

Principales trastornos del sueño en la infancia y adolescencia

Segarra, F.J.

EL SUEÑO NORMAL

Hoy en día conocemos perfectamente que el sueño de los niños es una actividad cambiante, que se modifica constantemente y que no tiene nada que ver el sueño de un recién nacido con el de un niño de 3 años. El niño crece muy rápidamente durante los primeros meses de su vida y también el sueño varía durante este crecimiento.

SUEÑO DEL RECIEN NACIDO HASTA UN MES DE VIDA

El concepto de sueño está íntimamente relacionado con el de la vigilia. Para estar despierto es preciso haber dormido antes. Para poder dormir es preciso haber estado despierto antes.

El recién nacido presenta una sucesión de actividades que denominamos "ritmo biológico". El ritmo biológico tiene una periodicidad de 3-4 horas es decir que cada 3-4 horas repite las mismas actividades. Podríamos caracterizar el "ritmo biológico" como una sucesión de fenómenos fisiológicos como el "dormir, comer, hábitos higiénicos", siendo el sueño el que ocupa el porcentaje mayor de tiempo.

Los bebés suelen seguir este ritmo de 3-4 horas durante su estancia en la clínica o hospital y lo siguen en sus casas. Los papas observan como cada 3-4 horas se despiertan de su sueño, tienen apetito y comen y posteriormente realizan sus hábitos higiénicos. Después de limpios vuelven a dormirse. A estos niños se les puede considerar que tienen un ritmo biológico de 3-4 horas estable y seguramente presentarán posteriormente pocos problemas en su transición a períodos de sueño más extensos.

Otros por el contrario son tan "anárquicos" que ni tan solo presentan ritmicidad. Duermen cuando quieren, comen irregularmente y sus hábitos higiénicos no son rítmicos.

Desde que el niño cierra los ojos se le puede considerar dormido y su sueño está compuesto por dos fases perfectamente diferenciadas. En los prematuros de 30 semanas de gestación ya es posible determinar estas dos fases de sueño que se denominan Sueño Activo y Sueño Tranquilo (1).

El Sueño Activo es el primero que aparece cuando se duerme siendo fácil observar unos típicos movimientos del globo ocular que realiza el bebé a los pocos minutos de estar durmiendo. Si observamos pacientemente al niño, después de comer y cambiarlo, veremos que a los pocos minutos de estar acostado aparecen unos pequeños movimientos del globo ocular que podemos reconocer perfectamente ya que el párpado permanece cerrado pero el globo ocular se mueve. Estos movimientos oculares se denominan por la palabra inglesa REM (rapid eye movement) que significa movimiento ocular rápido.

Durante esta fase de sueño que denominamos SUEÑO ACTIVO se producen movimientos del cuerpo con sutiles temblores de mentón y extremidades. También son muy frecuentes pequeños movimientos de los músculos de la cara que simulan expresiones faciales como muecas de sonrisa.

La forma de respirar es también peculiar. Se producen pequeñas pausas, que denominamos hipopneas, dando lugar a una respiración irregular. La duración de estas pausas no debe superar los 10 segundos de duración. La frecuencia cardiaca puede ser algo irregular.

Después de unos 40-50 minutos en esta fase de sueño, el recién nacido pasa a una fase denominada SUEÑO TRANQUILO. Durante la misma el niño permanece en completo reposo, con sensación externa de dormir profundo y con una respiración regular. Ya no se mueven los ojos ni existen muecas en la cara. La duración de este SUEÑO TRANQUILO es similar al del SUEÑO ACTIVO (40-50 minutos).

Durante su período de 3-4 horas de sueño el bebe va alternando las dos fases, sueño activo, sueño tranquilo, sueño activo, sueño tranquilo, etc, hasta el nuevo despertar. La suma de una fase de sueño activo y de sueño tranquilo se denomina CICLO. En un período de 3-4 horas puede haber de 3 a 4 ciclos.

A los siete meses de gestación, cuando el bebé esta en el útero materno, el sueño Activo ocupa el 80 por ciento del tiempo de sueño, el resto es sueño Tranquilo. A medida que aumentan las semanas de gestación decrece el tiempo pasado en sueño Activo y aumenta la cantidad de sueño Tranquilo.

En el recién nacido a término, momento en el que normalmente se produce el nacimiento, existe una cantidad similar de cada una de las dos fases (50% de sueño Activo y 50% de sueño Tranquilo) y a medida que va creciendo va disminuyendo el sueño activo y aumentando el sueño tranquilo.

El recién nacido suele dormir entre 16 y 20 horas al día, pero como es sabido no es capaz de dormir muchas horas seguidas. Normalmente tiene de 5 a 6 períodos de vigilia/sueño diarios.

A medida que el niño crece es imprescindible que también vaya siendo orientado hacia unos hábitos y orden determinados, que le permitirán sentirse más confortable, tener un comportamiento adecuado y adaptarse a unos horarios de sueño que concuerden con sus ritmos biológicos.

El sueño es una función fisiológica, como lo es el hambre, pero el comer correctamente es un hábito como lo es el dormir correctamente. El niño debe aprender a comer bien y debe aprender a dormir bien.

Los esquemas u horarios de alimentación que le impongan los padres pueden afectar o modificar su patrón de sueño. Al principio, suelen comer cada 3-4 horas sin intervalos nocturnos o mas a menudo si toma el pecho pero si nosotros le ofrecemos comida cada vez que se despierta sin intentar mantener una regularidad de horarios podremos inducir al bebe a seguir un ritmo anárquico.

Es realmente interesante y bonito observar al bebe cuando duerme. Reconocer los fenómenos del sueño que hemos descrito da seguridad a los padres y puede luego redundar en la mejor relación con el bebe. Los momentos pasados delante del bebe cuando duerme pueden ser muy gratificantes y nunca será tiempo perdido.

SUEÑO DEL LACTANTE HASTA LOS 7 MESES

Después del primer mes de vida la organización de las dos fases de sueño explicadas (SUEÑO ACTIVO Y SUEÑO TRANQUILO) se va modificando progresivamente. Ya hemos dicho que el sueño Activo aparece cada vez en

menos cantidad y que el sueño tranquilo cada vez ocupa una mayor proporción dentro del total del sueño.

Al final del primer mes el Sueño Tranquilo se va transformando en lo que llamaremos SUEÑO LENTO y el sueño activo se convierte en el SUEÑO REM.

