

**PROTOCOL DE DETECCIÓ I ACTUACIÓ  
DAVANT ELS TRASTORNS DEL SON  
A L'ATENCIÓ PRIMÀRIA DE SALUT**

*Protocol consensuat entre HSJD i Atenció Primària de Salut del Baix Llobregat, Garraf,  
Alt Penedès i Barcelona Esquerra dins el marc del projecte VINCLES*

**Autors:**

**Rut Salvà** (pediatra d'APS del Consorci Sanitari Integral)

**Oscar Sans** (Metge Adjunt de Neurologia de l'HSJD)

**Data de revisió de Protocol: 31-3-2016 (Per Dr. Oscar Sans)**

**1. DETECCIÓ DELS TRASTORNS DEL SON:**

La detecció de la patologia del son la realitzem de forma rutinària a les revisions periòdiques que formen part del protocol d'atenció al nen sa.

Podem fer 4 preguntes bàsiques de cribratge que ens orientaran sobre l'existència d'algun problema:

- ⇒ Té el nen dificultat per iniciar el son o mantenir-lo?
- ⇒ Està excessivament actiu o somnolent durant el dia?
- ⇒ Pateix episodis que el molesten durant la nit?
- ⇒ Ronca?

Si alguna d'aquestes preguntes és positiva caldrà fer una història més detallada. La majoria de vegades la Història Clínica ens orientarà sobre el tipus de trastorn.

**2. PROVES COMPLEMENTÀRIES BÀSIQUES**

- a. Agenda o diari del son:** proporcionen informació sobre el horaris de son i vigília en un període de 24 hores. Recomanem un ús mínim durant 15 dies per a poder valorar rutines referents al son.
- b. Ús d'escala o qüestionaris del son:** Les escales del son ens permeten fer un screening o cribratge ràpid de la presència de trastorns del son. Algunes d'aquestes escales son: qüestionari **BISQ (Brief Infant Sleep Questionnaire)**

adequat per a nens de 5 a 29 mesos; el qüestionari **BEARS (B=Bedtime Issues, E=Excessive Daytime Sleepiness, A=Night Awakenings, R=Regularity and Duration of Sleep, S=Snoring)** eina de cribatge per a nens de 2 a 18 anys. Altres qüestionaris útils són: **Escala de trastorns del son per a nens de Bruni (SDSC) (Sleep disturbance Scale for Children)** i el **Qüestionari del Son Pediàtric de Chervin (PSQ) (Pediatric Sleep Questionnaire)**.

- c. **Analítiques:** Si ens trobem amb una somnolència excessiva i irritabilitat diürnes, i la història clínica i l'exploració física ens ho suggereixen, podem practicar una analítica amb hemograma, estudi del ferro i hormones tiroïdes.

### **3. ENTITATS CLÍNiques MÉS PREVALENTS**

Els trastorns del son que ens trobarem amb més freqüència els podem dividir en sis blocs: **insomni infantil, trastorns del ritme circadià, parasòmnia, trastorns respiratoris durant el son (TRS), somnolència diürna excessiva (SDE) o hipersòmnia, i trastorns del moviment relacionats amb el son.**

#### **3.1. Insomni Infantil:**

- a. **Trastorn ambiental:** alteració del son produïda per un factor de l'entorn (soroll, llum, temperatura) que l'impedeix o el dificulta.
- b. **Trastorn de l'establiment de límits:** alteració del son del nen caracteritzat pel rebuig a anar al llit al moment adequat, per error per part del cuidador en la manera d'induir el nen a fer-ho.
- c. **Trastorn de les associacions a l'inici del son:** es produeix quan el son s'altera per l'absència d'un objecte o circumstàncies que el nen associa amb l'inici del son. El problema s'accentua quan s'associa l'inici del son amb l'actuació o presència d'un adult.

Caldrà sobretot recomanar unes normes generals d'higiene del son, insistint en hàbits, pautes i rutines. És important recalcar que sempre hem descartat prèviament patologia secundària. Si no hi ha èxit amb la teràpia conductual replantejar-nos el diagnòstic.

### **3.2. Trastorns del ritme circadià:**

- a. **Retard de fase d'inici del son:** trastorn del ritme circadià del son amb incapacitat de conciliar-lo en hores convencionals, aconseguint-t'ho més tard, amb dificultat per a despertar-se a les hores convencionals. La quantitat i qualitat d'hores dormides (un cop el pacient s'adorm) és normal. Aquest és el tret diferencial amb l'insomni. El retard de fase és més freqüent en pre-adolescència i adolescència.

