

Acunándolo

En brazos

El solo/a en su cuna

El solo/a en presencia de la madre/padre

■ **Escala de trastornos del sueño para niños de Bruni (Sleep disturbance Scale for Children [SDSC])²⁰.** Consta de 27 ítems y está diseñada para detectar trastornos del sueño en general. Evalúa los últimos 6 meses (Tabla 4).

■ Por último, existen otras **escalas específicas** para ayudar en el diagnóstico de alguno de los trastornos del sueño en particular. Entre ellas destacan: el Cuestionario del Sueño Pediátrico de Chervin (Pediatric Sleep Questionnaire [PSQ]) y la Escala Frontal Lobe Epilepsy and Parasomnias (FLEP).

Videograbación del sueño

El vídeo doméstico es una herramienta accesible para todas las familias, que puede ser muy útil en la consul-

ta de Pediatría para el diagnóstico de los trastornos del sueño, fundamentalmente en la valoración de los trastornos respiratorios durante el sueño, las parasomnias con movimientos rítmicos y los movimientos periódicos de extremidades.

Tras la evaluación del sueño y la aproximación diagnóstica mediante el uso de las herramientas anteriormente citadas, el pediatra de Atención Primaria podrá dar al enfermo y a su familia unas **indicaciones terapéuticas básicas²¹**, que serán diferentes según la edad y el tipo de trastorno o problema de sueño de que se trate:

1. Entre el nacimiento y los 4 meses: los despertares frecuentes para alimentarse o por otros motivos son hitos normales en el desarrollo del sueño. El pediatra deberá informar de dicha normalidad y

Tabla 3. Cuestionario BEARS [B = *bedtime issues*, E = *excessive daytime sleepiness*, A = *night awakenings*, R = *regularity and duration of sleep*, S = *snoring*]. Para niños de 2 a 18 años, valora 5 aspectos del sueño: existencia de problemas al acostarse, somnolencia diurna excesiva, despertares nocturnos, regularidad y duración del sueño y presencia de ronquido¹⁹

2-5 años	6-12 años	13-18 años	
1. Problemas para acostarse	<ul style="list-style-type: none"> ¿Su hijo tiene algún problema a la hora de irse a la cama o para quedarse dormido? 	<ul style="list-style-type: none"> ¿Su hijo tiene algún problema a la hora de acostarse? (P). ¿Tienes algún problema a la hora acostarte? (N) 	<ul style="list-style-type: none"> ¿Tienes algún problema para dormirte a la hora de acostarte? (N)
2. Somnolencia diurna excesiva	<ul style="list-style-type: none"> ¿Su hijo parece cansado o somnoliento durante el día? ¿Todavía duerme siestas? 	<ul style="list-style-type: none"> ¿Su hijo le cuesta despertarse por las mañanas, parece somnoliento durante el día o duerme siestas? (P) ¿Te sientes muy cansado? (N). 	<ul style="list-style-type: none"> ¿Tienes mucho sueño durante el día, en el colegio, mientras conduces? (N)
3. Despertares durante la noche	<ul style="list-style-type: none"> ¿Su hijo se despierta mucho durante la noche? 	<ul style="list-style-type: none"> ¿Su hijo parece que se despierte mucho durante la noche? - ¿Sonambulismo o pesadillas? (P) ¿Te despiertas mucho por la noche? (N) ¿Tienes problemas para volverte a dormir, cuando te despiertas? (N) 	<ul style="list-style-type: none"> ¿Te despiertas mucho por la noche? ¿Tienes problemas para volverte a dormir, cuando te despiertas? (N)
4. Regularidad y duración del sueño	<ul style="list-style-type: none"> ¿Su hijo se va a la cama y se despierta más o menos a la misma hora? ¿A que hora? 	<ul style="list-style-type: none"> ¿A que hora se va su hijo a la cama y se despierta los días que hay colegio? ¿Y los fines de semana? ¿Vd. piensa que duerme lo suficiente? (P) 	<ul style="list-style-type: none"> ¿A que hora te vas a la cama los días que hay colegio? ¿Y los fines de semana? ¿Cuanto tiempo duermes habitualmente? (N)
5. Ronquidos	<ul style="list-style-type: none"> ¿Su hijo ronca mucho por las noches o tiene dificultad para respirar? 	<ul style="list-style-type: none"> ¿Su hijo ronca fuerte por las noches o tiene dificultad para respirar? (P) 	<ul style="list-style-type: none"> ¿Su hijo ronca fuerte por las noches? (P)

