Preguntas para responder

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

CONCEPTOS Y CLASIFICACIONES

1. ¿Cuáles son los conceptos generales sobre el sueño?
2. ¿Cuáles son las características clínicas generales del sueño?
3. ¿Cuál es la clasificación de los trastornos del sueño?

VALORACIÓN GENERAL Y MEDIDAS PREVENTIVAS

4. ¿Cómo debe evaluarse el sueño en la consulta de AP?
5. ¿Existen preguntas clave que puedan ayudar a los profesionales de Atención Primaria a detectar los trastornos de sueño en la entrevista con los padres/cuidadores/niños/adolescentes?
6. ¿Qué pruebas o herramientas podemos utilizar para la valoración general del sueño en el niño y adolescente en AP?
7. ¿Cuáles son las pruebas complementarias que tener en cuenta?
8. ¿Cuáles son los diagnósticos diferenciales que tener en cuenta?
9. ¿Existen medidas preventivas para los trastornos del sueño?

DEFINICIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO

10. ¿Qué es el insomnio por higiene del sueño inadecuada?
11. ¿Qué es el insomnio conductual?
12. ¿Qué es el síndrome de piernas inquietas?
13. ¿Qué es el síndrome de retraso de fase del sueño?
14. ¿Qué es el síndrome de apnea/hipopnea del sueño?
15. ¿Qué es el sonambulismo?
16. ¿Qué son los terrores del sueño o terrores nocturnos?
17. ¿Qué son los despertares confusionales?
18. ¿Qué son las pesadillas?
19. ¿Qué son los movimientos rítmicos?
20. ¿Qué es la somnolencia diurna excesiva o hipersomnia?
21. ¿Cómo se clasifican las hipersomnias?
22. ¿Cuál es la causa más frecuente de la somnolencia diurna excesiva?
23. ¿Qué es la narcolepsia?

24. ¿Cuál es la definición más adecuada para estos trastornos específicos?
25. ¿Cuál es la etiología de estos trastornos?
26. ¿Existen factores condicionantes de estos trastornos: fisiológicos, psicofisiológicos, psicológicos, ambientales (contexto familiar)?
27. ¿Cuáles son los criterios clínicos de sospecha para estos trastornos?
28. ¿Cuáles son los criterios diagnósticos para estos trastornos?
29. ¿Cómo se clasifican?
30. ¿Cuáles son los diagnósticos diferenciales que tener en cuenta?
31. ¿Existen preguntas clave que puedan ayudar a los profesionales de Atención Primaria a detectar estos trastornos en la entrevista con el paciente/padres/cuidadores?
32. ¿Qué pruebas o herramientas podemos utilizar para el diagnóstico de estos trastornos en AP?
33. ¿Cuáles son los criterios para derivar a Atención Especializada?
34. ¿Cuáles son los tratamientos efectivos para estos trastornos en Atención Primaria?
35. ¿Cuáles son los tratamientos autorizados en la población pediátrica?
36. ¿Cuáles son las intervenciones psicológicas más efectivas para estos trastornos?
37. ¿Cuándo están indicados los fármacos para estos trastornos?
38. ¿Existen medidas preventivas de estos trastornos?

INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN AL PACIENTE

39. ¿Cuál es la información básica que se debe proporcionar a los familiares y pacientes con trastornos del sueño?
40. ¿Cómo se puede conseguir un mejor cumplimiento/adherencia en el tratamiento de los trastornos del sueño en la infancia y adolescencia?

ESTRATEGIAS DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS

41. ¿Cuáles son los pasos que seguir ante un niño o adolescente con trastornos del sueño?

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Recomendaciones de la GPC

Valoración de los trastornos del sueño

√	En la valoración general de los niños en Atención Primaria (AP) se recomienda una ***anamnesis*** que incluya la descripción del sueño durante las 24 horas, edad de inicio del problema, hábitos de sueño (horarios) incorrectos, conducta, rendimiento escolar, evaluación del día (no sólo de la noche), historia familiar de trastornos del sueño, si estamos ante un trastorno transitorio agudo o crónico, afectación de otras funciones biológicas, uso de fármacos y drogas, presencia de otras patologías y/o síndromes.
√	Se recomienda utilizar ***preguntas clave*** para ayudar a detectar los trastornos del sueño y poder descartar otros trastornos (Anexo 2).
√	Se pueden utilizar los percentiles de duración del sueño para ayudar a ver la evolución del sueño del niño y para la comparación del mismo con otros niños (Anexo 2).
D	Se recomienda la utilización de la ***agenda de sueño*** durante, al menos, 15 días para conocer los horarios de sueño y vigilia del paciente y para monitorizar su evolución (Anexo 5).
√	Ante la sospecha de trastornos respiratorios durante el sueño, parasomnias, movimientos rítmicos y/o movimientos periódicos de extremidades, se recomienda, para su valoración, el vídeo doméstico.
D	Como herramienta de cribado de problemas del sueño se recomienda el cuestionario BISQ *(Brief Infant Sleep Questionnaire)* en lactantes menores de 2 años y medio (Anexo 6).
D	Como herramienta de cribado de problemas del sueño en niños de 2 a 18 años se recomienda el uso del cuestionario ***BEARS*** *(B=Bedtime Issues, E=Excessive Daytime Sleepiness, A=Night Awakenings, R=Regularity and Duration of Sleep, S=Snoring)* (Anexo 6).
D	Para valorar la presencia de trastornos del sueño en edad escolar se recomienda el cuestionario SDSC *(Sleep disturbance Scale for Children),* de Bruni (Anexo 6).
√	Para el abordaje de los problemas/trastornos de sueño en las consultas de pediatría de AP a través de los cuestionarios citados, se recomienda el esquema presentado en el Anexo 7.

Medidas preventivas para los trastornos del sueño

D	Se deben tener en cuenta los aspectos característicos del sueño según los rangos de edad para poder establecer las recomendaciones preventivas (véase tabla 11).
√	Se debe informar a los padres, cuidadores y/o adolescentes sobre las medidas preventivas de problemas de sueño en las visitas a los centros de salud según la edad correspondiente (Anexo 8.1).
√	Se recomienda tener en cuenta, por parte de los educadores, una serie de medidas preventivas de problemas del sueño, para poder atender e informar de un modo adecuado a los padres/cuidadores y/o adolescentes, según el ciclo formativo de enseñanza-aprendizaje correspondiente (Anexo 8.2).

El niño al que le cuesta dormirse

Insomnio

Diagnóstico

D	El diagnóstico debe realizarse fundamentalmente a través de la historia clínica, y a veces con ayuda de la información recogida por la familia en las agendas/diarios de sueño.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Tratamiento

Medidas de higiene del sueño

C	Se recomiendan intervenciones educativas que incluyan medidas de higiene del sueño además de información sobre la importancia y necesidad del sueño (véanse Anexos 8 y 9).

Intervenciones psicológicas*

B	Las técnicas basadas en los principios de terapia conductual (TC) para el insomnio deberían incluir, al menos, extinción gradual, seguida de la educación de los padres. Otras TC que pueden recomendarse son extinción estándar, el retraso de la hora de acostarse junto con el ritual presueño y los despertares programados.
√	Antes de recomendar la técnica de extinción gradual se recomienda valorar la tolerancia de los padres hacia esta técnica, pudiendo ayudarse de una serie de preguntas (Anexo 12).
B	En adolescentes se recomienda la higiene del sueño e intervenciones conductuales que incluyan al menos el control de estímulos para el tratamiento del insomnio. Otra intervención que puede recomendarse es la reestructuración cognitiva.
B	Se recomiendan para los adolescentes los programas de educación y manejo del sueño con directrices sobre higiene del sueño, instrucciones de control de estímulos e información sobre el consumo de sustancias y el impacto que los problemas de sueño pueden tener sobre el humor y el funcionamiento académico.
B	Para reducir la activación cognitiva anterior al sueño en adolescentes con insomnio y tendencia a rumiar sus problemas a la hora de irse a dormir se recomienda un procedimiento estructurado de solución de problemas.