El lactante de 1-2 meses cambia su forma de dormirse. Ya no mueve los ojos cuando empieza su sueño porque en vez de dormirse en fase REM (sueño activo del recién nacido) lo hace en fase de SUEÑO LENTO. El sueño Lento equivaldría a la fase de sueño tranquilo pero más elaborada. Se subdivide en cuatro fases o peldaños. La fase 1 sería el adormecimiento, la 2 sería el sueño superficial y la fase 3-4 el sueño profundo.

Por esto cuando vemos al bebe de 1-2 meses dormirse, observamos que se va calmando poco a poco y aparece la somnolencia, (fase 1) para pasar después al sueño superficial (fase 2) y posteriormente entrar en el sueño profundo, que sería cuando el niño está más plácidamente dormido.

Después de 60-70 minutos aparece una fase REM que reconoceremos porque el bebe vuelve a mover los ojos y realizar pequeños movimientos corporales, acompañados de algún ruido gutural.

En este período de tiempo, 1 a 3 meses, el niño sigue realizando ciclos de 3-4 horas relacionados con la comida y sus diversas necesidades higiénicas fisiológicas.

En el transcurso de los 2-3 primeros meses y gracias al "núcleo supraquiasmático del hipotálamo", el lactante empieza a presentar períodos nocturnos de sueño, que primero son de 5 horas después de 6 horas, después de 8 horas y posteriormente de 10-12 horas.

Lo que realmente ocurre es que este núcleo actúa como si fuera un "reloj" que va poniendo en hora las distintas necesidades del niño -dormir, estar despierto, comer, etc.- es decir se adapta a un ritmo biológico de 24 horas que es el ritmo solar y el mismo seguido por todos los niños y adultos.

El niño aprende a asociar estímulos externos como son el ruido y la luz con vigilia y el silencio y la oscuridad con sueño. Estos estímulos externos junto con los hábitos de las rutinas del sueño que enseñaran los padres, y los horarios de las comidas, ayudaran a este grupo de células cerebrales a configurar una diferenciación correcta del ciclo sueño-vigilia.

Un niño a los 6-7 meses debe ya tener bien establecido el ritmo de vigilia-sueño de 24 horas. Debe dormir durante la noche un promedio de 11-12 horas, iniciando su sueño entre las 20-21 horas y despertándose entre las 7-9 horas de la mañana.

Asimismo debe realizar dos siestas. Una después del desayuno, que puede ser de 1-2 horas y otra después de la comida del mediodía, que puede ser de 2-3 horas.

Si el niño está bien y gana peso de forma paulatina, probablemente no será necesario alimentarlo por las noches o bien necesitará pocas tomas. Las comidas nocturnas pueden convertirse en un hábito incómodo para todos. A partir de los 6 meses estas tomas nocturnas no suelen ser necesarias y es conveniente no prolongarlas.

Para que existan unos correctos horarios de sueño es imprescindible que el horario de comidas sea bastante fijo. El desayuno debe ser normalmente

media hora después del despertar, entre 8 y 9. La comida del mediodía entre 12 y 12.30. La merienda entre las 4-4.30 y la cena entre 20-20.30.

Recordemos que estamos ayudando a un "reloj" (núcleo de células del cerebro) a ponerse en hora y que si dejamos que sea el niño el que marque los horarios del comer y del dormir puede aparecer la anarquía que se manifestará por comer siempre a horarios distintos y dormir en momentos inadecuados.

¿QUÉ ES LO CORRECTO?

Un niño a los 6-7 meses debe tener un ritmo de comidas y sueño bien establecido. Normalmente deberá seguir un esquema que denominamos 20-8-12-16 (ocho de la noche, cena y sueño, 8 de la mañana desayuno y breve sueño, 12 del mediodía comida y siesta y 4 de la tarde merienda).

Además el niño debe acostarse sin llanto, la mama debe abandonar la habitación diciendo buenas noches al niño y este debe conciliar el sueño espontáneamente y sin ayudas hasta las 8 de la mañana siguiente sin interrupciones. Si esto no es así es que algunos hábitos todavía no están bien estructurados.

PATOLOGÍAS DEL SUEÑO EN NIÑOS

INSOMNIO INFANTIL POR HÁBITOS INCORRECTOS (IIHI)

El Insomnio es el trastorno de sueño infantil mas 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. Mas 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 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 mejoría 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.

¿Cómo reeducar el hábito 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. Es bueno que tenga junto a él su animalito de peluche, su juguete preferido o su almohada. Se sentirá mas 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.

¡Error! Marcador no definido. LAS PARASOMNIAS

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. Su frecuencia es variable y su prevalencia varía según los autores.

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 (estudio de sueño nocturno) 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. La Enuresis, aunque también es un fenómeno frecuente que se produce por la noche durante el sueño, no es propiamente un trastorno tratado por la mayoría de los especialistas en sueño.

SONAMBULISMO Es la repetición automática de conductas aprendidas durante los periodos de vigilia, durante el sueño. El niño está profundamente dormido (en fase 3-4) cuando sucede el episodio. La prevalencia del fenómeno varía según los autores aunque la media estaría entre un 1 y 15% de la población infantil.

Tienen lugar durante la primera mitad de la noche 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. Hay amnesia total del episodio.

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, mas bien dando órdenes sencillas que haciendo preguntas. Suele ser mas frecuente en aquellas familias con antecedentes de sonambulismo y normalmente desaparece durante la edad adulta.

En el estudio de sueño nocturno y durante el episodio se suelen observar los elementos electroencefalográficos propios de un despertar consistentes en brotes de ondas delta hipersincrónicas de elevado voltaje y distribución difusa para pasar progresivamente a ritmos de vigilia. No hay nunca elementos críticos o paroxísticos epilépticos.

Existen algunos casos mas graves o espectaculares, aunque afortunadamente poco frecuentes, que han consistido en accidentes derivados del episodio de sonambulismo. Caídas desde ventanas o balcones, salidas a la calle u otras situaciones más o menos comprometidas.

Cuando se trata de casos leves con poco componente motor o bien muy distanciados en el tiempo, no precisan tratamiento farmacológico, aunque si debemos procurar la máxima seguridad en el entorno nocturno del niño cerrando bien puertas y ventanas para evitar caídas o salidas.

Cuando son más frecuentes y el niño debe dejar el hogar, por ejemplo si asiste a campamentos de colonias, puede ser útil utilizar benzodiazepinas de vida media corta (medio comprimido de Triazolam 0.125mg. o Zolpidem 10mg) durante los días que esté en esta situación (entre 7 y 10 días). Las benzodiazepinas disminuyen el porcentaje de fase profunda de sueño con lo cual

también disminuyen las posibilidades de presentar los episodios de sonambulismo.

