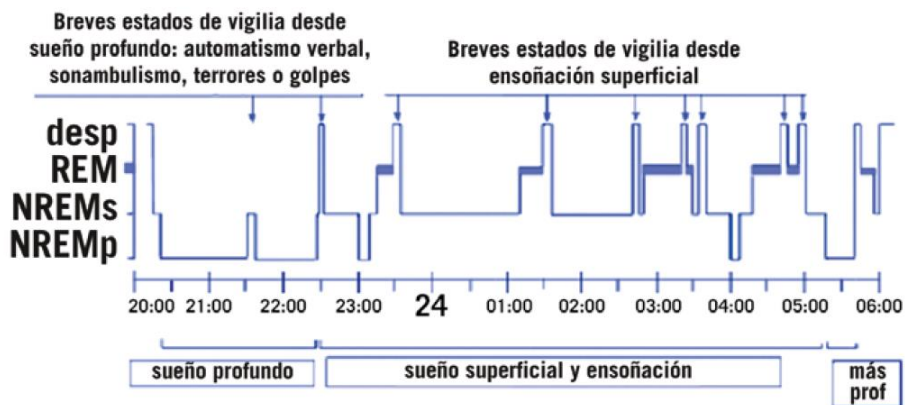


HERRAMIENTAS DE INTERÉS PARA EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNOS DEL SUEÑO

A continuación se exponen herramientas de ayuda en la valoración del sueño y sus trastornos en la edad infanto-juvenil.

1. Hipnograma	pág. 1
2. Percentiles de sueño	pág. 2
3. Agenda de sueño	pág. 3
4. Algoritmo a seguir ante un trastorno de sueño	pág. 5
5. Cuestionario BEARS	pág. 5
6. Cuestionarios SDSC de BRUNI	pág. 6
7. Vídeo doméstico. Test de Sivan.....	pág. 7
8. Cuestionario de Chervin o PSQ	pág. 8
9. Criterios diagnósticos del síndrome de piernas inquietas (SPI)	pág. 9
10. Cuestionarios para insomnio	pág. 10
11. Cuestionarios para el Síndrome de Retraso de Fase de sueño	pág. 12
12. Narcolepsia	pág. 13
13. Algoritmo movimientos paroxísticos nocturnos	pág. 14
14. Escala FLEP (Frontal Lobe Epilepsy and Parasomnias)	pág. 15
15. Bibliografía	pág. 16

1.- HIPNOGRAMA. Consiste en la representación gráfica de la organización cronológica de la vigilia y las diferentes fases del sueño. Proporciona una visión del conjunto de la arquitectura del sueño de una noche.

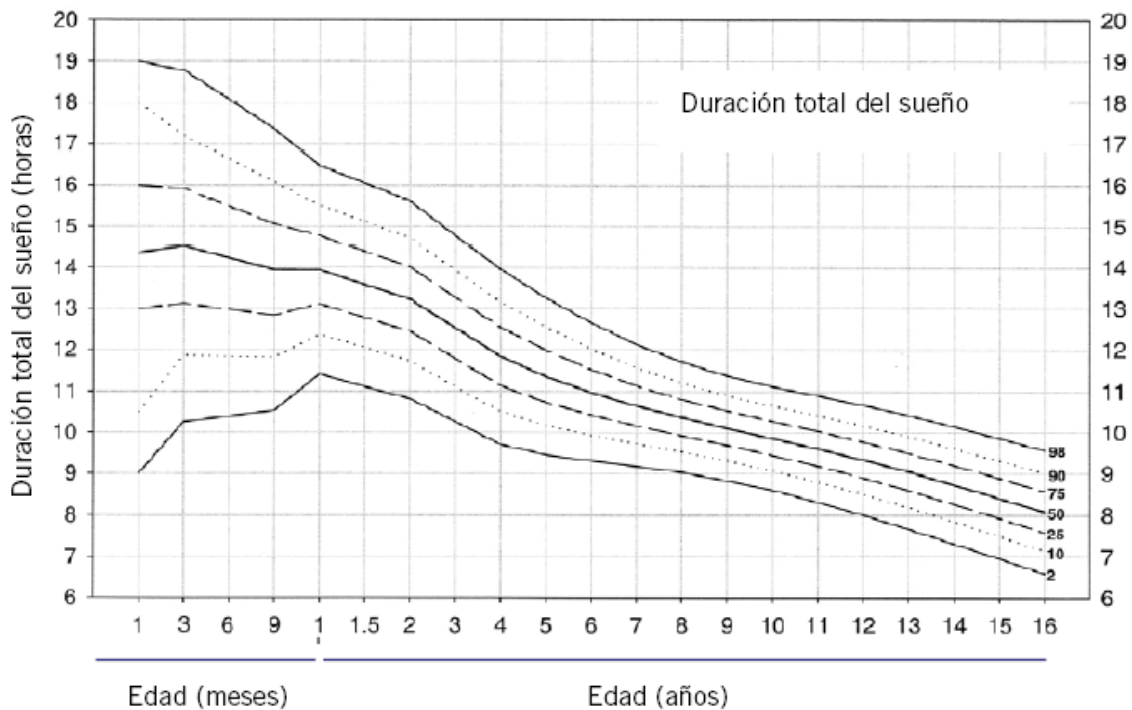


Desp: vigilia. REM: sueño R (representado con las barras fuertes). NREMs y NREMP corresponden a las fases N1, N2 y N3.