*En el *Anexo 11* se incluye información para el profesional de AP y para los padres, cuidadores y adolescentes sobre las principales intervenciones.

Intervenciones farmacológicas

D	El tratamiento farmacológico del insomnio pediátrico requiere una selección cuidosa de los pacientes, habiéndose realizado un correcto diagnóstico y bajo criterio del profesional.
B	No se recomienda utilizar el tratamiento farmacológico ni como primera opción ni como estrategia exclusiva de tratamiento del insomnio pediátrico.
D	El uso de fármacos debe ser precedido por la aplicación de medidas de higiene del sueño.
D	Se recomienda el tratamiento farmacológico siempre en combinación con intervenciones no farmacológicas como técnicas conductuales y educación de los padres.
D	La medicación debe ser usada sólo a corto plazo seleccionándose el fármaco en función del problema –de acción corta para los problemas de inicio del sueño y de vida media larga para los problemas de mantenimiento– monitorizándose los beneficios y efectos adversos.
D	Previamente a iniciar el uso de fármacos, se debe establecer junto con los padres/cuidadores o adolescentes unos objetivos de tratamiento claros y explorarse el uso de otros fármacos, alcohol, drogas y la posibilidad de embarazo.
√	Se recomienda el tratamiento farmacológico en el insomnio pediátrico cuando: • Está en peligro la seguridad y bienestar del niño. • Los padres son incapaces de instaurar medidas no farmacológicas. • El insomnio está en el contexto de una enfermedad médica o ante una situación estresante.
D	No se recomienda el tratamiento farmacológico en el insomnio pediátrico cuando: • Exista un trastorno respiratorio del sueño no tratado. • El insomnio sea debido a una fase normal del desarrollo o a falsas expectativas de los padres sobre el sueño. • El insomnio se deba a una situación autolimitada de corta duración (por ejemplo, la otitis aguda). • Pueda haber interacción medicamentosa con la medicación habitual o con abuso de sustancias o alcohol. • No exista posibilidad de seguimiento y/o monitorización del tratamiento (padres no capaces de acudir a las revisiones programadas).

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Melatonina

√	No hay evidencia para recomendar el uso de la melatonina en niños menores de 6 años.
√	La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) no tiene autorizada la melatonina para el insomnio pediátrico; si bien los resultados obtenidos en los ensayos en niños entre 6 y 12 años con insomnio crónico de inicio, y que no responden a intervenciones educativas con higiene de sueño e intervenciones psicológicas, sugieren que una vez sea aprobada, se puede valorar la utilización de melatonina a dosis de 0,05mg/kg, administrada al menos de 1 a 2 horas antes de la hora deseada para acostarse.
√	La melatonina debe ser químicamente pura y administrarse siempre a la misma hora y bajo un adecuado control por parte del pediatra, o del médico especialista en trastornos de sueño, valorándose su retirada según evolución clínica. Si por cualquier circunstancia (olvido, fiesta) no se puede administrar a esa hora se debería suprimir la dosis de ese día.
√	Se recomienda a los profesionales que pregunten a los padres sobre cualquier tipo de melatonina adquirida en tienda o herbolario para evitar el uso de melatonina de origen animal y/o dosis no controladas.

Otros tratamientos

Suplementos nutricionales

B	Se necesita más estudios comparativos a largo plazo para recomendar de forma generalizada el uso de suplementos nutricionales para el tratamiento del insomnio pediátrico.

Hierbas medicinales

B	No hay suficiente evidencia para recomendar el uso de la valeriana ni la combinación de ésta con lúpulo para el tratamiento del insomnio pediátrico.
D	Se recomienda a los profesionales que pregunten a los padres/adolescentes sobre cualquier producto de herbolario que se esté tomando o se haya tomado, para alertarlos del peligro de la automedicación con la combinación de fármacos y productos herbales.

Ruido blanco

B	No hay suficiente evidencia sobre eficacia y seguridad para recomendar el uso del ruido blanco para el tratamiento del insomnio pediátrico.

Síndrome de piernas inquietas (SPI)

Diagnóstico

√	El diagnóstico del SPI debe realizarse fundamentalmente a través de una historia clínica completa que incluya los antecedentes personales y familiares, exploración física exhaustiva, estudio hematológico (hemograma, glucemia, transaminasas, función renal, metabolismo del hierro). Puede ser útil la información recogida por las familias en las agendas/diarios de sueño.
√	Se recomienda tener en cuenta las siguientes patologías a la hora de plantear un diagnóstico diferencial: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), disconfort posicional, dolores del crecimiento, tics motores, dolores musculares, calambres musculares, patología ósea, acatisia y otras enfermedades como enfermedades dermatológicas, reumatológicas, polineuropatía periférica, radiculopatía o miopatía, mioclono hípnico, crisis mioclónicas o parasomnias.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Tratamiento

√	En los casos de SPI menos graves se recomiendan una serie de medidas generales, no farmacológicas, que incluyan reducir o eliminar aquellos factores que precipitan el SPI (limitar el consumo de cafeína, chocolate, nicotina, alcohol, fármacos) y aplicar normas basadas en los principios de higiene del sueño, principalmente, recomendaciones familiares sobre los horarios adecuados de sueño para sus hijos, dependiendo de la edad.
√	Para reducir el malestar en las piernas en clase se recomienda el apoyo familiar y escolar, que se puede traducir en medidas como permitir que el niño salga a dar un paseo durante una clase, alguna actividad física en los recreos o que cambie de posición con frecuencia.
D	Se necesita más evidencia para recomendar, de forma generalizada, la realización de programas de ejercicio físico para el tratamiento del SPI pediátrico.
D	Se recomienda la medición de los niveles de hierro y ferritina en sangre ante la presencia de síntomas de SPI, incluso cuando no hay anemia o ésta es moderada.
√	En el caso de que los niveles de ferritina sérica estén por debajo de 35 µg/l, se recomienda un tratamiento oral con hierro, en dosis terapeútica de anemia ferropénica, seguido de control analítico posterior.
√	Se recomienda derivar a las Unidades de Sueño o centros de referencia a aquellos niños con SPI que no responden a las medidas generales, higiene y aportes orales de hierro.

Síndrome de retraso de fase (SRF)

Diagnóstico

D	El diagnóstico del SRF debe realizarse clínicamente, pudiendo utilizarse las agendas/diarios de sueño con información recogida por las familias en los casos de sospecha.
√	Como diagnóstico diferencial se recomienda tener en cuenta: el insomnio, tanto primario como secundario, una higiene del sueño inadecuada y algunos trastornos de ánimo o ansiedad.