En algunos casos excepcionales que se prolongan hasta la adolescencia y con importante componente motor es útil el tratamiento con Amineptina. En estos casos es aconsejable la ayuda de un especialista en patología del sueño.

TERRORES NOCTURNOS Es una parasomnia que suceden durante la primera mitad de la noche en fase de sueño profundo. Se caracterizan por grito y llanto brusco e inesperado del niño, con una expresión de miedo intenso en la cara y sudor frío. Las pupilas pueden estar dilatadas y existe taquicardia. Es muy difícil despertarlo, porque está profundamente dormido y si se consigue, el niño puede sorprenderse ya que no entenderá el porque se le ha despertado. Hay amnesia total del episodio.

Ocasiona una clara angustia en los padres si no conocen la existencia de este fenómeno. Piensan que al niño le sucede algo grave y sobretodo que está sufriendo profundamente. Suelen realizar todo tipo de maniobras para despertarlo y se sienten frustrados cuando el niño se despierta aturdido y con imposibilidad de explicar lo que ha sucedido.

Suelen aparecer alrededor de los 2-3 años con un pico máximo entre los 6 y 12 años, de incidencia familiar y con una prevalencia del 3 al 5 % en la población infantil, 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 o se golpee. No se le debe hablar ni mucho menos intentar despertarlo. El episodio cederá espontáneamente después de 4-5 minutos aunque en algunos pacientes puede persistir hasta los 15 minutos.

En la polisomnografía se observa un despertar brusco desde una fase profunda de sueño, sin ninguna anomalía de tipo comicial.

El diagnóstico diferencial debe realizarse con las Pesadillas, el Insomnio Infantil por Hábitos Incorrectos y las Crisis comiciales de tipo Afectivo. Las pesadillas se producen sobretodo durante la segunda mitad de la noche, el niño está despierto y relata lo que le produce miedo. El Insomnio Infantil por Hábitos Incorrectos es una entidad muy frecuente afectando a un 30% de la población infantil. Consiste en la dificultad de iniciar el sueño solo ya sea al empezar la noche o después de un despertar nocturno. El niño suele requerir la presencia de los padres, gritando intensamente si no acuden. Este grito puede confundirse con un "terror nocturno". El niño calla o se calma con la presencia de los padres cosa que no ocurre en los verdaderos "Terrores Nocturnos". La frecuencia también los diferencia. Los despertares nocturnos en el Insomnio Infantil pueden variar entre 2 a 10 veces por noche mientras que en los Terrores Nocturnos es rarísima la presencia de 2 o 3 episodios en una misma noche.

No existe ningún tratamiento específico. Se han intentado ayudas de tipo farmacológico (poco eficaces y recomendables bajo nuestro punto de vista) y soporte psicológico en niños mayores. Muy a menudo es mucho más útil tratar la angustia que provoca en los padres que efectuar ninguna aproximación terapéutica sobre los niños.

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 duran unas semanas 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 de psicopatología. No precisan tratamiento.

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 a ninguna actividad mental. Es muy frecuente en niños con malformaciones maxilo-faciales y con mala oclusión dentaria especialmente en el Síndrome de Down.

SOMNILOQUIA Es un fenómeno muy frecuente e inocuo 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 y no entrañan ninguna patología específica. Suelen despertar a los hermanos que duermen con ellos aunque raramente se despiertan a si 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 mas 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 excoriaciones sobretodo en la barbilla.

Normalmente desaparecen espontáneamente antes de la adolescencia. Se ven en niños normales pero mucho mas 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 hirsutia, el espasmo mutans y el Síndrome de la muñeca oscilante. No existe un tratamiento específico. Informar y calmar a los padres es 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 neurológicamente y psiquiátricamente.

Como posible tratamiento puede intentarse un cambio en las rutinas de adormecimiento del niño, siguiendo un esquema similar al utilizado en el tratamiento del Insomnio Infantil por Hábitos Incorrectos. Los fármacos hipnóticos o ansiolíticos son poco eficaces.

OTRAS PARASOMNIAS MENOS FRECUENTES

- **Despertar confusional:** Consiste en un estado de confusión durante y, sobre todo, inmediatamente después del despertar del sueño. Es un fenómeno típico en los niños cuando se les despierta de un sueño profundo en la primera parte de la noche. Actúan de forma automática y no suelen recordar nada al día siguiente. El fenómeno es totalmente benigno y no precisa tratamiento específico.

- **Sobresaltos del adormecimiento:** Son contracciones mioclónicas breves e imprevistas de las piernas al inicio del sueño. Ocasionalmente también suelen involucrar a los brazos y cabeza. Pueden ser asimétricas y se producen exclusivamente en el inicio del sueño, desapareciendo después. Los niños pueden recordarlas asociadas a ensueños tipo "caída al vacío". Son benignas y no precisan tratamiento. Pueden persistir toda la vida. Se producen en el estadio 1 de sueño y suelen coincidir con ondas agudas en vertex que se visualizan en la polisomnografía. En los recién nacidos y lactantes pueden ser más evidentes y ser motivo de angustia de los padres. Se presentan también a nivel de mentón. Debe hacerse el diagnóstico diferencial con el Síndrome de West en el lactante y con la Epilepsia Mioclónica Benigna en el adolescente.

- **Calambres nocturnos:** Es una sensación dolorosa o una tensión muscular que se observa habitualmente en la parte inferior de las piernas o en el pie y que aparece durante el sueño, ocasionando algunos despertares nocturnos. Suelen describirla los niños mayores o preadolescentes. Ocasionalmente se han relacionado con una falta de potasio.

- **Parálisis del sueño:** Consiste en períodos de incapacidad para mover de forma voluntaria un grupo de músculos al inicio del despertar, aunque a veces también se pueden ver en el momento de dormirse. Si se producen en el inicio del sueño se denominan hipnagógicas y si se observan al despertar se denominan hipnagógicas. Son muy angustiosas para el niño ya que tiene la sensación de que se ha quedado inválido. Sabe que está despierto pero no puede hablar ni gritar. Trata desesperadamente de moverse y no consigue mover ni un solo músculo. Ceden espontáneamente después de unos minutos. Se producen por un trastorno del control motor de origen desconocido. El fenómeno

es benigno pero no existe tratamiento específico. Es de gran ayuda explicar al niño que cuando se produzca este fenómeno no trate de moverse y piense que debe intentar quedarse nuevamente dormido o que la situación ya cederá espontáneamente sin hacer nada.

