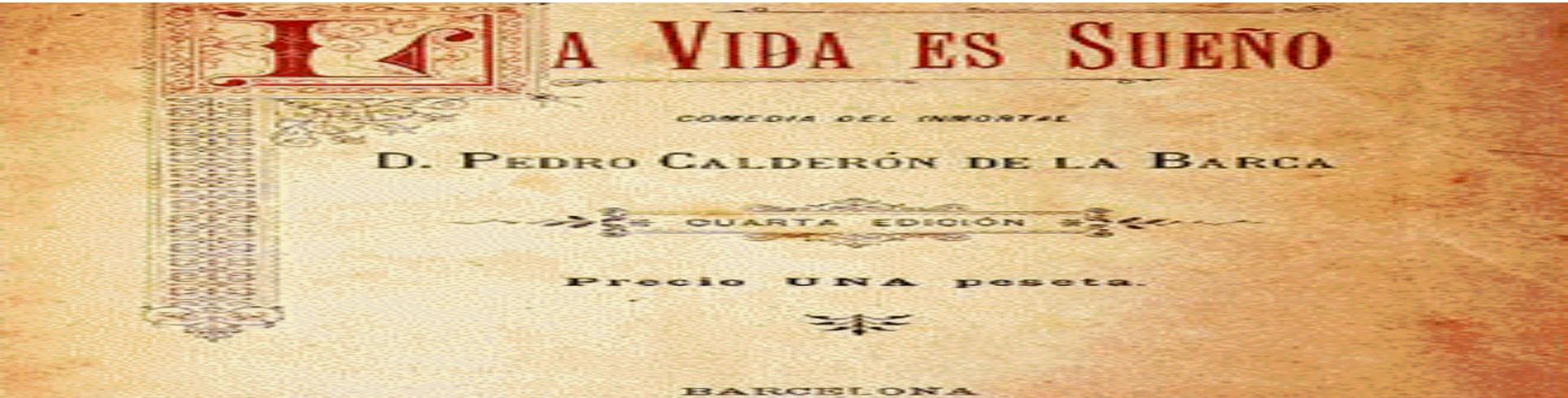


La vida es sueño... lo que Calderón de la Barca no sabía sobre el sueño infantil



PONENTE: Ignacio Cruz Navarro
Pediatra. CS de Montequinto. Dos Hermanas. Sevilla
Miembro del Grupo de Sueño AEpap



El moderador , **Jose Luis Montón Álvarez**
y el ponente del taller, **Ignacio Cruz Navarro**
manifiestan que no incurren en ningún conflicto
de intereses con el tema.

*La
vida
es
sueño*

13º curso
actualización
pediatría

IPS

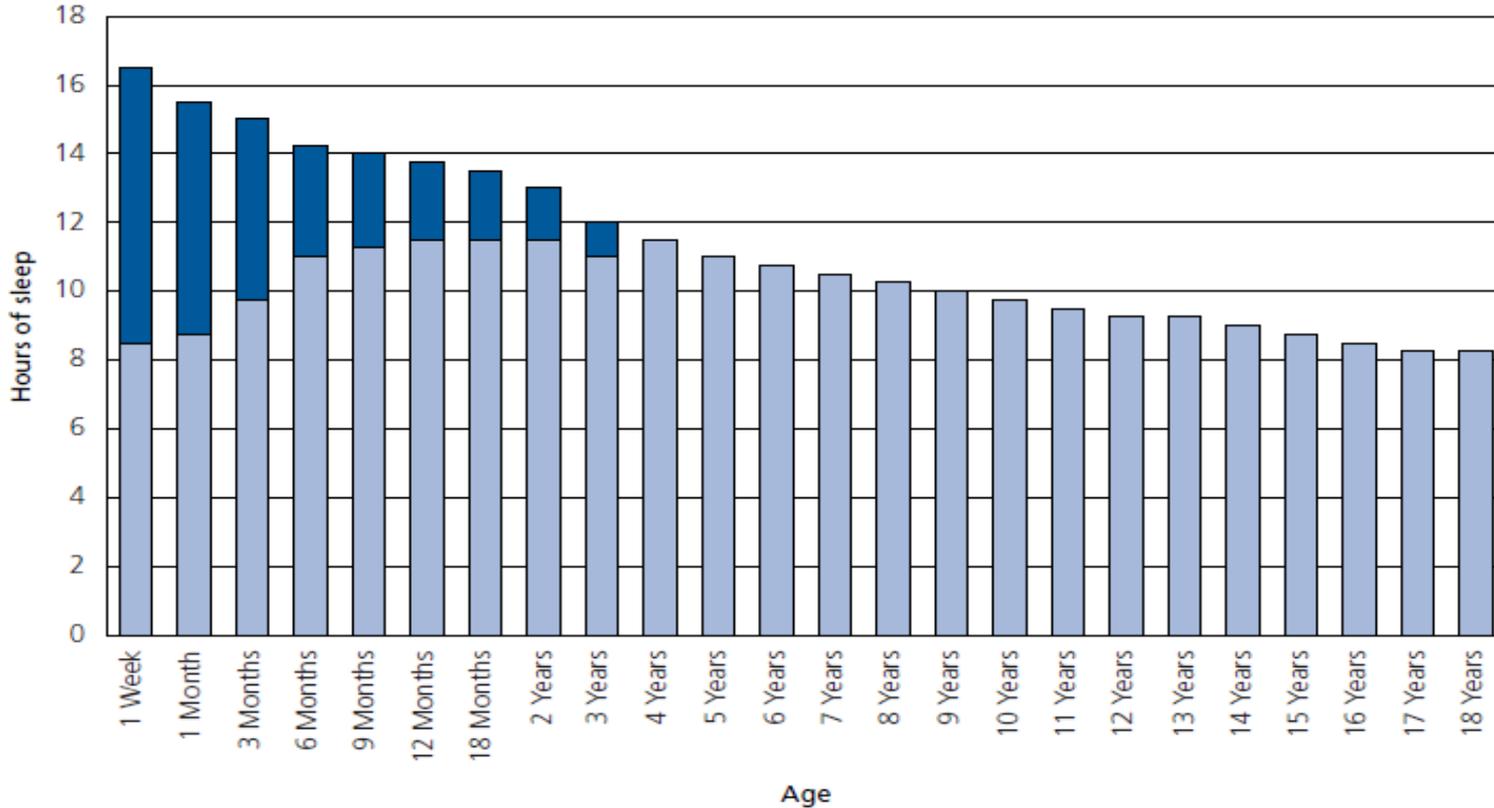


VAEPap 2016



Change in Hours of Daytime and Nighttime Sleep with Increasing Age

■ Daytime sleep ■ Nighttime sleep



*La
vida
es
sueño*

13^o curso
actualización
pediatría

AvPS
IAEP
IAEPap 2016



- 1) CONCEPTO Y FISILOGIA DEL SUEÑO
- 2) PROBLEMAS Y TRASTORNOS DEL SUEÑO
- 3) PAPEL DEL PEDIATRA DE AP EN RELACIÓN AL SUEÑO INFANTIL
- 4) HERRAMIENTAS PARA VALORACION DEL SUEÑO INFANTIL EN AP

*La
vida
es
sueño*

13° curso
actualización
pediatría

IVPS

IAEP

IAEPap 2016

¿ QUÉ ES EL SUEÑO?

*La
vida
es
sueño*

Es un **estadio fisiológico** recurrente de reposo del organismo, que se caracteriza por una **inacción** relativa, con **ausencia de movimientos voluntarios** y **gran aumento del umbral de respuesta a estímulos externos**, fácilmente reversible. Se sabe que es un **proceso activo del cerebro**, complejo, que está controlado por distintos neurotransmisores. Está presente durante toda la vida del sujeto, pero con características distintas a lo largo de la misma.

El sueño es un **estado de reposo** que utiliza el organismo para recuperarse de los esfuerzos sufridos durante el periodo de vigilia. Una conducta **natural, periódica, transitoria y reversible**, prácticamente **universal en el reino animal** y cuyo último sentido biológico no se conoce todavía.

13º curso
actualización
pediatría

IVPS

AEPP

VAEPap 2016



FUNCIONES DEL SUEÑO

- 1) Restauración de los sistemas corporales*
- 2) Conservación de la energía.*
- 3) Refuerzo y consolidación de la memoria.*
- 4) Mantenimiento de la integridad neuronal*
- 5) Termorregulación*
- 6) Actividad intelectual: ensoñaciones*

*La
vida
es
sueño*

13° curso
actualización
pediatría

fPS

AE

VAEPap 2016

SUEÑO



**DESARROLLO
PSICOMOTOR
INFANTIL**

*La
vida
es
sueño*

13° curso
actualización
pediatría

IPS

IPS

VAEPap 2016

FASES DEL SUEÑO

La vida es sueño

Physiologic criteria of wakefulness and sleep

Characteristics	Wakefulness	Nonrapid Eye Movement Sleep	Rapid Eye Movement Sleep
Electroencephalography	Parieto-occipital alpha waves (8–13 Hz) mixed with fronto-central beta rhythms (>13 Hz)	Theta (4–7 Hz) and delta (<4 Hz) waves, sleep spindles, vertex waves and K complexes	Theta or “saw tooth” waves, beta rhythms
Electromyography (muscle tone)	Normal	Mildly reduced	Markedly reduced to absent
Electro-oculography	Waking eye movements	Slow eye movements	Rapid eye movements

