



5º curso actualización
en **Pediatría**
www.aepap.org

Sábado 9 de febrero de 2008

Mesa redonda:

“Patología del sueño. Hipersomnia
en el niño: ¿existe?”

Moderador:

Ramón Ugarte Libano

CS Aranzabizkarra I (Vitoria-Gasteiz).

■ **Introducción: ¿Qué es la excesiva
somnia diurna? Causas,
prevalencia y clínica**

Gonzalo Pin Arboledas

Pediatra, Unidad Valenciana de Sueño.
Hospital Quirón. Valencia.

■ **Síndrome de piernas inquietas
en niños**

Milagros Merino Andreu

Unidad Pediátrica de Trastornos de Sueño,
Servicio de Neurofisiología Clínica. Hospital
Universitario La Paz. Madrid.

■ **El síndrome de apnea-hipopnea
del sueño como causa de excesiva
somnia diurna**

Ramón Ugarte Libano

Pediatra, CS Aranzabizkarra I. Vitoria-Gasteiz.

■ **El síndrome de retraso
de fase y la narcolepsia**

Gonzalo Pin Arboledas

Pediatra, Unidad Valenciana de Sueño.
Hospital Quirón. Valencia.

Textos disponibles en
www.aepap.org

¿Cómo citar este artículo?

Pin Arboledas G. Introducción: ¿Qué es la excesiva
somnia diurna? Causas, prevalencia y clínica.
En: AEPap ed. Curso de Actualización
Pediatria 2008. Madrid: Exlibris Ediciones; 2008.
p. 59-65.

Introducción: ¿Qué es la excesiva somnia diurna? Causas, prevalencia y clínica

Gonzalo Pin Arboledas

Pediatra, Unidad Valenciana de Sueño. Hospital Quirón. Valencia.

www.uv-si.com

CONCEPTO DE EXCESIVA SOMNOLENCIA DIURNA

La excesiva somnolencia diurna (ESD) se define como la incapacidad de permanecer despierto y alerta durante el período de vigilia, con episodios no intencionados de somnolencia y/o sueño. Es, pues, una situación en la que los síntomas o signos subjetivos de somnolencia interfieren con el funcionamiento diurno normal, las tareas sociales o la calidad de vida del niño. Para su diagnóstico clínico esta situación debe estar ocurriendo al menos durante los tres meses previos¹.

FRECUENCIA

Aunque la hipersomnia en la infancia se diagnostica en pocas ocasiones, estadísticamente el 1,7% de los niños de 4 a 12 años se duermen durante el día más de 7 veces a la semana y un 4% están cansados más de 7 veces a la semana². Entre un 63% y un 87% de los adolescentes afirman que necesitarían más horas de sueño de las que duermen³.

Sin llegar a dormirse, la somnolencia excesiva durante el día se detectó en un 11-12% de los niños de escuelas elementales mientras un 18% a un 21% describían fatiga durante las horas escolares^{2,4}. El 52,8% de una muestra de 755 adolescentes valencianos de 13-14 años acuden a clase regularmente con sensación de somnolencia, por haber dormido menos de 8 horas⁵.

Sin embargo, en la práctica clínica diaria, el niño con ESD puede pasar desapercibido por mucho tiempo. Entre las causas de este retraso diagnóstico podríamos citar:

- Comparada con otros problemas del sueño la ESD es menos evidente y menos engorrosa clínicamente. No suele ser reconocida como un problema hasta que no provoca dificultades escolares⁶.
- Incluso una vez conocido el problema, el niño soñoliento no es llevado en primera instancia al pediatra, pues no es visto como un problema médico por los padres, profesores o el mismo niño. Los síntomas son fácilmente interpretados como poca motivación, vagancia, aburrimiento...
- Los profesionales pueden confundir la clínica de ESD con síntomas de depresión, capacidad intelectual limitada, conducta opositorista⁷...