- **Deglución anormal nocturna:** Es un trastorno en el cual existe una deglución inadecuada de saliva, que puede dar lugar a una aspiración, con tos y sensación de ahogo, seguido de breves despertares que interrumpen el sueño. La impresión que tienen los padres cuando observan al niño es que esta "comiendo" ya que existen unos movimientos de masticación acompañados de sonidos ostentosos que finalizan con una deglución. El niño permanece dormido durante los episodios que pueden ser de varios minutos de duración aunque lo mas frecuente es que sean aislados. Son de distinta intensidad y pueden despertar al niño cuando la deglución de saliva se produce por la vía respiratoria. No existe tratamiento específico.

- **Reflujo gastroesofágico nocturno:** Se caracteriza por regurgitaciones de los contenidos gástricos hacia el esófago durante el sueño. Es poco frecuente pero puede observarse en recién nacidos y lactantes. Puede ser causa de apneas. Normalmente benigno.

- **Hiperhidrosis del sueño:** Se caracteriza por una sudoración profusa que tiene lugar durante las primeras horas del sueño, normalmente independiente de la temperatura exterior. Frecuente en lactantes. Puede afectar solo a algunas partes del cuerpo (cuello y cabeza) y mas raramente a todo el cuerpo. En algunos niños la intensidad de la sudoración les despierta y obliga a cambiarles el pijama. No se conoce tratamiento específico.

- **Alucinaciones hipnagógicas terroríficas:** Se refiere a sueños terroríficos que ocurren durante el inicio del sueño y que son similares o por lo menos son vividos de forma similar a la realidad. Son raros y pueden presentarse asociados a Parálisis del sueño. En niños mayores puede haber factores psicológicos implicados en la génesis del proceso. Las benzodiacepinas de vida media corta pueden ser útiles utilizadas durante una o dos semanas.

OTRAS ALTERACIONES NOCTURNAS DE TIPO RESPIRATORIO

-**Ronquido primario:** El ronquido primario se define como el ruido que produce el aire al pasar por la orofaringe en el acto respiratorio durante el sueño. No debe estar asociado con apnea, hipoxemia ni hipoventilación. Aparece en cualquier edad, se puede producir en cualquier postura, es continuo y no está asociado con tiraje subesternal ni intercostal ni posturas poco habituales (por ejemplo, hiperextensión del cuello). El ronquido primario no se asocia con despertar frecuente ni alteraciones del sueño, ni tampoco diurnos, como somnolencia excesiva, cefaleas matinales ni disminución del rendimiento escolar. Puede haber síntomas de respiración bucal diurna y nocturna, congestión nasal

persistente y halitosis. Se desconoce la prevalencia del ronquido primario en los niños pero las estimaciones actuales indican que alrededor del 7% al 10% de los niños son roncadores habituales. En los lactantes, obedecen a anomalías estructurales de las vías aéreas. Es común que el ronquido primario afecte a múltiples miembros de una familia, pero se desconoce la participación de factores hereditarios. Tampoco se conoce la evolución del ronquido primario en los niños, y si roncar es nocivo.

El diagnóstico comienza con la anamnesis y el examen físico orientados a detectar las características del ronquido. El diagnóstico diferencial incluye SAOS, estridor, laringoespasma relacionado con el sueño y otras causas de respiración ruidosa durante el sueño. En la actualidad no está indicada la polisomnografía en los niños que consultan por ronquido habitual. Cuando se estudia mediante la polisomnografía se demuestra un ronquido que es habitualmente continuo, en general durante la inspiración, y no cíclico ni interrumpido por pausas. El ronquido primario no se asocia con despertar ni otros signos de alteración del sueño, como inquietud, desaturación de la oxihemoglobina, hipercapnia ni arritmias cardíacas.

No hay evidencia científica que demuestre la necesidad del tratamiento del ronquido primario en los niños. Como algunos niños con ronquido primario parecen estar expuestos a presentar SAOS, se los debe controlar periódicamente, sobre todo durante el período de máxima hipertrofia del tejido adenoideo y amigdalino.

- **Laringoespasma durante el sueño:** Se refiere a los episodios de despertar agudo por una intensa sensación o incapacidad para respirar acompañada de estridor. Es raro y suele observarse en algunos lactantes afectados de otras enfermedades sobretodo de tipo malformativo. No existe tratamiento específico.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE ALGUNAS PARASOMNIAS Y CRISIS EPILÉPTICAS.

Los fenómenos motores, vegetativos u oníricos nocturnos pueden presentarse conjuntamente con actividad electroencefalográfica normal o bien con anomalías en la actividad eléctrica cerebral. En el primer caso hablamos de Parasomnias. En el segundo caso hablamos de Crisis Epilépticas durante el Sueño.

El diagnóstico se realizará por la clínica con la ayuda si se precisa, de la exploración polisomnográfica del sueño. En algunos casos las características clínicas del episodio serán suficientes para establecer el diagnóstico diferencial; en otros será necesario el estudio poligráfico nocturno para esclarecer la naturaleza de los episodios. El diagnóstico diferencial correcto nos proporcionará la posibilidad de establecer el tratamiento adecuado y poder sugerir un pronóstico.

Las Crisis Epilépticas predominantemente nocturnas pueden presentar distintos grados de intensidad y frecuencia. Suelen ser episodios más o menos aparatosos o graves aunque pueden formar parte de Síndromes Epilépticos Benignos.

TERRORES NOCTURNOS: El diagnóstico diferencial debe establecerse con las **CRISIS EPILEPTICAS PARCIALES COMPLEJAS**, concretamente la **EPILEPSIA PARCIAL BENIGNA con SINTOMATOLOGIA AFECTIVA**.

La epilepsia parcial con sintomatología afectiva fue propuesta por el grupo de D. Bernardina en 1980. Sus características epidemiológicas son: debut entre los 2 y 9 años, los episodios críticos pueden aparecer varias veces por día, durante el día y la noche, son controlados rápidamente con la medicación (carbameceptina) y el desarrollo neurológico e intelectual del niño es normal.

Clínicamente se caracterizan por: terror o miedo súbito que se expresa por gritos y conductas motoras bruscas; el niño llama a su mamá, se agarra a ella o se dirige hacia un rincón de su habitación, produce movimientos de deglución automática o masticación. También puede asociarse a una risa ansiosa, gemidos o hipersalivación, con fenómenos vegetativos (sudoración, palidez y dolor abdominal). Puede acompañarse de una leve modificación del nivel de vigilancia pero nunca de pérdida de conciencia. La duración media de las crisis es de 2 minutos y no se asocia a otro tipo de crisis.

En el EEG ínter crítico se observan grafoelementos irritativos similares a los descritos en la epilepsia rolandica benigna (ondas agudas y punta onda en áreas temporales y rolandicas de uno o ambos hemisferios). La estructuración del sueño es normal.