13° curso
actualización
pediatría

IVPS
IAEPap 2016



FASES DEL SUEÑO



*La
vida
es
sueño*

13° curso
actualización
pediatría

IVPS

IAEP

IAEPap 2016

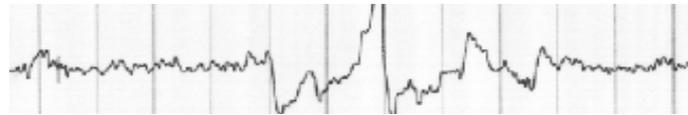
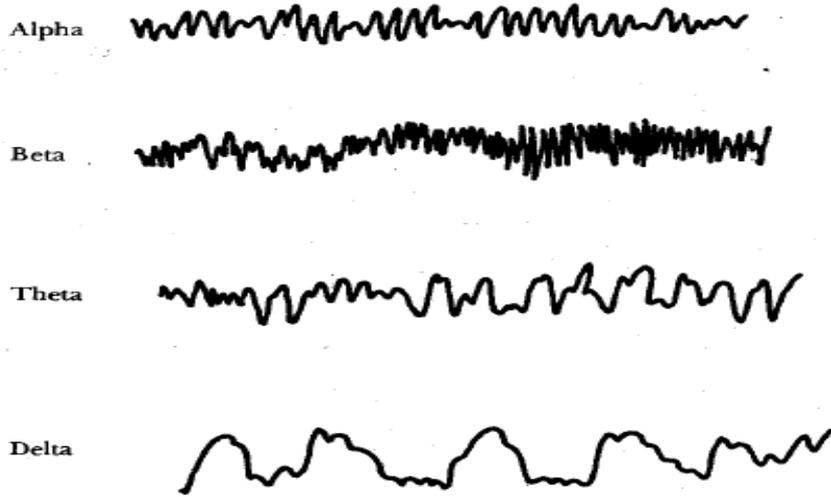
RITMOS EEG

VIGILIA

SUEÑO
LIGERO

SUEÑO
PROFUND
O
SUEÑO REM

*La
vida
es
sueño*



- AMPLITUD + FRECUENCIA

FASES DEL SUEÑO

FASE I



*La
vida
es
sueño*

Fase de adormecimiento y transición

Disminuye el grado de actividad cerebral.

Se reduce la cantidad de ritmo alfa propio de la Vigilia.

Abundante ritmo Theta.

Hay movimientos oculares lentos.

En ocasiones sacudidas mioclónicas breves con alucinación benigna de caída la vacío.

Es una fase inestable, interrumpida por frecuentes alertamientos.

13° curso
actualización
pediatría
VAEPap 2016

IPS

VAEPap

VAEPap

2016



FASES DEL SUEÑO

FASE II



Junto con la fase II representan el Sueño Ligerio.

Los husos de sueño (spindles) son ondas sinusoidales de 12-14 Hz de baja amplitud e intermitentes que suelen asociarse.

Los complejos K: formados por una onda negativa seguida de otra positiva más lenta en todas las regiones cerebrales.

Puede aparecer las somniloquias y otras parasomnias.

*La
vida
es
sueño*

13° curso
actualización
pediatría

fPS

AEI

VAEPap 2016

FASES DEL SUEÑO

FASE III



El EEG registra aumento de **ondas delta** (1-2 Hz y 75 picoV), que ocupan el 20-50% de esta fase.

Patrón de **EEG sincronizado**.

En esta fase pueden aparecer el **Terror del Sueño** y el **Sonambulismo**.

*La
vida
es
sueño*

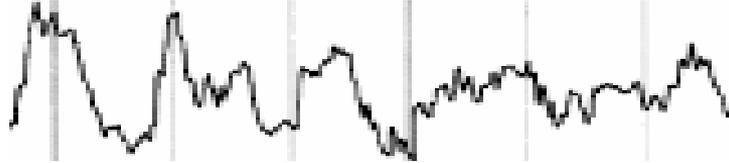
13^º curso
actualización
pediatría

IPS

VAEPap 2016

FASES DEL SUEÑO

FASE IV



Junto a la Fase III constituyen el **Sueño Profundo**

Las ondas delta ocupan más del 50% de la fase.

Ritmo delta: < 2Hz y 75 picoV.

Hipersincronización en todas las regiones encefálicas.

*La
vida
es
sueño*

13° curso
actualización
pediatría

AFPS

AEPA

VAEPap 2016

FASES DEL SUEÑO

FASE REM



EEG con actividad de bajo voltaje con frecuencias entremezcladas, similar a la fase I

Ondas de dientes de sierra en regiones centro parietales

Se reproduce 4-6 veces durante la noche.

Se producen las **ensoñaciones**.

*La
vida
es
sueño*

13° curso
actualización
pediatría

fPS

AE

VAEPap 2016

ONTOGENIA DEL SUEÑO

*La
vida
es
sueño*

- La edad es uno de los determinantes más importantes del sueño.
- La edad influye en:
 - El desarrollo de los ciclos vigilia -sueño.
 - El desarrollo de los ciclos REM -NREM
- “Almost all existence in utero may be REM”

13° curso
actualización
pediatría

IPS

IPS

IAEPap 2016



ONTOGENIA DEL SUEÑO

- 1) **Antes de las 28 SG** el sueño y la vigilia no pueden ser identificados claramente mediante EEG.
- 2) **Después de las 28 SG** el trazado discontinuo se caracteriza por una actividad discontinua de ondas rítmicas de 1 - 2 segundos a una frecuencia aproximada de 4 - 6 Hz.

*La
vida
es
sueño*

13° curso
actualización
pediatría

IVPS

AEPP

IVAEPP 2016

ONTOGENIA DEL SUEÑO

3) Entre las 31 y 34 SG:

- Sueño activo: 13 minutos.
- Sueño tranquilo: 5 minutos.
- Sueño indeterminado: 28 minutos.

Duración del ciclo de sueño: 46 minutos

*La
vida
es
sueño*

13^o curso
actualización
pediatría

fPS



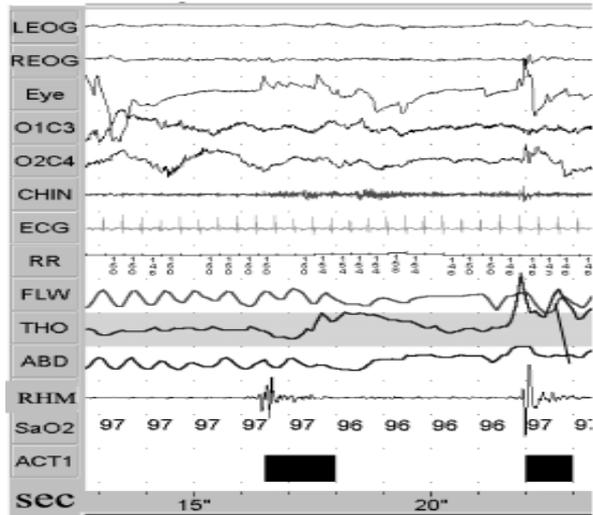
VAEPap 2016



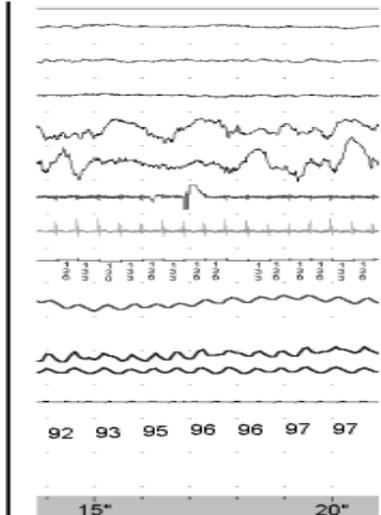
TIPOS DE SUEÑO EN EL FETO Y RECIEN NACIDO

