

# Trastornos del sueño en la infancia y la adolescencia

Félix Amaro

---

## El sueño.

El sueño, en cuanto acto de dormir, es un estado de reposo uniforme de un organismo. En contraposición con el estado de vigilia -cuando el ser está despierto-, el sueño se caracteriza por los bajos niveles de actividad fisiológica (presión sanguínea, respiración, latidos del corazón) y por una respuesta menor ante estímulos externos.

Es un estado activo en el que tienen lugar cambios de funciones corporales, además de actividades de gran trascendencia para el equilibrio psíquico y físico, durante el cual se producen modificaciones hormonales, bioquímicas, metabólicas imprescindibles para el buen funcionamiento durante el día.

Es un proceso fisiológico, dinámico y reversible en el que aparece una menor respuesta e interacción con el medio y una intensa actividad cerebral que involucra una función cortical superior: es interesante destacar que sólo los animales con estructuras cerebrales altamente desarrolladas duermen y sueñan.

El psicólogo norteamericano William Charles Dement, nacido en 1928, estudiando a ciertos durmientes, reparó en que durante una etapa de su sueño tenían lugar movimientos rápidos del ojo (en inglés, REM, rapid eye movement), acompañados por un aumento de la respiración, la pulsación y la presión sanguínea, que alcanzaban los niveles propios de la vigilia. Este fenómeno ocupa una cuarta parte del tiempo que una persona pasa dormida.

El descubrimiento de Dement reveló que aquellas personas a las que se despertaba durante el sueño REM manifestaban claros indicios de trastorno psíquico y recordaban haber soñado. En función de estos hechos, comenzaron a surgir teorías que suponen el inicio de un estudio científico de los sueños y su función biológica y psicológica.

# Fases del sueño.

Durante el período en que descansamos el sueño pasa por diferentes fases, las mismas son:

Fase REM: característica en la cual el cerebro está muy activo, el tronco cerebral bloquea las neuronas motrices de manera que no nos podemos mover. REM proviene de los vocablos ingleses "Rapid Eye Movement" debido al característico movimiento de los globos oculares bajo los párpados. Ésta es la fase donde soñamos y captamos gran cantidad de información de nuestro entorno debido a la alta actividad cerebral que tenemos.

Fase 1 (Adormecimiento): es un estado de somnolencia que dura unos minutos. Es la transición entre la vigilia y el sueño. Se pueden dar alucinaciones tanto en la entrada como en la salida de esta fase. (5% del tiempo total del sueño).

Fase 2 (Sueño ligero): Disminuyen tanto el ritmo cardíaco como el respiratorio. Sufrimos variaciones en el tráfico cerebral, períodos de calma y súbita actividad. Es más difícil despertarse que en la fase 1. (50% del tiempo). En esta fase surgen esporádicamente dos grafoelementos típicos del EEG del sueño: las espigas del sueño (ondas puntiagudas) y los complejos K (picos repentinos).

Fase 3: Fase de transición hacia el sueño profundo. Pasamos unos 2 - 3 minutos aproximadamente en esta fase.

Fase 4 (Sueño Delta): Fase de sueño lento, las ondas cerebrales en esta fase son amplias y lentas así como el ritmo respiratorio. Cuesta mucho despertarnos estando en esta fase que dura unos 20 minutos aproximadamente. No suelen producirse sueños. (20% del tiempo total del sueño).

A lo largo de la noche el sueño lento (NREM) se alterna con sueño paradójico (REM). El total del sueño paradójico es un 25% del sueño. En esta fase se muestra una actividad cerebral semejante a la de la vigilia.

# Funciones del sueño.

**NREM: comandado por el tálamo, el hipotálamo y el prosencéfalo basal** es el responsable fundamentalmente de la reparación física del organismo. Sus funciones son:

Síntesis de hormona de crecimiento.

Regeneración y restauración orgánica.

Conservación de energía.

Estímulo del sistema inmunitario (*interleukina 1, interferón alfa 2* que son dos potentes inductores del sueño).

Aumento de síntesis proteica, absorción de aminoácidos por los tejidos.

Aumento de RNA.

Aumento de prolactina.

**REM: comandado por el tallo cerebral.** Sus funciones son:

Regeneración de procesos mentales: facultades mentales superiores como la fijación de la atención, habilidades cognitivas finas y las relacionadas con la relación social.

Aprendizaje y consolidación de huellas mnémicas (almacenamiento de memoria a Largo plazo).

Proceso de desaprendizaje: limpieza del cerebro para eliminar conexiones espúreas entre neuronas para prescindir de material inútil.

Reprogramar la información.

Proporcionar el estímulo endógeno periódico al cerebro para que mantenga cierta actividad durante el sueño.

Maduración y restauración cerebral.

## Aspectos biológicos del sueño.

En el **RN**, el ritmo circadiano no está completamente establecido y el sueño está generalmente coordinado por la alimentación. El sueño comienza con la etapa REM.

Durante las 1<sup>o</sup> semanas de vida, encontramos una periodicidad ultradiana de 3-4 hs., que luego va disminuyendo conforme se va instalando el ritmo circadiano que se establece posteriormente y aumenta en los meses siguientes. Encontramos grandes variaciones individuales:

el ritmo circadiano, de naturaleza endógena, muestra que el reloj interno funciona al nacimiento.

A los **2 meses**, la fase de despertar nocturno desaparece, lo que le permite la consolidación del sueño. A esta edad, el niño responde más al medioambiente como el ciclo luz-oscuridad. Cobra gran importancia la interacción madre-hijo.

A los **3 meses** el NREM se organiza en 4 estadios. Según. El 71% de los niños ya pueden dormir toda la noche.

A los **6 meses** el sueño comienza en NREM a semejanza del adulto y los movimientos del REM son reemplazados por la parálisis muscular (las neuronas del núcleo ceruleous, sensibles a las catecolaminas, inhiben las motoneuronas espinales).

A los **9 meses** el 90% de los niños duermen toda la noche.

El ritmo anárquico ultradiano (3-4 hs.) típico de los primeros meses de vida debe ser encarrilado mediante la aplicación de sincronizadores hasta llegar al ritmo circadiano. Estos son de 2 tipos:

**1) sincronizadores internos:** se caracterizan por ser poco modificables:

a- *la melatonina:* sintetizada por la glándula pineal, sigue un ritmo de 24 hs. Sincronizado con el ciclo luz-oscuridad. La rodopsina es el pigmento retiniano que crea el efecto supresivo de la luz sobre la glándula pineal.

b- *Temperatura corporal:* desciende antes de iniciar el sueño y aumenta al despertar. La diferencia puede llegar a ser de 1°C.

c- Cortisol.

**2) sincronizadores externos:** son los más modificables.

a- luz.

b- Sonido. Silencio.

c- hábitos, elementos externos asociados al sueño.

d- Actitud de los padres para enseñar el hábito correcto.