### **3.3. Parasòmnia:**

- a. **Despertars confusionals:** estat de confusió, amb desorientació temporo-espacial al despertar generalment de son profund, a la primera meitat de la nit. Els pateixen gairebé tots els nens menors de 5 anys i el curs és generalment benigne. Tenen lloc després de dormir 3-4 hores, sempre en fase 3 de son no REM (NREM).
- b. **Terrors nocturns** són episodis que succeeixen durant la primera meitat de la nit, en son profund i es caracteritzen per plor brusc i inesperat del nen, amb una expressió de por intensa a la cara i suor freda. El nen no recorda l'episodi. Solen aparèixer al voltant dels 2-3 anys i cedeixen espontàniament a l'arribar a l'adolescència. Solen tenir lloc després de dormir unes hores, sempre en fase 3 de son no REM (NREM), durant la primera part de la nit.
- c. **Malsons** són fenòmens semblants als terrors nocturns encara que es diferencien per dos fets concrets: sempre es produeixen a la segona meitat de la nit, en la fase REM i el nen explica clarament què és el que ha somniat i l'ha despertat. Cedeixen espontàniament abans de l'adolescència. Si persistissin hauria d'investigar-se la presència de psicopatologia.
- d. **Somnambulisme** és la repetició automàtica de conductes apreses durant els períodes de vigília, durant el son. El nen està profundament adormit quan succeeix l'episodi. Tenen lloc després de dormir 3-4 hores, sempre en fase 3 de son no REM (NREM).
- e. **Somnilòquia:** consisteix en expressar sons verbals amb poc contingut semàntic que el nen no recorda el dia següent.
- f. **Bruxisme:** es produeix per una contractura excessiva dels maxil·lars donant lloc a un típic soroll que sol preocupar als pares però que no desperta als nens. Si la contractura es mol important pot provocar alteracions en les peces dentals que poden ser evitades amb pròtesis de protecció utilitzades durant la nit i que prescriurà l'odontòleg sobre la dentició definitiva (mai es posa pròtesi de protecció en dents de llet).
- g. **Mioclònies del son:** contraccions sincròniques de les extremitats o del tronc que tenen lloc durant el son tranquil en nounats.

Moltes vegades l'explicació del problema, causes i conseqüències ens permeten tranquil·litzar els pares.

### **3.4. Trastorns respiratoris relacionats amb el son:**

**Síndrome d'apnees/hipopnees obstructives del son (SAHOS):** episodis repetits d'obstrucció de les vies respiratòries superiors, generalment acompanyats de desaturació de l'oxigen sanguini. La prevalença del SAHOS és d'un 2-4% de la població infantil.

El símptoma més evident durant el son és la presència de **roncs** (definim **roncadors habituals** com aquell nen que ronca més de 3 nits per setmana, durant més de tres mesos, en absència de quadres catarrals de vies altes). Aproximadament un 10-12% dels nens són roncadors. A més del ronc, també són evidents pels pares les pauses respiratòries, estertors i son intranquil. Durant la vigília podem trobar, dificultat per despertar-se pel matí, mal humor, cefalea, sequedat de boca, problemes de concentració, memòria, baix rendiment escolar, irritabilitat i altres problemes emocionals o de conducta.

Si el pacient presenta característiques clíniques suggestives de SAHOS: escàs guany de pes en nens petits i obesitat a l'adolescent amb els símptomes anteriorment citats farem:

- ⇒ Exploració otorrinolaringològica detallada per valorar hipertròfia del teixit limfoide, alteracions del paladar i de la mandíbula.
- ⇒ Buscar altres causes orgàniques que interfereixen el son (asma, rinitis, reflux gastroesofàgic...) o que el limitin (supressió de la migdiada a l'inici del curs escolar, privació de son en adolescents per hàbits socials de cap de setmana...)
- ⇒ Un cop descartades les anteriors causes derivarem el nen a l'ORL o Unitat de Son Infantil.

### **3.5. Somnolència Diürna Excessiva (SDE) o Hipersòmnia.**

La somnolència diürna excessiva (SDE) està present en un 11% dels nens i en un 52.8% dels adolescents. La SDE o hipersòmnia es pot dividir en **hipersòmnia "primària" o intrínseca** i **hipersòmnia "secundària" o extrínseca**.

#### **a. Hipersòmnia "Primària" o intrínseca:**

Són molt poc freqüents, de totes les causes la més rellevant per la greu repercussió que té sobre els pacients és la Narcolèpsia. La narcolèpsia es caracteritza per somnolència i episodis incoercibles de son d'aparició sobtada. Associa cataplexia (pèrdua sobtada i bilateral del to muscular en situacions emocionals intenses) i altres fenòmens de son

REM com les al·lucinacions hipnagògiques o la paràlisi del son. En aquest cas derivarem el nen a la Unitat de Son Infantil.