SONAMBULISMO: Debe realizarse el diagnóstico diferencial con las **CRISIS PARCIALES COMPLEJAS CON COMPONENTE PSICOMOTOR**

La crisis parciales complejas con componente psicomotor suelen presentarse en cualquier momento de la noche y ocasionalmente durante el día. Clínicamente se caracterizan por conductas motoras y vegetativas, pudiendo acompañarse de gritos y automatismos. Hay frecuentes despertares después de los episodios comiciales con sopor poscrítico y suelen relacionarse con el sueño REM. Hay actividad intercrítica en el EEG ya sea en vigilia o durante el sueño. Pueden responder a un tratamiento con Carbameceptina.

SOBRESALTOS DEL ADORMECIMIENTO: El diagnóstico diferencial debe realizarse con la **EPILEPSIA MIOCLONICA JUVENIL BENIGNA (EMJB)**. En el lactante debe realizarse el diagnóstico diferencial con el **SINDROME DE WEST**.

La Epilepsia Mioclónica Juvenil Benigna se caracteriza clínicamente por sacudidas mioclónicas bilaterales, aisladas o repetitivas, arrítmicas, irregulares y predominando en extremidades superiores. Algunos jóvenes pueden presentar una caída al suelo después de una sacudida brusca. No hay alteración de conciencia.

Se asocia a crisis generalizadas tónico-clónicas y menos frecuentemente a ausencias. Las crisis suelen presentarse durante el despertar o poco tiempo después de acabado el sueño y pueden ser provocadas por la privación de sueño. El EEG crítico muestra punta onda y polipunta onda rápida (superiores a 3 segundos), generalizadas, que también suelen aparecer en el periodo intercrítico.

No existe una estrecha relación entre la descarga y la sacudida mioclónica. Hay una buena respuesta al tratamiento con Valproato Sódico.

El Síndrome de West se caracteriza por: Espasmos tónicos en flexión o extensión de las cuatro extremidades, en salvas y desencadenados por el inicio o fin del sueño. También pueden desencadenarse mediante un estímulo acústico mientras el niño duerme. Se acompaña de un patrón EEG característico durante el sueño (hipsarritmia) y deterioro del desarrollo psicomotor. Aparece entre los 3 y 7 meses de edad y es una enfermedad grave.

LAS HIPERSOMNIAS

Al igual que el adulto los niños pueden presentar una hipersomnolia o somnolencia excesiva diurna como síntoma de un trastorno de su sueño. La somnolencia es un estado fisiológico básico que puede ser comparado con el hambre o la sed y que constituye una necesidad esencial para la supervivencia de los seres vivos. La presencia e intensidad de dicho estado durante la vigilia estará condicionado por el número de horas de sueño nocturno y por la calidad del sueño. La aparición de somnolencia en momentos inapropiados puede considerarse un fenómeno patológico. Se observa cuando hay una ausencia de estímulos externos que normalmente sirven para mantener en vigilia a una persona. Aparece como síntoma de enfermedades como el Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño y la Narcolepsia, cuando se duerme un número insuficiente de horas o cuando existe un sueño superficial, poco reparador debido a numerosas causas.

SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO (SAOS) EN NIÑOS

El SAOS infantil se caracteriza por episodios de obstrucción parcial o completa de la vía aérea superior (de duración mayor o igual a 2 ciclos respiratorios) que sobrevienen durante el sueño, asociados habitualmente con reducción de la saturación de la oxihemoglobina y/o hipercapnia .

Los síntomas nocturnos consisten en ronquido, respiración paradójica, tiraje, apnea, dificultad respiratoria y cianosis observables durante el sueño, o alteraciones del sueño. Los síntomas diurnos son obstrucción nasal, respiración bucal y otros síntomas de hipertrofia adenoidea y amigdalina, problemas de comportamiento o somnolencia excesiva durante el día. La forma severa se puede asociar con cor pulmonale, retraso madurativo, retraso de crecimiento o muerte. La mayoría de los padres consulta porque el niño ronca fuerte o presenta dificultad respiratoria durante el sueño.

Por lo general, el ronquido ha estado presente durante meses o años antes de la consulta. Se desconoce la real prevalencia del SAOS en pediatría, pero se le estima entre el 2% y el 3% de la población infantil.

El SAOS puede ocurrir a cualquier edad, pero lo más común es que se diagnostique en niños de 2 a 7 años. Después de la pubertad, el SAOS predomina en varones, desconociéndose la importancia de los factores genéticos en la génesis de la enfermedad.

En contraste con los adultos con SAOS, en los que el patrón de ronquido se caracteriza por ronquidos fuertes que alternan con períodos de silencio, el

ronquido en el SAOS infantil es más a menudo intenso y continuo. Los padres pueden describir retracción esternal, y tiraje, supraesternal o intercostal. Contrariamente a los adultos, los niños a menudo "entran y salen" de la obstrucción de vías aéreas superiores sin despertar (arousal) (9). Pueden tener sueño inquieto y algunos se caen de la cama. Al despertar por la mañana pueden estar vacilantes, confundidos o tener dificultad para ser despertados, y los niños mayores pueden referir cefalea matinal. Los lactantes y los niños pequeños pueden presentar retraso madurativo.

Por lo general, los niños con SAOS no manifiestan somnolencia excesiva muy clara durante el día. Aun cuando los más pequeños (< 5 años) sí presentan este síntoma, suele pasar inadvertido, puesto que las siestas no llaman la atención a esa edad. Los niños mayores y los adolescentes pueden mostrar somnolencia excesiva durante el día, que a veces manifiestan quedándose dormidos en la escuela. Durante la edad de mayor hipertrofia adenoidea y amigdalina, los síntomas pueden empeorar.

Todo aquello que reduzca el calibre de la vía aérea nasal y faríngea puede predisponer al SAOS. En los niños, lo más común es la hipertrofia adenoidea y amigdalina, aunque también se puede asociar con pólipos nasales, rinitis alérgica crónica, infecciones faríngeas y macroglosia. Las infecciones de vías aéreas superiores pueden inducir SAOS transitorio en niños sin síntomas previos. La obesidad infantil predispone al SAOS, aunque muchos niños con ese trastorno no son obesos.

Las anomalías craneofaciales también son factores predisponentes. Los niños con trastornos como el síndrome de Down, la acondroplasia, el síndrome de Beckwith-Weidemann y la mucopolisacaridosis son más proclives a presentar SAOS. Todo niño con anomalías estructurales de la vía aérea nasal o faríngea, sobre todo hipoplasia del macizo facial central, macroglosia o retrognatia, tiene un riesgo mayor. La reparación de una fisura palatina, puede predisponer a la aparición de SAOS. La parálisis cerebral predispone a los trastornos funcionales de la vía aérea superior, manifestados habitualmente por deglución anormal y/o SAOS.

