

## TRASTORNOS DEL SUEÑO INFANTIL

*Dr. Eduard Estivill*

Unidad del Sueño "Dr. Estivill", Institut Universitari Dexeus, Barcelona.

En Barcelona, la Unidad del Sueño "Dr. Estivill", del Institut Universitari Dexeus, funciona desde 1989 y en 16 años ha atendido a más de 3000 niños. Estos datos nos hacen ratificar la enorme prevalencia que tiene la patología del sueño en Pediatría, ya que muchos de los "populares" trastornos del sueño, caso del sonambulismo o las pesadillas, son típicos de los niños y se conocen desde hace muchos años. Otros en cambio, como el Insomnio Infantil por Hábitos Incorrectos (IIHI) o el Síndrome de Apnea infantil, son más prevalentes que los anteriores aunque de reciente descripción.

Los trastornos del sueño son un motivo de preocupación o incluso frustración por parte de los padres, ya que muchas veces se sienten impotentes para afrontarlos.

El papel de los Pediatras es fundamental en el manejo de las alteraciones del sueño de los niños. Cada vez son más los profesionales de la Pediatría que están interesados en la patología del sueño, sobretodo, porque conocen bien los trastornos clásicos (sonambulismo, pesadillas, etc.) y observan la demanda de los padres sobre otras situaciones que alteran la vida del niño como es la dificultad de dormir seguido (Insomnio Infantil por Hábitos Incorrectos). No obstante, muchas veces la información es limitada y la presión de los padres, intensa, por lo que cada vez es más necesario profundizar en los conocimientos de la Patología del Sueño en el niño y adolescente.

### \* EL INSOMNIO INFANTIL POR HABITOS INCORRECTOS

El Insomnio es el trastorno de sueño infantil más frecuente y puede afectar desde lactantes de 6 meses a niños de 5 años. Los padres explican que el niño "nunca" ha dormido bien y que desde el primer día los despertares nocturnos han sido muy frecuentes. Más raramente refieren periodos de normalidad y después de un estímulo externo, enfermedad, permanencia en casa de abuelos o familiares, aparece la problemática citada.

El fenómeno clínico que caracteriza a este tipo de insomnio es la dificultad para que el niño inicie el sueño solo y los frecuentes despertares durante la noche. Suelen interrumpir su sueño de 5 a 15 veces y les es imposible volver a conciliarlo de forma espontánea y sin ayuda. Al observarlos durante sus periodos de sueño, se tiene la sensación de que están "vigilando" continuamente y los padres suelen probar todos los métodos existentes para lograr dormirlos con escaso éxito.

A medida que el niño va creciendo y adquiriendo vocabulario se van complicando los momentos de iniciar el sueño ya que es el niño el que dicta las "normas" que deben seguir los padres para hacerlo dormir. El niño pide que le canten, quiere agua, dormir con los padres, dormir frente a la TV etc. Nada de ello favorecerá las correctas rutinas de los hábitos del sueño y ni mucho menos solucionará el problema.

La causa que origina este problema es la deficiente adquisición del hábito del sueño es decir existe una distorsión y desestructuración por asociaciones inadecuadas que el niño hace con su sueño, normalmente debidos a los múltiples cambios que realizan los padres para intentar que el niño se duerma.

Los fármacos inductores del sueño tienen escaso efecto beneficioso en esta patología. Los pediatras recurren a ellos normalmente por presión de los padres. La mayoría de los niños no notan ninguna mejora cuando se utilizan para conciliar el sueño. Algunos presentan un ligero sopor que ayuda a "atontarlos" ligeramente pero no curan la alteración.

Los niños que padecen este insomnio son niños totalmente normales desde el punto de vista físico y psíquico. Normalmente el problema no existe porque el niño esté mimado, ni porque tenga un déficit psicológico, sino que se produce por una deficiente adquisición del hábito del sueño.

### CONSECUENCIAS DEL MAL DORMIR EN LOS PADRES Y EN LOS NIÑOS

Son todavía frecuentes las creencias de que si un niño se despierta varias veces por la noche es un fenómeno corriente, que no cabe consultar con el pediatra y que solo la paciente acción de la madre, que

se levantará la mayoría de veces a intentar hacer dormir al niño, hará mas soportable la situación. No obstante, no hay mayor desestabilizador de la armonía conyugal que la situación que se presenta cuando aparece la dificultad para que el niño empiece a dormir y que posteriormente se despierte varias veces por la noche, día tras día, semana tras semana, mes tras mes, año tras año.