El conocimiento de estos aspectos fisiológicos cobra importancia ya que existen evidencias científicas de que la falta de ritmo circadiano, no sólo en el patrón de luz y de ruido (en las terapias neonatales, por ejemplo) y de atención materna pueden brindar indicaciones temporales contradictorias al ritmo circadiano del lactante.

Teniendo en claro hasta el momento, cómo va desarrollándose el sueño del niño y cuáles son sus funciones, estamos ya en condiciones de comprender las consecuencias del mal dormir tanto para el niño como para su familia.

## Consecuencias generales de dormir mal.

**En el niño: encontraremos efectos negativos en funciones cognitivas, emocionales y conductuales.**

Cambios subjetivos:

Cambios de humor, irritabilidad, fatiga.

Dificultades de concentración y desorientación.

Distorsiones perceptuales.

Alucinaciones visuales.

Impacto en las actividades cotidianas:

Microsueños diurnos que lo harán pasible de cometer errores y omisiones.

Hiperactividad.

Pérdida de la atención.

Enlentecimiento cognitivo, declinación de la velocidad de cálculo.

Dificultades en la memoria y el aprendizaje: menor logro académico. Hasta un 20 % de los niños pueden perder un año escolar.

Aumento de la prevalencia de accidentes tanto en el niño que no duerme como en sus padres.

El mecanismo por el que las alteraciones del sueño pueden contribuir al déficit neuroconductual se desconoce. La hipoxia en el SAOS traería alteraciones del sustrato neuroquímico de la corteza prefrontal.

**Cambios en los sistemas corporales:**

Neurológicos: nistagmo, hiperreflexia, temblores de manos, menor umbral para las convulsiones.

Apneas o pausas ventilatorias. La hipoxemia trae aparejado un déficit en las funciones ejecutivas (planeamiento, inicio, autorregulación de conductas orientadas hacia objetivos

Alteración de los niveles circulatorios de Hormona de Crecimiento, Hormonas Tiroideas, Cortisol y Leptina.

La pérdida prolongada de sueño produce:

- un aumento del tono simpático y disminución del tono vagal. La mayoría de los órganos endócrinos son sensibles a los cambios del balance simpático-vagal, por ejemplo: la secreción de insulina, la liberación de leptina. Esta hormona, segregada por las células grasas, cumple la función de suprimir el apetito, señalando la saciedad al cerebro.
- Un aumento del cortisol, que puede ocasionar resistencia a la insulina, factor de riesgo para el desarrollo de Obesidad y Diabetes.
- Un aumento del apetito por: menor concentración de **leptina** y mayor liberación de **grelina**, péptido segregado por el estómago que produce apetito especialmente a alimentos ricos en Hidratos de Carbono.

### Cambios en la función inmune:

Menor actividad de células killer, interleukina 6, interferon alfa 2: estos 2 neuropéptidos son considerados claves en la investigación del funcionamiento del sistema inmune.

compromiso en la respuesta inmune aguda a la vacunación.

### Para la familia:

Dificultades en la relación familiar y conyugal y en las actividades diarias

Sensación de inseguridad, autculpa, frustración.

Rechazo hacia el niño: agresión verbal y física.

## **Aspectos con los que se relacionan con más frecuencia los trastornos del sueño en función de la edad.**

En niños menores de 2 años :

Los esquemas interaccionales entre padres e hijos

La reacción de los padres a problemas de comportamiento transitorios a corto plazo que llegan a cronificarse, como por ejemplo, el tipo de despertares en niños de 6 meses varían en función de si el niño llora para despertar a sus padres o si es simplemente para tranquilizarse el mismo y volver a dormir. Estas situaciones genera distintas respuestas en los padres.

El nivel de involucración de los padres a la hora de acostarse: cuando un padre o madre más se involucra en el sueño de un niño más probable es que se desarrolle y persista en el tiempo un problema con el sueño incluyendo el insomnio.

En la manera de acostarlos: si el niño se acuesta despierto o dormido. Los niños que se acuestan en la cuna despiertos, es más probable que se vuelvan a dormir por si solo cuando se despierte por la noche que los que se acuestan dormidos. O los niños que son alimentados para ir a dormir es más probable que lloren al despertar para buscar la atención de los padres.

Un cambio en los esquemas de su alimentación.

2-Edad preescolar y escolar:

La falta de establecer límites a la hora de acostarse porque deseen permanecer despiertos y activos o con sus padres.

La hora temprana del inicio de la escuela y mirar la TV a la hora de acostarse.

Las siestas prolongadas pueden interferir en la duración del tiempo normal del inicio del sueño nocturno.

El agotamiento emocional y las condiciones médicas crónicas causan despertares nocturnos hasta los 5 años, pero con menos frecuencia a los 10.

### 3-Adolescencia:

La creciente necesidad de dormir propia de la edad se asocia a un descenso del tiempo que se duerme, ya que se retrasa el acostarse debido a los horarios académicos, actividades extraescolares.

La poca involucración por parte de los padres en establecer horas de acostarse.

## **Evaluación clínica del los trastornos del sueño en niños y adolescentes.**

Un historial adecuado del sueño y despertar deberá incluir:

Una descripción del desorden, frecuencia, gravedad, desarrollo y circunstancias asociadas, en un perfil de 24 horas de periodos activos y tranquilos.

Descripción del desarrollo cronológico de los esquemas del sueño, incluyendo un informe de las dificultades con el sueño así como posibles dificultades relacionadas con la alimentación.

Presencia o ausencia de infecciones, traumas, lesiones prenatales, etc.... o excluir factores del desarrollo y orgánicos tales como prematuridad, traumas en el nacimiento, infecciones, disfunciones tiroideas o de otras enfermedades físicas.

Diferenciar entre una dificultad del sueño secundaria debida a una inmadurez del SNC u otro factor orgánico, o secundaria a un malestar en la relación entre los padres y el niño.

Determinar si el problema del sueño ha estado presente desde el nacimiento o desde la infancia temprana o si ha aparecido después del desarrollo normal de los esquemas y comportamiento del sueño.

Diferenciar entre la ansiedad de ir a dormir y la resistencia crónica.

En el 1º año de vida: es frecuente la resistencia crónica. Considerar si la dificultad del sueño es secundaria a una inmadurez del SNC u otro factor orgánico o secundario a un malestar en la relación entre los padres y el niño.

Entre el 2º -3º año de vida: aparecen las distorsiones del sueño asociadas a la ansiedad de separación asociado al síntoma de miedo.

A partir de los 3 años es más probable que se haya adquirido.

A partir de los 5 años deberá evaluarse además el comportamiento general durante el día, su adaptación a la escuela, relación con su entorno y su adaptación social en general, así como los trastornos psiquiátricos que puedan tener como síntoma un problema del sueño.

En la adolescencia además de lo anterior es necesario conocer las relaciones con sus padres indicándose en términos de dependencia o independencia, de respuestas a la autoridad y la necesidad de revelarse. También es importante evaluar su rutina diaria y las actividades durante la semana y los fines de semana. Destacar la importancia de un historial de delincuencia u otros tipos de alteraciones en el comportamiento.