Tratamiento

√	Se recomiendan medidas de higiene del sueño básicas para reducir los factores que precipiten el SRF (Anexo 8) insistiendo en las siguientes: evitar siestas, comprender que la cama sirve para dormir (y no para comer, estudiar, oír música, hablar por teléfono…), evitar realizar actividad física en horas cercanas al sueño, y evitar la excesiva exposición lumínica (de la TV, ordenador, videojuegos u otros dispositivos) al final del día e incrementar la exposición a la luz natural por la mañana.
D	Se necesita más evidencia para recomendar, de forma generalizada, la fototerapia o luz brillante para el tratamiento del SRF pediátrico.
√	La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) no tiene autorizada la melatonina para el SRF pediátrico, si bien los resultados de los ensayos en niños mayores de 6 años con síndrome de retraso de fase, y que no responden a intervenciones de higiene de sueño, sugieren que, una vez sea aprobada, se puede valorar su utilización con dosis en un rango de 0,3mg-6 mg. hasta 6 horas antes de la hora habitual de dormir.
√	La administración de melatonina deberá realizarse siempre bajo un adecuado control por parte del pediatra, o del médico especialista en trastornos de sueño, valorándose su retirada según la evolución clínica.
B, C	Se necesita más evidencia para recomendar la cronoterapia para el tratamiento del SRF pediátrico.
B	No se recomienda la administración de vitamina B12 en el tratamiento del SRF pediátrico.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

El niño que presenta eventos anormales durante la noche

Síndrome de apnea-hipopnea durante el sueño (SAHS)

Diagnóstico

√	El diagnóstico de sospecha de SAHS en AP se debe iniciar mediante una adecuada historia, anamnesis y exploración física (tabla 21), incluyendo de inicio tres preguntas clave (tabla 23) y prestando atención a signos y síntomas de alerta (tabla 22).
D	Se recomienda el *Cuestionario del Sueño Pediátrico de Chervin* (PSQ reducido) para ayudar a establecer el diagnóstico de sospecha de síndrome de apnea-hipopnea de sueño (SAHS) (Anexo 6).
D	Adicionalmente, se puede solicitar la realización del *vídeo domiciliario* para ser valorado mediante el *score* de Sivan para ayudar en la sospecha diagnóstica (Anexo 6).
D	Ante la sospecha clínica confirmada de SAHS se recomienda derivar al paciente a las Unidades de Sueño o centros de referencia (véase capítulo 9, algoritmo 4).

Tratamiento

√	Como tratamiento para el SAHS en AP se recomienda un tratamiento conservador (higiene del sueño, Anexo 8), hasta establecerse el tratamiento definitivo en la Unidad de Sueño o centro de referencia y después del mismo.
√	Se recomienda la reevaluación clínica y un control post-tratamiento de los niños con SAHS una vez regresan al ámbito de AP después de haber realizado su tratamiento de Atención Especializada (AE), teniendo que reenviarse a AE en determinadas circunstancias (véase capítulo 9, algoritmo 4).

Sonambulismo, terrores nocturnos o del sueño, despertar confusional

Diagnóstico

D	Se debe realizar una historia clínica completa que incluya una descripción detallada del episodio, con especial énfasis en la edad de inicio, hora en la que se produce, frecuencia, regularidad y duración de los episodios, antecedentes familiares de trastornos del sueño, factores asociados que predispongan o precipiten los episodios, así como el impacto que el trastorno causa en la vida diaria del paciente.
√	Se recomienda complementar la historia clínica, además de con una exploración física, con la valoración del desarrollo y valoración de la conducta en el ámbito social, familiar y escolar.
D	Se recomienda tener en cuenta las siguientes patologías a la hora de plantear un diagnóstico diferencial: el trastorno del comportamiento durante el sueño REM, las pesadillas, los ataques de pánico nocturnos y epilepsias nocturnas (epilepsia nocturna del lóbulo frontal).
C	Se aconseja utilizar la escala FLEP *(Frontal Lobe Epilepsy and Parasomnias)* en el caso de que existan dudas diagnósticas entre epilepsia del lóbulo frontal y parasomnias (Anexo 6).
D	Se recomienda derivar a una unidad especializada en trastornos del sueño o centro de referencia, a aquellos pacientes que presenten síntomas sugestivos de parasomnias inusuales o atípicas (por la edad de inicio, hora en la que se produce, frecuencia, regularidad y duración de los episodios o por los patrones motores), cuando se sospecha otro trastorno del sueño (síndrome de apnea obstructiva del sueño o movimientos periódicos de las piernas) como desencadenante, en casos que requieran consideraciones legales o cuando no responden a tratamiento convencional.
D	Se debe derivar a una unidad especializada en trastornos del sueño o centro de referencia, aquellos casos en los que se sospeche un trastorno del sueño que se crea relacionado con crisis epilépticas. También para evaluar comportamientos violentos o potencialmente peligrosos para el paciente u otros relacionados con el sueño.
D	No se recomienda derivar a una unidad especializada en trastornos del sueño o centro de referencia, los casos de parasomnias típicas, no complicadas y que no han causado lesiones.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Tratamiento

√	Se recomienda comentar con los padres del niño afectado la naturaleza generalmente benigna y autolimitada de los episodios.
D	La primera medida que se debe tomar es la mejora de la higiene del sueño: que el niño duerma las horas suficientes, no se supriman las siestas si lo hacen habitualmente, mantenga un horario regular de sueño y evitar aquellos posibles desencadenantes.
D	Se debe aconsejar a los padres cómo actuar cuando se produce un episodio: conducir al niño de vuelta a la cama, evitar despertarle e interferir y evitar discutir sobre el episodio al día siguiente.
D	Se recomienda aconsejar a los padres sobre las medidas de seguridad oportunas que se deberían tomar en el hogar.
D	Cuando no se consiga controlar los episodios mediante las medidas de higiene del sueño, puede intentarse su control mediante despertares programados, si el episodio suele ocurrir aproximadamente a la misma hora.
√	En aquellos casos más graves o intensos, o que tienen consecuencias sobre la vigilia o que no han respondido a las medidas anteriores, se debe derivar al paciente a una unidad especializada en trastornos del sueño o centro de referencia.
D	Si hay evidencia de un trastorno primario de sueño (SAHS, SPI-MPE) u otros trastornos comórbidos (TDAH), lo indicado es el tratamiento de éstos, para corregir la parasomnias.

Pesadillas

Diagnóstico

D	El diagnóstico debe realizarse fundamentalmente a través de la historia clínica, con ayuda de agendas/diarios de sueño.
D	No se recomienda la polisomnografía de manera rutinaria para el diagnóstico de pesadillas.

Tratamiento

√	Se recomienda tranquilizar a la familia insistiendo en la naturaleza benigna y limitada del cuadro.
D	Se recomiendan las siguientes actuaciones con el fin de prevenir la aparición de pesadillas: mantener una buena higiene del sueño (véase Anexo 8), mantener un período tranquilo y relajante antes de acostarse, evitar ver películas, series de televisión u oír historias de terror antes de acostarse, reducir aquellos factores que puedan ser estresantes para el niño, restringir la ingesta de líquidos después de la cena y el niño debe orinar antes de acostarse.
D	Cuando el niño sufre una pesadilla se recomienda que los padres utilicen alguna o varias de las siguientes estrategias: tranquilizar y calmar al niño, recalcando que ha sido sólo una pesadilla o utilizar objetos que transmitan seguridad al niño para ayudarle a volverse a dormir.
D	Se recomienda, que con ayuda de los padres, se pida al niño que dibuje o describa la pesadilla, según la edad, cambiando el final de la misma, de manera que con este nuevo final el niño se sienta seguro.
√	Cuando las pesadillas ocurren casi cada noche o se presentan varios episodios en una misma noche, existe riesgo de que el sujeto se lesione o lesione a otros o cuando las pesadillas afectan a las actividades de la vida diaria, el niño debe ser derivado a una Unidad del Sueño o centro de referencia.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Movimientos rítmicos relacionados con el sueño

Diagnóstico

√	El diagnóstico debe realizarse fundamentalmente a través de la historia clínica, exploración física, agendas del sueño y a veces con ayuda de vídeos domésticos recogidos por la familia.
D	La videopolisomnografía debe reservarse para los casos en los que el diagnóstico es dudoso, cuando coexisten otros trastornos del sueño como el SAHS y cuando se requiere determinar cómo los movimientos afectan a la calidad del sueño o a las actividades diarias.
D	El diagnóstico diferencial de trastornos de movimientos rítmicos relacionados con el sueño debe incluir trastornos médicos (neurológicos, dolor, reflujo gastroesofágico, infección de oído, ceguera u otros), comportamientos autoestimulatorios, convulsiones y otras parasomnias y trastornos del movimiento (bruxismo, espasmos del sueño, tics, espasmo mutans, trastorno del comportamiento asociado a sueño REM o síndrome de piernas inquietas con trastorno de movimientos periódicos de las extremidades o SPI-TMPE).