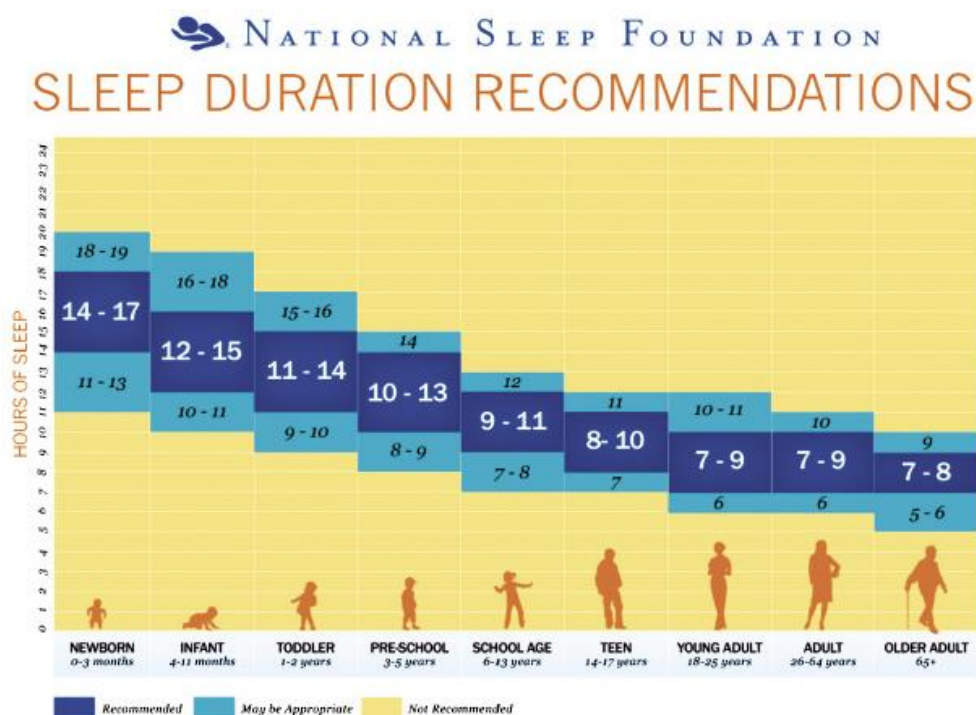
Tomado de: Pin G., Sampedro M. (2018). Fisiología del sueño y sus trastornos. Ontogenia y evolución del sueño a lo largo de la etapa pediátrica. Relación del sueño con la alimentación. Clasificación de los problemas y trastornos del sueño. *Pediatr Integral* XXII (8): 358 – 371.

2.- PERCENTILES DEL SUEÑO. No existe una cantidad exacta de sueño pues las necesidades dependen de cada niño y también de la edad. Los percentiles nos permiten saber si la duración del sueño se encuentra dentro de los límites normales para la mayoría de los niños de su edad. Se aportan los publicados en 2003 por Iglowstein et al.

(<http://www.avpap.org/gtsueno/horassuenousa.pdf>) y también los de la Fundación Nacional del Sueño (<https://www.sleepfoundation.org/press-release/national-sleep-foundation-recommends-new-sleep-times>)



Percentiles de duración del sueño en 24 horas desde la infancia a la adolescencia.



3.- AGENDA DE SUEÑO. Es la herramienta fundamental ante la sospecha de un trastorno del sueño. Se realiza durante 15 días. Su objetivo es valorar la latencia del sueño, número de despertares, localización en el tiempo de los diversos eventos y conocer el tiempo total de sueño. La agenda libre permite que el niño inicie y finalice el periodo de sueño según sus necesidades sin tener en cuenta el horario exterior impuesto, así permite conocer el cronotipo del niño.

Hora	20	21	22	23	24	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	puntos
Lunes			↓													↑						↓		↑	
Martes																									
Miércoles																									
Jueves																									
Viernes																									
Sábado																									
Domingo																									
Lunes																									
Martes																									
Miércoles																									
Jueves																									
Viernes																									
Sábado																									
Domingo																									
Lunes																									

Pinte una ↓ cuando inicie el sueño y una ↑ cuando se levante. Tanto en el sueño de noche como durante las siestas.

Oscurezca el área del cuadro que corresponde al tiempo en que su hijo está durmiendo.

Deje en blanco el área del cuadro que corresponde al tiempo en el que está despierto/a.

Escriba un “x” cuando realice la conducta anómala durante el sueño (llanto, movimientos...).

En la última columna puntúe de 0 a 5 la calidad de la noche (0 = muy mala noche).

Valoración de la agenda de sueño:

	VALORACIÓN AGENDA DE SUEÑO PEDIÁTRICA	SÍ	NO
1	Latencia sueño >30 m (al menos el 30% de los días)		
2	Regularidad inicio sueño nocturno (más del 70% de los días)		
3	Regularidad inicio sueño de siestas (más del 70% de los días)		
4	Regularidad despertar matinal (más del 70% de los días)		
5	Regularidad despertar siestas (más del 70% de los días)		
6	Siestas posteriores a las 17 h 30 (más del 30% de los días)		
7	Presencia de más de 3 despertares /día + 3 días/semana		
8	Vigilia intrasueño de al menos 60 m (al menos el 30% de los días)		
9	Horas de sueño: > pc 97 o < pc 3 para su edad		
	INTERPRETACIÓN:		
	Una respuesta positiva a 1,6,7,8,9: investigación / tratamiento		
	Una respuesta negativa a 2,3,4,5: investigación / tratamiento		
<i>Unidad Valenciana del Sueño. Hospital Quirón Valencia. Dr. G. Pin</i>			