La vida es sueño

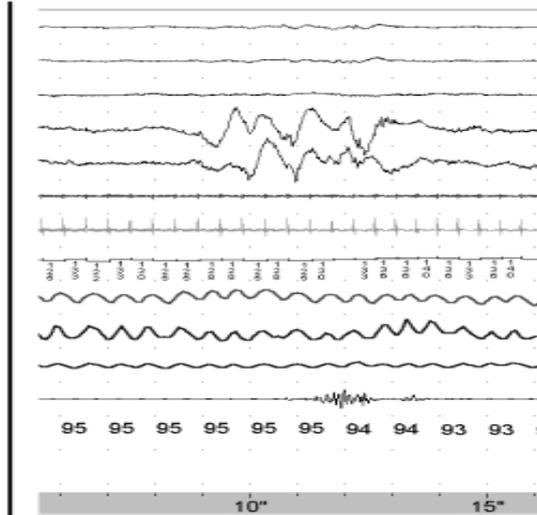
E.H., 34 w. CA, healthy



AS



IS

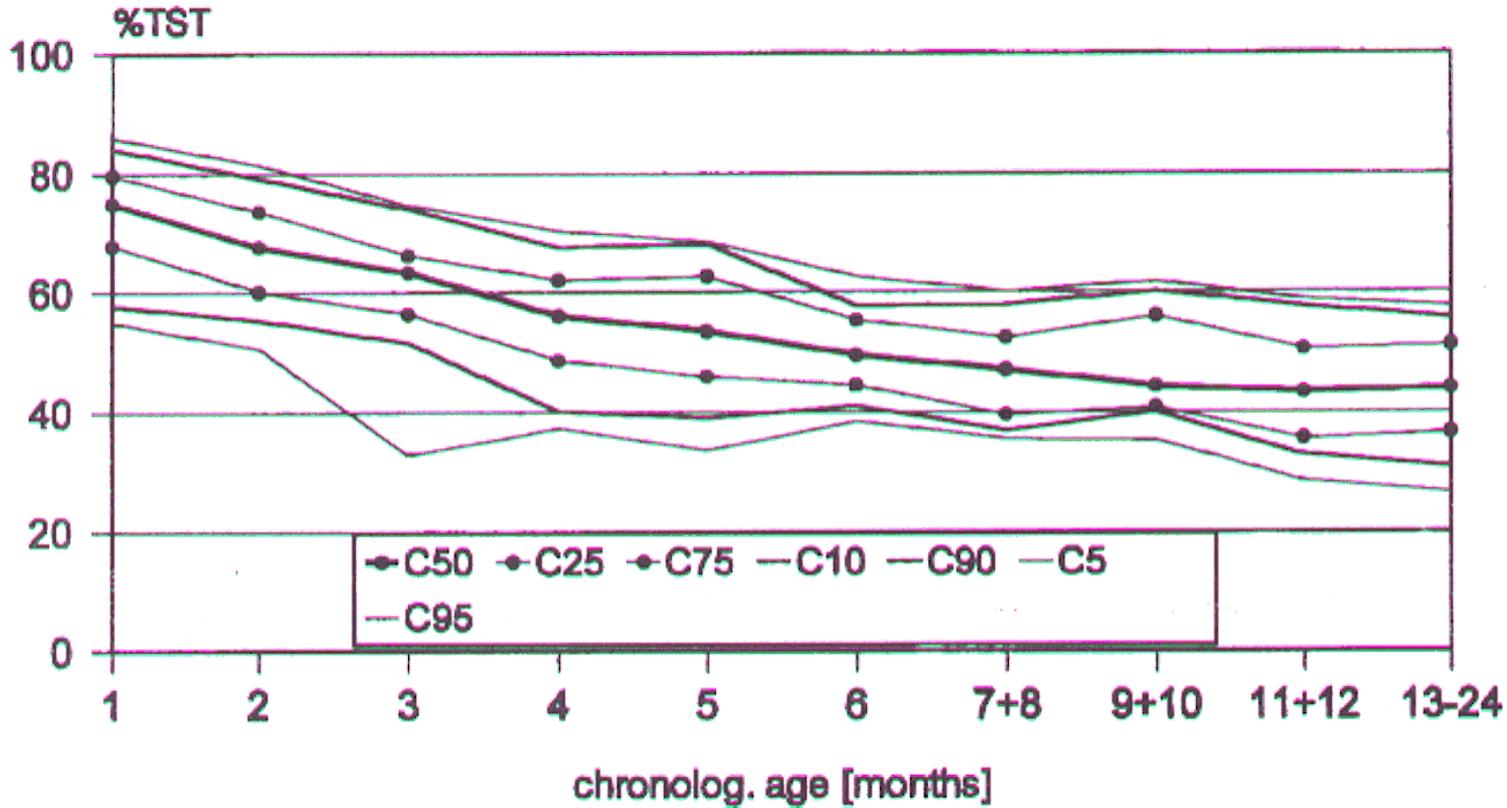


QS

13° curso
actualización
pediatría
IAEPap 2016



SUEÑO ACTIVO

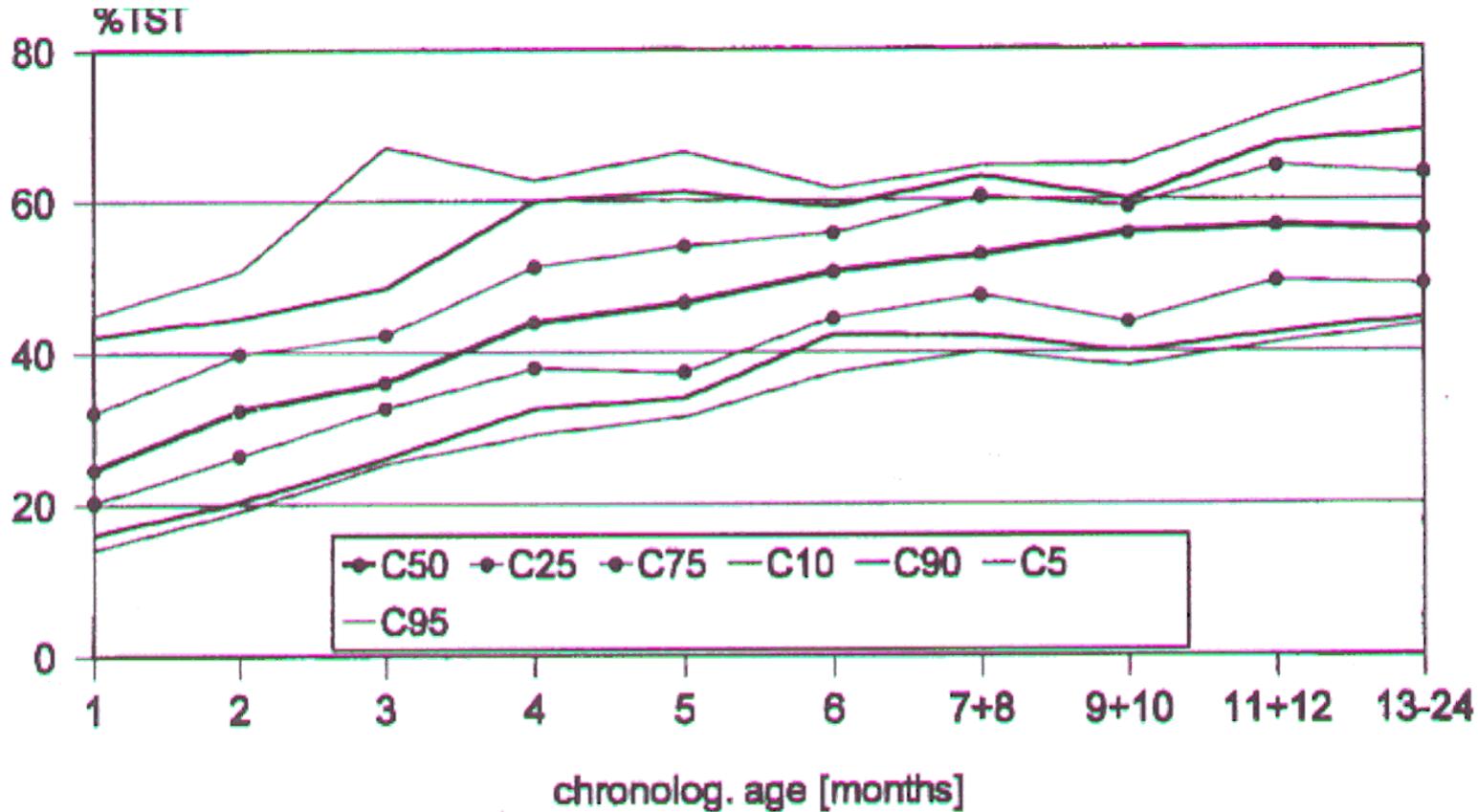


*La
vida
es
sueño*

13° curso
actualización
pediatría

IV FPS
IAEPap 2016

SUEÑO TRANQUILO

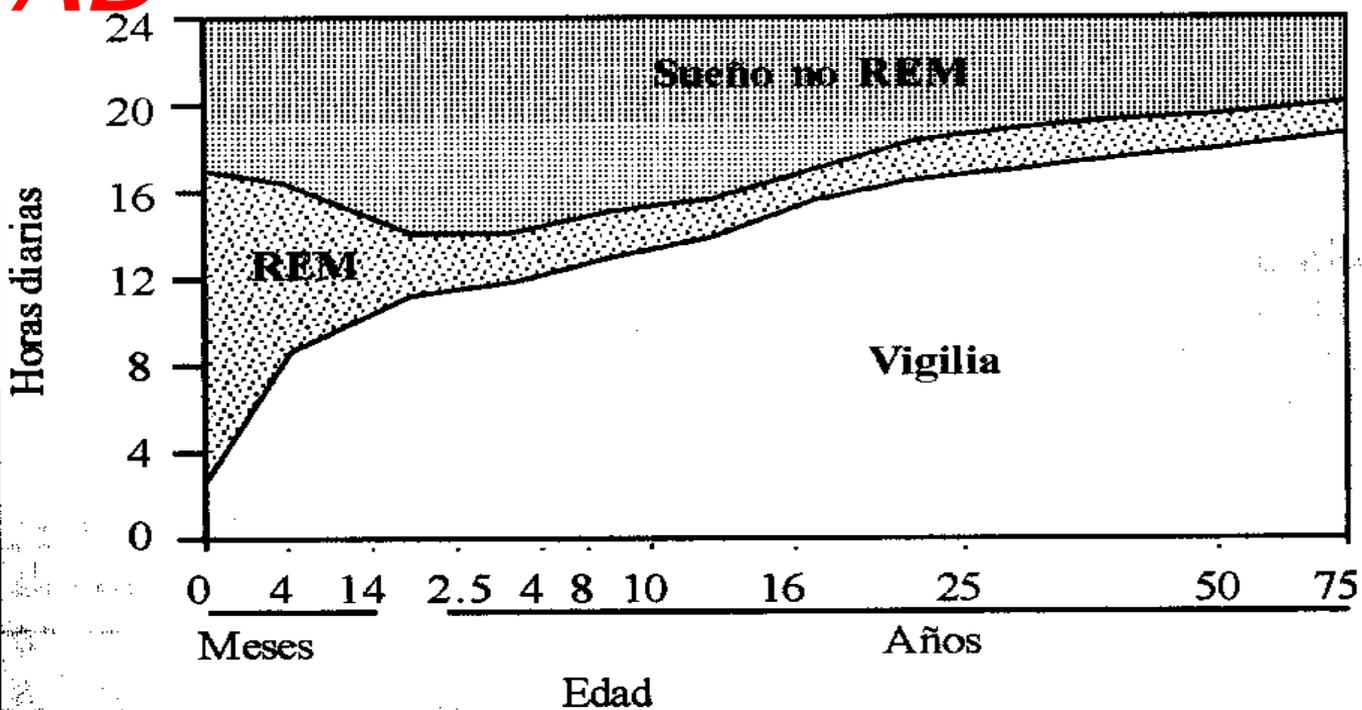


*La
vida
es
sueño*

13° curso
actualización
pediatría

AFPS
IAEP
IAEPap 2016

EVOLUCION DEL SUEÑO CON LA EDAD



La vida es sueño

CARACTERÍSTICAS DEL SUEÑO SEGÚN LA EDAD

3 a 6 MESES

Inicio de sueño en fase nREM

Se establece el ritmo circadiano

6 a 12 MESES

Se consolida un largo periodo de sueño nocturno

Un 10% del tiempo en cuna es en vigilia

*La
vida
es
sueño*

13° curso
actualización
pediatría

IPS

VAEPap 2016



CARACTERÍSTICAS DEL SUEÑO SEGÚN LA EDAD

Al año de edad

Latencia de sueño de 15 a 30 minutos

El 90% de los niños duermen 5 horas seguidas

Movimientos corporales menos frecuentes

En torno al año y medio se retira la siesta matutina

*La
vida
es
sueño*

13° curso
actualización
pediatría

AFPS



VAEPap 2016



CARACTERÍSTICAS DEL SUEÑO SEGÚN LA EDAD

De 2 a 5 años de edad

Duración total del ciclo nocturno de 90 minutos

Desaparece la siesta (4-5 años)

El sueño REM ocupa aprox 2 horas/noche

*La
vida
es
sueño*

13° curso
actualización
pediatría

fPS



VAEPap 2016



CARACTERÍSTICAS DEL SUEÑO SEGÚN LA EDAD

Adolescencia

Se produce una disminución del tiempo total de sueño a expensas del sueño de ondas lentas.