Tratamiento

D	Como primera medida se recomienda tranquilizar a la familia insistiendo en la naturaleza benigna y limitada del cuadro.
D	Se debe instruir a los padres sobre medidas de seguridad para evitar que el niño se haga daño: apretar todos los tornillos de la cuna, poner chichoneras en las cunas, poner barras protectoras en las camas.
√	En aquellos casos más graves o intensos, o que tienen consecuencias sobre la vigilia o que persisten mas allá de los seis años, se debe derivar al paciente a una unidad especializada en trastornos del sueño o centro de referencia.

El niño que se duerme durante el día

Somnolencia diurna excesiva (SDE)

Diagnóstico

√	El diagnóstico de la SDE debe realizarse fundamentalmente a través de una historia clínica completa que incluya los antecedentes médicos, ingesta de fármacos o drogas y los hábitos del paciente, consecuencias diurnas y con ayuda de la información recogida por las familias en las agendas, diarios de sueño y la Escala pediátrica de Somnolencia diurna PDSS.

Narcolepsia

Diagnóstico

√	Para ayudar al diagnóstico de la narcolepsia, hay que investigar si existen antecedentes familiares de otras causas de SDE o de narcolepsia.
√	Las pruebas diagnósticas dirigidas a confirmar o descartar este trastorno se deben realizar en el hospital, preferentemente en una Unidad de Sueño o centro de referencia.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Tratamiento

√	Se debe recomendar a los padres/tutores que informen a los centros escolares sobre las necesidades de los niños, para poder adecuar sus horarios y tareas escolares según sus necesidades sin que se afecte su rendimiento académico.
√	Los niños deben recibir supervisión cuando realicen actividades potencialmente peligrosas (por ejemplo, natación).
√	Se recomendará a aquellos adolescentes diagnosticados de narcolepsia con permiso de conducir que eviten la conducción, y comuniquen su estado a la Dirección General de Tráfico si disponen de permiso de conducir. Se les informará además acerca de la normativa vigente que señala que aquellas personas con narcolepsia no podrán obtener o prorrogar el permiso de conducción, salvo dictamen facultativo favorable, en cuyo caso se puede reducir el período de vigencia del permiso según criterio facultativo.
√	Se deben explicar las medidas de higiene del sueño insistiendo en la educación de los hábitos saludables (Anexo 8).
√	Se recomienda la realización de alguna siesta breve programada a lo largo del día.

Información al paciente/familiares del paciente

√	Se recomienda proporcionar información a los padres/cuidadores y niños/adolescentes con problemas de sueño (o sospecha de padecerlos), incluyendo información general sobre el problema y sobre las intervenciones efectivas (véase Anexo 15 - información al paciente).
√	Para mejorar la adherencia y facilitar una toma de decisiones compartida se han de tener en cuenta las experiencias, preferencias y expectativas de los padres/cuidadores y niños/adolescentes con respecto a las decisiones terapéuticas que tomar.
√	Se recomienda favorecer que los padres/cuidadores y niños/adolescentes adquieran cierto grado de motivación para llevar a cabo las recomendaciones del profesional sanitario respecto a la higiene del sueño y las intervenciones psicológicas, que requieran modificación de conducta.
√	Hay que trasmitir a los padres/cuidadores y niños/adolescentes las barreras que pueden presentarse y el esfuerzo que supone el cumplimiento de ciertas intervenciones psicológicas, en relación con la adopción de nuevos patrones de comportamiento (mantener los mismos horarios de sueño todos los días, levantarse de la cama hasta que se vuelva a tener sueño, eliminar determinados hábitos que puedan alterar la conducta del sueño, como utilización de videojuegos, consumo de cafeína, chocolate…).

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

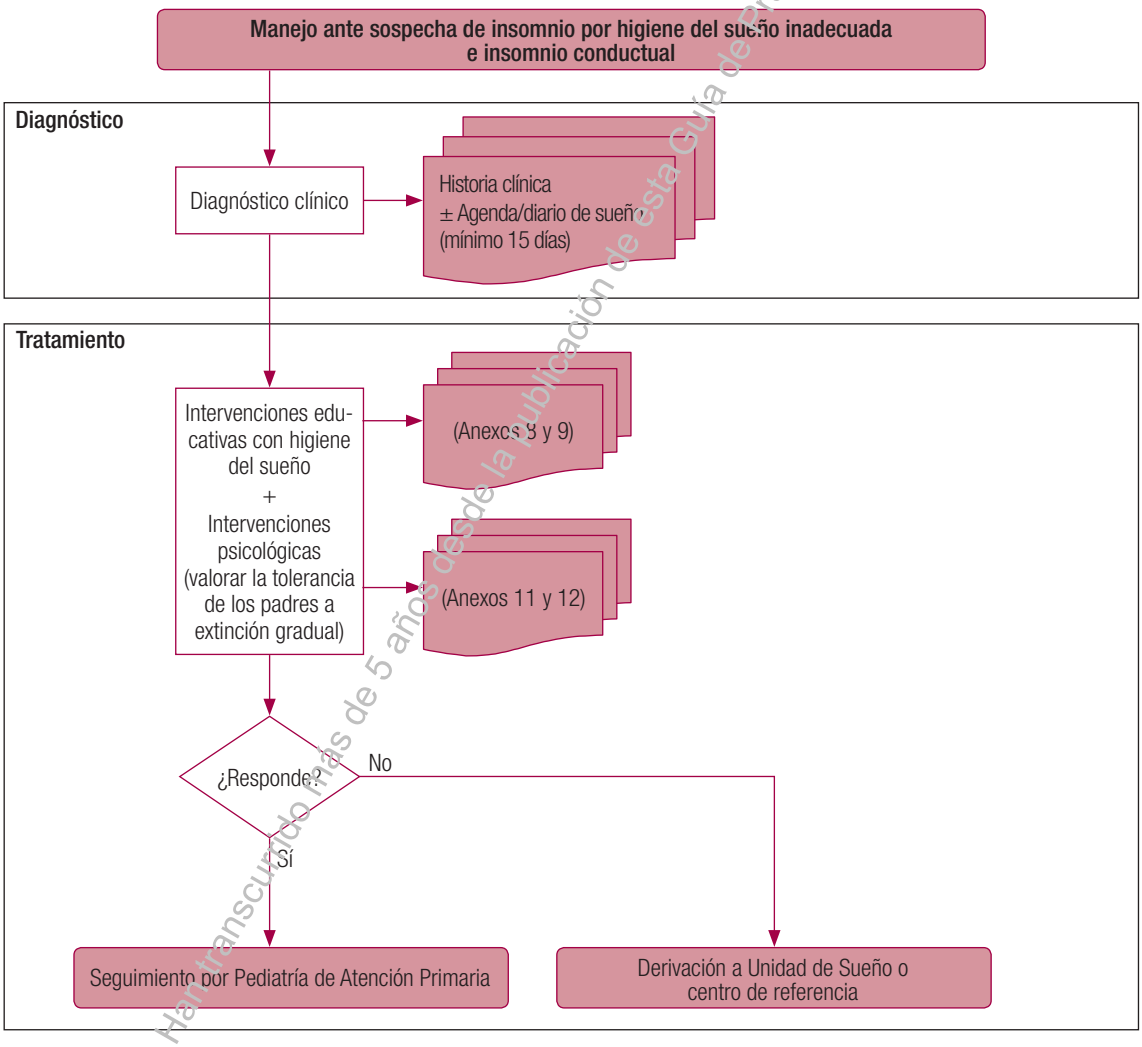
9. Estrategias diagnósticas y terapéuticas

Preguntas para responder:

- ¿Cuáles son los pasos que seguir ante un niño o adolescente con trastornos del sueño?