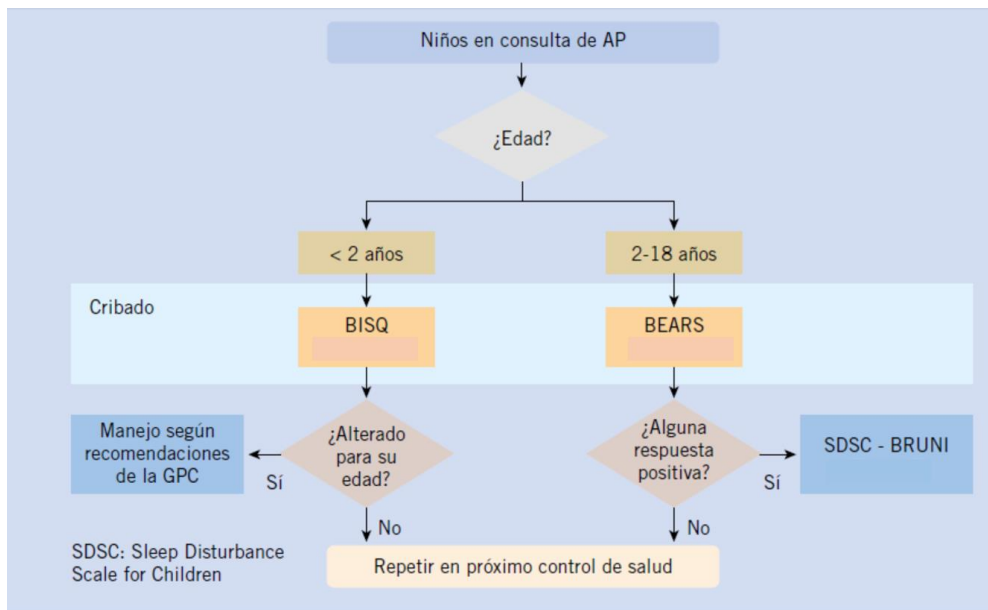
AGENDA para niños mayores de 5 años. En esta agenda además de valorar el sueño, se valoran el uso de la tecnología y la realización de actividad física y su relación con el sueño.

Fecha/Inicio		Nombre														Edad								
		MN														MD								
		19	20	21	22	23	24	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17
Lunes	Sueño																							
	Tecnología																							
	Actividad																							
Martes	Sueño																							
	Tecnología																							
	Actividad																							
Miércoles	Sueño																							
	Tecnología																							
	Actividad																							
Jueves	Sueño																							
	Tecnología																							
	Actividad																							
Viernes	Sueño																							
	Tecnología																							
	Actividad																							
Sábado	Sueño																							
	Tecnología																							
	Actividad																							
Domingo	Sueño																							
	Tecnología																							
	Actividad																							
Lunes	Sueño																							
	Tecnología																							
	Actividad																							
Martes	Sueño																							
	Tecnología																							
	Actividad																							
Miércoles	Sueño																							
	Tecnología																							
	Actividad																							
Jueves	Sueño																							
	Tecnología																							
	Actividad																							
Viernes	Sueño																							
	Tecnología																							
	Actividad																							
Sábado	Sueño																							
	Tecnología																							
	Actividad																							
Domingo	Sueño																							
	Tecnología																							
	Actividad																							

Cedido por el Dr. Gonzalo Pin. UPIQ. Hospital Quirónsalud. Valencia

Figura 4. Agenda/diario de sueño para niños mayores de 5 años. Marcar con una línea roja la franja desde que se acuesta hasta que se levanta. Línea verde uso de tecnología. Línea azul: actividad física

4.- ALGORITMO A SEGUIR ANTE UN TRASTORNO DEL SUEÑO. La GPC sobre trastornos del sueño en la infancia y adolescencia, ofrece el algoritmo a seguir en la valoración del sueño en atención primaria.



5.- CUESTIONARIO BEARS (*B= bedtime issues, E= excessive daytime Sleepiness, A= night awakenings, R= regularity and duration of Sleep, S= snoring*). Se emplea entre los 2-18 años estableciéndose 3 grupos de edad: 2-5 años, de 6-12 años y de 13-18- con preguntas dirigidas a los padres y al propio niño. Sirve de cribado. Valora 5 aspectos: problemas al acostarse, somnolencia diurna excesiva, despertares nocturnos, regularidad y duración del sueño y presencia de ronquido. Si alguna de las preguntas es positiva se pasará un cuestionario más amplio (cuestionario de BRUNI) que orientará hacia el problema del sueño.

	2-5 años	6-12 años	13-18 años
1. Problemas para acostarse	- ¿Su hijo tiene algún problema a la hora de irse a la cama o para quedarse dormido?	- ¿Su hijo tiene algún problema a la hora de acostarse? (P). - ¿Tienes algún problema a la hora de acostarte? (N)	- ¿Tienes algún problema para dormirte a la hora de acostarte? (N)
2. Excesiva somnolencia diurna	- ¿Su hijo parece cansado o somnoliento durante el día? - ¿Todavía duerme siestas?	- ¿Su hijo le cuesta despertarse por las mañanas, parece somnoliento durante el día o duerme siestas? (P) ¿Te sientes muy cansado? (N)	- ¿Tienes mucho sueño durante el día, en el colegio, mientras conduces? (N)
3. Despertares durante la noche	- ¿Su hijo se despierta mucho durante la noche?	- ¿Su hijo parece que se despierte mucho durante la noche? - ¿Sonambulismo o pesadillas? (P) - ¿Te despiertas mucho por la noche? (N) - ¿Tienes problemas para volverte a dormir, cuando te despiertas? (N)	- ¿Te despiertas mucho por la noche? - ¿Tienes problemas para volverte a dormir, cuando te despiertas? (N)
4. Regularidad y duración del sueño	- ¿Su hijo se va a la cama y se despierta más o menos a la misma hora? - ¿A qué hora?	- ¿A qué hora se va su hijo a la cama y se despierta los días que hay colegio? - ¿Y los fines de semana? - ¿Ud. piensa que duerme lo suficiente? (P)	- ¿A qué hora te vas a la cama los días que hay colegio? - ¿Y los fines de semana? - ¿Cuánto tiempo duermes habitualmente? (N)
5. Ronquidos	- ¿Su hijo ronca mucho por las noches o tiene dificultad para respirar?	- ¿Su hijo ronca fuerte por las noches o tiene dificultad para respirar? (P)	- ¿Su hijo ronca fuerte por las noches? (P)
<p>B= Problemas para acostarse (<i>bedtime problems</i>). E= Excesiva somnolencia diurna (<i>excessive daytime sleepiness</i>). A= Despertares durante la noche (<i>awakenings during the night</i>). R= Regularidad y duración del sueño (<i>regularity and duration of sleep</i>). S= Ronquidos (<i>snoring</i>). Referencias: <i>Sleep Medicine 2005, (6):63-69</i>.</p>			
(P) preguntas dirigidas a los padres (N) preguntar directamente al niño			