Se produce un retraso fisiológico del inicio del sueño

*La
vida
es
sueño*

13° curso
actualización
pediatría

IPS

VAEPap 2016



PROBLEMAS Y TRASTORNOS DEL SUEÑO INFANTIL

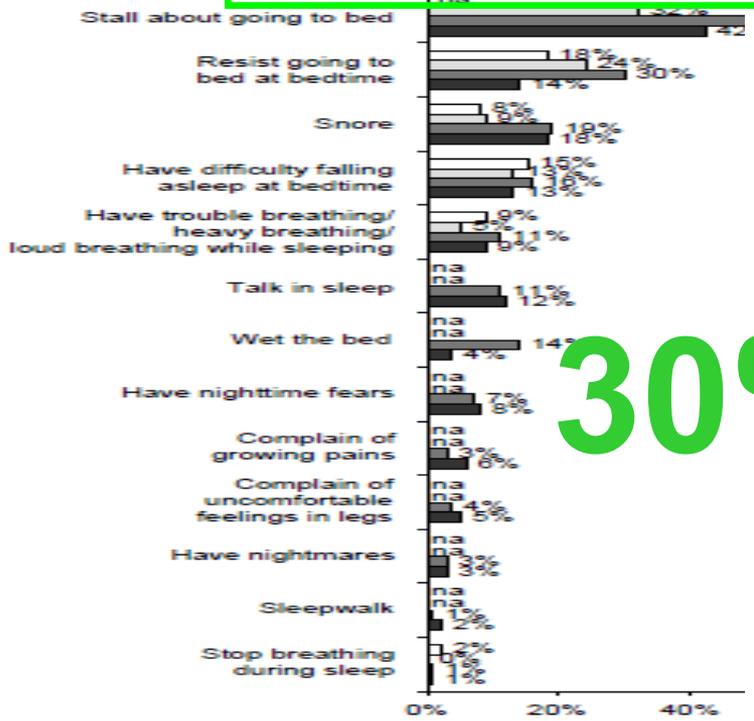
*La
vida
es
sueño*

- Los **problemas del sueño** son patrones de sueño que son insatisfactorios para los padres, el niño o el pediatra. No todos los problemas del sueño son anomalías ni todos precisan tratamiento.
- Los **trastornos del sueño**, por el contrario, se definen como una **alteración real**, no una variación, de una función fisiológica que controla el sueño y opera durante el mismo.

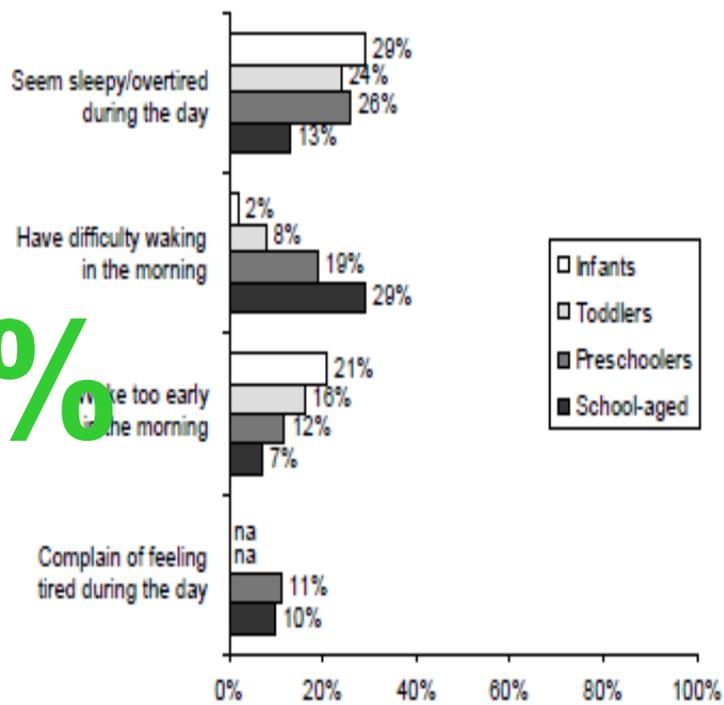


PREVALENCIA DE LOS PROBLEMAS DEL SUEÑO

Sleep Behaviors Children Experience (At Least a Few Nights a Week)



Daytime Behaviors Children Experience (At Least a Few Days a Week)



30%

La vida es sueño

National Sleep Foundation. 2004 Sleep in American Poll. Children and Sleep. www.sleepfoundation.org/sites/default/files/FINAL%20SOF%202004.pdf



CONSECUENCIAS DE LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO

SOMNOLENCIA

ALTERACIONES
DE LA
CONDUCTA

ENURESIS

CEFALEA

ANSIEDAD
DEPRESIÓN

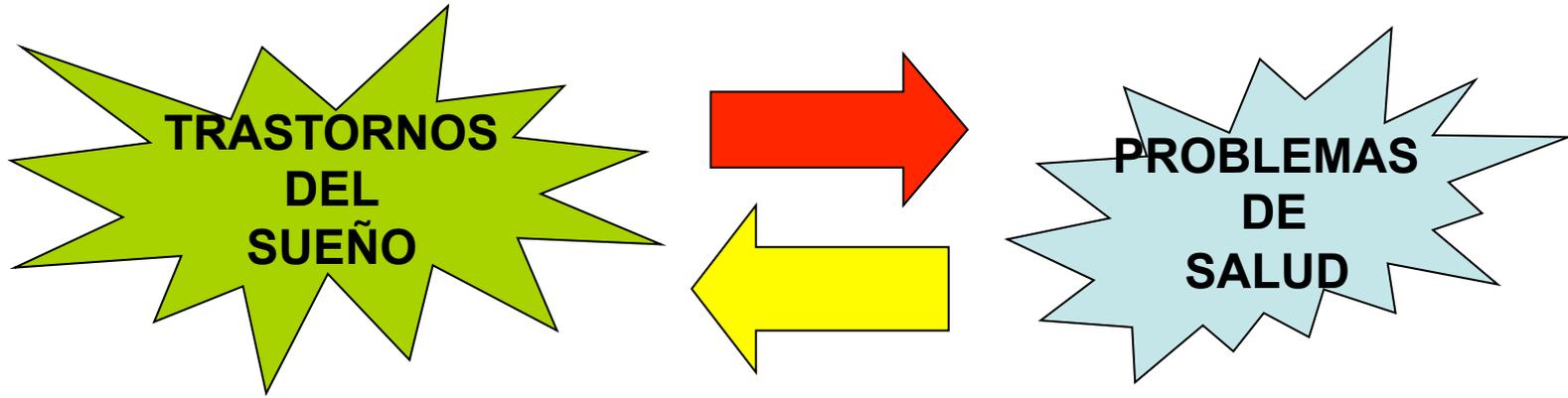
FRACASO
ESCOLAR

CANSANCIO

HTA

IRRITABILIDAD

*La
vida
es
sueño*



*La
vida
es
sueño*

Los trastornos de sueño afectan y se ven afectados por los problemas de salud coexistentes.

TRASTORNOS DEL SUEÑO

- I. El niño al que le cuesta dormirse: insomnio por higiene del sueño inadecuada, insomnio conductual, síndrome de piernas inquietas, síndrome de retraso de fase.
- II. El niño que presenta eventos anormales durante la noche: síndrome de apnea-hipopnea obstructiva del sueño pediátrico (SAHS), sonambulismo, terrores del sueño o nocturnos, despertar confusional, pesadillas, movimientos rítmicos relacionados con el sueño.
- III. El niño que se duerme durante el día: privación crónica del sueño de origen multifactorial, narcolepsia.

*La
vida
es
sueño*

.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 Lain Entralgo; 2011.