Es importante excluir patrones psiquiátricos tales como la depresión.

## **Valoración de los trastornos del sueño.**

### ***Recogida de información verbal.***

Primero debe recogerse una historia evolutiva apropiada centrada tanto en las conductas de sueño como de vigilia. Se pretende obtener información detallada de las

siguientes áreas: la edad de inicio del problema, las circunstancias, nivel de incapacidad resultante, duración, de que depende el empeoramiento o la mejoría, miembros de la familia más afectados, cómo se ve el problema desde la familia.

Debe realizarse una descripción acotada de lo que duran las siestas, la somnolencia diurna, la hora de acostarse, despertares nocturnos, etc. Siempre que acontecimientos como los terrores nocturnos interrumpen el sueño, es importante determinar el tiempo real del episodio y su duración desde que se inició el sueño. Hay que tener información sobre ronquidos, paradas respiratorias y conductas relacionadas con el sueño como son caminar, hablar, enuresis, movimientos de cabeza, etc.

Por último, se debe recoger información sobre los antecedentes familiares y sus hábitos actuales respecto a las alteraciones del sueño. Los diarios estructurados de sueño y los cuestionarios de hábitos de sueño son métodos prácticos para la recogida de información.

### ***Instrumentos de registro.***

El método tradicional son las polisomnografía de sueño (PSG). Actualmente, ya se pueden obtener controles de 24 horas, durante varios días, desde casa.

También hay metodologías alternativas de registro sin necesidad de instrumentación. Estos métodos están indicados en los estudios de niños muy pequeños, que suelen tener problemas para dormir con electrodos puestos. Hay varios métodos no invasivos:

- detectores de movimientos corporales y de respiración que se colocan en el colchón.
- La videosomnografía por infrarrojos, portátil y a intervalos de tiempo.
- La actografía de extremidades utiliza un pequeños movimientos , mediante un reloj de muñeca sujeto a un brazo o pierna, que registra los movimientos corporales durante el sueño y la vigilia durante 3 días seguidos. Un programa de software los convierte, según frecuencia e intensidad, en estados de sueño REM y NREM y en estado de vigilia. Haciendo comparaciones con la PSG, se piensa que el actógrafo es el sustituto fiable de polisomnógrafo.
- El test de latencia múltiple (MSLT) es una evaluación objetiva, basada en el laboratorio, que predice de manera fiable la gravedad de la somnolencia diurna de un sujeto.

# Frecuencia de los trastornos del sueño en la infancia.

Utilizando la escala de Eyberg, Florensa y col encontraron que las dificultades para acostarse representaban un problema para el 14.2 % de los padres de niños españoles entre los 2 y 12 años.

En **niños menores de 5 años** se estima que aproximadamente un 30 % presentan problemas y/o alteraciones del sueño de diverso orden.

Según Pollock (1992) los niños con problemas del sueño en los primeros 6 meses de vida tienen tres veces más probabilidades de tener problemas a los 5 años y dos veces más posibilidades a los 10 años.

Según un grupo de trabajo que ha realizado una encuesta entre **240 niños de edades entre 6 meses y 11 meses y 894 niños de edades entre 1 año y 6 años** que acudían a controles de salud para evaluar entre otras cosas el porcentaje de despertares nocturnos.

Los resultados de esta encuesta indican que entre los 6 y los 11 meses de edad un 53.3 % y entre el año y los 6 años de edad un 46.6 % de los niños presentaban despertares nocturnos detectados por las familias en al menos 3 noches cada semana como puede observarse en las TABLAS I y II.

Los problemas para mantener el sueño alcanzaban su pico máximo en el segundo año de la vida:56.3%.

En **niños de 5 a 12 años** Blader y cols encontraron que un 11.3 % tienen los periodos de latencia excesivamente largos; un 6.5 % presentan despertares nocturnos; un 17 % tienen dificultades al levantarse por la mañana y un 17% fatiga relacionadas con alteraciones del sueño.

Los problemas para iniciar el sueño se relacionan con la presencia de miedos, despertares nocturnos, alteraciones psiquiátricas o médicas y la historia de problemas del sueño.

A esta edad la hora de inicio de tareas escolares puede afectar negativamente al tiempo total de sueño y, como consecuencia, tener un efecto negativo sobre la conducta diurna

**En adolescentes ( 17-18 años)** un 16.5% son malos durmientes ( 19% mujeres y 11.7% varones) y estos se asociaban con factores emocionales, mala higiene del sueño y ciertas parasomnias.

**En cuanto a las parasomnias:** Niños de 5 a 18 años según la literatura presentan soniloquia frecuente un 14 % ; sonambulismo entre un 14-21 % ; pesadillas semanales un 6%. A la edad de 6 años un 6 % presentan bruxismo.

## Descripción breve de los trastornos del sueño mas frecuentes en la niñez.

**Narcolepsia:** se caracteriza por somnolencia y episodios incoercibles de sueño de aparición súbita.

Asocia cataplexia (pérdida súbita y bilateral del tono muscular en situaciones emocionales intensas) y otros fenómenos de sueño REM, como las alucinaciones hipnagógicas o la parálisis del sueño. Se diagnostica con el test de latencias múltiples.

**Síndrome de apneas obstructivas del sueño (SAOS):** episodios repetidos de obstrucción de vías respiratorias superiores, generalmente acompañados de desaturación de oxígeno sanguíneo. El diagnóstico de certeza se realiza con polisomnografía.

**Síndrome de movimientos periódicos de las piernas:** episodios periódicos de movimientos estereotipados de las extremidades, generalmente las piernas, que ocurren durante el sueño.

**Trastorno ambiental del sueño:** alteración del sueño producida por un factor del entorno (ruido, luz, temperatura) que lo impide o dificulta.

**Trastorno del establecimiento de límites:** alteración del sueño del niño caracterizada por el rechazo a irse a la cama en el momento adecuado, con fallo por parte del cuidador en el modo de inducir al niño a hacerlo.

**Trastorno de las asociaciones al inicio del sueño:** se produce cuando el sueño se altera por la ausencia de un objeto o circunstancias que el niño asocia con el inicio del sueño. El problema se acentúa cuando se asocia el inicio del sueño con la actuación o presencia del adulto.

**Retraso de fase de inicio del sueño:** trastorno del ritmo circadiano del sueño con incapacidad de conciliarlo a horas convencionales, lográndolo más tarde, con dificultad para despertarse a las horas convencionales.

**Despertares confusionales:** estado de confusión, con desorientación temporo-espacial al despertar, generalmente de sueño profundo, en la primera mitad de la noche. Ocurren en casi todos los niños menores de 5 años y el curso es generalmente benigno.

**Sonambulismo:** conducta compleja que incluye generalmente caminar, que se inicia durante el sueño lento, por lo que es más frecuente en el primer tercio de la noche. Es más prevalente entre los 4-8 años y el curso suele ser benigno.