6.- CUESTIONARIO SDSC (Sleep disturbance Scale for Children) DE BRUNI. Consta de 26 ítems, diseñado para detectar trastornos del sueño, evaluándose los últimos 6 meses. Para niños entre 6,5 a 15 años. Según las respuestas orientan a una determinada patología. Puede descargarla en: http://www.aepap.org/gtsiaepap/?page_id=9 donde de forma automática la tabla de Excel sumará las puntuaciones.

Tabla VI. Escala de trastornos del Sueño para niños de Bruni (SDSC)		
Nombre:	Edad:	Fecha:
Motivo de consulta:		
1. ¿Cuántas horas duerme la mayoría de las noches?		
1	2	3
9-11 h	8-9 h	7-8 h
4	5	
5-7 h	<5 h	
2. ¿Cuánto tarda en dormirse? (<i>minutos</i>)		
1	2	3
<15 m	15-30 m	30-45 m
4	5	
45-60 m	>60 m	
En la puntuación de las siguientes respuestas valore de esta forma:		
1 =nunca 2 =ocasionalmente (1-2 veces al mes)		
3 =algunas veces (1-2 por semana)		
4 =a menudo (3-5 veces/semana) 5 =siempre (diariamente)		
3. Se va a la cama de mal humor		
4. Tiene dificultad para coger el sueño por la noche		
5. Parece ansioso o miedoso cuando “cae” dormido		
6. Sacude o agita partes del cuerpo al dormirse		
7. Realiza acciones repetitivas tales como rotación de la cabeza para dormirse		
8. Tiene escenas de “sueños” al dormirse		
9. Suda excesivamente al dormirse		
10. Se despierta más de dos veces cada noche		
11. Después de despertarse por la noche tiene dificultades para dormirse		
12. Tiene tirones o sacudidas de las piernas mientras duerme, cambia a menudo de posición o da “patadas” a la ropa de cama		
13. Tiene dificultades para respirar durante la noche		
14. Da boqueadas para respirar durante el sueño		
15. Ronca		
16. Suda excesivamente durante la noche		
17. Usted ha observado que camina dormido		
18. Usted ha observado que habla dormido		
19. Rechina los dientes dormido		
20. Se despierta con un chillido		
21. Tiene pesadillas que no recuerda al día siguiente		
22. Es difícil despertarlo por la mañana		
23. Al despertarse por la mañana parece cansado		
24. Parece que no se pueda mover al despertarse por la mañana		
25. Tiene somnolencia diurna		
26. Se duerme de repente en determinadas situaciones		
TOTAL:	Preguntas	Rango normal
Inicio y mantenimiento del sueño:	(1-2-3-4-5-10-11)	9,9 +/- 3,11
Problemas respiratorios:	(13-14-15)	3,77 +/- 1,45
Desórdenes del arousal:	(17-20-21)	3,29 +/- 0,84
Alteraciones del tránsito vigilia/sueño:	(6-7-8-12-18-19)	8,11 +/- 2,41
Excesiva somnolencia:	(22-23-24-25-26)	7,11 +/- 2,57
Hiperhidrosis del sueño:	(9-16)	2,87 +/- 1,69
Punto de corte de trastorno global del sueño: 39		
Referencias: <i>J. Sleep Res.</i> , 1996, 5: 251–261.		

7.- VIDEO DOMÉSTICO. TEST DE SIVAN. El video doméstico valora la existencia durante la noche de posibles trastornos respiratorios, parasomnias, movimientos rítmicos y movimientos de las extremidades. Se aconseja realizarlo sobre las 5.00-5.30 de la madrugada (ya que los eventos obstructivos suceden cuando hay más sueño REM), que se oiga y vea bien. Duración de media hora. El niño debe estar con el tórax y abdomen descubiertos, sin modificar la postura que el paciente adopte. La hiperextensión del cuello es frecuente para mejorar la apertura de la vía aérea. Con el vídeo se rellena el test de SIVAN, que detecta posibles cuadros de apnea hipopnea del sueño.

	0	1	2
Ruido inspiratorio	Ausente	Débil	Intenso
Tipo de ruido inspiratorio		Episódico	Continuo
Movimientos durante el sueño	Sin movimientos	Pocos (<3)	Frecuentes (>3)
Nº de episodios de despertar		Un punto cada despertar	
Número de apneas	Ausentes	Intermitentes (periódicas)	Continuas
Retracciones torácicas	Ausentes	Intermitentes (periódicas)	Continuas
Respiración bucal	Ausentes	Intermitentes (periódicas)	Continuas

*Las puntuaciones de vídeo >10 fueron altamente predictivos de SAHS, mientras que las puntuaciones <5 se asociaron con la normalidad.
Sivan et al. Eur Respir J. 1996; 9: 2,127-2,131.*

8.- CUESTIONARIO DE CHERVIN (Pediatric Sleep Questionnaire o PSQ). Se utiliza para los trastornos respiratorios del sueño para niños entre 2-18 años. Es el referente en la sospecha de SAHOS. También valora la calidad de vida del niño antes y después de la intervención.