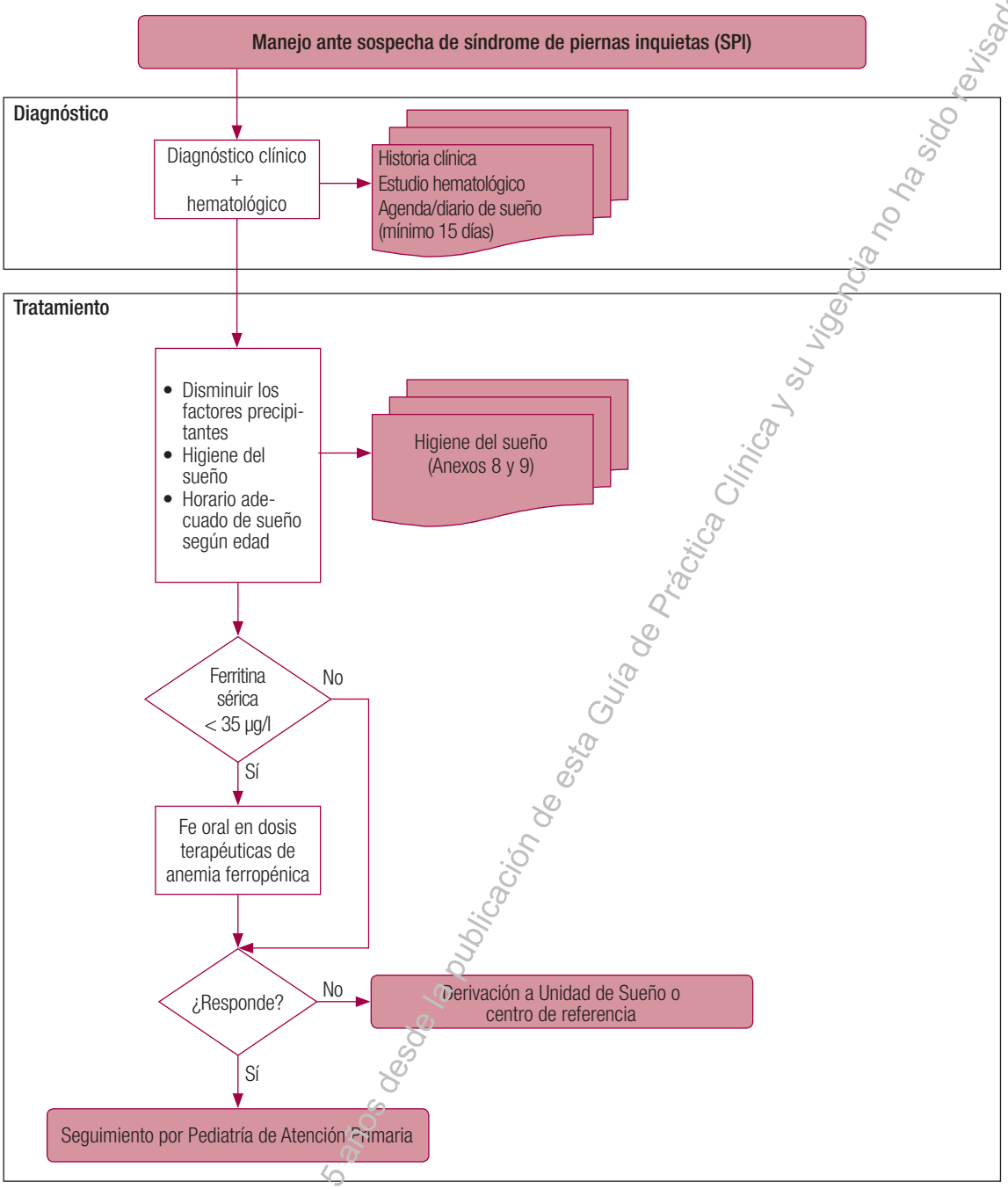
Los pasos que seguir ante un niño o adolescente con trastornos del sueño (o sospecha de padecerlo) se reflejan en los algoritmos de manejo presentados a continuación, basados en las recomendaciones propuestas en la guía:

9.1. Algoritmo 1



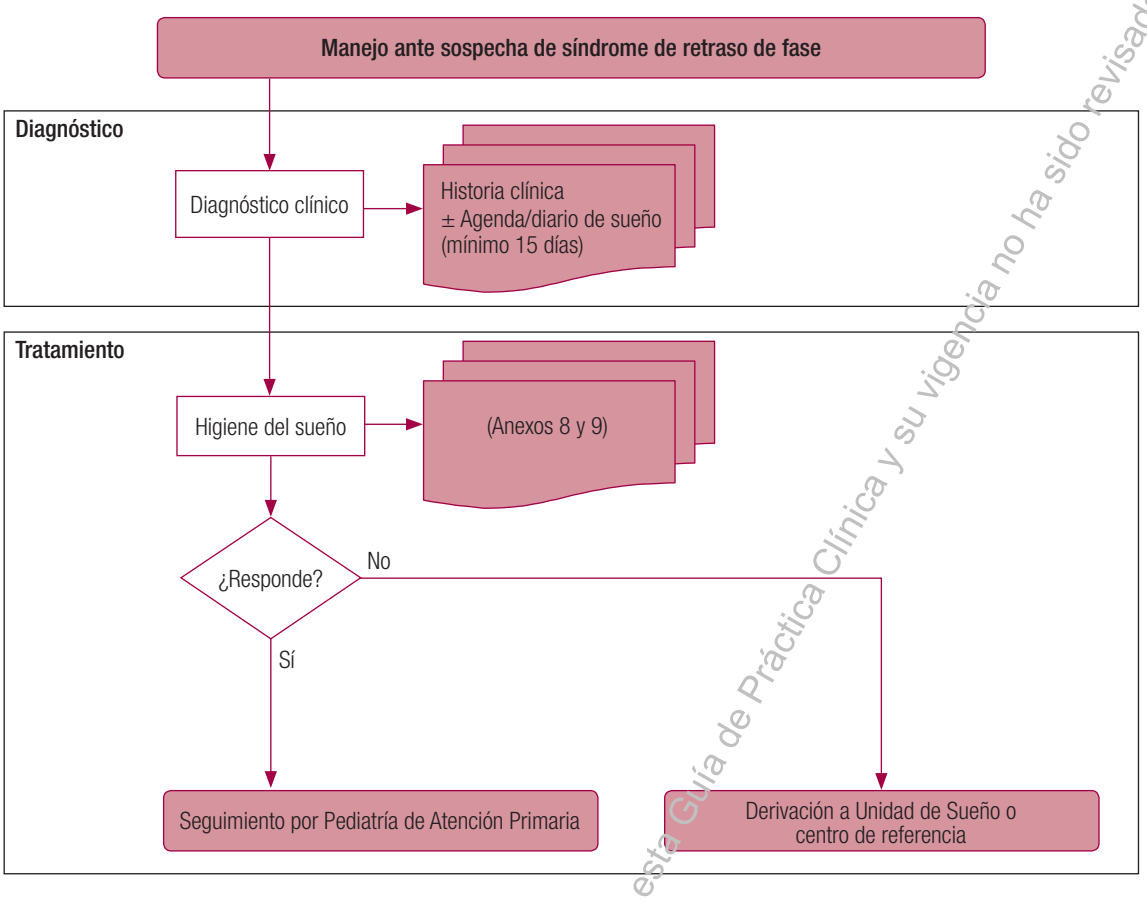
Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

