

Coordinación:

Dra. María José Galiano Segovia

Pediatra. Centro de Salud María Montessori. Leganés (Madrid)

Sleep disorders during childhood: a practical review

Ophoff D, Slaats MA, Boudewyns A, Glazemakers I, Van Hoorenbeeck, Verhulst SL

Eur J Pediatr. 2018; 177: 641-648.



Introducción

Los trastornos del sueño son un problema frecuente durante la infancia y la adolescencia, y pueden influir tanto sobre el desarrollo y el crecimiento de los niños como sobre otros aspectos médicos y psicológicos. Es importante realizar un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuados.

En este artículo se revisan los diferentes trastornos del sueño basándose en la 3.^a edición de la Clasificación Internacional de los Trastornos del Sueño (ICSD-3).

Clasificación Internacional de los Trastornos del Sueño ICSD-3

- Insomnio.
- Trastornos del sueño relacionados con la respiración.
- Trastornos de hipersomnolencia central.
- Trastornos del ritmo circadiano sueño-vigilia.
- Parasomnias.
- Trastornos del movimiento relacionados con el sueño.
- Otros trastornos del sueño.

En la primera parte del artículo se describe el desarrollo normal del sueño, sus fases y cómo varían las necesidades del sueño según la edad. Los autores exponen a continuación una serie de casos clínicos de pacientes con trastornos del sueño, plantean diversos diagnósticos diferenciales y dan orientaciones prácticas para su manejo. Se estima que la prevalencia de trastornos del sueño en los niños es de, al menos, un 25%, con algunas variaciones según la edad.

Desarrollo del sueño y necesidades según la edad

Mientras que los neonatos no diferencian el sueño entre el día y la noche, a partir de los 3 meses empiezan a establecer un periodo de sueño más largo durante la noche. A los 9 meses, el 70-80% de los niños duermen durante toda la noche, con siestas diurnas de un total de 2-4 horas. Los niños de 1-3 años de edad necesitan unas 12 horas de sueño, con una siesta diurna, que desaparecerá entre los 3 y los 5 años. En esta etapa disminuye la cantidad de sueño REM y se incrementa el no REM. Los niños en edad escolar entre 6 y 12 años deben dormir unas 11 horas, que pasarán a ser 8-10 horas según se acerca la adolescencia.

En cualquier caso, las necesidades de sueño son muy personales y dependen de cada niño, por lo que las pautas de cuánto se debe dormir son orientativas. Se puede considerar que el

hecho de que el niño se levante espontáneamente y descansado por las mañanas es señal de que ha dormido suficiente. Aparte de la somnolencia durante el día o la dificultad para levantarse por las mañanas, es importante detectar algunos otros indicadores de que el sueño no está siendo adecuado, como dificultad para atender, concentrarse o memorizar, presencia de hiperactividad, agresividad, dolores de cabeza, trastornos del humor e incluso depresión, o abuso de estimulantes, como cafeína y nicotina en los adolescentes.

Casos clínicos

El primer caso clínico de este artículo se refiere a una niña de 2,5 años de edad con insomnio de conciliación, que poco a poco se va complicando con despertares nocturnos frecuentes en los que es imprescindible la intervención activa y continua de los padres durante toda la noche, con la consiguiente desesperación y cansancio familiar. A propósito de este caso, tan frecuente en nuestras consultas de pediatría general, los autores repasan las diferentes causas de insomnio en la edad pediátrica, muchas veces relacionado con un mal manejo de los límites por parte de los padres o una inadecuada higiene del sueño. Habrá que aconsejar a los padres pautas para el manejo de este trastorno de conducta. En otras ocasiones, especialmente en los niños más mayores, el insomnio está más relacionado con el miedo o la ansiedad, para lo cual son útiles las técnicas de relajación junto con la terapia conductual.

A continuación, se expone el caso de una niña de 6 años con hipersomnolencia no atribuible a otros trastornos del sueño. Los autores describen además los tipos de narcolepsia y cómo distinguirlos y tratarlos.