	SÍ	NO	NS
1. ¿Ronca más de la mitad del tiempo?			
2. ¿Siempre ronca?			
3. ¿Ronca con fuerza?			
4. ¿Tiene una respiración agitada o movida?			
5. ¿Tiene problemas para respirar o lucha para respirar?			
6. ¿Alguna vez ha visto a su hijo parar de respirar durante la noche?			
7. ¿Durante el día su hijo suele respirar con la boca abierta?			
8. ¿Se levanta con la boca seca?			
9. ¿Se orina de manera ocasional en la cama?			
10. ¿Su hijo se levanta como si no hubiese descansado?			
11. ¿Tiene problemas de excesivo sueño (somnolencia) durante el día?			
12. ¿Le ha comentado algún profesor que su hijo parezca dormido o adormilado durante el día?			
13. ¿Le cuesta despertarle por las mañanas?			
14. ¿Se levanta por la mañana con dolor de cabeza?			
15. ¿Su hijo no ha tenido un crecimiento normal en algún momento desde que nació?			
16. ¿Tiene sobrepeso?			
17. ¿Su hijo a menudo parece que no escucha cuando se le habla directamente?			
18. ¿Tiene dificultades en tareas organizadas?			
19. ¿Se distrae fácilmente con estímulos ajenos?			
20. ¿Mueve continuamente sus manos o pies o no para en la silla?			
21. ¿A menudo actúa como si tuviera un motor?			
22. ¿Interrumpe o se entromete con otros (p. ej.: en conversaciones o juegos)?			

(Positivo, si ≥ 8 respuestas positivas, sensibilidad del 78% y una especificidad del 72%). *An Pediatr (Barc).* 2007; 66: 121-8.

Igualmente se puede utilizar otro cuestionario (**I´am sleepy**) con alta sensibilidad y modesta especificidad.

		SÍ	NO
I (<i>irritated</i>)	¿Está su niño de mal humor a menudo durante el día?		
M (<i>body mass index</i>)	¿IMC por encima del 85%?		
S (<i>Snoore</i>)	¿Su hijo ronca habitualmente?		
L (<i>Labored breathing</i>)	¿Su hijo realiza, a veces, esfuerzo respiratorio intenso durante la noche?		
E (<i>Ever stop</i>)	¿Su hijo tiene pausas respiratorias durante el sueño?		
E (<i>Enlarged tonsils/adenoids</i>)	¿Su hijo tiene amígdalas o adenoides agrandadas?		
P (<i>Problems with concentration</i>)	¿Su hijo tiene problemas de concentración?		
Y (<i>Yawn</i>)	¿Su hijo bosteza a menudo o está cansado o somnoliento durante el día?		

Se considera que hay alto riesgo de SAHS si hay ≥ 3 respuestas positivas.
 Tomado y adaptado de: Kadmon G, Chung SA, Shapiro CM. I'M SLEEPY: a short pediatric sleep apnea questionnaire. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2014; 78: 2116-20.

9.- CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL SÍNDROME DE PIERNAS INQUIETAS (SPI). El SPI consiste en sensaciones desagradables, difusas, de hormigueo en las piernas; puede ser también en los brazos. Más acentuado en reposo y al final del día. Mejora con el movimiento. Este cuadro está infra diagnosticado en niños y conlleva importantes repercusiones médicas, conductuales y de aprendizaje.

Criterios diagnósticos del IRLSSG: Internattional Restless Legs Syndroem Study Group:

Criterios diagnósticos para el SPI

1. Necesidad imperiosa de mover las piernas, aunque esta, no siempre debe estar asociada con sensación de dolor o malestar en las piernas
2. Los síntomas aparecen y se agravan con la inactividad, sentado o tumbado
3. Los síntomas desaparecen o mejoran con el movimiento
4. Los síntomas aparecen o empeoran, predominantemente, al atardecer y anochecer, más que durante el día
5. La presencia de estos síntomas no puede ser explicada por la existencia de otras condiciones médicas (artritis, estasis venosa, mialgias, edemas en piernas, calambres, *disconfort* postural...)

Criterios especiales de apoyo al diagnóstico para SPI

1. El niño debe describir los síntomas del SPI con sus propias palabras
2. El médico debe ser consciente de las expresiones o palabras que el niño o adolescente usen para describir los síntomas del SPI
3. El lenguaje y desarrollo cognitivo del paciente determinarán la aplicabilidad de los criterios diagnósticos del SPI, más que la edad del paciente
4. No se conoce, en la actualidad, si las especificaciones del adulto para el curso clínico del trastorno, se pueden aplicar a las del paciente pediátrico con SPI
5. Como en el paciente adulto, el SPI impacta en el sueño, humor y cognición del niño. Con todo, se objetiva también deterioro en el área conductual y en el ámbito educativo
6. En algunos casos, la identificación de MPP (Movimientos Periódicos de las Piernas) puede preceder al diagnóstico de SPI. Este hecho es diferencial del adulto, ya que en MPP y SPI son condiciones separadas

Criterios clínicos que refuerzan el diagnóstico de SPI

1. MPP más de 5 por hora en estudio polisomnográfico nocturno
2. Historia familiar de SPI en familiares de primer grado
3. Historia familiar de MPP igual o mayor a 5 por hora de sueño en estudio polisomnográfico nocturno
4. Historia familiar de MPP en familiares de primer grado

10.- CUESTIONARIOS PARA INSOMNIO. Es un síntoma o conjunto de síntomas, donde el sueño se aprecia insuficiente, insatisfactorio, no reparador... Puede ser de inicio (no puede dormirse), de mantenimiento (se despierta en medio de la noche) o despertar precoz (madrugadores, incluso los domingos). Hay diferentes tipos.