9.2. Algoritmo 2



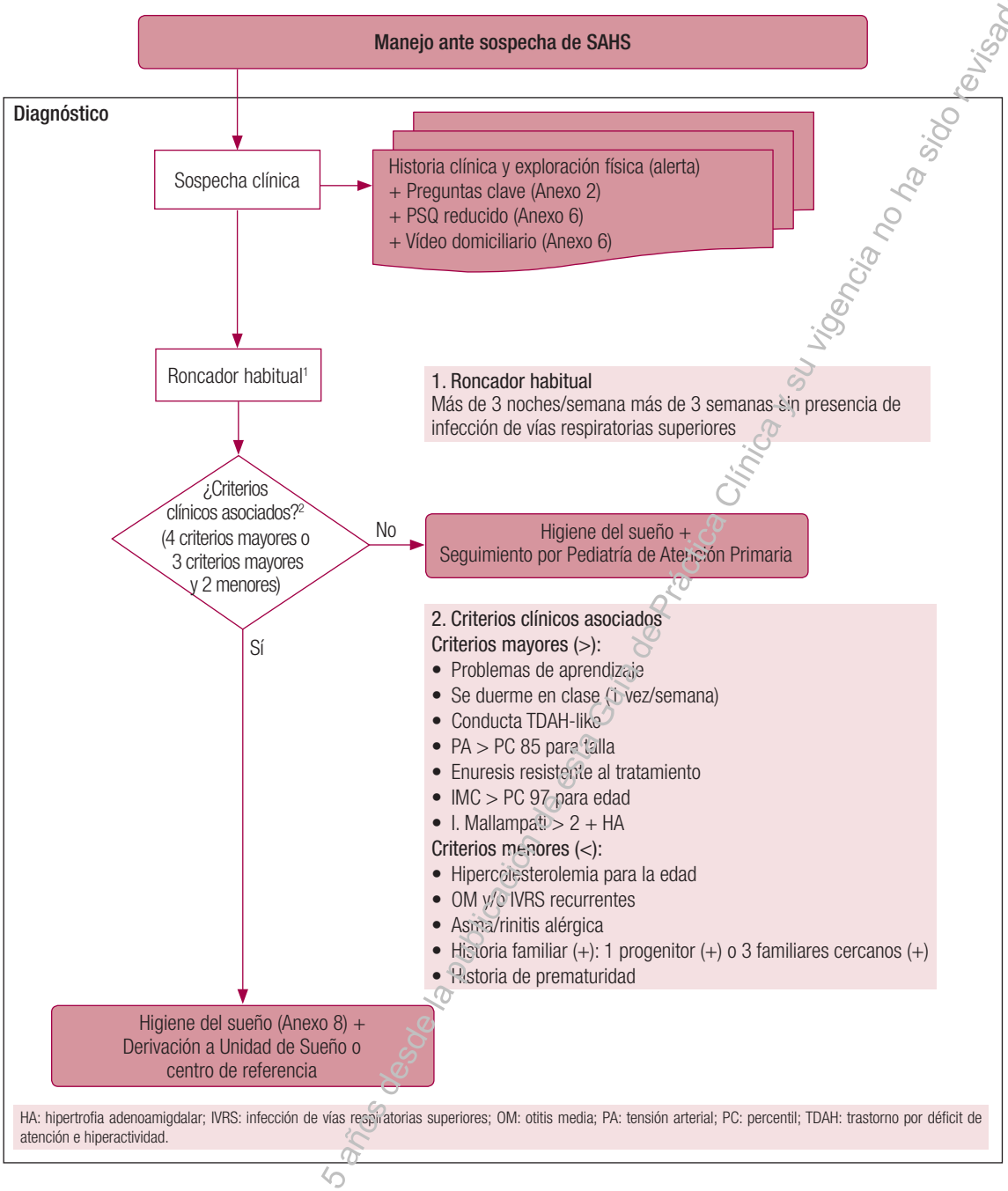
Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

9.3. Algoritmo 3



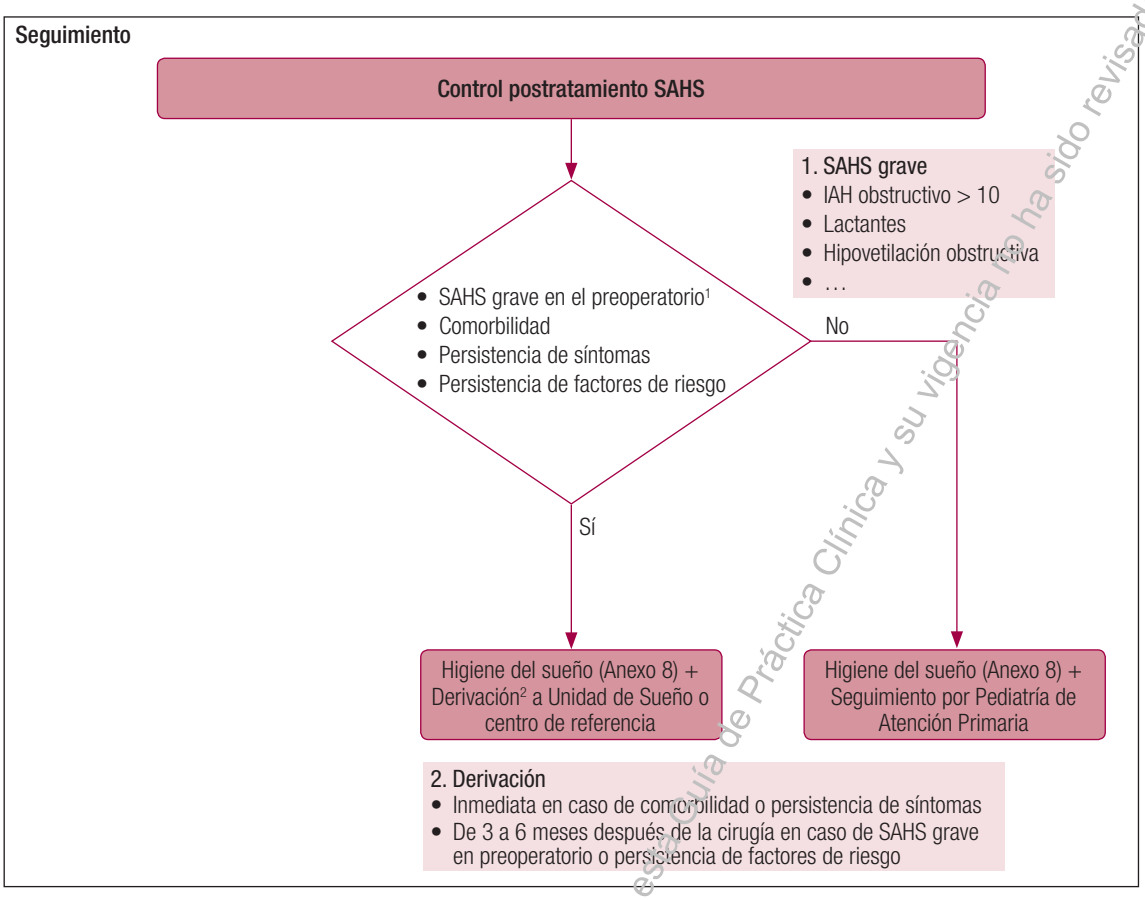
Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