B = Problemas para acostarse (*bedtime problems*)

E = Somnolencia diurna excesiva (*excessive daytime sleepiness*)

A = Despertares durante la noche (*awakenings during the night*)

R = Regularidad y duración del sueño (*regularity and duration of sleep*)

S = Ronquidos (*snoring*)

P = Preguntas dirigidas a los padres

N = Preguntar directamente al niño

- prevenir la aparición de dinámicas de intervención perniciosas por parte los padres o cuidadores en el sueño del niño/a.
- Entre los 4 y los 12 meses de edad: suelen aparecer despertares, rechazo a acostarse, colecho reactivo y ritmias del sueño, para los que podemos recomendar el establecimiento de un apego seguro, las rutinas presueño, medidas de higiene de sueño y extinciones/despertares programados.
- Los preescolares entre 1 y 4 años: suelen presentar insomnio de inicio o de mantenimiento (esencialmente insomnio conductual de la infancia o insomnio por asociaciones inapropiadas en el inicio del sueño) y ritmias del sueño para los cuales debemos reestablecer el apego seguro, afianzar el ritual presueño fijando límites claros, realizar refuerzo positivo, usar objetos transicionales y en casos seleccionados usar medicación (inicialmente la melatonina)²².

Tabla 4. Escala de trastornos del sueño para niños de Bruni (SDSC) [Sleep disturbance Scale for Children]²⁰. Consta de 27 ítems y está diseñada para detectar trastornos del sueño. Evalúa los últimos 6 meses

1. ¿Cuántas horas duerme la mayoría de las noches?				
1 9-11 h	2 8-9 h	3 7-8 h	4 5-7 h	5 < 5 h
2. ¿Cuánto tarda en dormirse?				
1 < 15 m	2 15-30 m	3 30-45 m	4 45-60 m	5 > 60 m
En las siguientes respuestas, valore:				
1 = nunca;				
2 = ocasionalmente (1-2 veces al mes);				
3 = algunas veces (1-2 por semana);				
4 = a menudo (3-5 veces/semana);				
5 = siempre (diariamente)				
3. Se va a la cama de mal humor				
4. Tiene dificultad para coger el sueño por la noche				
5. Parece ansioso o miedoso cuando "cae" dormido				
6. Sacude o agita partes del cuerpo al dormirse				
7. Realiza acciones repetitivas tales como rotación de la cabeza para dormirse				
8. Tiene escenas de "sueños" al dormirse				
9. Sudá excesivamente al dormirse				
10. Se despierta más de dos veces cada noche				
11. Después de despertarse por la noche tiene dificultades para dormirse				
12. Tiene tirones o sacudidas de las piernas mientras duerme, cambia a menudo de posición o da "pataditas" a la ropa de cama				
13. Tiene dificultades para respirar durante la noche				
14. Da boqueadas para respirar durante el sueño				
15. Ronca				
16. Sudá excesivamente durante la noche				
17. Usted ha observado que camina dormido				
18. Usted ha observado que habla dormido				
19. Rechina los dientes dormido				
20. Se despierta con un chillido				
21. Tiene pesadillas que no recuerda al día siguiente				
22. Es difícil despertarlo por la mañana				
23. Al despertarse por la mañana parece cansado				
24. Parece que no se pueda mover al despertarse por la mañana				
25. Tiene somnolencia diurna				
26. Se duerme de repente en determinadas situaciones				
				Total