El tercer caso clínico corresponde a un paciente de 15 años de edad con trastorno de retraso de fase sueño-vigilia, que es el trastorno de sueño más frecuente en los adolescentes. Se retrasa el momento de conciliar el sueño y se dificulta el despertar. Entra en conflicto con los horarios de colegio, que provoca somnolencia, dolores de cabeza y disminución del rendimiento escolar. Hay que hacer diagnóstico diferencial con el insomnio y los trastornos psiquiátricos, incluida la depresión, la ansiedad o los abusos, para establecer un plan de tratamiento adecuado. En estos casos hay que intentar normalizar el horario de sueño-vigilia, manteniéndolo en la medida de lo posible durante los fines de semana, y evitando las siestas, las bebidas con cafeína o el uso de tecnologías de la información y comunicación antes de acostarse.

A continuación, se incluye el caso de un niño de 4 años de edad con terrores nocturnos, que sirve para repasar el grupo de parasomnias que suelen suceder en la fase no REM del sueño, especialmente en el primer tercio de la noche. Se calcula que hasta un 78% de los niños han tenido en alguna ocasión algún tipo de parasomnia antes de los 13 años: pesadillas, sonambulismo o terrores nocturnos. Aunque estos episodios son muy aparatosos, hay que tranquilizar a los padres y explicarles cómo manejarlos. Conviene subrayar la importancia de adoptar buenos hábitos de sueño, ya que la falta de descanso nocturno es un importante factor desencadenante de estos trastornos.

A continuación, los casos de una niña de 10 años con sensación de calambres en las piernas y el de un niño de 7 años con un trastorno del movimiento periódico de las extremidades ilustran el capítulo de trastornos del movimiento relacionados con el sueño, que suelen ser comunes, benignos y autolimitados.

Termina el artículo con la enumeración de algunos consejos sencillos y de sentido común que pueden facilitar a los padres el manejo de los trastornos del sueño:

- Un buen sueño nocturno se consigue durante el día.
- Conviene mantener un horario fijo.
- Hay que explicar qué comportamientos relacionados con el sueño son aceptables y cuáles no. Utilizar refuerzos positivos para el buen comportamiento e ignorar el malo.
- No castigar a los niños mandándolos a la cama.
- La habitación debe ser un espacio reservado para dormir, no para jugar.
- Evitar comidas o bebidas estimulantes antes de irse a dormir.
- Avisar que va llegando la hora de acostarse.
- Acompañar al niño a acostarse con calma, sin discutir.
- Utilizar unas rutinas fijas previas a la hora de acostarse.
- Si se les lee un cuento, debe ser durante un tiempo limitado.
- Enseñarles ejercicios de relajación.
- Mantener una temperatura adecuada de la habitación.

- Evitar el uso de ordenadores, televisores en la habitación y de pantallas antes de acostarse.
- El niño debe dormir en su propia cama.
- Conviene que el padre y la madre adopten la misma actitud, con un plan común, evitando esperar junto al niño hasta que éste concilie el sueño.
- Si el niño se despierta por la noche, debe acudir a atenderlo el que sea más firme.
- No acudir a la primera llamada del niño, pero no esperar a que esté demasiado enrabietado.
- Evitar el enfado en dichas actuaciones. ■■■

Lo que aporta este estudio

Los trastornos del sueño son frecuentes en la infancia y la adolescencia, y a veces son difíciles de diagnosticar. En algunos de ellos son útiles las terapias de conducta y refuerzo de buenos hábitos en relación con el sueño. En cuanto al apoyo farmacológico, hay que sopesar bien sus riesgos/beneficios. Cuando fallan las terapias básicas o cuando esté indicada la polisomnografía, se debe remitir al paciente a un centro especializado en estudio del sueño.

En la consulta de pediatría general debemos interesarnos siempre por el sueño del niño, comprobando que duerme las horas suficientes según su edad. En caso de detectar algún trastorno del sueño, conviene facilitar a los padres pautas concretas para su manejo, escuchar las dificultades que encuentran y apoyarlos con nuestra experiencia.

C. Esteve

Departamento de Pediatría.
Clínica Universidad de Navarra. Madrid

Pediatric Hoverboard and Skateboard injuries

Bandzar S, Funsch DG, Hermansen R, Gupta S, Bandzar A

Pediatrics. 2018; 14: e20171253.