La patogenia del SAOS no está esclarecida. Se considera que una reducción del calibre de la vía aérea superior (por amígdalas, adenoides, pólipos, retrognatia, macroglosia o estrechamiento de la vía aérea nasal), una anomalía del control nervioso de la vía aérea superior, o una combinación de ambos factores, obstruye la respiración durante el sueño.

El diagnóstico de SAOS es difícil porque muchos niños con ronquido primario, una entidad benigna que no exige tratamiento, muestran características de presentación similares e incluso idénticas. La dinámica diagnóstica sugerida es la siguiente: anamnesis con información específica acerca del sueño y la respiración durante el sueño, patrones del sueño (cronología, inquietud, posiciones durante el sueño, comportamiento durante el sueño). Ronquido (tono, calidad, pausas, intensidad, comienzo, frecuencia, duración). Presencia de enuresis, sobretodo si ya había desaparecido. Comportamiento durante la vigilia (estado madurativo, rendimiento escolar, personalidad, cefaleas matinales, irritabilidad). Antecedentes de enfermedad adenoamigdalina recurrente. Patologías asociadas (síndromes craneofaciales, enfermedad cardiopulmonar). Crecimiento y desarrollo.

Dentro de los hallazgos físicos debemos revisar los siguientes: Examen oro-naso-faríngeo completo con énfasis en la presencia de hipertrofia adenoamigdalina y anomalías craneofaciales. Examen cardiológico para detectar evidencia de cor pulmonale.

Hoy en día es fácil poder realizar pruebas de sospecha con la colaboración de los padres ya que la existencia de videos domésticos nos pueden ayudar. Les es relativamente asequible el poder filmar a su hijo durmiendo, gravando la intensidad del ronquido y de las posibles apneas. Después cuando el pediatra visualiza la cinta puede tener una idea aproximada de lo que está sucediendo e indicar si se precisa una prueba de confirmación que consistirá en la práctica de una Polisomnografía nocturna de al menos 8-9 horas de duración.

Como la práctica internacional habitual en adultos es establecer el diagnóstico de SAOS a través de una investigación objetiva antes de instaurar un tratamiento parecería incongruente no insistir en confirmar el diagnóstico en niños con pruebas objetivas. Por lo tanto, nuestro criterio es practicar polisomnografía nocturna a todo niño con presunción de SAOS, para demostrar la presencia y la severidad del síndrome.

Los datos reunidos con la polisomnografía permiten caracterizar patrones de sueño, calidad de sueño, patrones respiratorios, ronquido, obstrucción de la vía aérea, hipoxemia, hipercapnia y cualquier fenómeno inusual que aparezca durante el sueño. A partir de esos resultados, un especialista experimentado en este área puede distinguir entre ronquido primario y obstrucción respiratoria durante el sueño, y determinar la severidad del trastorno respiratorio.

La enfermedad no aparece bruscamente sino que se va instaurando lenta y progresivamente por lo que podremos encontrar distintos estadios evolutivos. Según los resultados diagnósticos podemos catalogar al síndrome según tres grados de severidad:

- Leve: Se asocia con síntomas diurnos leves o mínimos. La mayor parte del período de sueño está libre de alteraciones respiratorias. Los episodios respiratorios obstructivos se asocian con mínima o leve desaturación de la oxihemoglobina y no hay aumento de CO₂ espiratorio final o éste es leve. No hay evidencias de cor pulmonale, retraso madurativo ni alteración del crecimiento. En la polisomnografía se observa un índice de apnea entre 1-3.

- Moderado: Se asocia con síntomas diurnos que interfieren con el normal desarrollo de vida del niño o familia pero no son incapacitantes. Puede estar asociado con desaturación moderada de la oxihemoglobina o aumento del CO₂ espiratorio final. No hay evidencias de cor pulmonale, retraso madurativo ni alteración del crecimiento. En la polisomnografía se observa un índice de apnea entre 5-20.

- Severo: Se asocia con síntomas diurnos que interfieren significativamente con el desempeño normal de sus actividades. La mayor parte del período de sueño está asociado con alteración respiratoria. La desaturación de la oxihemoglobina o el aumento del CO₂ espiratorio final es severo. Puede haber evidencias de cor pulmonale, retraso madurativo o alteración del crecimiento. En la polisomnografía se observa un índice de apnea superior a 20.

Como que la causa en la mayoría de los niños con SAOS infantil es la presencia de hipertrofia adenoidea y amigdalina, la adenoamigdalectomía representa el tratamiento más común y efectivo. En aquellos niños con SAOS asociados a obesidad es necesario un tratamiento dietético. El SAOS grave en

niños con anomalías craneofaciales puede exigir cirugía plástica o traqueotomía. Transitoriamente puede ser usado un sistema CPAP adaptado a niños (aire a presión positiva continua) en espera del tratamiento definitivo.

NARCOLEPSIA

El término "Narcolepsia" designa un estado patológico caracterizado por episodios irresistibles de sueño de corta duración que ocurren a pequeños intervalos de tiempo durante el día. Se acompañan de caídas que reciben el nombre de "Cataplejía". Ocasionalmente se asocian otros síntomas como la Parálisis del sueño y las Alucinaciones hipnagógicas y el inicio del sueño en fase REM, hechos característicos de esta enfermedad.

La palabra Narcolepsia se refiere a un síndrome de origen desconocido y que forzosamente implica una disfunción del sueño REM. Su prevalencia esta entre el 5 y 6 por mil de la población, afectando ligeramente mas a los varones que a las hembras. La edad de aparición varia desde la **preadolescencia** a la década de los cincuenta (50 - 60 años), con un máximo alrededor de la segunda década (20-30 años). Es conocido el factor predisponente genético en la génesis de este Síndrome que se transmite de forma autosómica recesiva en el modelo animal, pero recientemente se ha descubierto que la inmensa mayoría de los Narcolépticos son antígeno (HLA) DR2 positivos, por lo que la implicación del sistema inmunológico parece clara .

Los síntomas más evidentes son:

1- **Somnolencia Excesiva Diurna**: De forma inesperada e incontrolada los pacientes con esta alteración sienten la necesidad imperiosa de dormir por breve espacio de tiempo, sobre todo cuando se dan circunstancias ambientales monótonas que den lugar a relajación. Los episodios pueden durar desde minutos a una hora, dependiendo de la posición en que se encuentre el sujeto. Después del sueño hay una sensación reconfortante, con sensorio despejado y vivo. Además de los "ataques" de sueño el paciente puede sentirse somnoliento, con un nivel de alerta bajo que es el responsable de un bajo rendimiento escolar, con lapsus de memoria y automatismos gestuales, deambulatorios o del lenguaje.