Criterios diagnósticos del insomnio crónico:

Nombres alternativos: insomnio crónico, insomnio primario, insomnio secundario, insomnio comórbido, trastorno de inicio y mantenimiento del sueño, insomnio conductual de la infancia, trastorno de la asociación con el inicio del sueño y trastornos del sueño por establecimiento de límites

Se deben cumplir los criterios A-F

A. Los informes de los pacientes o del padre/cuidador del paciente observan uno o más de los siguientes:

1. Dificultad para iniciar el sueño
2. Dificultad para mantener el sueño
3. Despertar antes de lo deseado
4. Resistencia a irse a la cama a un horario apropiado
5. Dificultad para dormir sin la intervención del padre o cuidador

B. Los informes de los pacientes o del padre/cuidador del paciente observan uno o más de las siguientes acciones relacionadas con la dificultad para dormir durante la noche:

1. Fatiga / malestar
2. Deterioro de la atención, concentración o memoria
3. Deterioro del rendimiento con la familia, trabajo o el desempeño social
4. Perturbación del humor / irritabilidad
5. Somnolencia diurna
6. Problemas de conducta (p. ej.: hiperactividad, impulsividad, agresividad)
7. Reducción de la motivación, energía, iniciativa
8. Predisposición para errores / accidentes
9. Preocupación o insatisfacción con el sueño

C. Las quejas de sueño / vigilia no pueden explicarse simplemente por una inadecuada oportunidad para dormir (es decir, asignación de tiempo suficiente para dormir) o circunstancias inadecuadas (es decir, el entorno es seguro, tranquilo y cómodo) para dormir

D. La alteración del sueño y los síntomas diurnos asociados se producen, al menos, tres veces por semana

E. La alteración del sueño y los síntomas diurnos asociados han estado presentes durante, al menos, tres meses

F. La dificultad de sueño / vigilia no se explica mejor por otro trastorno del sueño

Notas:

1. Informes de las dificultades de iniciar el sueño, dificultades para mantener el sueño o despertarse demasiado pronto se pueden ver en todos los grupos de edad. Resistencia para irse a la cama a su hora y dificultad para dormir sin la intervención del padre o cuidador es más frecuente en niños y adultos mayores que requieren la supervisión de un cuidador, debido a un nivel de menoscabo funcional considerable (p. ej.: las personas con demencia)
2. Algunos pacientes con insomnio crónico pueden presentar episodios recurrentes de dificultades de sueño/vigilia que duran varias semanas y a la vez durante varios años, sin embargo, no cumplen con el criterio de tres meses de duración para un solo episodio. A estos pacientes debe asignárseles un diagnóstico de TIC, dadas las dificultades intermitentes del sueño que persisten en el tiempo
3. Algunos pacientes que utilizan hipnóticos regularmente pueden dormir bien y no cumplir los criterios de trastorno de insomnio cuando los toman. Sin embargo, en ausencia de tales medicaciones, estos mismos pacientes pueden cumplir con los criterios. Este diagnóstico se aplica a estos pacientes si tienen preocupaciones por su incapacidad para dormir sin sus medicamentos
4. Muchas condiciones comórbidas, tales como: trastornos con dolor crónico o enfermedad de reflujo gastroesofágico (ERGE), pueden producir los síntomas expuestos aquí de sueño/vigilia. Cuando estas condiciones son la única causa de la dificultad de dormir, el diagnóstico de insomnio por separado no debe hacerse. Sin embargo, en muchos pacientes, esas condiciones son crónicas y no son la única causa de las dificultades del sueño. Habrá de valorarse la clínica que presentan. Si hay evidencia de que la clínica no es solo causada por el problema médico y precisan tratamiento separado, se hará el diagnóstico de TIC

Fuente: *The International Classification of Sleep Disorders – Third Edition (ICSD-3) American Academy of Sleep Medicine, Darien, IL 2014.*

Criterios diagnósticos del insomnio a corto plazo:

Nombres alternos: insomnio agudo, insomnio de ajuste

Debe cumplir los Criterios A-E

- A.** Los informes de los pacientes o padre/cuidador del paciente observa uno o más de los siguientes:
1. Dificultad para iniciar el sueño
 2. Dificultad para mantener el sueño
 3. Despertar antes de lo deseado
 4. Resistencia a irse a la cama a un tiempo apropiado
 5. Dificultad para dormir sin la intervención del padre o cuidador
- B.** Los informes de los pacientes o padre/ cuidador del paciente observan uno o más de los siguientes, relacionados con la dificultad del sueño nocturno:
1. Fatiga / malestar
 2. Deterioro de la atención, concentración o memoria
 3. Deterioro social, familiar, profesional o del desarrollo académico
 4. Alteración del humor/irritabilidad
 5. Somnolencia diurna
 6. Problemas de conducta (p. ej.: hiperactividad, impulsividad, agresividad)
 7. Reducción de la motivación / energía / iniciativa
 8. Predisposición para errores / accidentes
 9. Preocupaciones/ insatisfacción con el sueño
- C.** Las quejas de sueño / vigilia no pueden explicarse únicamente por una oportunidad inadecuada para dormir (se asigna tiempo insuficiente para dormir) o circunstancias inadecuadas (el entorno no es seguro, oscuro, tranquilo y cómodo) para el sueño
- D.** La alteración del sueño y los síntomas diurnos asociados están presentes menos de tres meses
- E.** La dificultad del sueño / vigilia no se explica mejor por otro trastorno del sueño
-

Notas:

1. Los informes de dificultades para iniciar, mantener el sueño o despertarse muy temprano se pueden ver en todos los grupos de edad. Resistencia a ir a la cama en un horario adecuado y dificultad para dormir sin la intervención de los padres o cuidador es más frecuente en niños y mayores adultos que requieren la supervisión de un cuidador, debido a un significativo deterioro a nivel funcional (p. ej.: las personas con demencia)
 2. Los pacientes con trastorno de insomnio a corto plazo pueden quejarse de dificultad en el sueño / despertar menos de tres veces por semana en promedio; sin embargo, pueden tener preocupaciones clínicamente significativas acerca de sus síntomas y necesitar atención clínica
 3. Muchos procesos, tales como: el dolor, el dolor agudo u otros factores estresantes, son muy a menudo asociados con la falta de sueño. Cuando tales condiciones son la única causa de la dificultad de dormir, un diagnóstico de insomnio separado no debe aplicarse. El principal factor en la determinación de insomnio a corto plazo o insomnio de ajuste es el grado en que la perturbación del sueño se convierte en un proceso importante para el individuo y / o necesita una atención clínica independiente
-

Fuente: The International Classification of Sleep Disorders – Third Edition (ICSD-3) American Academy of Sleep Medicine, Darien, IL 2014.