Desde que en 2015 salieron a la venta los patinetes eléctricos, su demanda se disparó, llegando a comprarse en muchos casos sin pasar las inspecciones de seguridad. A finales de 2015, la Comisión de Seguridad de Productos del Consumidor (CPSC) había recibido informes desde los servicios de urgencias de hospitales donde se referían lesiones importantes de usuarios de patinetes, incluidas las quemaduras por fuegos espontáneos debido al mal funcionamiento de sus baterías.

El objetivo de este trabajo era investigar las características de las heridas producidas por el uso de patinetes eléctricos, comparadas con las causadas por los patinetes tradicionales, en niños que acuden a un servicio de urgencias en Estados Unidos.

Los datos se recogieron en una base de datos nacional (NEISS), que registra los informes enviados de los pacientes atendidos en los servicios de urgencias, sobre una muestra estratificada de 100 servicios de urgencias de hospitales con, al menos, 6 camas y operativos las 24 horas del día, durante los años 2015 y 2016, en los menores de 18 años. Los datos incluían datos demográficos, el sitio donde ocurría la lesión, las zonas del cuerpo lesionadas y la disposición del servicio de urgencias.

El número de lesiones estimadas en esos años por patinete eléctrico fue de 26.854, con un pico de edad situado en los 12 años. En el 66% de los casos las lesiones ocurrían en casa. Las lesiones más comunes eran fracturas (40%), contusiones (17%) y esguinces (13%). La parte del cuerpo más comúnmente dañada era la muñeca (19%), el antebrazo (14%) y la cabeza (14%).

El número de lesiones estimadas por patinete convencional en esos años fue de 121.398. La media de edad en que ocurrían las lesiones era de 13 años, y el número de lesiones aumentaba con la edad. En los casos en que se detallaba el lugar de la lesión, el 52% ocurría en la calle. La parte del cuerpo dañada más comúnmente era la muñeca (15%). Las fracturas suponían un 32% de todas las lesiones. Los esguinces de tobillo eran más frecuentes en estos casos, respecto a las producidas por patinete eléctrico.

La mayoría de las lesiones, por ambos tipos de patinete, eran tratadas en urgencias y los pacientes eran enviados a casa (96%). Entre los que ingresaban, las fracturas eran la causa más frecuente, seguidas de las lesiones en la cabeza (un 14% de todas las admisiones de lesiones por patinete eléctrico y un

35% de todas las admisiones de lesiones por patinetes que se presentaban en urgencias).

La *ratio* entre niños y niñas que se presentaban en urgencias con lesiones por patinete era de 3:1, comparada con la de los montadores de patinete eléctrico, que era 1:1.

Una limitación del estudio es que no recoge el dato de si los pacientes llevaban puesto el equipo protector. Una serie de casos de 5 lesiones por patinete eléctrico revelaba que ninguno de los pacientes llevaba puesto el equipo protector.

En cualquier caso, no está claro si el hecho de llevar puesto equipo protector, casco y muñequeras podría disminuir la frecuencia de lesiones en la cabeza y las muñecas en montadores de patinetes eléctricos y patinadores.

Conclusiones

Son frecuentes las lesiones producidas por patinetes. Las partes del cuerpo más comúnmente dañadas con ambos tipos de patinetes son la muñeca, la cabeza y el antebrazo. Las lesiones en la cabeza y las fracturas fueron la causa más común de ingreso de estos pacientes. La mayoría de las lesiones por patinete eléctrico ocurría en las casas, y las del patinete convencional en la calle.

Hay que insistir en la adopción de medidas preventivas para disminuir la incidencia de lesiones y la frecuencia de visitas a urgencias en estos casos. ■■■

Lo que aporta este estudio

Las nuevas formas de diversión en preadolescentes y adolescentes conllevan también un mayor riesgo de lesiones. A pesar de las campañas encaminadas a usar protectores para realizar actividades que pueden conllevar un riesgo de lesión física, estamos lejos de conseguir que su uso sea mayoritario. El uso de protecciones por personajes populares puede contribuir a esta concienciación. Pero, sobre todo, al menos en el caso de los patinetes eléctricos, ¿no hay que usarlos en casa!

M.J. Galiano Segovia

Pediatra. Centro de Salud María Montessori. Leganés (Madrid)