Continúa en pág. siguiente ▶

◀ Continuación de pág. anterior

Inicio y mantenimiento del sueño: preguntas 1, 2, 3, 4, 5, 10 y 11
Síndrome piernas inquietas/ Síndrome movimiento periódico extremidades/Dolores de crecimiento: pregunta 12
Trastornos respiratorios del sueño: preguntas 13, 14 y 15
Desórdenes del <i>arousal</i> : preguntas 17, 20 y 21
Alteraciones del tránsito vigilia/sueño: preguntas 6, 7, 8, 12, 18 y 19
Somnolencia diurna excesiva/déficit: preguntas 22, 23, 24, 25 y 26
Hiperhidrosis del sueño: preguntas 9 y 16
Línea de corte: 39
Inicio y mantenimiento: $9,9 \pm 3,11$
Síndrome piernas inquietas: 3
Trastornos respiratorios del sueño: $3,77 \pm 1,45$
Desórdenes del <i>arousal</i> : $3,29 \pm 0,84$
Alteraciones del tránsito vigilia/sueño: $8,11 \pm 2,57$
Excesiva somnolencia: $7,11 \pm 2,57$
Hiperhidrosis: $2,87 \pm 1,69$
Interpretación: La línea de corte está situada en 39. Esto significa que si de la suma de las puntuaciones de todas las preguntas se alcanza esta cifra se puede sospechar que existe un trastorno de sueño y hay que analizar las puntuaciones de cada grupo de trastorno. Para cada grupo se vuelve a indicar su puntuación de corte y el intervalo para considerar si el niño puede presentar ese trastorno.