Cuando esto sucede los padres empiezan a utilizar las técnicas mas lógicas, darle agua, mecerlo un poco, cantarle, darle la mano, dejarse acariciar el pelo o las orejas etc. Nada de esto suele ser suficiente y a pesar de que el niño se queda dormido después de algunos minutos, el sueño no es continuo y se despierta varias veces debiendo los padres intentar nuevamente las rutinas para adormecerlo. Poco a poco las cosas se complican. El niño va creciendo y exigiendo nuevas demandas, puede dormirse en el sofá, mirando la TV o en la cama de los padres. Todo esto sigue siendo insuficiente puesto que los despertares nocturnos persisten y la hora de acostarse se retrasa.

Muchos padres intentan ponerlos en la cama mas tarde a fin de que presenten mayor cansancio y se duerman mas fácilmente. Craso error, el niño siempre resiste mas y no por acostarse mas tarde se duerme antes o se despierta menos veces por la noche. La sensación de frustración se incrementa. Los padres reciben consejos de los abuelos, los vecinos, los amigos, todos saben mas que ellos y tienen la sensación de que los niños de los demás duermen mejor que los suyos. Las reacciones de autoculpa son frecuentes e incluso la sensación de inseguridad con respecto al problema se hace evidente intercambiándose acusaciones de culpabilidad.

El rechazo hacia el niño puede empezar a cristalizar mostrando en ocasiones actitudes agresivas, que normalmente son verbales aunque pueden llegar a ser físicas. No se desean mas niños y se espera con ansiedad que crezca para que duerma mejor. Los padres esperan primero a que pasen los cólicos, después a que cambien la dieta, posteriormente piensan que cuando ande dormirá mejor. Nada de esto es cierto y el trastorno puede perdurar hasta los cinco años. Aun hoy resulta difícil encontrar la ayuda adecuada ya que la mayoría de los abordajes terapéuticos están basados en conceptos de alteraciones de sueño de los adultos y bien es sabido que en los niños, las manifestaciones clínicas de sus trastornos, son bien distintos de los mayores.

Los niños también presentan claros síntomas. Son niños con una actitud "muy despierta" que captan con gran intensidad los fenómenos que existen a su alrededor - ansiedad, inseguridad, o bien tranquilidad y seguridad -. Suelen tener un sueño superficial durante el cual se muestran inquietos, como vigilantes, y cualquier pequeño ruido los despierta. Suelen ser niños irritables durante el día con gran dependencia hacia la persona que los cuida y si sumamos todos los minutos que tienen de sueño en 24 horas, el total es claramente inferior al número de horas normales para su edad.

#### COMO ENSEÑAR A DORMIR BIEN. EL DORMIR BIEN ES UN HABITO

Durante el primer años de vida el niño aprende varios hábitos. El de comer y el de dormir correctamente son dos de los mas importantes. Existen dos claras funciones fisiológicas que el niño debe realizar: comer y dormir, pero comer bien es un habito y dormir bien también es un hábito. Los niños aprenden a comer correctamente según las normas sociales que les rodean. Los Occidentales lo hacen sentados en sillas, apoyando el plato en la mesa y utilizando unos utensilios que denominamos tenedor y cuchara. En Oriente se come sentado en el suelo, con un bol en la mano y utilizando palillos. Ambas conductas están bien y se consideran ambas hábitos correctos.

Con el sueño sucede lo mismo. Los niños pueden aprender a dormir solos, acompañados por los padres, en el sofá, en su cama, en la de los padres, etc., pero "las normas" que acompañan al acto de dormir deben ser dictadas por los padres y coherentes con las normas sociales imperantes. Por lo tanto en nuestro ambiente, un niño a partir de los 6-7 meses debe iniciar el sueño solo, sin llanto, y debe tener una duración de al menos 11-12 horas seguidas, sin despertares que interrumpan el mismo. Puede utilizar un muñeco de peluche como "amigo acompañante" (objeto transicional), debe dormir en su cuna y con la luz apagada.

#### COMO ADQUIRIMOS UN HABITO

Ayudamos al niño a configurar un habito porque realizamos una función asociada a unos elementos externos. Por ejemplo el comer lo asociamos a una serie de elementos como son el babero, la silla, un pla-

to, una cuchara, un tenedor, y repetimos esta asociación de “elementos externos” hasta que el niño aprende a realizarla correctamente. Con el sueño se produce un mecanismo parecido. El niño debe aprender a iniciar el sueño solo, asociando el acto de dormir con unos “elementos externos” como son su cama, el osito de peluche, su chupete y los demás elementos ornamentales de su habitación. La actitud de los padres es fundamental porque son los que comunican seguridad al niño.