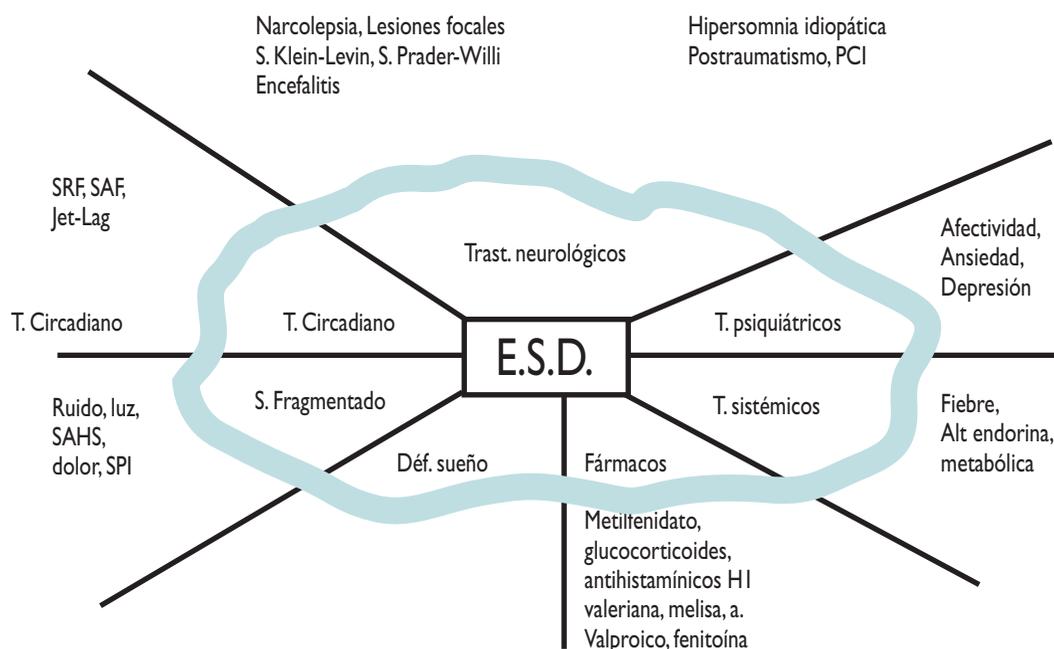
cadianas, el tiempo pasado desde el último período de sueño, la cantidad y calidad previa del sueño, su continuidad, el nivel de estimulación del SNC...

En la sociedad occidental, los padres, por cuestiones laborales y sociales, se ven obligados frecuentemente a diseñar los horarios infantiles en función de sus propios horarios y a dedicar, casi exclusivamente, las últimas horas del día a relacionarse con sus hijos ocasionándose, con ello, un retraso en el momento de acostar a los niños. A este retraso se suele añadir el despertar precoz por necesidades horarias, la incorporación cada vez más temprana a la escolarización, la aparición necesaria de las llamadas escuelas matinales y, en edades posteriores, la socialización, el uso de las nuevas tecnologías (móvil, chat...) junto con la tendencia al retraso de fase de sueño⁸. Todo ello provoca que la causa más frecuente de ESD en la infancia sea el **déficit de sueño**, al no ser respetadas las necesidades y los ritmos circadianos de las diferentes etapas⁹.

ETIOLOGÍA

La ESD se relaciona con un variado número de factores etiológicos (figura 1) que incluyen: las influencias cir-

Figura 1. Factores relacionados con la ESD en la infancia



SRF: síndrome de retraso de fase; SAF: síndrome de adelanto de fase; SAHS: síndrome de apnea-hipopnea del sueño; SPI: síndrome de piernas inquietas; PCI: parálisis cerebral infantil.

Desde el punto de vista de la patología médica tres cuadros merecen, por diferentes razones, especial atención como causantes de ESD: los problemas respiratorios durante el sueño, la narcolepsia y el síndrome de piernas inquietas.

Las diferentes causas de ESD en la infancia están resumidas en la tabla I¹⁰.