13º curso
actualización
pediatría
VAEPap 2016



IMPORTANCIA DEL DIAGNOSTICO CORRECTO

*La
vida
es
sueño*

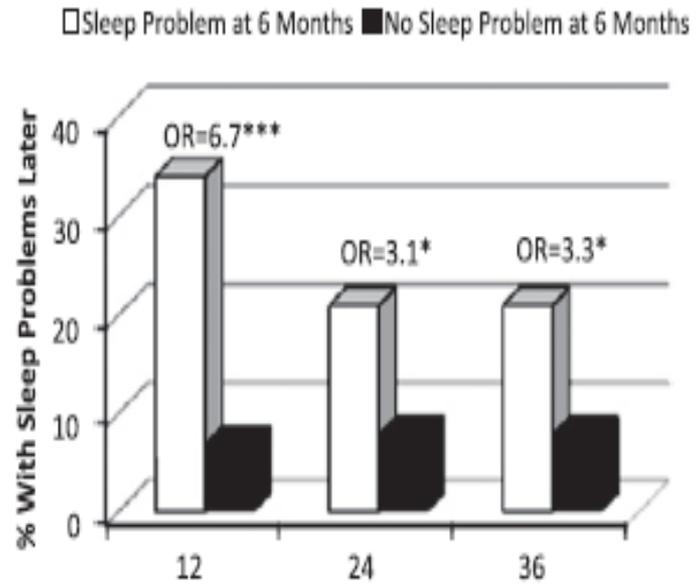
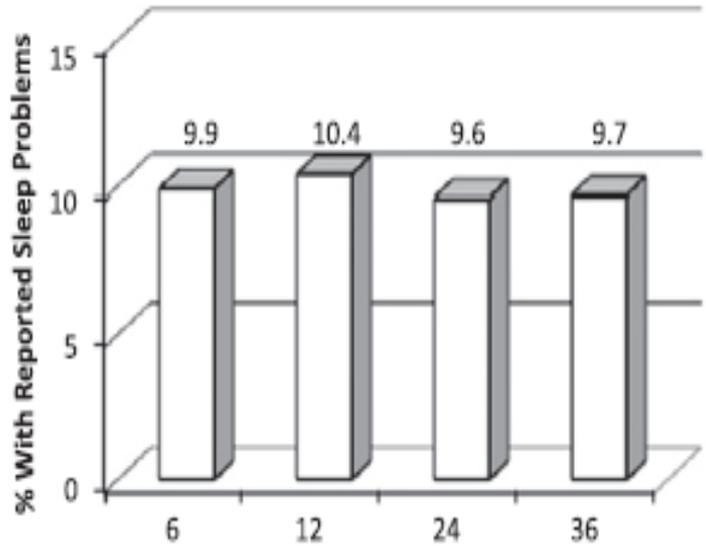
- “ Debido a su **frecuencia y severidad** resulta fundamental **prevenir, reconocer y tratar** los trastornos del sueño de los niños y adolescentes ya que muchos de ellos son subsidiarios de tratamientos de probada **eficacia**”
- “ **La falta de reconocimiento o de un tratamiento adecuados** de estos trastornos del sueño infantil tienen **repercusiones significativas** tanto para el niño como también para toda su familia”.

The Practice of Pediatric Sleep Medicine: Results of a Community Survey Judith A. Owens
Pediatrics 2001;108:e51



EVOLUCION DE LOS PROBLEMAS DE SUEÑO

La vida es sueño

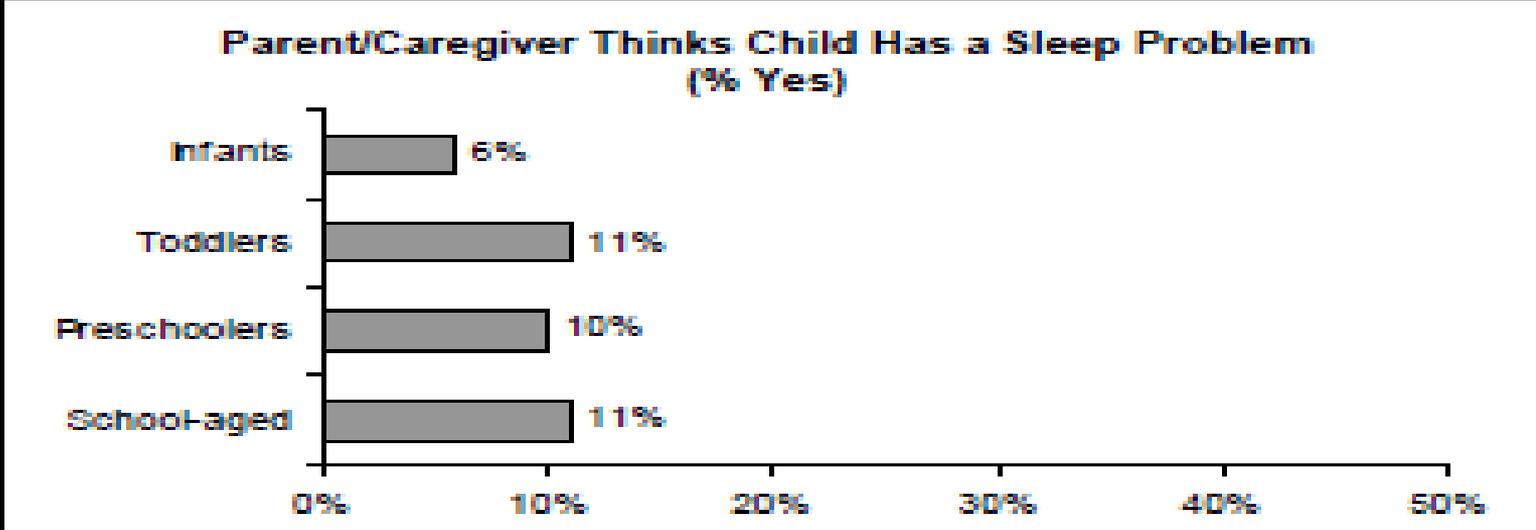


Prevalence, Patterns, and Persistence of Sleep Problems in the First 3 Years of Life Kelly C. Byars, Kimberly Yolton, Joseph Rausch, Bruce Lanphear, Dean W. Pediatrics. 2012 February; 129(2): e276–e284



FALTA DE RECONOCIMIENTO POR PARTE DE LOS PADRES

La vida es sueño

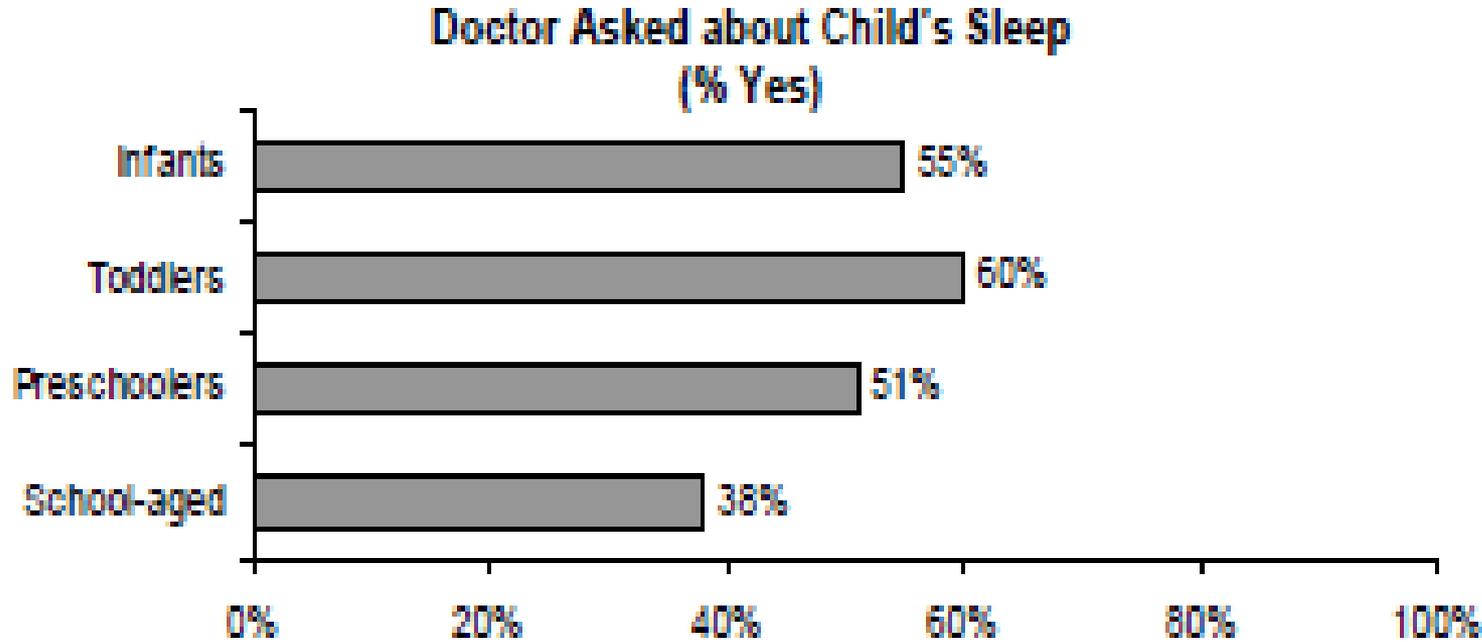


Base = Those answering (Infants n=206; Toddlers n=238; Preschoolers n=383; School-aged n=632) Q.21

National Sleep Foundation. 2004 Sleep in American Poll. Children and Sleep.
www.sleepfoundation.org/sites/default/files/FINAL%20SOF%202004.pdf



FALTA DE RECONOCIMIENTO POR PARTE DEL PEDIATRA



*La
vida
es
sueño*

Developmental aspects of sleep hygiene: findings from the 2004 National Sleep Foundation
Sleep in America Poll. Sleep Med. 2009 Aug;10(7):771-9 Mindell JA, Meltzer LJ, Carskadon MA, Chervin RD

PERCEPCION DEL SUEÑO DE SUS PACIENTES POR LOS PEDIATRAS

*La
vida
es
sueño*

- El **96%** de los pediatras encuestados veía como su cometido informar a los padres y/o cuidadores sobre higiene de sueño.
- Sólo el **18%** de los pediatras habían recibido enseñanza reglada sobre trastornos del sueño.
- **Los pediatras que habían recibido formación en trastornos del sueño** tuvieron puntuaciones más altas en conocimientos sobre trastornos del sueño, percibían menos dificultades para el cribado y estaban más seguros en lo referente al consejo a padres/cuidadores sobre **trastornos del sueño**

Sleep disorders in children: a national assessment of primary care pediatrician practices and perceptions. Pediatrics. 2011 Sep;128(3):539-46dy R.Faruqui F, Khubchandani J, Price JH, Bolyard D, Reddy R.