Los padres cuando un niño es sentado por primera vez en la mesa no esperan que el niño sepa utilizar correctamente los utensilios, cuchara, tenedor, etc. y siempre piensan que el niño debe “aprender” a comer correctamente. No se angustian y al día siguiente vuelven a intentarlo de la misma forma. Esta actitud de seguridad va dando confianza al niño que después de repetir la misma acción múltiples veces acaba realizándola correctamente. Normalmente con el sueño suele ser de la misma manera. Los padres deben saber que los niños deben “aprender” a dormir solos y no deben comunicarles inseguridad.

### COMO REEDUCAR EL HABITO DEL SUEÑO

Para iniciar la modificación de los hábitos del sueño es básico crear un ritual alrededor de la acción de acostarse. Esta rutina debe ser un momento agradable que compartan padres e hijo y debe tener una duración entre 5 y 10 minutos. Consistirá básicamente en un intercambio emocional de tranquila información en relación al grado de comprensión del niño, realizada en un lugar distinto de donde duerme el niño, como cantar una suave melodía, contar una pequeña historia real, o bien programar una actividad para el día siguiente. El niño deberá estar informado continuamente del tiempo que le queda antes de que inicie su sueño. Posteriormente lo dejaremos en su habitación, en la cuna o cama y nos despediremos de él. Es básico que el niño esté despierto cuando se salga de la habitación. Hay que recordar que el niño aprende a dormir con aquello que los adultos le dan y que en sus despertares fisiológicos durante la noche, reclamará las circunstancias que el haya asociado con su sueño. Si el niño se duerme solo, volverá a dormirse solo cuando se despierte por la noche, pero si se ha dormido en brazos o bien “lo han dormido” meciéndolo, reclamara los brazos o el mecimiento.

Si la rutina es correcta, el niño esperará con alegría el momento de irse a la cama y encontrará fácil separarse de los padres cuando se vayan de la habitación. Ver la televisión antes de acostarse, aunque sea juntos no es una buena actividad, porque no permite el intercambio personal. Leerle un cuento, o hacer cualquier otra actividad tranquila es mucho más recomendable. Es bueno que tenga junto a él su animalito de peluche, su juguete preferido o su almohada. Se sentirá más acompañado cuando le dejen solo en la habitación y sobre todo descubrirá que permanecen con él cuando se despierte por la noche. Es muy importante la regularidad en la rutina nocturna para preparar al niño para el sueño.

Una vez terminada la rutina los padres abandonaran la habitación y deberán seguir una tabla de tiempos de espera, que ira aumentando de forma progresiva, siguiendo las técnicas conductuales de agotamiento, hasta lograr que el niño se duerma solo. Muy a menudo los padres quedan sorprendidos de la rapidez y efectividad de estos métodos, que puede ser manifiesta tras pocos días.

Es interesante, para completar el tratamiento, dar consejos a los padres sobre las pautas diurnas que deben seguir con su hijo, tanto en lo que se refiere al mantenimiento de unas rutinas horarias como a la relación personal con el niño. Todo lo que comporte dar seguridad a los padres redundara en la eficacia del tratamiento.

Siempre hay que tener presente que a un niño mal acostumbrado es muy difícil cambiarle los hábitos a partir del año de edad. El niño en crecimiento es un ser al que se le deben inculcar unos hábitos de sueño correctos, con tranquilidad y seguridad, para evitar posteriormente la aparición de múltiples distorsiones patológicas relacionadas con su sueño, que pueden dar lugar a divergencias y malestar entre los padres y repercutir negativamente sobre la salud mental familiar. El llanto repetitivo continuo de un niño durante la noche, con múltiples despertares, es una de las “pesadillas” más duras de soportar.

Al valorar las alteraciones del sueño en los niños siempre hemos de tener en cuenta los siguientes elementos:

- a- Que el síntoma es una información aportada por los padres y consecuentemente subjetiva.

b - Es necesario detallar la historia y evolución del síntoma de manera muy precisa, detectar factores precipitantes, psicológicos o orgánicos y determinar los elementos de mantenimiento del problema.

c - Es imprescindible la presencia de ambos padres para determinar ya desde la primera visita las interacciones de ambos con el niño.

d- El problema del sueño debe ser enmarcado dentro del ciclo de 24 horas ya que es muy probable que las distintas actividades diurnas influyan de forma clara en el sueño.

e- Descartar de entrada los procesos orgánicos mas frecuentes para cada grupo de edad que podrían distorsionar el sueño; cólicos, reflujo, intolerancia a la leche, infecciones de vías respiratorias altas, otitis media, atópiá, etc.