CLÍNICA

De manera común, y en todas las etapas de la infancia, la ESD se puede manifestar con cuatro patrones diferentes:

- Somnolencia continua durante el día.
- Ataques de sueño (de forma característica vistos en la narcolepsia).
- Alargamiento del sueño nocturno.

- ESD intermitente a lo largo del día.

Aún existiendo estos patrones comunes, las manifestaciones clínicas de la ESD en la etapa pediátrica varían según la edad, siendo esta variabilidad clínica una de las causas de su difícil diagnóstico:

a) Lactante y preescolar

Un sueño prolongado por la noche y durante las siestas se puede considerar normal, e incluso muy deseable, en los niños pequeños y no un motivo de preocupación. Los síntomas que, en estas edades, pueden alertar sobre la presencia de ESD suelen ser:

- Duerme varias horas más que sus padres o la necesidad de siestas persiste de manera constante una vez iniciado el período escolar a los 6 años.
- Está soñoliento mientras sus compañeros están activos y alerta.

Tabla I. Etiología de la ESD en la infancia

a) Alteraciones neurológicas:

1. Epilepsia y fármacos antiepilépticos.
2. Tumor / Incremento de la presión intracraneal.
3. Narcolepsia.

b) Alteraciones primarias del sueño:

1. Privación de sueño (causa más frecuente en pediatría).
2. Insomnio.
3. Síndrome de resistencia de vía aérea.
4. Síndrome de apnea-hipopnea (SAHS) del sueño.
5. Síndrome de piernas inquietas.

c) Alteraciones conductuales:

1. Síndrome de fatiga crónica.
2. Síndrome de Kleine-Levin.
3. Alteraciones afectivas.

d) Alteraciones circadianas:

1. Síndrome de retraso de fase.

c) Enfermedades médicas:

1. Infección: aguda y crónica.
2. Enfermedad muscular.
3. Enfermedad metabólica.
4. Síndrome de Prader-Willi.

- Empieza a dormir mucho más de lo que lo hacía previamente.

Es importante señalar que, mientras en la población adolescente se manifiesta fundamentalmente con sintomatología de somnolencia, en las primeras etapas de la vida clínica se relaciona más con una hiperactividad, pues el niño aumenta su actividad motora como medida de combatir la somnolencia. Sin embargo, incluso a esta edad, una anamnesis detallada puede relevar los síntomas de somnolencia.

b) Prepúber

La tendencia a un alto nivel de alerta al final del día, típica del prepúber, puede disimular la ESD. Este efecto se pierde al llegar la adolescencia.

c) Adolescente

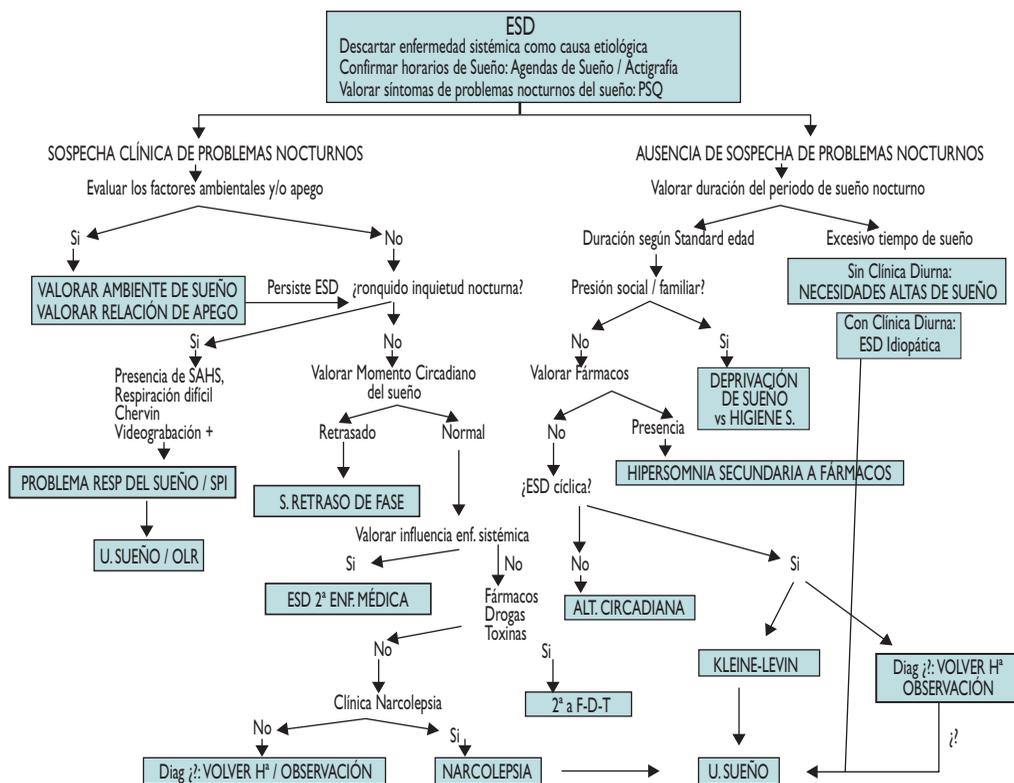
Clínica semejante al adulto en cuanto a somnolencia, cambio de carácter y agresividad.