**Terrores nocturnos:** despertar brusco que se produce desde fases 3 ó 4 de sueño lento acompañado de grito y síntomas vegetativos y conductuales de miedo intenso. Suelen ocurrir en el primer tercio del sueño nocturno y la persona no recuerda el episodio.

**Movimientos rítmicos del sueño:** conjunto de conductas estereotipadas con movimientos repetitivos de tronco, cuello, cabeza que ocurren inmediatamente antes de iniciar el sueño y se mantienen durante el sueño ligero. Es frecuente en lactantes y niños hasta el 2º-3er año de vida, pero puede persistir hasta la edad adulta en algunos casos.

**Somniloquia:** emisión de palabras o sonidos durante el sueño sin conciencia subjetiva del evento.

**Pesadillas:** Sueños que producen sensación de miedo al sujeto que los padece y que generalmente lo despiertan desde sueño REM, por lo que son más frecuentes en la 2ª mitad del sueño nocturno.

**Enuresis:** micción involuntaria recurrente durante el sueño que persiste más allá de una edad en la que hay madurez para controlarlo (5 años), en ausencia de otro trastorno urológico, médico o mental que lo justifique.

**Mioclonías del sueño:** contracciones sincrónicas de las extremidades o del tronco que ocurren durante el sueño tranquilo en neonatos.

# Trastornos del sueño según el DSM IV y el CIE 10.

	<u>Trastornos primarios del sueño</u>
	<u>Trastornos del sueño relacionados con otro trastorno mental</u>
	<u>Otros trastornos del sueño</u>

## Trastornos primarios del sueño

	Disomnias
F51.0	Insomnio primario (307.42)
F51.1	Hipersomnia primaria (307.44)
G47.4	Narcolepsia (347)
G47.3	Trastorno del sueño relacionado con la respiración (780.59)
F51.2	Trastorno del ritmo circadiano (307.45) ( <i>antes trastorno del ritmo sueño-vigilia</i> )
F51.9	Disomnia no especificada (307.47)
	Parasomnias
F51.5	Pesadillas (307.47) ( <i>antes trastorno por sueños angustiosos</i> )
F51.4	Terrores nocturnos (307.46)
F51.3	Sonambulismo (307.46)
F51.8	Parasomnia no especificada (307.47)

### **Criterios para el diagnóstico de F51.0 Insomnio primario (307.42)** CIE-10

A. El síntoma predominante es la dificultad para iniciar o mantener el sueño, o no tener un sueño reparador, durante al menos 1 mes.

B. La alteración del sueño (o la fatiga diurna asociada) provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

C. La alteración del sueño no aparece exclusivamente en el transcurso de la narcolepsia, el trastorno del sueño relacionado con la respiración, el trastorno del ritmo circadiano o una parasomnia.

D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de otro trastorno mental (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad generalizada, delirium). [En el caso de que el insomnio esté relacionado con otro trastorno mental, ver F51.0 Insomnio relacionado con otro trastorno mental]

E. La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

#### **Crterios para el diagnóstico de F51.1 Hipersomnia primaria (307.44) CIE-10**

A. El motivo principal de consulta es la presencia de somnolencia excesiva como mínimo durante 1 mes (o menos si se trata de la forma recurrente), tal y como ponen de evidencia episodios prolongados de sueño nocturno o episodios de sueño diurno que tienen lugar casi cada día.

B. La somnolencia excesiva provoca un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

C. La somnolencia excesiva no puede explicarse mejor por la presencia de un insomnio y no aparece exclusivamente en el transcurso de otro trastorno mental (p. ej., narcolepsia, trastorno del sueño relacionado con la respiración, trastorno del ritmo circadiano o parasomnia) y no puede atribuirse a una cantidad inadecuada de sueño.

D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de otro trastorno mental. [En el caso de que la hipersomnia esté relacionada con otro trastorno mental, ver F51.1 Hipersomnia relacionada con otro trastorno mental]

E. La alteración no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

*Especificar si:*

Recidivante: si hay períodos de somnolencia excesiva que duran como mínimo 3 días y tienen lugar varias veces al año durante al menos 2 años.

#### **Crterios para el diagnóstico de G47.4 Narcolepsia (347)**

A. Ataques de sueño reparador irresistibles que aparecen diariamente durante un mínimo de 3 meses.

B. Presencia de uno o ambos de los siguientes síntomas:

1. cataplejía (es decir, episodios breves y súbitos de pérdida bilateral del tono muscular, la mayoría de las veces en asociación con emociones intensas)
2. intrusiones recurrentes de elementos del sueño REM en las fases de transición entre el sueño y la vigilia, tal y como indican las alucinaciones hipnagógicas o hipnopómpicas o las parálisis del sueño al principio o al final de los episodios de sueño

C. La alteración no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

### **Criterios para el diagnóstico de G47.3 Trastorno del sueño relacionado con la respiración (780.59)**

A. Desestructuración del sueño que provoca somnolencia excesiva o insomnio y que se considera secundaria a una patología respiratoria relacionada con el sueño (p. ej., síndromes de apnea obstructiva del sueño o de apnea central del sueño o de hipoventilación alveolar central).

B. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro transtrono mental y no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de otra enfermedad médica (diferente de un trastorno de la respiración relacionado con el sueño).

Nota: Codificar también el trastorno de la respiración relacionado con el sueño en el Eje III.

### **Criterios para el diagnóstico de F51.2 Trastorno del ritmo circadiano (307.45) CIE-10**

A. Presencia persistente o recurrente de un patrón de sueño desestructurado que obedece a una mala sincronización entre el sistema circadiano endógeno de sueño-vigilia del individuo, por una parte, y las exigencias exógenas de espaciamento y duración del sueño, por otra.

B. Las alteraciones del sueño provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

C. Las alteraciones del sueño no aparecen exclusivamente en el transcurso de otro trastorno del sueño u otro trastorno mental.

D. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

*Especificar tipo:*

Tipo sueño retrasado: patrón de sueño persistente que consiste en acostarse y despertarse tarde, con incapacidad para conciliar el sueño y levantarse a horas más tempranas pese a desearlo.

Tipo jet lag: somnolencia y estado de alerta presentes en momentos del día inadecuados, y que aparece después de repetidos viajes transmeridionales a zonas con diferente horario.

Tipos cambios de turno de trabajo: insomnio que aparece durante las horas que el individuo debería dormir o somnolencia excesiva durante las horas en que debería estar despierto, debido a un turno de trabajo nocturno o a un cambio repetido del turno de trabajo.

Tipo no especificado

### **Criterios para el diagnóstico de F51.5 Pesadillas (307.47) CIE-10**

A. Despertares repetidos durante el período de sueño mayor o en las siestas diurnas, provocados por sueños extremadamente terroríficos y prolongados que dejan recuerdos vividos, y cuyo contenido suele centrarse en amenazas para la propia supervivencia, seguridad o autoestima. Los despertares suelen ocurrir durante la segunda mitad del período de sueño.

B. Al despertarse del sueño terrorífico, la persona recupera rápidamente el estado orientado y despierto (a diferencia de la confusión y desorientación que caracterizan los terrores nocturnos y algunas formas de epilepsia).