11.- SÍNDROME DE RETRASO DE FASE (SRF). En el SRF el tiempo de vigilia-sueño, habitualmente está retrasado, generalmente, durante más de dos horas en relación con el tiempo convencional o socialmente aceptado de inicio del sueño. Los afectados tienen dificultad para dormirse, pero una vez se duermen el sueño es completamente normal y tienen dificultad para despertarse. Cronotipo búho. Es más frecuente en adolescentes y adultos jóvenes.

Criterios diagnósticos:

- A. Hay un retraso significativo en la fase de episodio de sueño más largo en relación al tiempo de sueño deseado o requerido y el tiempo de despertar, como lo evidencia una queja crónica o recurrente por parte del paciente o un cuidador de la incapacidad para dormir y la dificultad para despertar a la hora deseada o requerida
 - B. Los síntomas están presentes, al menos, 3 meses
 - C. Cuando a los pacientes se les permite mantener su horario libremente, presentan mejor calidad de sueño y duración para la edad y mantienen un patrón de sueño-vigilia de 24 horas en fase retardada
 - D. El registro de sueño (agenda) y, siempre que sea posible, la monitorización mediante actigrafía durante, al menos, siete días (preferiblemente 14), demuestra un retraso en el momento del período habitual de sueño, incluyendo tanto los días de trabajo/ escolar como los días libres, que también deben incluirse en el registro
 - E. La alteración del sueño no se explica mejor por: otro trastorno del sueño actual, un desorden médico o neurológico, un trastorno mental, un medicamento o un trastorno por uso de sustancias
- Los cuestionarios de cronotipo estandarizados son herramientas útiles para evaluar el cronotipo matutino o vespertino
- La demostración de un retraso en la sincronización de otros ritmos circadianos, como la melatonina (medida por el inicio de la melatonina con luz tenue, [*dim light melatonin onset*], DLMO, o la 6 sulfatoximetilamina urinaria muestreada durante un período de 24 horas) o la temperatura corporal es deseable para confirmar retraso de fase

12.- NARCOLEPSIA. Es una enfermedad familiar caracterizada por excesiva somnolencia diurna, cataplejía, alucinaciones hipnagógicas. En ocasiones se producen parálisis del sueño sobre todo al despertarse. El tipo 1 se asocia a cataplejía; el tipo 2 sin cataplejía.

Criterios diagnósticos según la Clasificación Internacional de Trastornos de Sueño vigente 2014:

Narcolepsia tipo 1 (Narcolepsia con cataplejía)

Se deben cumplir los criterios A y B:

- A. El paciente se queja de somnolencia diurna excesiva, que aparece casi a diario durante, al menos, 3 meses ¹
- B. Presencia de, al menos, 1 de los 2 de los criterios siguientes:
 - 1. Episodios de cataplejía (pérdida del tono muscular brusca y transitoria, provocados por emociones) y un TLMS patológico (latencia media de sueño ≤ 8 min y 2 ó más SOREMP-episodios de sueño REM durante las siestas diurnas) ²

Concentración de hipocretina-1 en LCR, medida por Radioinmunoensayo, inferior a 110 pgr/ml o un tercio de los valores medios en sujetos normales.

¹ En niños pequeños, puede presentarse por mayor duración del sueño nocturno o reaparición de siestas diurnas

² Si no se cumplen los criterios del TLMS, se aconseja repetir la prueba

Narcolepsia tipo 2 (Narcolepsia sin cataplejía)