EVALUACIÓN

La evaluación de la ESD se inicia con una historia y una exploración clínica completa que nos permiten orientar el diagnóstico clínico.

En Atención Primaria es fundamental utilizar las agendas o diarios de sueño elaborados por los responsables del niño o el propio adolescente durante 2 semanas de vida rutinaria, que nos darán información sobre los horarios y hábitos del sujeto.

Figura 2. Valoración en atención primaria de la excesiva somnolencia diurna en el niño



En la anamnesis las preguntas clave de sospecha de excesiva somnolencia diurna por edades podrían ser:

- De 2 a 5 años

A los padres:

¿Les parece que está excesivamente cansado o somnoliento durante el día comparándolo con sus amigos/as?

- De 6 a 12 años

A los padres:

¿Es difícil despertarlo? ¿Les da la impresión de

que está somnoliento por el día? ¿Necesita rutinariamente la siesta?

Al chico/a:

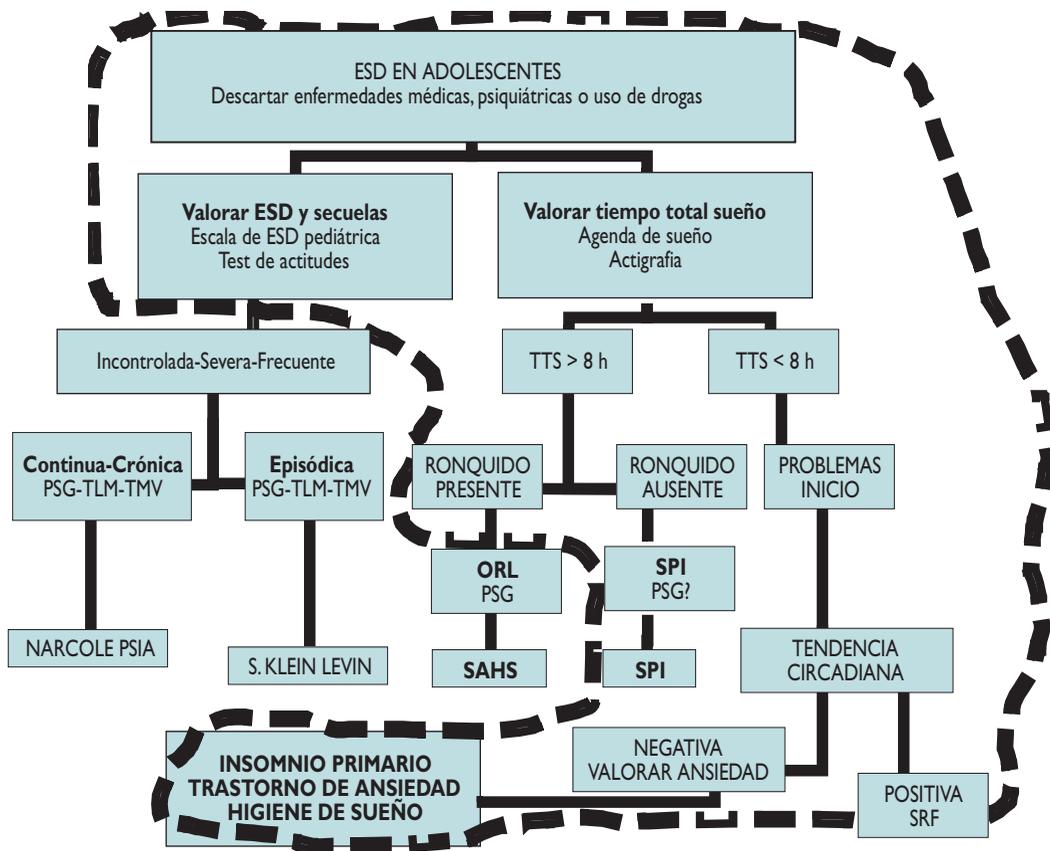
¿Te sientes más cansado que tus amigos/as?