C. Las pesadillas, o la alteración del sueño determinada por los continuos despertares, provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Las pesadillas no aparecen exclusivamente en el transcurso de otro trastorno mental (p. ej., delirium, trastorno por estrés postraumático) y no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

**Criterios para el diagnóstico de F51.4 Terrores nocturnos (307.46) CIE-10**

A. Episodios recurrentes de despertares bruscos, que se producen generalmente durante el primer tercio del episodio de sueño mayor y que se inician con un grito de angustia.

B. Aparición durante el episodio de miedo y signos de activación vegetativa de carácter intenso, por ejemplo, taquicardia, taquipnea y sudoración.

C. El individuo muestra una falta relativa de respuesta a los esfuerzos de los demás por tranquilizarle.

D. Existe amnesia del episodio: el individuo no puede describir recuerdo alguno detallado de lo acontecido durante la noche.

E. Estos episodios provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

F. La alteración no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

**Criterios para el diagnóstico de F51.3 Sonambulismo (307.46) CIE-10**

A. Episodios repetidos que implican el acto de levantarse de la cama y andar por las habitaciones en pleno sueño, que tienen un lugar generalmente durante el primer tercio del período de sueño mayor.

B. Durante estos episodios, el individuo tiene una mirada fija y perdida, se muestra relativamente arreactivo a los intentos de los demás para establecer un diálogo con él y sólo puede ser despertado a base de grandes esfuerzos.

C. Al despertar (tanto en pleno episodio como a la mañana siguiente), el sujeto no recuerda nada de lo sucedido.

D. A los pocos minutos de despertarse del episodio de sonambulismo, el individuo recobra todas sus facultades y no muestra afectación del comportamiento o las actividades mentales (aunque en un primer momento puede presentar confusión o desorientación).

E. Los episodios de sonambulismo provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

F. La alteración no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, medicamentos) o de una enfermedad médica.

---

### Trastornos del sueño relacionados con otro trastorno mental

F51.0	Insomnio relacionado con otro trastorno mental (307.42)
F51.1	Hipersomnia relacionada con otro trastorno mental (307.44)

Criterios para el diagnóstico de F51.0 Insomnio relacionado con... *(indicar el trastorno del Eje I o el Eje II)* (307.42)

A. El principal motivo de consulta es la dificultad para conciliar o mantener el sueño, o la sensación de sueño no reparador al despertarse, durante al menos 1 mes, asociadas a fatiga diurna o afectación de las actividades diarias.

B. Las alteraciones del sueño (o sus secuelas diurnas) provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

C. El insomnio se considera relacionado con otro trastorno (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno adaptativo con síntomas de ansiedad), pero reviste la suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

D. Estas alteraciones no se explican mejor por la presencia de otro trastorno del sueño (p. ej., narcolepsia, trastorno del sueño relacionado con la respiración o una parasomnia).

E. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

Criterios para el diagnóstico de F51.1 Hipersomnia relacionada con... (*indicar el trastorno del Eje I o el Eje II*) (307.44)

A. El motivo principal de consulta es la presencia de somnolencia excesiva durante al menos 1 mes, tal como ponen de relieve episodios de sueño nocturno más prolongados de lo normal o aparición casi diaria de episodios de sueño diurno.

B. La somnolencia excesiva provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

C. La hipersomnia se considera relacionada con otro trastorno (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno distímico), pero es de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

D. Estas alteraciones no se explican mejor por la presencia de otro trastorno del sueño (p. ej., narcolepsia, trastorno del sueño relacionado con la respiración o una parasomnia) o por una cantidad insuficiente de sueño.

E. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, medicamentos) o de una enfermedad médica.

### Otros trastornos del sueño

G47.x	Trastorno del sueño debido a una enfermedad médica) (780.xx)
F1x.8	Trastorno del sueño inducido por consumo de sustancias

Criterios para el diagnóstico de G47.x Trastorno del sueño debido a... (*indicar enfermedad médica*) (780.xx)

A. Alteración prominente del sueño de suficiente gravedad como para requerir una atención clínica independiente.

B. A partir de la historia clínica, la exploración física o las pruebas de laboratorio hay pruebas de que las alteraciones del sueño son la consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica.

C. Estas alteraciones no se explican mejor por la presencia de otro trastorno (p. ej., trastorno adaptativo en el que el agente estresante es una enfermedad médica grave).

D. Estas alteraciones no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.

E. Estas alteraciones del sueño no cumplen los criterios para la narcolepsia ni trastorno del sueño relacionado con la respiración.

F. Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

*Especificar tipo:*

.0 Tipo insomnio (.52): si el insomnio es la alteración del sueño predominante.

.1 Tipo hipersomnia (.54): si la hipersomnia es la alteración del sueño predominante.

.8 Tipo parasomnia (.59): si la alteración del sueño predominante es una parasomnia.

.8 Tipo mixto (.59): si hay más de una alteración del sueño, pero ninguna predomina.

Nota de codificación: Incluir el nombre de enfermedad médica en el Eje I, por ejemplo, G47.0 Trastorno del sueño debido a una enfermedad pulmonar obstructiva crónica, tipo insomnio [780.52]; codificar también la enfermedad médica en el Eje III.

### **Criterios para el diagnóstico de F1x.8 Trastorno del sueño inducido por consumo de sustancias** CIE-10

A. Alteración prominente del sueño de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

B. A partir de la historia clínica, la exploración física, o los hallazgos de laboratorio, hay pruebas de que 1 o 2:

1. los síntomas del Criterio A aparecen durante la intoxicación o la abstinencia, o dentro del mes siguiente

2. el fármaco está relacionado etiológicamente con la alteración del sueño

C. La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno del sueño no inducido por sustancias. Entre las pruebas que demuestran que los síntomas se explicarían mejor por la presencia de un trastorno del sueño no inducido por sustancias se incluyen las siguientes: la aparición de los síntomas precede al consumo de la sustancia (o fármaco); los síntomas persisten por un período considerable de tiempo (p. ej., alrededor de 1 mes) tras el período agudo de abstinencia o intoxicación grave, o exceden claramente de los que cabría esperar teniendo en cuenta el tipo o la cantidad de sustancia consumida o la duración de este consumo; o existen otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno del sueño no inducido por sustancias independiente (p. ej., una historia de episodios de carácter recurrente no relacionados con sustancias).

D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.

E. La alteración provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Nota: Sólo debe efectuarse este diagnóstico en vez del de intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias cuando los síntomas excedan de los que habitualmente se asocian con la intoxicación o el síndrome de abstinencia, y cuando sean de la suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

Código para el trastorno del sueño inducido por (sustancia específica):

F10.8 Alcohol [291.8] F15.8 Anfetamina [292.89] F15.8 Cafeína [292.89] F14.8 Cocaína [292.89] F11.8 Opiáceos [292.89] F13.8 Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos [292.89] F19.8 Otras sustancias (o desconocidas) [292.89]

*Especificar tipo:*

Tipo insomnio: si el insomnio es la alteración del sueño predominante.