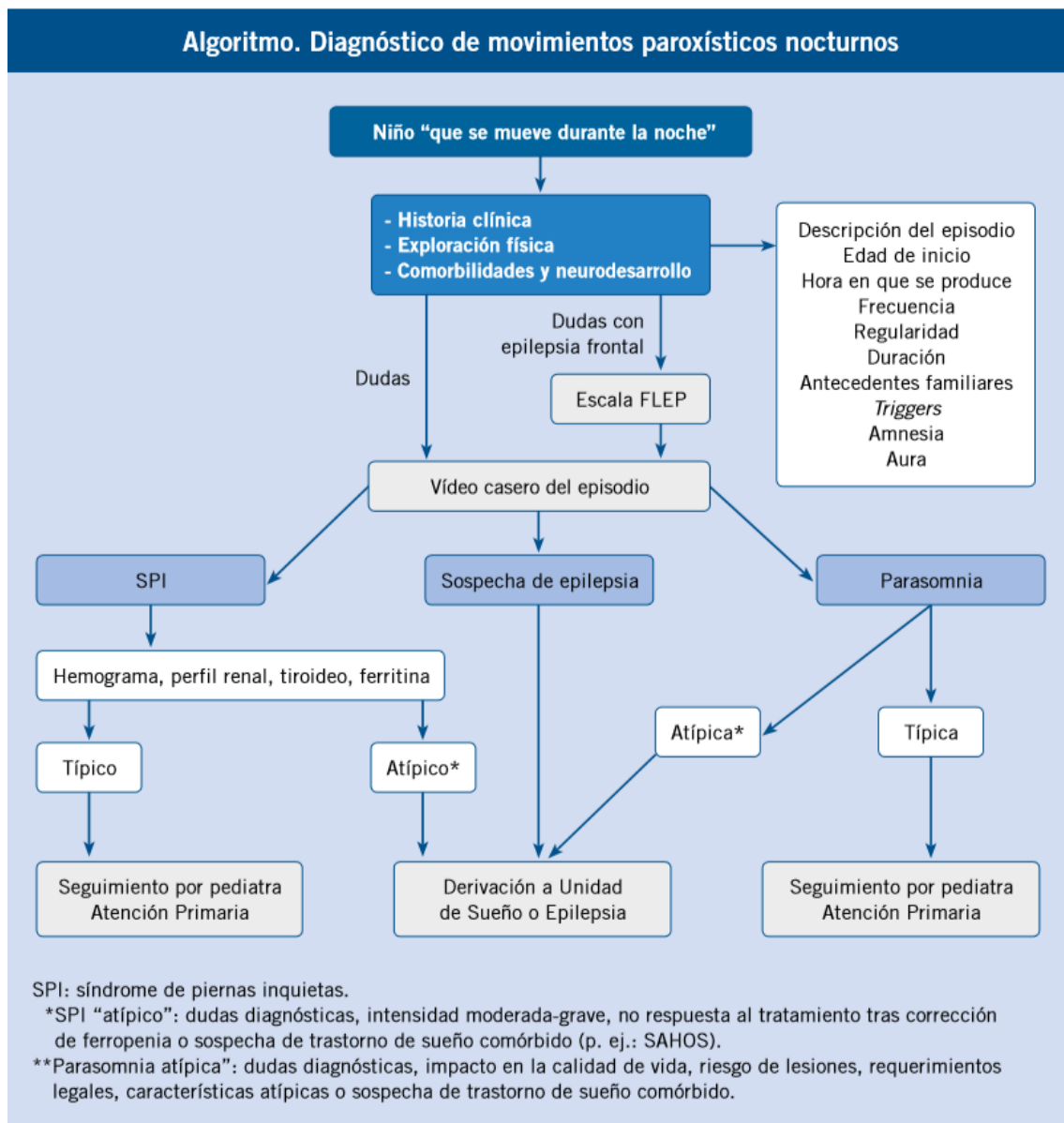
Se deben cumplir todos los criterios siguientes:

- A. El paciente se queja de somnolencia diurna excesiva, que aparece casi a diario durante, al menos, 3 meses
- B. El TLMS es patológico (Latencia media de sueño ≤ 8 min y 2 ó más SOREMP-episodios de sueño REM durante las siestas diurnas), tras 6 horas o más de sueño nocturno) ³
- C. No existe cataplejía ³
- D. No se ha realizado determinación de Hipocretina-1 en LCR o su concentración, medida por Radioinmunoanálisis, inferior a 110 pgr/ml o un tercio de los valores medios en sujetos normales.
- E. La hipersomnia y los resultados del TLMS no pueden ser explicados por la presencia de otro trastorno de sueño, enfermedad neurológica, trastorno psiquiátrico ni uso de medicamentos o drogas.

³ Si aparecen episodios de cataplejía o se realiza determinación de Hipocretina-1 en LCR con valores inferiores a 110 pgr/ml o un tercio de los valores medios en sujetos normales, el trastorno debe ser reclasificado como Narcolepsia tipo 1.

TLMS: Test de Latencias Múltiples de Sueño

13.- ALGORITMO ANTE MOVIMIENTOS PAROXÍSTICOS NOCTURNOS.



14.- ESCALA FLEP (FRONTAL LOBE EPILEPSY AND PARASOMNIAS). La escala FLEP ha demostrado tener un alto valor predictivo positivo 91% y valor predictivo negativo del 100% para diferenciar entre parasomnias y crisis epilépticas frontales.

Tabla IV. Escala FLEP (Frontal Lobe Epilepsy and Parasomnias). Adaptado de Derry 2006⁽²⁵⁾

<i>Clínica</i>	<i>Puntuación</i>
Duración de un episodio típico	
< 2 minutos	1
2-10 minutos	0
>10 minutos	-2
Número de episodios por noche	
1-2	0
3-5	1
>5	2
Momento de la noche en que ocurre el episodio	
Primer tercio de la noche (60-90 minutos)	-1
Otros (incluido sin patrón o en los primeros 20 minutos)	1
Sintomatología	
Episodio asociado a aura	
• Sí	2
• No	0
Alguna vez deambula fuera de la habitación durante el episodio	
• Sí	-2
• No (o muy raro)	0
Realiza conductas complejas (vestirse, coger objetos...) durante el evento	
• Sí	-2
• No (o muy raro)	0
Hay una historia clara de postura distónica, extensión tónica de los miembros o calambres durante los episodios	
• Sí	1
• No (o muy raro)	0
Estereotipias de los eventos	
Muy estereotipados	1
Alguna variabilidad	0
Muy variables	-1
Recuerdo del episodio	
Sí recuerdo lúcido	1
No o solo vagamente	0
Vocalización: el paciente habla durante los episodios y lo recuerda	
Sí	0
Sí, solo sonidos o palabras simples	0
Sí, lenguaje coherente con recuerdo parcial o ausente	-2
Sí, lenguaje coherente con recuerdo	2
Total	
Puntuación:	
>3: diagnóstico de epilepsia muy probable	
1-3: diagnóstico de epilepsia probable	
<1: diagnóstico de epilepsia poco probable	

Bibliografía

**** Grupo de Sueño de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria SEPEAP. Monografía el sueño y sus trastornos. *Pediatr Integral* 2018, XXII 8 ,355-453

Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos del Sueño en la Infancia y Adolescencia en Atención Primaria. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Agencia Laín Entralgo; 2011. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS N.o 2009/8.