## SOMNOLENCIA EXCESIVA DIURNA

### EL RONQUIDO Y EL SÍNDROME DE APNEA DEL SUEÑO EN LOS NIÑOS.

Los niños, al igual de los adultos, también roncan, y muchas veces de forma mas suave y hasta mas silenciosa, lo que hace que no se hable tanto de las molestias ocasionadas por el ronquido de un lactante o niño pequeño. Pero el significado patológico de este fenómeno puede ser igualmente dañino. Distinguiremos, al igual que en el adulto, dos tipos de ronquido, el benigno, también denominado esencial o primario y el que acompaña al Síndrome de Apnea del Sueño, mucho mas aparatoso, fuerte e irregular.

#### • **RONQUIDO BENIGNO (ESENCIAL O PRIMARIO):**

Es el ruido que produce el aire al pasar por unas vías respiratorias altas estrechadas, en el acto de respirar, durante el sueño. Se presenta solo, sin otros fenómenos acompañantes como apneas, taquicardia o hipoxia. Afecta a un 70% de la población infantil y puede aparecer en cualquier edad pero es mas predominante cuando los niños están en un periodo entre los 12m y 5 años. Es habitual que los padres noten durante la noche que el niño respira por la boca, que la tiene seca y bebe agua con asiduidad. También pueden notar cierta congestión nasal y halitosis.

Es continuo y aparece en cualquier postura, variando de intensidad en función del grado de dificultad de paso de aire a través de la orofaringe. No se acompaña de despertares frecuentes ni otras alteraciones nocturnas. Tampoco tiene consecuencias en la vida del niño durante el día ya que no se observa disminución del aprendizaje o sueño excesivo diurno.

Suele afectar a diferentes miembros de la familia aunque no se ha demostrado la existencia de una clara influencia genética. No se conoce su evolución espontanea del ronquido benigno ni tampoco las consecuencias que pudiera tener para el niño. La causa mas común son las anomalías estructurales de las vías respiratorias altas que incluyen desde la desviación del tabique nasal hasta la hipertrofia amigdalá y adenoidea. También la posible existencia de una micrognatia o retrognatia favorece la aparición del ronquido.

Realizamos el diagnóstico con la ayuda de los padres los cuales nos relatan las características concretas del ronquido. Es importante insistir que es continuo y no se acompaña de otros fenómenos, sobre todo apneas. Complementamos el diagnóstico con un examen físico orientado a detectar los posibles defectos de las vías respiratorias altas, sobretodo la existencia de unos adenoides o amígdalas grandes, que serán en mas del 80% de los casos, la causa del ronquido.

Es muy importante no pasar por alto la posibilidad de que existan apneas ya que en los niños pueden ser mas flojas y suaves que en el adulto y entonces los padres no son capaces de explicar su presencia porque no han reparado nunca en ellas. No podemos pasar por alto la existencia de un posible Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño (SAOS). En caso de duda el Pediatra debe solicitar a una Unidad de Alteraciones del Sueño, la realización de una polisomnografía (estudio de sueño nocturno) que es la única prueba que nos podrá indicar con seguridad la presencia o no de dicha enfermedad (SAOS).

Una vez estamos seguros de que nos encontramos delante de un Ronquido Benigno no será necesario realizar tratamiento. Solo hay que observar periódicamente su evolución, para corroborar si se añaden nuevos síntomas, como apneas o posiciones anómalas en la dentadura, producto de la respiración bucal durante el sueño. Es conveniente llevar al niño periódicamente al Pediatra para que determine si el tejido amigdalá y adenoideo crece de forma excesiva y puede aumentar el ronquido.

### • **EL SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO (SAOS) EN LOS NIÑOS**

Hasta no hace muchos años el que los niños roncaran y dejaran de respirar durante breves segundos era una situación poco valorada por el Pediatra y mucho menos por los padres, pero hoy en día no hay ningún médico especialista en niños que no de la importancia precisa a este tipo de fenómeno.

Los niños que roncan de forma intensa e irregular y hacen apneas de al menos 10 segundos de duración que se acompañan de una discreta hipoxia, sufren un Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño (SAOS). Suele aparecer entre el año y 6 años de vida, coincidiendo con la época de mayor crecimiento de tejido adenoideo y amigdalario. Entre el 2 y 3% de la población infantil sufre de SAOS, afectando tanto a niños como a niñas. Se caracteriza por la existencia de varios síntomas que se presentan en forma de mayor o menor intensidad según la gravedad del cuadro.