2- **Cataplejía**: Es la pérdida brusca del tono muscular desencadenada por una causa emocional (alegría, miedo, sorpresa, etc.). Puede afectar a algunos grupos musculares aislados o a toda la musculatura esquelética. La intensidad y extensión de la cataplejía varía según el grado de musculatura afectada. La duración puede estar entre breves segundos y 30 minutos.

3- **Parálisis del sueño y alucinaciones**: Es un fenómeno desagradable que ocurre cuando se inicia el sueño o cuando termina y consiste en la imposibilidad de mover nuestro cuerpo, hablar o incluso respirar profundamente, estando totalmente despiertos. Los episodios asustan al joven sobretodo si los desconoce, creándole ansiedad y miedo. Su duración nunca excede los 10 minutos y cede espontáneamente. Suele asociarse a alucinaciones visuales, sensitivas y auditivas que dan un carácter aun más terrorífico al episodio.

La sospecha se realiza por la sintomatología clínica y se confirma con la práctica de un Test de Latencias Múltiples (MSLT) que pone en evidencia una importante somnolencia excesiva diurna (latencias igual o inferiores a 5 minutos) y el inicio en fase REM de al menos dos de las cuatro siestas que se realizan durante el MSLT. Se complementa el diagnostico con la determinación del HLA

DR2 y la práctica de una polisomnografía que mostrara un sueño desestructurado con una latencia de fase REM inferior a 15 minutos y múltiples despertares nocturnos.

El tratamiento consistirá en primer lugar en informar al paciente adolescente y a los padres sobre la naturaleza de su sintomatología, haciendo especial hincapié en que no se trata de ninguna patología psicológica ni menos psiquiátrica. Deben regularse sus hábitos de sueño y recomendar siestas frecuentes, cada 3-4 horas, de duración limitada no excediendo los 10-15 minutos, que serán el método más eficaz para combatir la somnolencia excesiva diurna. Deberá intentar adecuar su actividad escolar a la práctica de estas breves siestas. Si las siestas son insuficientes o no pueden realizarse puede intentarse un tratamiento farmacológico basado en la utilización de estimulantes del sistema nervioso central. El de mayor uso actualmente es el metilfenidato a dosis de 10-20 miligramos/día, instaurados en forma progresiva, repartidos en dos tomas, una hora antes de las comidas de la mañana y el mediodía (ocasionalmente se podrán usar dosis más altas -hasta 50 mg.- pero nunca se deben administrar más allá de las 16 horas, para evitar la distorsión del sueño nocturno y modafinilo en dosis de 100-400 mg/día. Los efectos secundarios son los comunes a los estimulantes de sistema nervioso central. El tratamiento puede producir tolerancia por lo que se recomienda, cuando se presente este fenómeno, reducir las dosis para permitir posteriormente la recuperación de su eficacia. Los antidepresivos son los fármacos más efectivos en el tratamiento de la cataplejía, y también suprimen las alucinaciones hipnagógicas e hipnapómpicas y las parálisis del sueño. Si se asocia con el metilfenidato debe controlarse periódicamente la tensión arterial ya que en algunos pacientes puede elevarse.

OTRAS HIPERSOMNIAS DE LA ADOLESCENCIA

IDIOPÁTICAS

Otras etiologías menos frecuentes son algunas hipersomnias periódicas también denominadas idiopáticas recurrentes:

Síndrome de Kleine-Levin: Es la más llamativa de ellas que habitualmente se confunde con una alteración psiquiátrica. Se caracteriza por episodios de hipersomnias con hiperfagia y alteraciones de funciones superiores. Es más evidente en adolescentes varones aunque también se observa en niños y mujeres. Parece que podría tratarse de una disfunción del sistema mesencefalo-hipotálamo-límbico aunque su fisiopatología exacta aun no ha sido descrita. Las necesidades de sueño son variables. Pueden aparecer bruscamente o progresivamente, con una duración que oscila entre minutos u horas. En algunos casos se han descrito episodios de sueño con una duración de semanas.

La hiperfagia es en algunos casos compulsiva tratándose de auténticos casos de bulimia. En otros solo existe polifagia es decir solo come mayor cantidad de alimentos que los habituales pero sin voracidad. Se evidencia cuando el paciente interrumpe su sueño. Las alteraciones de las funciones mentales son del ámbito de la conducta, del estado de ánimo o del pensamiento. Pueden presentar letargia, apatía y desinhibición sexual que puede llegar a ser muy espectacular. Suele ser una masturbación constante y repetida incluso en público o insinuaciones a otras personas. Pueden estar agresivos o irritables durante los brotes. Cuando salen de ellos los pacientes están totalmente normales.

El diagnóstico se realiza por la sintomatología clínica que es fácil si existen todos los síntomas o mas dificultoso si es incompleto o parcial. La polisomnografía nocturna no aporta datos específicos aunque se han descrito alteraciones que afectan a la fase REM. No existe un tratamiento específico para la enfermedad. Los estimulantes simpaticomiméticos no son eficaces. Solo el carbonato de litio se ha mostrado eficaz, sin saber exactamente al nivel en que actúa.

El otro tipo de hipersomnia en los adolescentes de tipo recurrente es la **ligada al ciclo menstrual**. Se ha observado en algunas mujeres jóvenes que presentan por primera vez la menarquia asociada a hiperfagia y trastornos de las funciones mentales. La hipótesis causal sería que la etiología del proceso podría estar en una alteración de la estructura reguladora del proceso hormonal y del sueño. Parece que con el uso de anovulatorios hace desaparecer la sintomatología.

SECUNDARIAS

La más frecuente es la **hipersomnia postraumática**, que puede observarse en un 10% de los traumatismos craneoencefálicos. Suele ser transitoria oscilando entre unas horas o 6-7 días.

Otras causas de hipersomnia secundaria serían las meningoencefalitis, los tumores cerebrales sobretodo mesodiencefálicos, las encefalopatías, la hipertensión endocraneal y algunas enfermedades metabólicas (renales y/o hepáticas). Ciertas intoxicaciones y algunos fármacos, sobretodo los sedantes del SNC, también podrían ser los responsables.

Por último no se pueden olvidar las distintas causas **psiquiátricas** que ocasionan hipersomnia. Los trastornos afectivos pueden ser causa de hipersomnia. Siempre hemos de descartar la posibilidad de depresión cuando acude un niño o adolescente con una somnolencia excesiva diurna.