- De 13 a 18 años

¿Te sientes cansado o somnoliento por el día?
¿Te duermes en clase?

Los diagramas de las figuras 2 y 3 son unos intentos elaborados por nuestra Unidad de facilitar el diagnóstico clínico de los diferentes cuadros involucrados en la ESD.

Figura 3. Excesiva somnolencia diurna (ESD) en adolescentes



PSG: Polisomnografía; TLM: Test de latencias múltiples; TMV: Test de mantenimiento de vigilia; SPI: Síndrome de piernas inquietas; SAHS: Síndrome de apnea hipopnea del sueño; SRF: Síndrome de retraso de fase. El área incluida dentro de la línea es competencia, en nuestra opinión, del pediatra de AP.

GLOSARIO DE TÉRMINOS DE LA MEDICINA DEL SUEÑO UTILIZADOS^{1,11}

- **Síndrome de Klein-Levin:** hipersomnias raras de carácter recurrente. Se caracteriza por la presencia de periodos de hipersomnia acompañados de hiperfagia, hipersexualidad con conductas masturbatorias, desinhibición social, irritabilidad y agitación. Pueden registrarse alucinaciones, un estado confusional con desorientación y una deficiente fijación mnésica que deja un recuerdo vago del episodio. Se encuentra especialmente en la adolescencia, afectando especialmente a los varones. Los episodios de hipersomnia se inician bruscamente, a veces después de un agotamiento físico, estrés psicológico o síndrome gripal. El individuo duerme unas veinte horas al día, durante dos semanas.
- **Hipersomnia idiopática:** sueño nocturno profundo de larga duración, despertar matutino difícil y somnolencia diurna excesiva, con accesos de sueño menos irresistibles que en la narcolepsia. La causa es desconocida, puede revestir a veces un carácter familiar. Comienza, en general, antes de los 25 años.
- **Síndrome de adelanto de fase:** es más excepcional que el de retraso de fase. Se caracteriza por una necesidad irresistible de sueño, antes de la hora deseada, muy pronto al atardecer, y por un despertar matutino temprano, a las 2 o las 3 de la madrugada, con imposibilidad de conciliar el sueño de nuevo. Más frecuente en el anciano.
- **Jet-Lag** (desfase de los husos horarios): afección caracterizada por un conjunto de perturbaciones biológicas, clínicas y sociales relacionadas con el paso rápido de varios husos horarios en viajes aéreos intercontinentales.
- **Agenda del sueño:** instrumento para la valoración subjetiva de los periodos de vigilia y sueño. Se compone, habitualmente, de hojas mensuales con una parilla con 31 subdivisiones verticales para cada uno de los días del mes y 24 en sentido horizontal correspondientes a las horas del día. El individuo debe indicar con flechas las horas en que se acuesta y se levanta, y sombreadar las casillas correspondientes a las horas supuestas de sueño.
- **Actigrafía:** medición de la actividad motriz que se explora, generalmente, en condiciones ambulatorias con la ayuda de un actímetro. El sueño puede detectarse si al mismo tiempo el sujeto utiliza la agenda de sueño. El actímetro es un aparato biomédico del tamaño de un reloj que se fija en la muñeca no dominante y detecta movimientos corporales.
- **PSQ: Pediatric Sleep Questionnaire.** Cuestionario de hábitos de sueño pediátrico. En la actualidad existe una versión en castellano¹².
- **Test de Chervin:** test diseñado por este autor con alta sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de sospecha clínica de la presencia de SHAS.
- **Higiene del sueño:** la noción de higiene del sueño se basa en las relaciones complejas existentes entre los comportamientos, los factores ambientales, los cambios en el ritmo de vigilia-sueño y la utilización de ciertos productos como la cafeína, colas...
- **Polisomnografía (PSG):** registro continuo y simultáneo de las diferentes variables fisiológicas durante el sueño.
- **Test de latencias múltiples (TLM):** técnica estandarizada de utilidad para una evaluación objetiva de la somnolencia diurna. Consiste en determinar cada 2 horas la velocidad de adormecimiento en condiciones estándar que favorecen el sueño. En los adolescentes se considera patológica una latencia media del sueño igual o infe-