9.4. Algoritmo 4



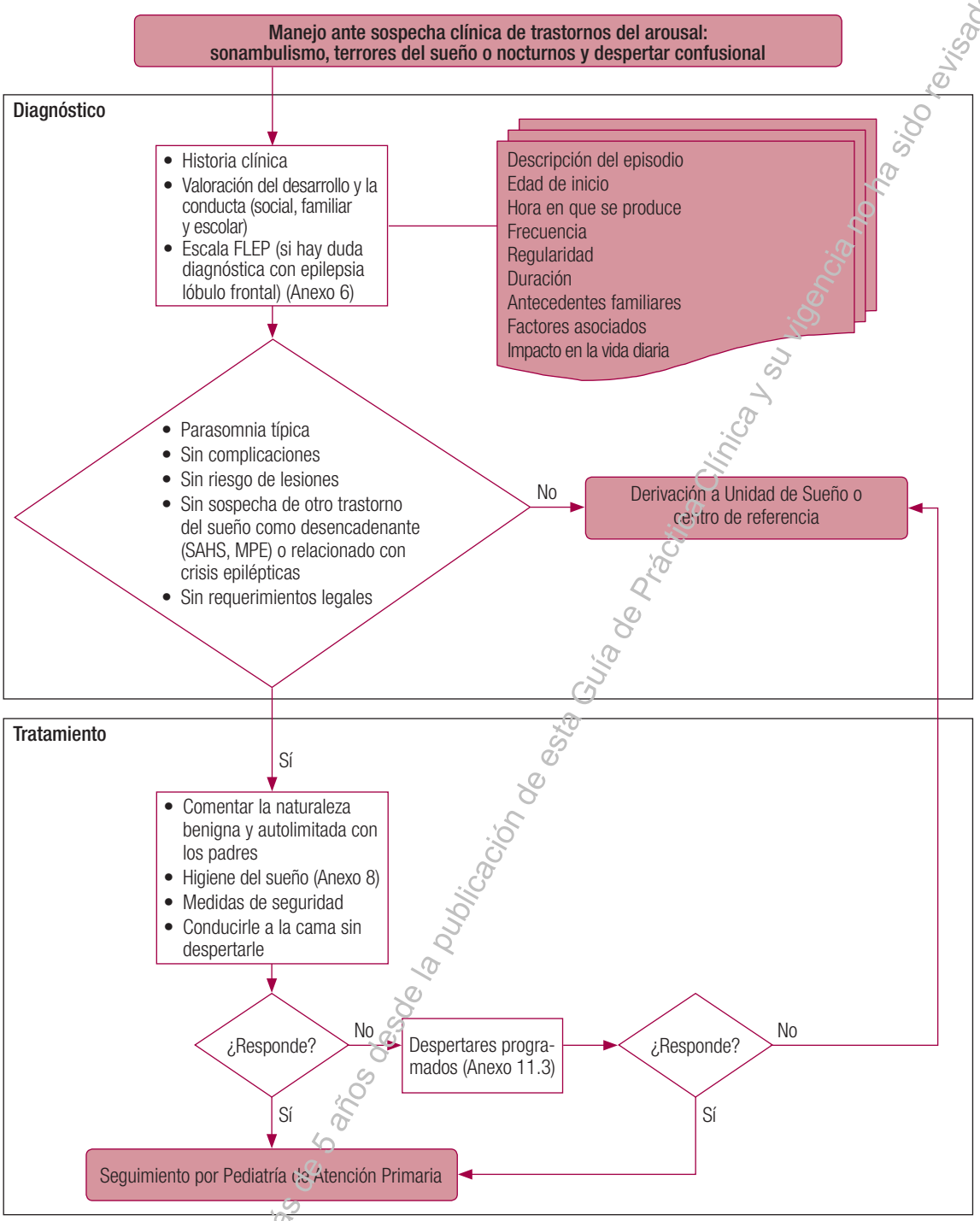
Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

9.5. Algoritmo 4 (continuación)



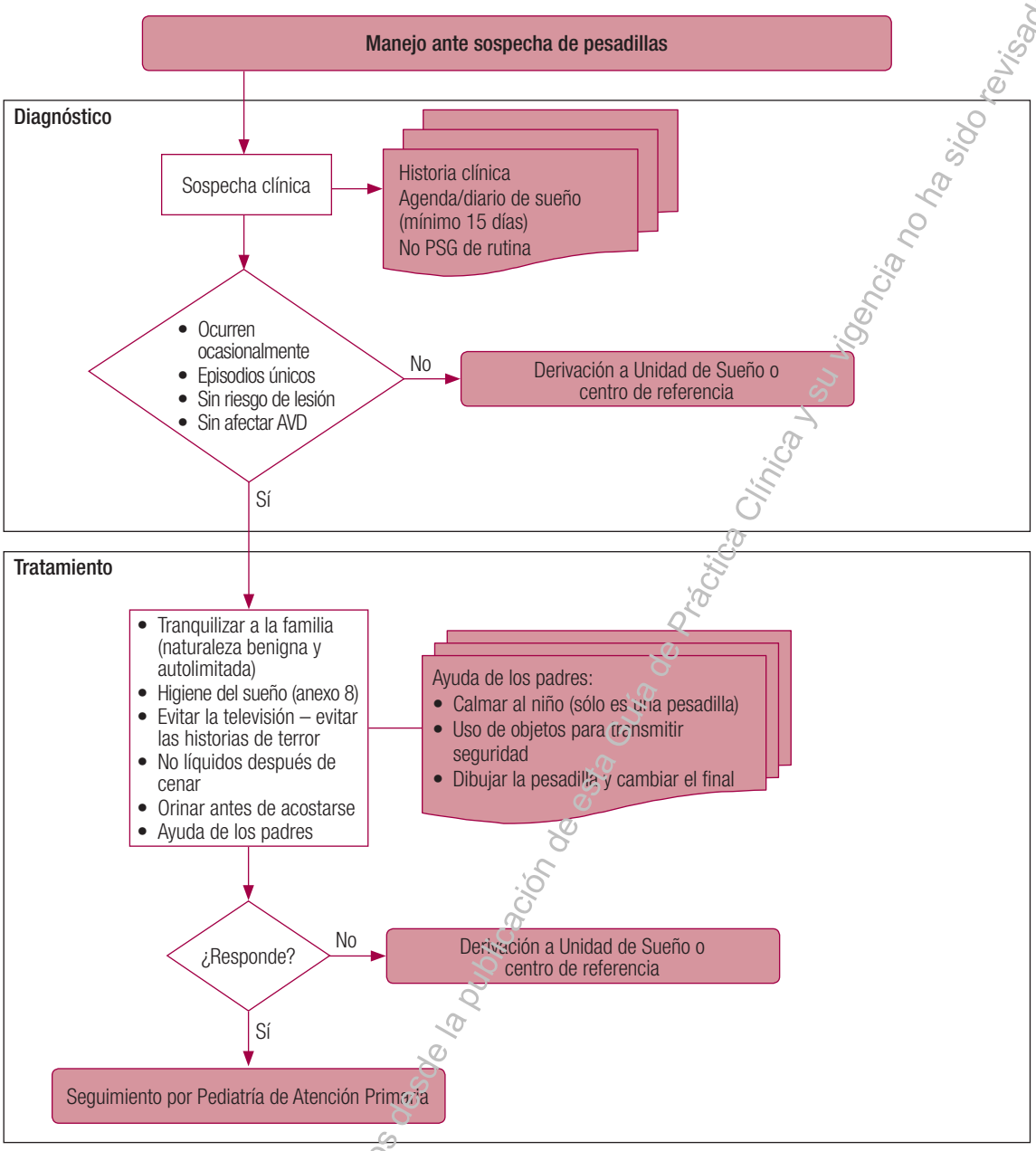
Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