#### Síntomas durante la noche:

##### • **Ronquido**

El ronquido, que es el ruido que hace el aire al entrar y salir de las vías respiratorias, es irregular y muy intenso, llamando claramente la atención de los padres ya que se oye desde fuera de la habitación. Se presenta en cualquier postura y los niños adoptan posiciones extrañas para mejorar la respiración durante el sueño como una hiperextensión del cuello o posición de gateo con la cabeza recostada en la almohada. Se acompaña de tiraje intercostal y retracción subesternal. Los niños respiran por la boca y dan una sensación de “mal respirar”. Los padres suelen consultar por esta circunstancia pero lo hacen, normalmente, mucho tiempo después de que este síntoma haya empezado.

##### • **Apneas**

Son ceses de la respiración debidos a obstrucciones parciales o completas de las vías respiratorias altas que ocurren solo durante el sueño. Se asocian a e hipercapnia. Las apneas deben tener una duración igual o superior a 10 segundos y aparecer en número de 5 por cada hora de sueño, ya que este es el criterio mínimo para que se consideren patológicas. Pueden existir también pequeños ceses en la respiración inferiores a 10 segundos y que denominamos pausas. Estas situaciones no son patológicas y no deben confundirse con las verdaderas Apneas.

Se acompañan de un gran esfuerzo respiratorio comportando un claro tiraje subesternal e intercostal. En niños pequeños menores de 1 año, con SAOS graves, llegan incluso a observarse verdaderas deformidades de la caja torácica. No es infrecuente que los niños estén algo cianóticos.

Existen algunos detalles para diferenciar las apneas de los niños con las que presentan los adultos. En los adultos el ronquido es muy intenso y va seguido por largos silencios (apneas) para terminar con una ruidosa inspiración acompañada de movimientos del cuerpo y alguna palabra ininteligible. En el niño todo este proceso es más sutil ya que el inicio y final de la apnea es mucho más suave. Esto hace que sea más difícil de observar por parte de los padres y no se repare tanto en la enfermedad.

##### • **Sueño inquieto**

Durante la noche el sueño es irregular, con múltiples movimientos, cambios de posición y despertares que obligan a actuar a los padres. Muchas veces los cambios de posición coinciden con el final de una apnea dando lugar a una reacción de despertar, que rompe el sueño. El niño se duerme con facilidad pero nunca da la sensación de dormir profundamente. En realidad es así ya que solo duermen de forma superficial porque las apneas y los finales de las mismas con el ronquido intenso, determinan la dificultad para profundizar en el sueño. Algunos niños pueden caer de la cama como consecuencia de una apnea importante, pero normalmente este signo se confunde con un mal sueño o pesadilla.

#### Síntomas durante el día:

##### • **Somnolencia excesiva diurna**

Los finales de las apneas coinciden con un intenso ronquido inspiratorio y una reacción de despertar que ocasiona un fraccionamiento del sueño. Estos fraccionamientos son los responsables de un mal descanso y por lo tanto de la somnolencia diurna durante el día. En los niños pequeños menores de 15 meses este síntoma es difícil de valorar porque muchas veces los padres que tienen un niño que se duerme con

facilidad y hace 3 siestas al día de más de 2 horas de duración, no creen que sea una situación patológica sino que simplemente piensan que tienen mucha suerte porque les ha tocado un niño dormilón. En los niños mayores este signo es más fácil de determinar ya que pueden despertarse vacilantes, de mal humor y nos explican que tienen sueño. Algunos refieren dolor de cabeza.

- **Retraso Escolar**

Es un síntoma claro en los niños de 6-7 años ya que la somnolencia acumulada les provoca una falta de interés en las labores escolares, demostrándose una falta de atención y asimilación de conceptos como retraso de lenguaje.

- **Otros síntomas diurnos**

Los padres pueden referir apatía, escaso interés por lo que les rodea, irritabilidad y cansancio. También se observa una respiración bucal y ruidosa. En algunos casos extremos se ha observado un retraso en el crecimiento ya que la hormona responsable de este proceso se segrega durante las fases 3 y 4 del sueño que son las que estos niños tienen distorsionadas por los múltiples despertares secundarios a las apneas. También en formas severas de SAOS pueden aparecer alteraciones cardíacas que pueden llevar a la muerte del paciente.

### Causas:

Todo lo que modifique el calibre de la vía respiratoria alta puede predisponer al SAOS infantil. Por lo tanto agruparemos estos factores en:

- **mecánicos:** La hipertrofia amigdalal y adenoidea es el factor más importante en la génesis del SAOS en los niños, ya que coincide su periodo de máximo desarrollo con el periodo que se manifiesta la enfermedad. También son factores predisponentes los pólipos nasales, la rinitis alérgica crónica, las infecciones faríngeas y la macroglosia. Es raro encontrar en los niños una hipertrofia de úvula. La obesidad, al igual que los adultos, predispone al SAOS aunque muchos niños con este trastorno no son obesos.