Tipo hipersomnia: si la hipersomnia es la alteración del sueño predominante.

Tipo parasomnia: si una parasomnia es la alteración del sueño predominante.

Tipo mixto: si hay más de una alteración del sueño y ninguna predomina.

*Especificar si:*

De inicio durante la intoxicación: si se cumplen los criterios para intoxicación por la sustancia y los síntomas aparecen durante el síndrome de intoxicación.

De inicio durante la abstinencia: si se cumplen los criterios para abstinencia de la sustancia y los síntomas aparecen durante o poco tiempo después del síndrome de abstinencia.

## Consideraciones sobre los trastornos del sueño.

### Trastornos primarios del sueño.

Son los trastornos que no dependen de ningún trastorno más , físico o mental, o del consumo de sustancias. Hay varios tipos:

#### ***las disomnias:***

Son trastornos del sueño caracterizados por un sueño insuficiente, excesivo o ineficaz. Hay disomnias intrínsecas que se originan por causas internas del cuerpo, las disomnias extrínsecas requieren factores externos para producir y mantener el trastorno, y las disomnias del ritmo circadiano que se caracterizan por una mala sincronización del sueño durante el día completo.

Se han clasificado dos disomnias intrínsecas, también clasificadas como hipersomnias primarias en el DSM-IV, que afectan a los niños y a los adolescentes: Síndrome de la apnea del sueño o trastorno relacionado con las respiración (OSAS) y la narcolepsia.

#### ***Síndrome de la apnea de sueño***

Se define como la interrupción de la respiración durante el sueño que excede a una duración arbitraria establecida de 10 segundos. Las hipoapneas son periodos más breves de reducción de la ventilación. Se necesitan 5 apneas, o combinaciones de 10 apneas-hipoapneas, por hora de sueño para poder realizar un diagnóstico de síndrome de apnea del sueño. Las apneas duran, de media, entre 30 y 40 segundos pero pueden oscilar desde los 10 segundos a los 3 minutos. Cada episodio de apnea-hipoapnea va acompañado por un breve despertar para restablecer la ventilación y oxigenación adecuadas, esto puede ocurrir entre 200 y 300 veces durante la noche produciendo una grave fragmentación y privación de sueño. En niños que empiezan a andar, puede presentarse un retraso en el crecimiento, posiblemente relacionado con la secreción insuficiente de la hormona del crecimiento.

Tipos de apneas.

- Apnea central: se debe a una inmadurez funcional de las neuronas respiratorias en el tronco cerebral. Suele observarse transitoriamente en niños prematuros y recién nacidos. No acostumbran a dejar secuelas.

- Apnea obstructiva: se asocia a una deficiencia de las vías aéreas y a una obstrucción del flujo aéreo de la glotis. Se caracteriza por un enérgico esfuerzo de la respiración torácica y diafragmática sin movimiento de aire por una obstrucción hipofaríngea-glótica.
- Apnea mixta: combina elementos de la central y la obstructiva.

Prevalencia y edad. El 7-9% de niños ronca, el 1-2% de niños presentan OSAS. Edad de latencia: preescolar

Características: ronquidos, sudoración. Más de 5 apneas o más de 10 hipoapneas/hora

Diagnóstico. PSG con audiocasete, saturación oxígeno, control pulmonar/cardíaco. MSLT en laboratorio. PSG proporciona una descripción minuciosa del tipo de episodio de apnea y su asociación con el sueño REM y NREM, el grado de saturación de oxígeno, arritmias cardíacas secundarias, y la cantidad de fragmentación del sueño.

Etiología. En niños que comienzan a andar, el OSAS suele darse a consecuencia de un engrosamiento adenoamigdalario y, con menos frecuencia, por una obesidad excesiva. También las pueden producir las malformaciones congénitas en la boca, paladar u orofaríngea.

Tratamiento. Suele implicar la extirpación de las amígdalas y adenoides engrosadas. Puede haber uvulopalatofaringoplastia, avance mandibular y maxilar y traqueotomía.

Diagnóstico diferencial. Ronquidos primarios, antecedentes familiares, ADHD, trastornos neuro/ONG.

### ***narcolepsia***

La narcolepsia es una disomnia sólo del sueño REM. Los síntomas iniciales son la somnolencia diurna y los ataques de sueño irresistibles; suelen darse en la adolescencia tardía y en la tercera década. Pero en niños puede ser muy frecuente.

Prevalencia. 0,4 - 0,7 %

Curso. Se ha señalado una disminución en el tiempo de latencia REM después del inicio del sueño y una mayor propensión de sueños REM en niños preadolescentes, hijos de padres narcolépticos como posibles indicadores tempranos del trastorno en poblaciones de alto riesgo.

Cuando se ha desarrollado el síndrome completamente, se pueden definir unos síntomas:

- excesiva somnolencia diurna con ataques irresistibles de sueño.

- cataplejía caracterizada por episodios súbitos de pérdida bilateral del tono muscular, desencadenados básicamente por emociones intensas y durante la vigilia. La conciencia y la memoria se mantiene intactas.
- alucinaciones hipnagógicas.
- Parálisis del sueño al inicio del mismo.

Los ataques de sueño son intervalos de sueño REM que se introducen irresistiblemente en la vigilia durante 20-40 minutos. Después del ataque, el individuo se siente renovado. Sin embargo, la somnolencia vuelve a presentarse 2 o 3 horas después, seguida de otro episodio de sueño REM.

Pronóstico: La narcolepsia es una enfermedad crónica, aunque se pueda disminuir la frecuencia temporal de la cataplejía, las alucinaciones hipnagógicas y la parálisis de sueño.

Diagnóstico: Para que sea definitivo requiere una evaluación PSG para esclarecer la transición de la vigilia al sueño REM, MSLT, HF positiva.

Diagnóstico diferencial: otras hipersomnia, pérdida de sueño, TDAH, crisis convulsivas.

Tratamiento: El tratamiento es sintomático y debe ser individualizado. Deben tener horarios regulares para acostarse y levantarse. Debe fomentarse el sueño programado con regularidad durante 20 o 30 minutos, dos o tres veces al día. Los programas escolares o laborales se deben acomodar al sueño del paciente. El apoyo psicosocial y el asesoramiento son básicos. Es frecuente el uso de estimulantes para combatir la somnolencia y antidepresivos, clomipramina, para la cataplejía.

### ***Protodisomnias***

Son las disomnias extrínsecas o el insomnio primario, según el DSM-IV, y son los trastornos más frecuentes del inicio y mantenimiento del sueño y los más frecuentes en los años de preescolar. Sin embargo, puesto que los criterios diagnósticos son muy difíciles de cumplir a esa edad, es preferible denominarlas protodisomnias.

Características: son despertares frecuentes durante la noche e incapacidad para dormirse. Deambulación nocturna y problemas para dormir a la hora de acostarse. En seguimientos a niños de 8 meses con problemas de sueño, se encontró que el 41% seguía teniendo problemas a los 3 años de edad. Mientras que sólo el 26% de los niños de 3 años con problemas de sueño, no los tenía a los 8 meses.