- b. **Hipersòmia “secundària” o extrínseca:** totes aquelles situacions o patologies que poden provocar un son insuficient o de mala qualitat i que provoquen SDE. La causa més freqüent de SDE secundària en nens i adolescents és la privació crònica de son.

### **3.6. Trastorns del moviment relacionats amb el son**

- a. **Síndrome de moviments periòdics de les cames:** episodis periòdics de moviments estereotipats de les extremitats, generalment de les cames, que tenen lloc durant el son. Poden provocar fragmentació del son si els moviments s'associen a arousal (despertars inconscients de 3 a 15 segons de durada) provocant que el nen expliqui problemes en mantenir el son o somnolència excessiva diürna.
- b. **Síndrome de les cames inquietes:** és un trastorn neurològic caracteritzat per sensacions desagradables a les cames i un impuls incontrolable de moure's quan s'està descansant per tal d'alleujar aquestes sensacions. Els símptomes se solen activar pel fet de posar-se al llit i intentar relaxar-se. Els nens tenen dificultat per conciliar i mantenir el son. Més del 80% de les vegades s'associa a trastorn del moviment periòdic d'una extremitat.

Els nens amb nivells baixos de ferro o amb anèmia poden tenir més tendència a presentar-ho per la qual cosa farem primer una analítica amb hemograma i estudi del ferro. En cas que ens trobem amb anèmia i ferropènia caldrà tractar-la 3 mesos. El mateix es recomana per nivells de ferritina per sota de 50ng/ml SENSE NECESSITAT de ferropènia.

Si passat aquest temps persisteixen els símptomes caldrà derivar el nen a la Unitat de Son Infantil.

#### **CRITERIS BÀSICS DIAGNÒSTICS:**

- 1- **Desig de moure les extremitats sovint associat a parestèsies o disestèsies**
- 2- **Símptomes que empitjoren o només estan presents durant el repòs o que s'alleugen parcialment o temporalment amb l'activitat**
- 3- **Inquietud motriu**
- 4- **Empitjorament nocturn dels símptomes**

#### **CRITERIS SECUNDARIS (importants en nens)**

- 1- **Tenir un dels pares afectat de cames inquietes (important component genètic-herència dominant).**
- 2- **Presentar en un estudi de son un índex de  $\geq 5$  moviments periòdics de les cames per hora de son.**

El qüestionari d'Owens ens pot servir d'ajuda per l'screening de la síndrome de les cames inquietes:

**Cuestionario para el despistaje del síndrome de piernas inquietas y movimientos periódicos de extremidades (Basado en el cuestionario de Owens)**

Nunca	<1 /mes	1-2 /mes	1-2 /semana o diario
¿Tiene su hijo "dolores de crecimiento"?			
¿Se queja de molestias o sensaciones raras en sus piernas (hormigueo, crepitación...)?			
parece su hijo inquieto mientras duerme			
¿Le parece su hijo más inquieto, hiperactivo o nervioso que los otros niños de su edad?			
¿Qué media de consumo de bebidas o comidas con cafeína (café, te, colas, chocolate..) consume su hijo?			
SI	NO	No sabe	
¿Tiene su hijo/a sensaciones raras en sus piernas o algo parecido a dolor cuando está sentado o tumbado?			
¿Siente mejoría con el movimiento (mover pies, dedos o caminar)?			
¿Piensa que esas sensaciones empeoran a la noche?			
¿Tiene mucho nerviosismo o movimiento de pies o dedos sentado o tumbado?			
¿Tiene movimientos de sacudida en dedos o piernas o en todo el cuerpo mientras duerme?			
Alguien de la familia (incluyendo abuelos y tíos) ha sido diagnosticado de piernas inquietas o movimientos periódicos de las piernas?			
¿Ha sido su hijo diagnosticado o tratado alguna vez de anemia?			
Si es afirmativo, especificar:			
¿Tiene alguien en la familia problemas para dormirse o mantenerse dormido?			
¿Quién?			
¿Qué problema?			

- c. Moviments rítmics durant el son o moviments d'autogronxament:** conjunt de conductes estereotipades amb moviments repetitius de tronc, coll i cap que alguns nens efectuen per a conciliar el son. Solen iniciar-se cap als 9 mesos y rarament persisteixen més enllà dels dos anys. No precisen tractament específic (jo recomano fer tractament conductual tant aviat com es pugui. El tractament consisteix en que quan el pacient comenci la conducta estereotipada, generalment al inici del son, els pares han de associar a aquest moviment (que per al nen és un estímul plaenter) un estímul negatiu (per exemple: treure el pacient del llit i fer-lo caminar. Si al tornar-lo al llit repeteix el moviment de gronxament, repetir la operació). Si apareixen a partir dels 5-6 anys haurà de ser valorat neurològica i psiquiàtricament.