- **anomalías craneofaciales:** Todos los niños con alteraciones estructurales de las vías nasales o faríngeas serán propensos a presentar un SAOS (14). Por esto la hipoplasia del macizo facial, la macroglosia y la micrognatia predisponen al síndrome. Los niños con Síndrome de Down, Acondroplasia, Síndrome de Beckwith, Pierre Robin, mucopolisacaridosis, etc. presentan mayor incidencia de la enfermedad.

- **anomalías en el control motor de la vía área superior:** los niños con parálisis cerebral presentan mayor incidencia de SAOS por existir un trastorno en el control motor de los músculos que integran la faringe. Por la misma razón estos niños presentan trastornos de la deglución.

- **alteraciones metabólicas:** En el Síndrome de Prader Willy o en el hipotiroidismo puede haber alta prevalencia de SAOS.

Se piensa que la causa real de este Síndrome sería la conjunción de dos factores: 1ª Anomalía del sistema nervioso central en el control muscular de la orofaringe y 2ª factores predisponentes, sobretodo mecánicos y anatómicos. Cuando se dan estas dos circunstancias se produce el SAOS.

### Diagnóstico

Puede resultar en ocasiones difícil ya que el síntoma inicial, el ronquido, suele pasar desapercibido a los padres. Es frecuente que cuando consulten ya esté muy avanzada la enfermedad y el síntoma inicial que refieren sea retraso escolar o apatía. Es por esto que hay que insistir en la labor docente de propagar los síntomas de esta enfermedad, fácil de tratar si se hace pronto el diagnóstico y más difícil si pasa desapercibida o se diagnostica tardíamente.

El siguiente esquema de actuación es el que nos parece más útil:

1. **Historia Clínica:** Recogemos información específica acerca de la respiración durante el sueño, preguntando sobre la existencia de ronquido, apneas, despertares, movimientos, posiciones del dormir y otros fenómenos que ocurran durante el mismo. También debemos preguntar sobre el comportamiento diurno, si hay apatía, demasiado sueño, estado madurativo, posibles retrasos escolares, cefaleas matinales, o irritabilidad. Es importante también indagar sobre la existencia de posibles infecciones recurrentes del territorio amigdalal y adenoideo y descartar la presencia de un Síndrome malformativo. Por último será

interesante recabar información sobre el desarrollo estatural del niño por si ha existido un retraso o un paro en el crecimiento.

2. En el **examen físico**, además de revisar peso, talla y tensión arterial, observaremos como es la estructura de la vía aérea, revisando fosas nasales, cavidad bucal y faringe. Es básico la ayuda de un Otorrinolaringólogo para determinar con exactitud el estado de esta vía. También en casos graves deberá recabarse información sobre el estado del corazón.

3. Practica de una **Polisomnografía**. En el niño, con mas razón debemos realizar un estudio de sueño, ya que tal como hemos comentado anteriormente, los síntomas son mucho mas sutiles y menos aparatosos que en los adultos por lo que la practica de esta prueba es estrictamente necesaria. A partir de los datos recogidos, el especialista en Medicina del Sueño puede determinar la severidad del SAOS e indicar un tratamiento correcto. Según el numero de apneas y el grado de hipoxia, catalogaremos al SAOS como leve, moderado o grave.

4. Podemos completar el diagnostico con un hemograma, para observar la presencia de poliglobulia, un electrocardiograma y otras pruebas para identificar factores predisponentes como radiografías, tomografías o resonancia magnética.

### Tratamiento:

No existe ningún tipo de tratamiento farmacológico. Los tratamientos útiles conocidos hoy en día van encaminados a hacer desaparecer la obstrucción es decir, correcciones mecánicas.

Al contrario de los adultos la mayoría de casos de SAOS infantiles se solucionan mediante cirugía. Debido a que las anomalías mecánicas son los factores predisponentes mas frecuentes que ocasionan la enfermedad, el recortar los tejidos engrosados de las amígdalas y adenoides, es la mejor solución al problema. Es el tratamiento mas común y efectivo con pocas complicaciones y de muy buen pronostico. La única dificultad estriba que los tejidos recortados pueden volver a crecer aunque nunca lo hacen con tanta intensidad para que vuelvan a impedir el paso del aire.

En algunas alteraciones morfológicas, como la puede utilizarse la cirugía facial correctora, consistente en un avanzamiento del maxilar inferior. Debe hacerse cuando el niño ya tenga una cierta edad, a partir de los 5-6 años en adelante.