Prevalencia: 25-50% de 1 a 3 años de edad.

Etiología: Se han implicado distintos factores en las protodisomnias: temperamento infantil, nutrición, malestar físico, intolerancia a la lactosa, conflictos conyugales y psicopatología materna. La interacción padre-hijos a la hora de acostarse predice las protodisomnias. Los bebés deben dormir solos en su cuna y así vuelven a dormirse cuando se despiertan a medianoche.

Diagnóstico: historia, registros/diario de sueño, actografía.

Diagnóstico diferencial: pesadillas, trastornos del vínculo afectivo.

Tratamiento: es muy variado. Pueden utilizarse los hipnóticos a corto plazo en una alteración del sueño aguda. Los barbitúricos están contraindicados y se prefieren los antihistamínicos sedantes. Las intervenciones conductuales se centran en reducir el refuerzo positivo que representa para el niño que sus padres lo atiendan tras el llanto en mitad de la noche. Hay que prolongar gradual y progresivamente el hecho de volver a entrar en la habitación en respuesta al llanto del niño. También va bien realizar actividades relajantes antes de acostarse.

### ***Los trastornos del ritmo circadiano del sueño***

Los periodos prolongados de privación del sueño o irregularidades persistentes en la higiene del sueño provocan inevitablemente un síndrome de sueño en fase retrasada (DSPS).

Prevalencia: Desconocida, posiblemente el 7% de los adolescentes.

Curso: Los adolescentes empiezan a acostarse cada vez más tarde, durmiendo poco los días laborales y intentando recuperarlo el fin de semana. Sin embargo, esto, a lo largo del tiempo, alteran el reloj biológico. Un adolescente con DSPS manifiesta una incapacidad para dormirse a las horas habituales y la incapacidad de levantarse a una hora razonable. Puede durar meses o décadas y se resiste al tratamiento. La calidad del sueño es normal.

Diagnóstico: mediante registros de sueño. MSLT para cuantificar la cantidad de sueño perdido.

Diagnóstico diferencial: hipersomnias, otros trastornos circadianos.

Tratamiento: Requiere motivación por parte del adolescente y apoyo por parte de la familia. Los tranquilizantes o hipnóticos ayudan al inicio del sueño. Se ha de centrar tanto en la eliminación de la pérdida de sueño como en restablecer un horario de sueño más normal, que incluya hora de acostarse y de levantarse. La primera línea es de apoyo, hacer que mantenga un ritmo sueño-vigilia y un programa de actividades diarias, proporcionar asistencia para el control del estrés y contratar el mantenimiento de los horarios. Si esto no funciona, se debe usar la cronoterapia que consiste en volver a ajustar el reloj biológico (cada día se acueste 15 minutos antes).

### ***las parasomnias***

Definición: Mientras que las disomnias son alteraciones en el proceso de sueño, las parasomnias son trastornos del sueño donde tienen lugar conductas coincidiendo con el sueño. Los comportamientos son manifestaciones de la activación del SNC, en concreto de la activación motora y autonómica.

Epidemiología. Son más frecuentes en hombres que en mujeres y los individuos con algún tipo de parasomnia pueden presentar síntomas de otras. Son frecuentes los antecedentes familiares de parasomnias.

Tipos de parasomnias. Se han descrito 4 tipos de parasomnias :

- Trastornos del despertar. Son los terrores nocturnos y el sonambulismo.
- Trastornos de la transición sueño-vigilia.
- Parasomnias REM. Son las pesadillas.
- Miscelánea de parasomnias. Son el bruxismo y la enuresis de sueño.

### ***los trastornos del despertar***

En esta categoría se agrupan el sonambulismo, los terrores nocturnos y el despertar confusional por que los episodios comparten muchos síntomas:

- comportamiento automatizado
- relativa no reactividad a estímulos externos
- dificultades para despertarse
- recuerdo parcial o nulo de los sueños
- confusión mental y desorientación al despertar
- amnesia retrógrada del episodio a la mañana siguiente

Curso. Se manifiestan en un punto concreto del ciclo del sueño, normalmente entre la primera y la tercera hora de sueño, en la transición entre la etapa IV del sueño NREM a sueño REM. Al ser impredecibles, el control en el laboratorio no acostumbra a ser productivo.

1 - Terrores nocturnos: Se caracterizan por que el niño se sienta, grita y mira sin ver con ojos vidriosos. Hay palpitaciones, respiración irregular y diaforesis. No se le puede consolar y es difícil despertarle, pero si lo hace se muestra desorientado y confundido. Entre 30 segundos y 5 minutos después el niño se tranquiliza, sigue durmiendo y no recuerda el suceso por la mañana.

Prevalencia: 31 .% de los niños entre los 18 meses y los 6 años.

Diagnóstico: Antecedentes, tiempo de episodio después del inicio del sueño, historia familiar de parasomnias, cámara grabadora para episodios.

Diagnóstico diferencial: Pesadillas

Tratamiento: Reducir estrés y fatiga, benzodiazepinas, una breve siesta al final de la tarde ayuda a reducir la fase Iv del sueño NREM por la noche.

2 - Sonambulismo: Se asocia a la activación en el punto de la transición de la etapa IV del sueño NREM al sueño REM. Cuando deambula, entre 5 segundos y 30 minutos, los movimientos corporales suelen ser poco coordinados, la dirección de la deambulación no es intencionada, pero es peligroso, ya que el niño puede lesionarse, por lo que hay que tener muchas precauciones.

Prevalencia: el 15 % de los niños tiene una crisis; 1-6% tiene de 1 a 4 crisis por semana. Edad de prevalencia 4-12 años. Raro en la adolescencia.

Diagnóstico: Historia minuciosa del sueño, tiempo de episodio tras el inicio del sueño, H. familiar de parasomnias, grabación con cámara de los episodios.

Diagnóstico diferencial: Estados disociativos, crisis convulsivas.

Tratamiento: Asegurar la habitación, reducir estrés y fatiga, benzodiazepinas, siesta al final de la tarde.

### ***los trastornos de la transición sueño-vigilia***

Son frecuentes en niños pequeños y ,a menudo, son variantes de un comportamiento normal y no tanto de una psicopatología. Se incluyen en esta categoría:

- somniloquía
- calambres en las piernas
- trastornos del movimiento rítmico (golpes con la cabeza).
- sobresaltos en el sueño y sacudidas corporales.

Prevalencia. Se ha demostrado que a los 9 meses de edad, el 58% de los bebés mostraban al menos una de estas conductas repetitivas. Esta prevalencia disminuía hasta el 33% a los 18 meses de edad y hasta el 22% a los 2 años de edad. Hay que tener cuidado en que el niño no se lesione.