4. En los escolares (de los 3 a los 8 años): suelen presentarse parasomnias (terrores nocturnos y pesadillas) para los que podemos recomendar extremar las medidas de higiene de sueño, evitando estímulos desencadenantes y refuerzos o beneficios; en alguna ocasión recomendaremos usar despertares programados y remitiremos a un centro especializado casos muy seleccionados.
5. Entre los 8 y 12 años son frecuentes las parasomnias de sonambulismo y soliloquio en las que debemos recomendar medidas de seguridad e incrementar la higiene de sueño, informar a los padres sobre qué hacer durante el episodio, realizar despertares programados y en algún caso seleccionado derivar a un centro especializado. También comienza a aparecer el insomnio por incorrecta higiene de sueño que debemos prevenir mediante la información y educación de hábitos de sueño correctos.
6. En la adolescencia además del insomnio por hábitos de sueño incorrectos, aparecen el síndrome de retraso de fase y la narcolepsia, para los que debemos instaurar unos límites y horarios de sueño precisos, realizar educación de hábitos de sueño correctos, usar la melatonina en algunos pacientes, y remitir a un centro especializado determinados casos.
7. A cualquier edad pueden aparecer los trastornos respiratorios del sueño (SAHS), el síndrome de piernas inquietas y el síndrome de movimiento periódico de las extremidades cuyo manejo diagnóstico y terapéutico debe de abordarse en una Unidad de Sueño especializada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. Programa de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud de GuíaSalud. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; 2009. [Fecha de acceso 9 de octubre de 2016]. Disponible en http://portal.guiasalud.es/web/guest/busquedas?p_p_id=EXT_3&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_EXT_3_struts_action=%2Fext%2Fcontenidos%2Fvista_Previa&_EXT_3_contenidoId=19114&_EXT_3_version=1.9&_EXT_3_languageId=es_ES
2. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos del Sueño en la Infancia y Adolescencia en Atención Primaria. Programa de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud de GuíaSalud. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Agencia Laín Entralgo; 2011. [Fecha de acceso 9 de octubre de 2016]. Disponible en http://www.nsw.nl/userfiles/files/AASM%20-%20Manual%20for%20the%20Scoring%20of%20Sleep%20and%20Associated%20Events%20-%202005-2007_2.pdf
3. Hoppenbrouwers T, Hodgman J, Arakawa K, Geidel SA, Sterman MB. Sleep and waking states in infancy: normative studies. *Sleep*. 1988;11:387-401.
4. Henderson JMT, France KG, Owens JL, Blampied NM. Sleeping through the night: the consolidation of self-regulated sleep across the first year of life. *Pediatrics* 2010;126:e1081-7.
5. Kahn A, Dan B, Groswasser J, Franco P, Sottiaux M. Normal sleep architecture in infants and children. *J Clin Neurophysiol*. 1996; 13(3):184-97.
6. Babcock DA. Evaluating sleep and sleep disorders in the pediatric primary setting. *Pediatr Clin North Am*. 2011 Jun;58(3):543-54
7. Bonuck KA, Blank A, True-Felt B, Chervin R. Promoting sleep health among families of young children in head start: protocol for a social-ecological approach. *Prev Chronic Dis*.2016.Sep 1;13: E121.
8. Grupo Pediátrico de la Sociedad Española de Sueño (SES), Grupo de Sueño de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP). Medidas preventivas de los problemas del sueño desde el nacimiento hasta la adolescencia. *Acta Pediatr Esp*. 2010;68(4):167-73.
9. Mindell JA, Meltzer LJ, Carskadon MA, Chervin RD. Developmental aspects of sleep hygiene: findings from the 2004 National Sleep Foundation Sleep in America Poll. *Sleep Med*. 2009;10(7):771-9.
10. Mindell JA, Owens JA. A clinical guide to pediatric sleep; diagnosis and management of sleep problems. 2nd ed. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
11. Komada Y, Adachi N, Matsuura N, Mizuno K, Hirose K, Aritomi R, et al. Irregular sleep habits of parents are associated with increased sleep problems and daytime sleepiness of children. *Tohoku J Exp Med*. 2009; 219(2):85-9.
12. Pilcher JJ, Huffcutt AI. Effects of sleep deprivation on performance: a meta-analysis. *Sleep*. 1996; 19:318-26.
13. Byars KC, Yolton K, Rausch J, Lanphear B. Prevalence, patterns, and persistence of sleep problems in the first 3 years of life. *Pediatrics*. 2012; 129(2):e276-84.
14. Owens JA. The practice of pediatric sleep medicine: results of a community survey. *Pediatrics*. 2001;108(3):E51.

15. Faruqi F, Khubchandani J, Price JH, Bolyard D, Reddy R. Sleep disorders in children: a national assessment of primary care pediatrician practices and perceptions. *Pediatrics*. 2011;128(3):539-46.
16. American Academy of Sleep Medicine. International Classification of Sleep Disorders. 3rd ed. Darien, IL: American Academy of Sleep Medicine.
17. American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Madrid: Médica Panamericana; 2014.
18. Sadeh A. A brief screening questionnaire for infant sleep problems: validation and findings for an Internet sample. *Pediatrics*. 2004;113(6):e570-7.
19. Owens JA, Dalzell V. Use of the "BEARS" sleep screening tool in a pediatric residents' continuity clinic: a pilot study. *Sleep Med* 2005;6(1):63-9.
20. Bruni O, Ottaviano S, Guidetti V, Romoli M, et al. The Sleep Disturbance Scale for Children (SDSC). Construction and validation of an instrument to evaluate sleep disturbances in childhood and adolescence. *J Sleep Res* 1996;5(4):251-61.
21. Thiedke CC. Sleep disorders and sleep problems in childhood. *Am Fam Physician*. 2001 Jan 15;63 (2): 277-84.
22. Pin Arboledas G, Soto Insuga V, Jurado Luque MJ, Fernández Gomariz C, Hidalgo Vicario I. Insomnio en niños y adolescentes. Documento de Consenso. *An Pediatr (Barc)*. 2017 Mar;86(3):165.e1-165.e11.