En los casos de anomalías craneofaciales que no sea posible una corrección quirúrgica de las anomalías, puede utilizarse el CPAP adaptado a niños. Es relativamente fácil cuando el niño es algo mayor y mas complicado en los lactantes ya que se necesita un discreto grado de participación voluntaria en el proceso de usar dicho mecanismo terapéutico.

Equipo de CPAP infantil (denominado CPAP del inglés “*Continuous Positive Airway Pressure*” - Presión positiva de aire continuo -).

El mecanismo del CPAP consiste en hacer llegar por la nariz aire a mayor presión que la ambiental, es decir, a presión positiva continua. Para ello se utiliza un pequeño compresor que envía aire a través de un tubo finalizado con una mascarilla adaptada al tamaño de nariz del niño. La mascarilla se fija a nivel nasal gracias a unas tiras autoadhesivas que permiten su ajuste preciso a la cabeza .

Para lograr una buena adaptación y que el niño utilice correctamente el CPAP es imprescindible que los padres conozcan bien su patología. Para ello, explicamos el proceso mecánico que ocasiona la enfermedad del niño para motivar a toda la familia. El niño, al día siguiente de usar el CPAP nota una evidente mejoría pero sobretudo son los padres que observan como cambia el sueño de su hijo. Duerme de “un tirón”, sin despertares ni movimientos, sin ronquidos ni apneas y sobretudo observan que durante el día esta de mejor humor, mas despierto, mas atento, aprende mas cosas y mucho menos irritable. Esto motiva a todos a seguir utilizando el aparato. Recomendamos un uso progresivo del CPAP durante las primeras noches e iniciar un ritual agradable como si el aparato fuera parte del dormir del niño, como puede serlo su osito de peluche. Es especialmente útil en niños algo mayores (6-7 años) con Síndrome de Down, Acondroplasia o Parálisis Cerebral.

### **PARASOMNIAS EN LOS NIÑOS**

Se denominan parasomnias a los fenómenos que tienen lugar durante el sueño, interrumpiéndolo o no, caracterizándose por conductas motoras y vegetativas, mezcla de estados de sueño y vigilia parcial. Por regla general y durante la infancia, no son excesivamente graves aunque si pueden llegar a ser aparatosos, llamando la atención del resto de los familiares. La edad de mayor incidencia está entre los tres y seis años. En ocasiones estos fenómenos interrumpen el sueño, dando lugar a estados de vigilia durante los cuales el niño puede relatar lo sucedido. En otros casos el fenómeno ocurre estando el niño completamente dormido y permanece en este estado durante todo el episodio.

El diagnóstico debe efectuarse con una historia clínica detallada y solo en escasas situaciones se recurrirá a la práctica de una polisomnografía para diferenciarlas de algún tipo de crisis epilépticas.

Las más importantes por su frecuencia son el Sonambulismo, los Terrores Nocturnos, las Pesadillas, el Bruxismo, la Somniloquia y los Movimientos de Automecimiento.

### **SONAMBULISMO**

El SONAMBULISMO es la repetición automática de conductas aprendidas en los períodos de vigilia, durante el sueño. El niño está profundamente dormido cuando sucede el episodio. Tienen lugar después de dormir 2-4 horas, siempre en fase 3-4 de sueño y una sucesión típica de fenómenos podría ser la siguiente: "El niño se levanta de la cama, dormido aunque con los ojos semiabiertos, se dirige hacia el lavabo, se lava las manos y vuelve a la cama". Si se le hacen preguntas simples suele responder con monosílabos aunque no siempre lo hace porque a menudo no comprende el significado de las palabras. Es muy difícil despertarle porque está profundamente dormido y si se consigue, le provocaremos una sensación de gran extrañeza e inseguridad ya que no entenderá la situación en que se encuentra y porque se le despierta.

La causa de este fenómeno se desconoce y consecuentemente no existe un tratamiento etiológico. Deben adoptarse medidas de seguridad para evitar cualquier accidente fortuito del niño, no se le debe despertar nunca, tan solo intentar reconducirlo a la cama. Se le debe hablar con frases muy simples y cortas, más bien dando órdenes sencillas que haciendo preguntas. Suele ser más frecuente en aquellas familias con antecedentes de sonambulismo y normalmente desaparece durante la adolescencia.