### ***parasomnias REM***

Las más frecuentes son las pesadillas, que son despertares aterradores del sueño REM asociados a sueños muy ansiosos. Las experiencias traumáticas aumentan la frecuencia y gravedad de las pesadillas. Algunos fármacos, incluidos los beta-adrenérgicos y la retirada de sustancias que supriman el sueño REM pueden inducir o incrementar las pesadillas.

Prevalencia. Normalmente comienzan entre los 3 y los 6 años de edad y afectan normalmente entre el 10 y el 50% de niños de esa edad de forma suficientemente grave para inquietar a los padres.

Curso. Se diferencian claramente de los terrores nocturnos. Estos últimos se presentan durante las 3 primeras horas de sueño y a la mañana siguiente no recuerdan nada. Las pesadillas se presentan más tarde, en el último tercio de sueño, cuando predomina el sueño REM. El niño, cuando lo narra, está perfectamente despierto y orientado.

Tratamiento. Consiste en tranquilizarle cuando ocurran y reducir las tensiones diurnas que las puedan precipitar. Para niños con trastorno de conducta diurno muy grave asociado a las pesadillas está indicada la terapia individual y/o familiar.

Se ha observado que hay un trastorno de conducta en el sueño REM que puede manifestarse con puñetazos , patadas, dar saltos o andar por la cama. De todos modos, no es común en la infancia, es más típico de la edad adulta tardía y puede estar asociada a la enfermedad de Parkinson o a la demencia.

### ***la miscelánea de parasomnias***

Esta categoría de parasomnias comprende los trastornos que no pueden clasificarse fácilmente en otro lugar, aunque estén relacionadas con el sueño.

Tipos: Los más importantes son:

## Bruxismo:

se caracteriza por movimientos bruscos estereotipados de la boca que hacen rechinar o apretar los dientes durante el sueño. La etiología no está muy establecida, no obstante se ha relacionado con el estrés y la tensión emocional. Suele aparecer entre los 10 y los 20 años de edad, aunque la versión infantil de corta duración, que se da en el 50% de bebés normales en el momento en que les salen los dientes, tiene una edad de inicio de los 10 meses. El tratamiento probado era de alarmas nocturnas y diversos tratamientos conductuales, pero los efectos del tratamiento eran de corta duración.

## Enuresis:

Se diagnostica en niños de al menos 5 años de edad, en ausencia de patología urológica, médica o psiquiátrica. La enuresis nocturna primaria se considera continua desde la infancia, de una a dos veces por semana durante la noche, sin haber tenido nunca ningún control urinario. La enuresis nocturna secundaria indica una recaída de incontinencia tras un periodo de unos 6 meses de continencia. Se piensa que ésta no está relacionada con las parasomnias. Las alarmas urinarias y demás tratamientos conductuales funcionan mejor y más a largo plazo que el tratamiento farmacológico.

### Factores que predisponen a la enuresis

#### 1. *Enuresis primaria:*

- Los factores genéticos y de madurez son factores que predisponen a una enuresis primaria, con el problema importante de que la capacidad funcional de la vejiga es más pequeña de lo normal.
- Las anomalías anatómicas del sistema genitourinario son la causa en solo unos pocos pacientes con enuresis. Solo de 1 a un 4% de niños con enuresis tienen anomalías genitourinarias
- Hay una relación entre los trastornos psiquiátricos y la enuresis.
- La mayoría de los niños con enuresis primaria, están libres de cualquier otro problema (otros que no sean el de mojar la cama) que afecte a su comportamiento. Por tanto en los niños con enuresis primaria que presentan trastornos psicopatológicos son predominantemente más los efectos que las causas de su enuresis.

#### 2. *Enuresis secundaria:*

- Los factores psicológicos son normalmente los agentes etiológicos de la enuresis secundaria. Si bien puede haber un acontecimiento significativo que trastorna la vida del niño, como por ejemplo, el nacimiento de un nuevo hermano o la separación o divorcio de los padres, la incontinencia también puede ser un síntoma de diabetes

melitus, diabetes insipidus, epilepsia nocturna de retraso mental agudo o de desordenes neurológicos.

### ¿Qué debemos evaluar ante una enuresis?

- Determinar si un niño tiene una enuresis primaria o secundaria.
- La evaluación del paciente con debería incluir:
  - ✓ Un historial detallado con atención específica al desarrollo y al curso clínico de la incontinencia urinaria, de los acontecimientos de la vida en el inicio de la incontinencia y un historial familiar de este trastorno.
  - ✓ Se debe evaluar el desarrollo y crecimiento general, así como las actitudes de los padres y las expectativas referidas al entrenamiento de ir al WC.
  - ✓ Un examen físico y análisis de orina.

### Principios fisiológicos, psicológicos y de comportamiento del asesoramiento de la enuresis primaria.

- Principios fisiológicos:
  1. Se presenta una disminución funcional de la capacidad de la vejiga
  2. Se indican ejercicios de entrenamiento de la vejiga para incrementar la capacidad y el control del esfínter: el niño bebe cantidades que van aumentando de agua y retiene durante el día la orina para gradualmente incrementar los periodos de tiempo. El niño es entrenado para empezar y para parar la orina.
  3. La mayoría de los niños finalmente se curan a medida que aumenta la capacidad de la vejiga.
- Principios psicológicos:
  1. El caso de un niño con enuresis frecuentemente se maneja mal. La vergüenza y la ansiedad a menudo se sobreponen al problema
  2. Es crítico el asesoramiento y la confianza de los padres. Se puede indicar psicoterapia.
- Principios y condiciones de comportamiento:
  1. Por la noche se colocan una campana y una almohadilla.

2. Una campana o una alarma despierta al niño a las primeras gotas de orina.
  3. Las complicaciones incluyen ansiedad e irritación en la piel.
  4. Un éxito inicial es de un 75% pero hay una alta proporción de recaídas.
- Farmacológicos
    1. Imipramina: decrece marcadamente la frecuencia de la orina.
    2. La dificultad en la orina puede ser un efecto aparte.
    3. Una alta cuota de reincidencia se da después de abandonar una terapia de drogas.
    4. Se recomienda un tratamiento para niños mayores con enuresis persistente
    5. La “desmopressin” (DDAVP) puede ser un sustitutivo de más confianza.

## Medidas de Higiene del sueño.

### Medidas ambientales:

1. Empleo de asociaciones adecuadas y familiares al niño para iniciar el sueño
2. Uso de cama confortable
3. Ambiente de baja intensidad lumínica
4. Temperatura adecuada
5. Ambiente poco estimulante
6. Evitar asociación de la cama con situación de castigo
7. Evitar el consumo de bebidas con cafeína después del mediodía

### Medidas que animan o facilitan al niño irse a la cama:

1. Realización de rutinas predecibles para acostarse
2. Acostar y levantar a los niños a la misma hora habitualmente
3. Promover la capacidad de dormirse sin la presencia de los padres
4. Llevarlos a la cama cuando están cansados y evitarlo si están demasiado activos

5. Realizar actividades relajantes y no realizar actividad intensa antes de acostarse
6. Resolver problemas o hacer planes antes de acostarse y no en ese momento