FORMACION DE LOS PEDIATRAS SOBRE EL SUEÑO

*La
vida
es
sueño*

- En aproximadamente un 29% de las facultades de medicina de EEUU no se incluye en el curriculum ningún crédito sobre medicina del sueño.
- En los programas de formación de residentes de pediatría en EEUU , el tiempo dedicado al sueño infantil y sus transtornos era de sólo 4,8 horas de media.
- “ Las Facultades de Medicina y los Programas de la Especialidad de Pediatría deben incluir en su curriculum la fisiología del sueño y el abordaje diagnóstico y terapéutico de problemas comunes del sueño infantil“.
- “ Los Pediatras necesitamos **FORMACIÓN** sobre el **SUEÑO** y sus transtornos en niños y adolescentes“.

Pediatricians and Sleep disorders: training and practice. Pediatrics. 1994 Aug;94(2 Pt 1):194-200

Mindell JA, Malins ML, Zenzell SM, Brown LW, Fry JM.

13º curso
actualización
pediatría

IV FPS
IAEPAP 2016



PAPEL DEL PEDIATRA DE ATENCIÓN PRIMARIA

ES EL PROFESIONAL MEJOR SITUADO Y
CAPACITADO PARA :

- 1.- CONOCER EL SUEÑO DEL NIÑO.
- 2.- PROMOVER UNOS HÁBITOS DE SUEÑO SALUDABLES.
- 3.- DETECTAR SUS POSIBLES PROBLEMAS Y TRASTORNOS .
- 4.- ORIENTAR SU DIAGNÓSTICO, RECOMENDAR MEDIDAS TERAPEÚTICAS, DERIVAR AL ESPECIALISTA QUE CORRESPONDA Y COORDINAR EL TRATAMIENTO.
- 5.- REALIZAR EL SEGUIMIENTO CLÍNICO.

*La
vida
es
sueño*

13º curso
actualización
pediatría

IV FPS

VAEPap 2016



PAPEL DEL PEDIATRA DE ATENCIÓN PRIMARIA

La evaluación del sueño infantil por el pediatra debería ser tan natural y formar parte de su rutina como la evaluación de la alimentación, el ejercicio físico, el crecimiento o el desarrollo psicomotor

La intervención más importante del pediatra en cuanto al sueño infantil es la educación de unos hábitos correctos.

La labor educativa del pediatra será más fácil si los niños y sus padres han recibido nociones sobre las ventajas de un sueño de calidad y las consecuencias de un sueño insuficiente.

La educación del sueño infantil debe entrar en las escuelas y en las familias

Sleep in Children and Adolescents, An Issue of Pediatric Clinics. Babcock, Owens y Mindell
Pediatric Clinics of North America. Vol 58,nº3, june 2011:

*La
vida
es
sueño*

13º curso
actualización
pediatría

AVPS

AVP

AVAEpap 2016



FUNCIONES DEL PEDIATRA DE A PRIMARIA EN RELACIÓN AL SUEÑO

*La
vida
es
sueño*

- 1) Realizar la **prevención** de los trastornos mediante una adecuada **educación** para la salud, fomentando las medidas de **higiene del sueño**.
- 2) **Detección precoz** de los problemas y trastornos de sueño mediante un **cribado activo** tanto en los controles periódicos de salud como de forma oportunista en la consulta.
- 3) **Diagnóstico** de los trastornos del sueño y **diagnóstico diferencial** con otros cuadros que puedan dar lugar a confusión. Evaluar el sueño es un **acto médico** que exige realizar una **historia clínica y una exploración completas**.
- 4) Instaurar el **tratamiento y el seguimiento** adecuados según la causa etiológica



APTITUDES DEL PEDIATRA DE A PRIMARIA EN RELACION AL SUEÑO

*La
vida
es
sueño*

- 1) **Pregunte sobre el sueño**, al menos en las visitas establecidas en el Programa de Salud Infantil.
- 2) **Domine varias modalidades de abordaje** de los problemas del sueño.
- 3) **Comprenda** que lo correcto y adecuado para una familia puede no serlo para otra.
- 4) **Reconozca que las necesidades de sueño** varían a lo largo de la infancia.
- 5) **Valore** que los problemas del sueño pueden manifestarse fundamentalmente con una **clínica más llamativa durante el día**.
- 6) El abordaje clínico del sueño infantil exige **comenzar por investigar y eliminar patología orgánica**.
- 7) **Nunca culpabilice a la familia, edúquela y reconduzca los hábitos incorrectos**.



HERRAMIENTAS PARA ESTUDIO DEL SUEÑO EN A PRIMARIA

- 1) OBSERVACIÓN DE LA CONDUCTA Y PREGUNTAS CLAVE
- 2) AUTORREGISTROS
- 3) CUESTIONARIOS
- 4) VIDEOGRABACION DEL SUEÑO

*La
vida
es
sueño*



VALORACION DEL

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 video 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.

La
vida
es
sueño

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 Lain Entralgo; 2011.

HERRAMIENTAS PARA ESTUDIO DEL SUEÑO EN A PRIMARIA

AUTORREGISTROS: AGENDA DE SUEÑO

La vida es sueño

Centro de salud de		Agenda de sueño de																							
Pediatría		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
1																									
2																									
3																									
4																									
5																									
6																									
7																									
8																									
9																									
10																									
11																									
12																									
13																									
14																									
15																									

Rellenar las horas que esté durmiendo y dejar en blanco cuando esté despierto. Marcar con una flecha hacia abajo ↓ al acostarle y con una flecha hacia arriba ↑ cuando se levante. D/F: Domingos o festivos.

Ejemplo: duerme hasta las 4 de la madrugada. Se levanta a las 4 y se acuesta a las 4,15. Permanece despierto hasta las 5,30 y en ese momento se queda dormido hasta las 9. A las nueve se levanta. A las 15 horas se le acuesta durmiéndose a las 15,15 y levantándose a las 16,30. A las 20.30 horas se le acuesta, durmiéndose de 21 a 23 horas. De 23 a 0 horas permanece despierto.

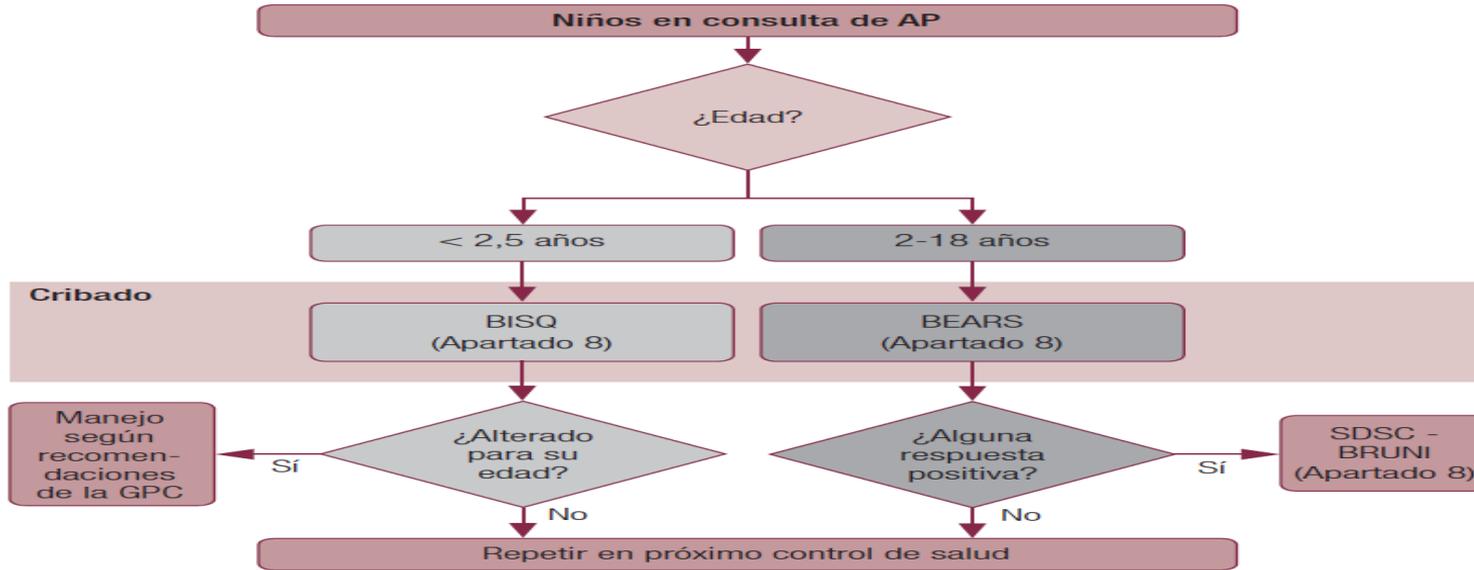
Día	F/D	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
						↓				↑							↓		↑				↓		



HERRAMIENTAS PARA ESTUDIO DEL SUEÑO EN A PRIMARIA

CUESTIONARIOS

La vida es sueño



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 Lain Entralgo; 2011.

HERRAMIENTAS PARA ESTUDIO DEL SUEÑO EN A PRIMARIA

CUESTIONARIOS

BISQ (Brief Infant Sleep Questionnaire), breve cuestionario del sueño. Adaptado de Sadeh, A.