·PATOLOGÍAS DEL RITMO CIRCADIANO

Hay una relación estrecha entre el correcto funcionamiento del sistema circadiano y el estado de salud de los individuos. La principal característica de los trastornos por causas circadianas es una alineación errónea entre el patrón de sueño del sujeto y el deseable a la normativa convenida socialmente. En la mayoría de estos trastornos el problema subyacente es que el sujeto no puede dormir cuando el sueño es deseado y como resultado se producen episodios de sueño a horas inadecuadas o bien la vigilia aparece en momentos no deseados. Los sujetos pueden quejarse indiferentemente de insomnio o excesiva somnolencia.

SÍNDROME DE LA FASE RETRASADA DEL SUEÑO:

Las características de su alteración consisten en dificultades para iniciar el sueño antes de las 2-3 de la madrugada (normalmente suelen hacerlo entre las 2 y las 6 horas), y les es muy costoso levantarse antes de las 12-13 del mediodía. Suelen ser individuos que se les mal califica como noctámbulos o vagos y generalmente son mal considerados dentro de la sociedad. Suelen tener somnolencia principalmente durante la mañana.

Presentan un patrón de sueño estable de 24 horas caracterizado por un retraso respecto al horario local en los fines de semana y vacaciones. Generalmente son individuos que se sienten más activados en la segunda parte del día (tarde-noche), asociándolo a un mayor bienestar.

Su **tratamiento** se basa en la cronoterapia (regulación progresiva de los horarios de sueño) junto con la terapia lumínica, basada en la aplicación de luz para fijar la fase de sueño, así como un soporte psicológico y la toma de melatonina.

Para realizar la regulación progresiva de los horarios de sueño, se le pide al sujeto que el primer día duerma todo lo que desee, a partir del segundo día retrase tres horas el momento de acostarse y levantarse y así progresivamente hasta alcanzar el horario deseado. Se le aconseja tener máxima intensidad de luz durante su mañana así como realizar una agenda de sueño y que realice las comidas y actividades según "su día".

Una vez alcanzado el horario deseado, se debe fijar mucha actividad por la mañana y tomar 3 mg. de melatonina a las 20-21 horas y acostarse a las 24h. incluido los dos primeros fines de semana.

Recomendaciones generales

La clave de las recomendaciones y estrategias para mejorar los problemas de las alteraciones circadianas es hacer del sueño prioridad. Las vías más útiles dependen del individuo y de sus circunstancias: optimización del entorno dónde se duerme, evitar sustancias tales como cafeína y alcohol antes de dormir, cambios en los horarios de trabajo, estrategias de sueño y siestas, estimulación mediante luz en el momento apropiado, medicación adecuada, actividad física o dieta y el proceder del paciente son los comportamientos señalados para neutralizar la desincronización circadiana, trastornos del sueño y sociales.

BIBLIOGRAFÍA:

Ali NJ, Pitson D, Stradling JR. The prevalence of snoring, sleep disturbance and sleep related breathing disorders and their relation to daytime sleepiness in 4-5 year old children. Am Rev Resp Dis. 1991; 143:A381.

Bernardina D., Chiamenti C., Capovilla G., Trevisan E. et Tassinari C.A. Epilepsie Partielle Benigne a Symptomatologie Affective. En "Les Syndromes Epileptiques de l'Enfant et de l'Adolescent". Roger, Dravet, Bureau, Dreifuss, Wolf, Eds. J.Libbey Eurotex, London-Paris 1984, 175-179.

Buela-Casal, G. Y Caballo, V.E. (1991) Clasificación internacional de los trastornos de sueño. En G. Buela-Casal y V.E. Caballo(comps), Manual de Psicología Clínica Aplicada. Madrid:Siglo XXI

Estivill Sancho, E.(1991). Duérmete Niño. Plaza y Janes. Barcelona.

Espinar J. Trastornos de excesiva Somnolencia: Clínica y tratamiento. En: Trastornos del sueño en la Infancia. Peraita, R. Ed. CEPE.S.A., Madrid 1992: 123-141.

Guilleminault C.: Obstructive sleep apnea syndrome in children. En: C. Guilleminault: Sleep and its disorders in children. Raven Press, New York, 1987, pp.: 213-224.

Guilleminault C. Narcolepsy. Sleep, 1986; 9: 99-291.

Jeavons P.M. Le Syndrome de West. En "Les Syndromes Epileptiques de l'Enfant et de l'Adolescent". Roger, Dravet, Bureau, Dreifuss, Wolf, Eds. J.Libbey Eurotex, London-Paris, 1984, 42-50.

Klackemberg G. Incidence of parasomnias in children in General population. En: Sleep and ints disorders in Chindren. Ed: Christian Guilleminault. Raven Press. New York 1987. 100-113.

MA García-Jiménez, F Salcedo –Aguilar, FM Rodríguez-Almonacid, MP Redondo-Martínez, ML Monterde-Aznar, Al Marcos-Navarro, MP Torrijos-Martínez. REV. Prevalencia de los trastornos del sueño en adolescentes de Cuenca, España. NEUROL 2004; 39 18-24

Praud JP, D'allest AM, Nedelcoux H, et al. Sleep-related abdominal muscle behavior during partial or complete obstructed breathing in prepubertal children. Pediatr Res. 1989; 26:347-350.

Ralph E., Mistlberger. Circadian regulation of sleep in mammals: Role of the suprachiasmatic nucleus. Department of Psychology, Simon Fraser University,

8888

University Drive, Burnaby, Canada, BC V5-A, 1S6

Thorpy M.J. Disorders of Arousal. In "Handbook of Sleep Disorders" Marcel Dekker, Inc. New York, Basel, 1990, 531-549.

Valdizan J.R., Vergara J.M., Rodriguez Arrondo J.P. y Saenz de Cabezon A.: Encuestas de opiniones del sueño realizadas a padres de niños escolarizados de 4 a 14 años de la provincia de Zaragoza. Revista Española de Neurofisiología Clínica. 1990. Vol.III/ 3-4. 72-73.

V. McLaughlin Crabtree et al. Cultural Influences on the bedtime behaviours of young children. Sleep Medicine 6 (2005) 319-324

Wolf P. L'Epilepsie Myoclonique Juvenile Benigne. En "Les Syndromes Epileptiques de l'Enfant et de l'Adolescent". Roger, Dravet, Bureau, Dreifuss, Wolf, Eds. J.Libbey Eurotex, London-Paris, 1984, 255-266.