rior a 5 minutos. Por el contrario, antes de la adolescencia se considera patológica una latencia media del sueño inferior a 15 minutos.

- **Test del mantenimiento de la vigilia (TMV):** es una prueba que permite evaluar la aptitud del

individuo para permanecer despierto. Está menos estandarizado en pediatría.

- **Latencia del sueño:** tiempo transcurrido entre la extinción de la luz y la primera época de cualquier fase de sueño.

Bibliografía

1. The International Classification of Sleep Disorders. Westchester, IL 2 ed.: AASP; 2005.
2. Stein MA, Mendelsohn J, Obermeyer WH, Amromin J, Benca R. Sleep and behavior problems in school-aged children. *Pediatrics*. 2001;107:e60.
3. Wolfson AR, Carskadon MA. Sleep schedules and daytime functioning in adolescents. *Child Dev*. 1998;69:875-87.
4. Blader JC, Koplewicz HS, Abikoff H, Foley C. Sleep problems of elementary school children. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1997;151:473-80.
5. Pin Arboledas G, Lluch Roselló A. El sueño en el obeso. Importancia del cribado clínico. *Acta Pediatr Esp*. 2007;65:74-8.
6. Hiscock H, Canterford L, Ukoumunne O, Wake M. Adverse associations of sleep problems in Australian preschoolers: national population study. *Pediatrics*. 2007;119:86-93.
7. Beebe DW. Neurobehavioral morbidity associated with disordered breathing during sleep in children: a comprehensive review. *Sleep*. 2006;29:1115-34.
8. Van den Bulck J. Adolescent use of mobile phones for calling and for sending text messages after lights out: results from a prospective cohort study with a one-year follow-up. *Sleep*. 2007;30:1220-3.
9. Spruyt K, O'Brien LM, Cluydts R, Verleye GB, Ferri R. Odds, prevalence and predictors of sleep problems in school-age normal children. *J Sleep Res*. 2005;14:163-76.
10. Givan DC. The sleepy child. *Pediatr Clin North Am*. 2004;51:15-31.
11. Onen SH, Onen F. Diccionario de la medicina del sueño. Ed Mayo; 2001.
12. Tomás Vila M, Miralles Torres A, Beseler Soto B. Versión española del Pediatric Sleep Questionnaire. Un instrumento útil en la investigación de los trastornos del sueño en la infancia. Análisis de su fiabilidad. *An Pediatr (Barc)*. 2007;66:121-8.