Cómo duerme: en cuna en su habitación
En cuna en la habitación de los padres
En la cama con los padres
En cuna en la habitación de hermanos
Otra (especificar):

¿Cuánto tiempo duerme su hijo/a por la noche? (a partir de las 9 de la noche): Horas: Minutos:
¿Cuánto tiempo duerme su hijo/a por el día? (a partir de las 9 de la mañana): Horas: Minutos:
¿Cuánto tiempo está su hijo/a despierto por la noche? (de 12 a 6 de la mañana): Horas: Minutos:
¿Cuántas veces se despierta por la noche?:
¿Cuánto tiempo le cuesta coger el sueño por la noche? (desde que se le acuesta para dormir):
Horas: Minutos:
¿A qué hora se suele quedar dormido/a por la noche? (primer sueño): Horas: Minutos:
¿Cómo se duerme su niño/a?:
Mientras come
Acunándolo
En brazos
El solo/a en su cuna
El solo/a en presencia de la madre/padre

Fuente: Sadeh A. A brief screening questionnaire for infant sleep problems: validation and findings for an Internet sample. 2004; 113:e570-e577.

*La
vida
es
sueño*

13º curso
actualización
pediatría

IPS

AE

IAEPap 2016



HERRAMIENTAS PARA ESTUDIO DEL SUEÑO EN A PRIMARIA

CUESTIONARIOS

La vida es sueño

	2- 5 años	6-12 años	13-18 años
1. Problemas para acostarse BED	- ¿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 acostarte? (N)	- ¿Tienes algún problema para dormirte a la hora de acostarte? (N)
2. Excesiva somnolencia diurna EDS	- ¿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 AWAKENINGS	- ¿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 REGULARITY	- ¿Su hijo se va a la cama y se despierta más o menos a la misma hora? - ¿A que hora?	- ¿A que hora se va su hijo a la cama y se despierta los días que hay colegio? - ¿Y los fines de semana? - ¿Vd. piensa que duerme lo suficiente? (P)	- ¿A que hora te vas a la cama los días que hay colegio? - ¿Y los fines de semana? - ¿Cuanto tiempo duermes habitualmente? (N)
5. Ronquidos SNORING	- ¿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)

Use of the 'BEARS' sleep screening tool in a pediatric residents' continuity clinic: a pilot study. Owens JA, Dalzell. Sleep Med. 2005 Jan;6(1): 63-9. Epub 2005 Jan 12



HERRAMIENTAS PARA ESTUDIO DEL SUEÑO EN A PRIMARIA

CUESTIONARIOS

La vida es sueño

- “ **BEARS** visits were significantly more likely than the **pre-BEARS** visits to have any sleep information recorded (98.5% vs. 87.7%, $p<0.001$), and to have information recorded about bedtime issues (93.3% vs. 7.7%, $p<0.001$), excessive daytime sleepiness (93.9% vs. 5.6%, $p<0.001$), snoring (92.8% vs. 7.2%, $p<0.001$), nighttime awakenings (91.3% vs. 29.2%, $p<0.001$), and regularity and duration of sleep (65.3% vs. 31.5%, $p<0.001$).
- ” Significantly more sleep problems were identified during the BEARS visits in the domains of bedtime issues (16.3% vs. 4.1%, $p<0.001$), nighttime awakenings (18.4% vs. 6.8%, $p<0.001$) and snoring (10.7% vs. 4.6%, $p=0.012$) “

J.Owens, V.Dalzell	PRE	POST	p
Al acostarse	4.1 %	16,30%	<0.001
Despertares	6.8%	18,40%	<0.001
Ronquido	4,60%	10,70%	0.012

Use of the 'BEARS' sleep screening tool in a pediatric residents' continuity clinic: a pilot study. Owens JA, Dalzell. Sleep Med. 2005 Jan; 6(1):63-9. Epub 2005 Jan 12



HERRAMIENTAS PARA ESTUDIO DEL SUEÑO EN A PRIMARIA

Escala de Alteraciones del Sueño en la Infancia. Dr. O. Bruni

1	¿Cuántas horas duerme la mayoría de las noches?	9-11	8-9	7-8	5-7	5 <5
2	¿Cuánto tarda en dormirse?(minutos)	<15	15-30	30-45	45-60	>60
En la puntuación de las siguientes respuestas valore de esta forma:						
0= Nunca						
1= Ocasionalmente (una o dos veces al mes o menos)						
2= Algunas veces (una o dos por semana)						
3= A menudo (de tres a cinco veces por semana)						
4= Siempre (diariamente)						
3	Se va a la cama de mal humor	0	1	2	3	4
4	Tiene dificultad para coger el sueño por la noche	0	1	2	3	4
5	Parece ansioso o miedoso cuando "cae" dormido	0	1	2	3	4
6	Sacude o agita partes del cuerpo al dormirse:	0	1	2	3	4
7	Realiza acciones repetitivas tales como rotación de la cabeza para dormirse	0	1	2	3	4
8	Tiene escenas de "sueños" al dormirse	0	1	2	3	4
9	Suda excesivamente al dormirse	0	1	2	3	4
10	Se despierta más de dos veces cada noche	0	1	2	3	4
11	Después de despertarse por la noche tiene dificultades para dormirse	0	1	2	3	4
12	Tiene tirones o sacudidas de las piernas mientras duerme, cambia a menudo de posición o da "patadas" a la ropa de cama	0	1	2	3	4
13	Tiene dificultades para respirar durante la noche	0	1	2	3	4
14	Da boqueadas para respirar durante el sueño	0	1	2	3	4
15	Ronca	0	1	2	3	4
16	Suda excesivamente durante la noche	0	1	2	3	4
17	Usted ha observado que camina dormido	0	1	2	3	4
18	Usted ha observado que habla dormido	0	1	2	3	4
19	Rechina los dientes dormido	0	1	2	3	4
20	Se despierta con un chillido o confundido de forma que aparentemente no le reconoce, y no recuerda nada al día siguiente	0	1	2	3	4
21	Tiene pesadillas que no recuerda al día siguiente	0	1	2	3	4
22	Es difícil despertarlo por la mañana	0	1	2	3	4
23	Al despertarse por la mañana parece cansado	0	1	2	3	4
24	Parece que no se pueda mover al despertarse por la mañana	0	1	2	3	4
25	Tiene Soñolencia diurna	0	1	2	3	4
26	Se duerme de repente en determinadas situaciones	0	1	2	3	4

La vida es sueño

13º curso
actualización
pedagogía

IVPS

IBI

IAEAP 2016



HERRAMIENTAS PARA ESTUDIO DEL SUEÑO EN A PRIMARIA

CUESTIONARIOS

Escala de Alteraciones del Sueño en la Infancia. Dr. O. Bruni

Factores	Preguntas	Rango Normal
Inicio y mantenimiento	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 transición sueño/vigilia	6-7-8-12-18-19	8.11 +/- 2.41
Excesiva somnolencia	22-23-24-25-26	7.11 +/- 2.57
Hiperhidrosis	9-16	2.87 +/- 1.69

La vida es sueño

13° curso
actualización
pediatría
IAEPS
IAEPAP 2016

Punto de corte de trastorno global del sueño: 39.

The Sleep Disturbance Scale for Children (SDSC). Construction and validation of an instrument to evaluate sleep disturbances in childhood and adolescence. Bruni O, Ottaviano S, Guidetti V, Romoli M, Innocenzi M, Cortesi E, Giannotti F. J Sleep Res. 1996 Dec;5(4):251-61.



HERRAMIENTAS PARA ESTUDIO DEL SUEÑO EN A PRIMARIA

PSQ DE CHERVIN

La vida es sueño

Comportamiento nocturno y durante el sueño	SI	NO	NS
MIENTRAS DUERME SU NIÑO			
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 a 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 (por ejemplo en conversaciones o juegos)?			

Spanish version of the Pediatric Sleep Questionnaire (PSQ). A useful instrument in investigation of sleep disturbances in childhood. Reliability analysis. An Pediatr (Barc). 2007 Feb;66(2):121-8. Tomás Vila M, Miralles Torres A, Beseler Soto B.



HERRAMIENTAS PARA ESTUDIO DEL SUEÑO EN A PRIMARIA

PSQ DE CHERVIN

Su punto de corte del 33% (8 o más respuestas positivas) , presenta una **sensibilidad del 78%** y una **especificidad del 72%** en el diagnóstico de SAHS .

Incrementa las probabilidades de diagnosticar un SAHS: del **26%** con la Hª Cª y Expl Física solas a **un 53% cuando se usan junto al PSQ.**

Pediatric sleep questionnaire: prediction of sleep apnea and outcomes. Chervin RD, Weatherly RA, Garetz SL.
Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2007 Mar;133(3):216-22.

*La
vida
es
sueño*

13º curso
actualización
pediatría
VAEPap 2016

VAEPS

VAEPap

VAEPap

2016



HERRAMIENTAS PARA ESTUDIO DEL SUEÑO EN A PRIMARIA

VIDEOGRABACION DEL SUEÑO

Su utilidad se centra fundamentalmente en la valoración de:

- 1) los trastornos respiratorios del sueño.
- 2) las parasomnias con movimientos rítmicos.
- 3) los movimientos periódicos de extremidades.

*La
vida
es
sueño*



HERRAMIENTAS PARA ESTUDIO DEL SUEÑO EN A PRIMARIA

VIDEOSCORE DE SIVAN

La vida es sueño

	0	1	2
RUIDO INSPIRATORIO	AUSENTE	DÉBIL	INTENSO
TIPO DE RUIDO INSPIRATORIO		EPISÓDICO	CONTINUO
MOVIMIENTOS DURANTE EL SUEÑO	SIN MOVIMIENTOS	ESCASO MOVIMIENTO(<3)	FRECUENTES MOVIM (>3) TODO EL CUERPO
NÚMERO DE EPISODIOS DE DESPERTAR			
APNEAS	AUSENTES	INTERMITENTES (PERIÓDICAS)	CONTINUAS
RETRACCIONES TORÁCICAS	AUSENTES	INTERMITENTES (PERIÓDICAS)	CONTINUAS
RESPIRACIÓN BUCAL	AUSENTES	INTERMITENTE (PERIÓDICA)	CONTINUA

13^o curso
actualización
pediatría

AvfPS
IAEPap 2016



MANEJO DEL INSOMNIO INFANTIL

INSOMNIUM: **falta de sueño a la hora de dormir**

INSOMNIO : Sensación subjetiva de dificultad o incapacidad para iniciar y/o mantener el sueño, impidiendo un descanso adecuado.