9.6. Algoritmo 5



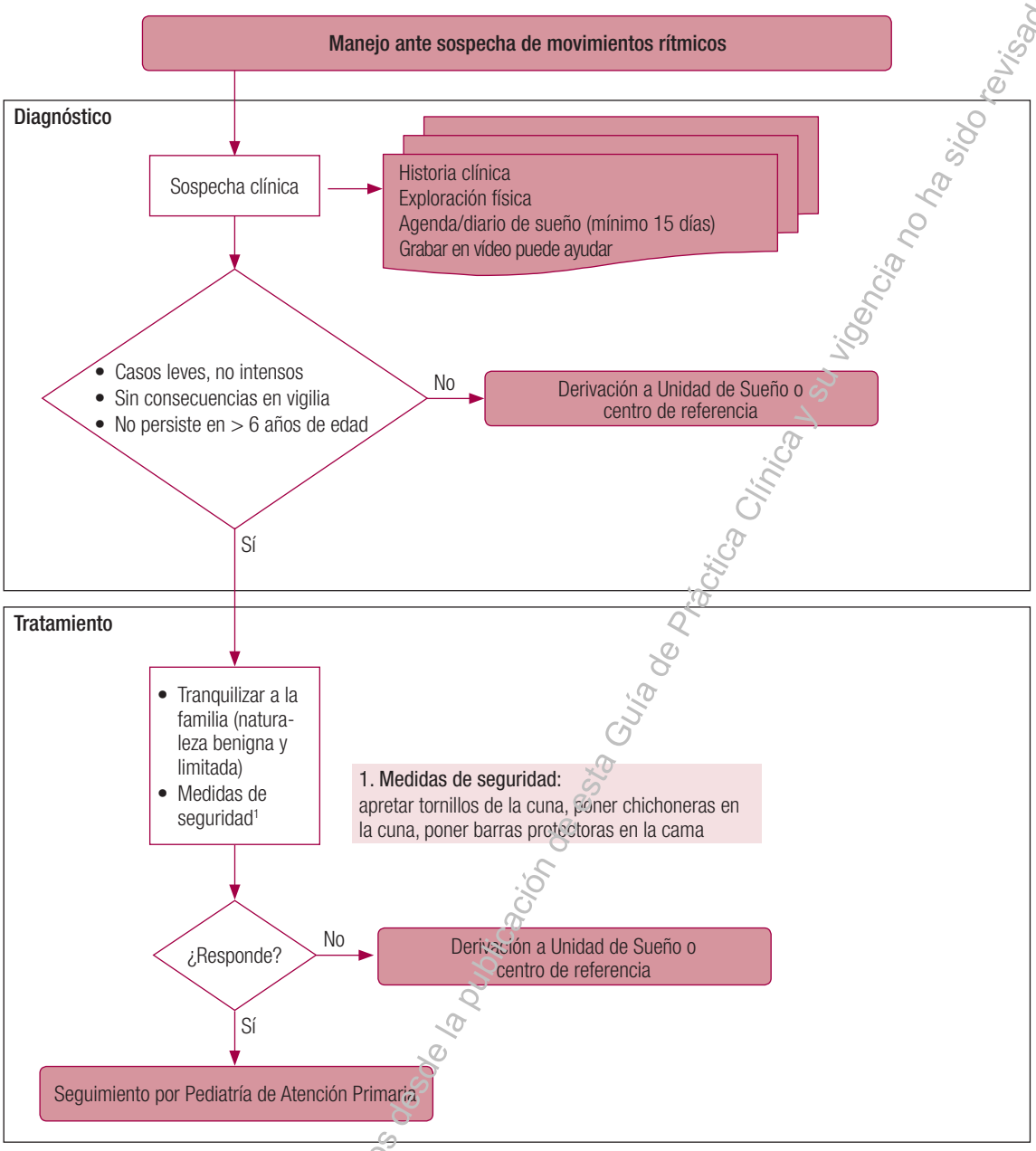
Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

9.7. Algoritmo 6



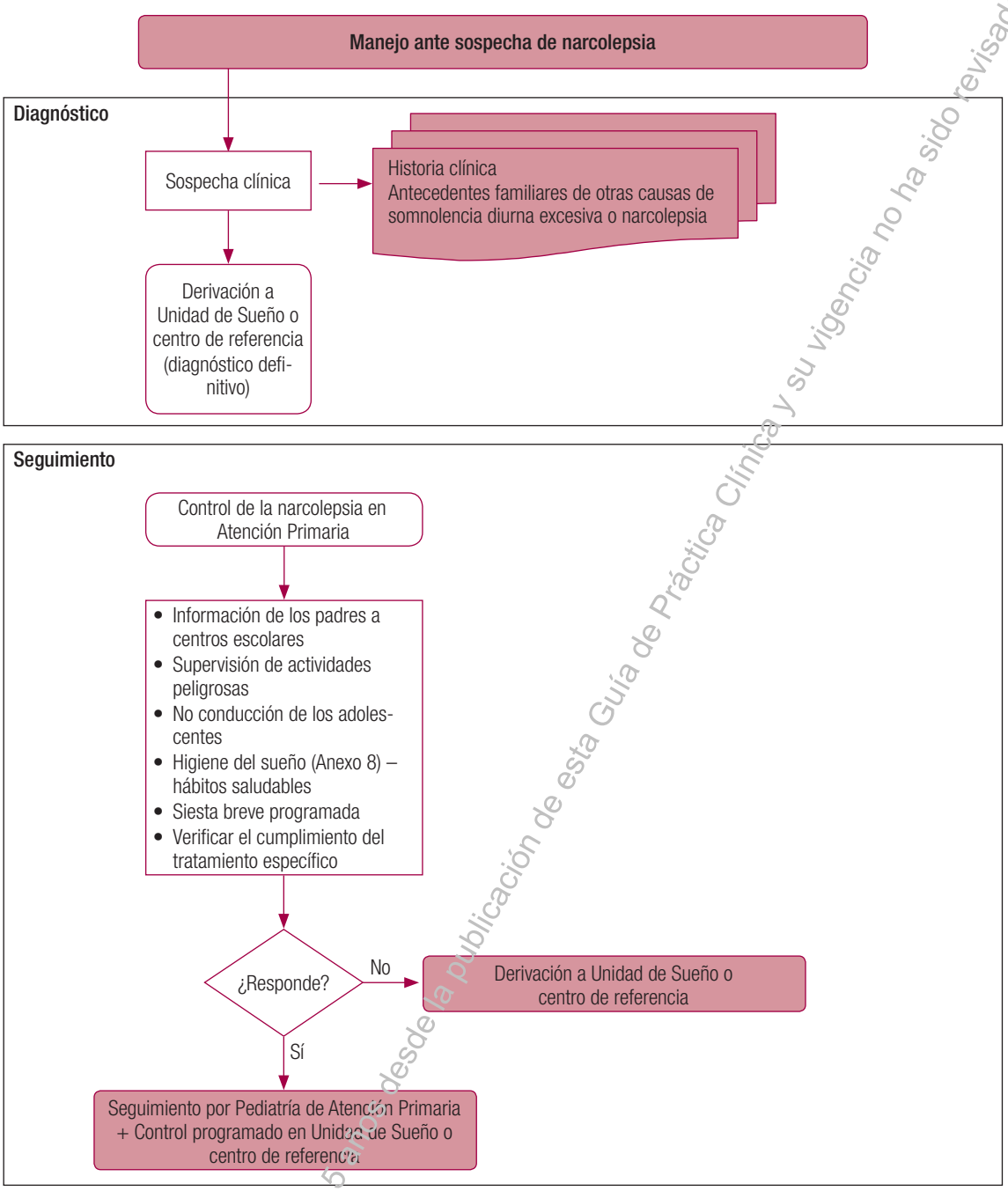
Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

9.8. Algoritmo 7



Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

9.9. Algoritmo 8



Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.