### **TERRORES NOCTURNOS**

Los TERRORES NOCTURNOS son episodios que suceden también durante la primera mitad de la noche, en sueño profundo y se caracterizan por llanto brusco e inesperado del niño, con una expresión de miedo intenso en la cara y sudor frío. Es muy difícil despertarlo al niño, porque está profundamente dormido y si se consigue, el niño puede sorprenderse ya que no entenderá el porque se le ha despertado. Suelen aparecer alrededor de los 2-3 años y ceden espontáneamente al llegar a la adolescencia. La actitud de los padres debe ser solo conservadora, vigilando que el niño no caiga de la cama. No se le debe hablar ni mucho menos intentar despertarlo. El episodio cederá espontáneamente después de 4-5 minutos y el niño volverá a dormirse.

### **PESADILLAS**

Son fenómenos parecidos a los terrores nocturnos aunque se diferencian por dos hechos concretos: siempre se producen en la segunda mitad de la noche, en la fase REM y el niño explica claramente que es lo que ha soñado y le ha despertado. Normalmente relata hechos angustiosos relacionados con miedo, animales que le atacan o conflictos con otros niños.

Por lo general los episodios son esporádicos y están relacionados con algún fenómeno externo que ha causado inquietud al niño. A medida que disminuye la ansiedad diurna los episodios también disminuyen en intensidad y frecuencia. Los padres deben intentar calmar al niño, que estará despierto y plenamente consciente, tratando de quitar importancia a lo soñado. Ceden espontáneamente antes de la adolescencia. Si persistieran debería investigarse la presencia psicopatología.

### **BRUXISMO**

El BRUXISMO también conocido por “chirriar de dientes” es un fenómeno frecuente en los niños durante el sueño. Se produce por una contractura excesiva de los maxilares dando lugar a un típico ruido que suele preocupar a los padres aunque no despierta a los niños. Si la contractura es muy importante puede provocar alteraciones en las piezas dentales que pueden ser evitadas con prótesis de protección utilizadas durante la noche. No está asociado a ninguna fase de sueño en especial ni se asocia a ninguna actividad mental específica. Es muy frecuente en niños con malformaciones maxilo-faciales y con mala oclusión dentaria especialmente en el Síndrome de Down.

### **SOMNILOQUIA**

La SOMNILOQUIA es un fenómeno muy frecuente e inócuo que se presenta durante el sueño, preferentemente en la madrugada. Consiste en expresar sonidos verbales con poco contenido semántico, ligados normalmente a ensueños. Pueden llegar a ser intensos con gritos, llanto, risa o comentarios sin importancia. Suelen ser palabras aisladas o frases muy cortas, que el niño no recuerda al día siguiente. En adolescentes jóvenes pueden llegar a ser verdaderos discursos en cualquier momento de la noche y no entrañan ninguna patología específica. Suelen despertar a los hermanos que duermen con ellos aunque raramente se despiertan a sí mismos. No existe un tratamiento específico que haga desaparecer al fenómeno. En estados febriles pueden ser más evidentes. Son muy típicos cuando el niño inicia la guardería o la escuela.

### **MOVIMIENTOS RÍTMICOS DURANTE EL SUEÑO**

Algunos niños efectúan movimientos automáticos de mecimiento para conciliar el sueño. Suelen iniciarse hacia los 9 meses y raramente persisten más allá de los dos años. Consisten en movimientos que realizan con la cabeza o con todo el cuerpo hasta que consiguen dormirse y que pueden acompañarse con sonidos guturales. Los movimientos más frecuentes son golpes con la cabeza sobre la almohada o balanceo de todo el cuerpo estando el niño en posición de decúbito prono. Preocupan a los padres por la espectacularidad de los movimientos que suelen provocar ruido o desplazamiento de la cuna. Algunos niños pueden producirse rozaduras sobretodo en la barbilla. Normalmente desaparecen espontáneamente antes de la adolescencia. Se ven en niños normales pero mucho más frecuentemente en niños con retraso mental o autismo.

Algunos autores consideran a los movimientos rítmicos como parte de una conducta aprendida, en la que el niño reproduciría los movimientos de mecimiento que realizan los padres al acunarlo. También se especula que la estimulación vestibular provocada por el movimiento repetitivo pudiera tener parte en la génesis y conservación del fenómeno. El diagnóstico se realiza mediante la clínica y raramente utilizaremos la polisomnografía. Debe hacerse el diagnóstico diferencial con la hipsarrítmia, el espasmo mutans y el Síndrome de la muñeca oscilante. Generalmente no se precisa tratamiento específico. Informar y calmar a los padres en primordial. Se pueden tomar medidas de precaución para disminuir el ruido y evitar que el niño se dañe físicamente. Solo si persiste más allá de los 5 años deberá ser valorado neurológica y psiquiátricamente.