La Clasificación Internacional de los Trastornos de Sueño (ICSD), en su segunda edición (2005), define el **insomnio pediátrico** como un **trastorno de sueño extrínseco** subdividido en dos categorías:

- 1) **Insomnio conductual**
- 2) **Insomnio relacionado con trastornos médicos, neurológicos y psiquiátricos**

*La
vida
es
sueño*

13° curso
actualización
pediatría

AVPS

VAEPap 2016



MANEJO DEL INSOMNIO INFANTIL

*Criterios diagnósticos de insomnio

- A. Existe dificultad para iniciar el sueño, para conseguir un sueño continuo o existe un despertar matutino antes de la hora deseada. También puede manifestarse como una sensación de "sueño no reparador" o de escasa calidad. En niños, el problema de sueño a menudo es descrito por los padres o cuidadores y consiste en una resistencia a ir a la cama para acostarse o imposibilidad de poder dormir de forma independiente o autónoma.
- B. El problema del sueño existe aunque la circunstancia y la oportunidad sean adecuadas
- C. Existe al menos uno de los siguientes síntomas que reflejan las consecuencias diurnas de los problemas de sueño nocturnos:
- Fatiga
 - Pérdida de memoria, concentración o atención
 - Problemas sociales o escaso rendimiento escolar
 - Irritabilidad o trastornos del ánimo
 - Somnolencia diurna
 - Reducción de la motivación, energía o iniciativa
 - Tendencia a los errores o accidentes en el lugar de trabajo o conduciendo un automóvil
 - Tensión, cefaleas, síntomas gastrointestinales provocados por la privación de sueño

*La
vida
es
sueño*

.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 Lain Entralgo; 2011.

13º curso
actualización
pediatría
IAEPap 2016

IPS
IAEPap



MANEJO DEL INSOMNIO INFANTIL

¿ ES UN INSOMNIO PRIMARIO O SECUNDARIO ?

CAUSAS DE INSOMNIO SECUNDARIO

Enfermedades crónicas

Asma y enfermedades atópicas Enfermedades reumáticas y dolor crónico
Fibromialgia Reflujo gastroesofágico Epilepsia Alergia a prots de leche de vaca

Enfermedades neurológicas y/o psiquiátricas

Retraso mental Parálisis cerebral
TEA TDAH Depresión Ansiedad/Estrés

Síndromes genéticos (S Rett, S Prader Willi, S Angelman, S X frágil, S Smith-Magenis)

Trastornos primarios del sueño

SAHS Síndrome de piernas inquietas
Retraso de fase de sueño Movimientos periódicos de extremidades Bruxismo

CAUSAS DE INSOMNIO PRIMARIO

INSOMNIO POR HIGIENE DE SUEÑO INADECUADA

INSOMNIO CONDUCTUAL DE LA INFANCIA

Insomnio por asociaciones inapropiadas al inicio del sueño establecidos

Insomnio por ausencia de límites

*La
vida
es
sueño*

13° curso
actualización
pediatría

AFPS
IAEP
IAEPPap 2016



MANEJO DEL INSOMNIO INFANTIL

TIPOS DE INSOMNIO SEGÚN EDAD

	Primer año de vida	Preescolar	Adolescente
Insomnio conductual	Tipo asociación-adormecimiento, pelea para ir a la cama, despertares nocturnos (que se agravan con la ingesta de líquidos, agua o leche)	Insomnio conductual (problema de establecimiento de límites)	Higiene del sueño inadecuada
Insomnio relacionado con factores médicos, neurológicos, psiquiátricos o medioambientales y sociales	Cólico del lactante, alergia alimentaria (principalmente alergia a la leche de vaca), reflujo gastroesofágico, otitis	Pesadillas y miedo a ir a la cama	Abuso de sustancias

Pediatric insomnia: clinical, diagnosis, and treatment.. Miano S, Peraita-Adrados R.
Rev Neurol 2014; 58 (1): 35-42

*La
vida
es
sueño*

13° curso
actualización
pediatría

IVPS

AEI

VAEPap 2016



MANEJO DEL INSOMNIO INFANTIL

*La
vida
es
sueño*

	Edad de comienzo	Tipo de insomnio	Tratamiento conductual	Tratamiento farmacológico
Trastornos médicos (reflujo gastroesofágico, alergia a alimentos, otitis)	Primer año de vida	Dificultad para conciliar y mantener el sueño con múltiples despertares nocturnos y somnolencia diurna excesiva	Extinción total o gradual, rutinas al ir a la cama	Sí (tratamiento específico del trastorno médico o niapracina)
Cólico del lactante	Primer año de vida	Trastornos de conciliación y de mantenimiento del sueño	Extinción total o gradual, rutinas al ir a la cama	Ninguno o melatonina (eliminación rápida a partir de 6 años)
Trastornos de ansiedad y depresión	Edad escolar y adolescencia	Retraso de conciliación, pelea para ir a la cama, pesadillas, despertar matutino precoz	Rutinas al ir a la cama, terapia de relajación	Melatonina rápida (más retraso controlado en caso de despertar matutino precoz), trazodona o benzodiazepinas de eliminación rápida, o zolpidem en adolescentes
TDAH e insomnio de conciliación	Edad escolar, edad prepuberal, adolescencia	Síndrome de retraso de fase	Terapia cognitiva, cronoterapia y terapia lumínica	Melatonina (de eliminación rápida y lenta)
Discapacidad intelectual (y autismo)	A cualquier edad	Trastornos de conciliación y de mantenimiento del sueño	Extinción total o gradual, rutinas al ir a la cama	Melatonina (de eliminación rápida y lenta)
Epilepsia	A cualquier edad	Trastornos de conciliación y de mantenimiento del sueño y somnolencia diurna excesiva	Extinción total o gradual, rutinas al ir a la cama	Melatonina (de eliminación rápida y lenta)

Pediatric insomnia: clinical, diagnosis, and treatment.. Miano S, Peraita-Adrados R. Rev Neurol 2014; 58 (1): 35-42

MANEJO DEL INSOMNIO INFANTIL

Criterios diagnósticos de higiene del sueño inadecuada

- A. Los síntomas del paciente cumplen los criterios de insomnio*.
- B. El insomnio está presente durante al menos un mes.
- C. Son evidentes las prácticas de higiene del sueño inadecuada como indica la presencia de al menos una de las siguientes:
 - i. Horario del sueño inapropiado debido a frecuentes siestas diurnas, variabilidad a la hora de acostarse o levantarse, o excesivo tiempo de permanencia en la cama.
 - ii. Utilización rutinaria de productos que contienen alcohol, nicotina o cafeína, especialmente en el periodo de tiempo que precede al de irse a la cama
 - iii. Realización de actividades físicas, de estimulación mental o emocionalmente perturbadoras demasiado cercanas a la hora de dormir
 - iv. Uso frecuente de la cama para actividades distintas al sueño (Ej. ver la televisión, leer, estudiar, picotear, pensar, planificar)
 - v. Mantenimiento de un ambiente poco confortable para el sueño
- D. El trastorno del sueño no puede explicarse mejor por la presencia de otro trastorno de sueño, enfermedad médica o trastorno neurológico, trastorno mental, uso de medicación o consumo de otras sustancias.

*La
vida
es
sueño*

[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 Lain Entralgo; 2011.](#)

13^o curso
actualización
pediatría
IAEPS 2016

IPS

IAEPS

IAEPS

IAEPS

IAEPS

IAEPS

MANEJO DEL INSOMNIO INFANTIL

Criterios diagnósticos de insomnio conductual en la infancia

- A. Los síntomas del niño cumplen los criterios de insomnio*, basándose en la información aportada por los padres u otros cuidadores adultos.
- B. El niño muestra un patrón que consiste, bien en un insomnio por asociaciones inapropiadas con el inicio del sueño, o bien del tipo de ausencia de límites, descritos a continuación.
- i. El insomnio de inicio por asociaciones inapropiadas incluye los siguientes:
1. Dormirse es un proceso prolongado que requiere unas situaciones asociadas determinadas.
 2. Las asociaciones con el inicio del sueño son muy demandantes o problemáticas
 3. En ausencia de las asociaciones inapropiadas, el inicio del sueño se retrasa significativamente o el sueño es de algún modo interrumpido
 4. Los despertares nocturnos requieren de las intervenciones del cuidador para que el niño vuelva a dormir
- ii. El tipo de ausencia de límites establecidos incluye cada uno de los siguientes:
1. El individuo tiene dificultad para iniciar o mantener el sueño
 2. El individuo dilata o rehúsa ir a la cama en el horario apropiado o rechaza volver a la cama después de un despertar nocturno
 3. El cuidador demuestra un establecimiento de límites insuficiente o inapropiado para establecer una conducta adecuada de sueño en el niño
- C. El trastorno del sueño no puede explicarse mejor por la presencia de otro trastorno de sueño, enfermedad médica o trastorno neurológico, trastorno mental, uso de medicación o consumo de otras sustancias.

.Guia de Practica Clinica sobre Trastornos del Sueno en la Infancia y Adolescencia en Atencion Primaria. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Unidad de Evaluacion deTecnologias Sanitarias de la Agencia Lain Entralgo; 2011.

*La
vida
es
sueño*

13º curso
actualización
pediatría

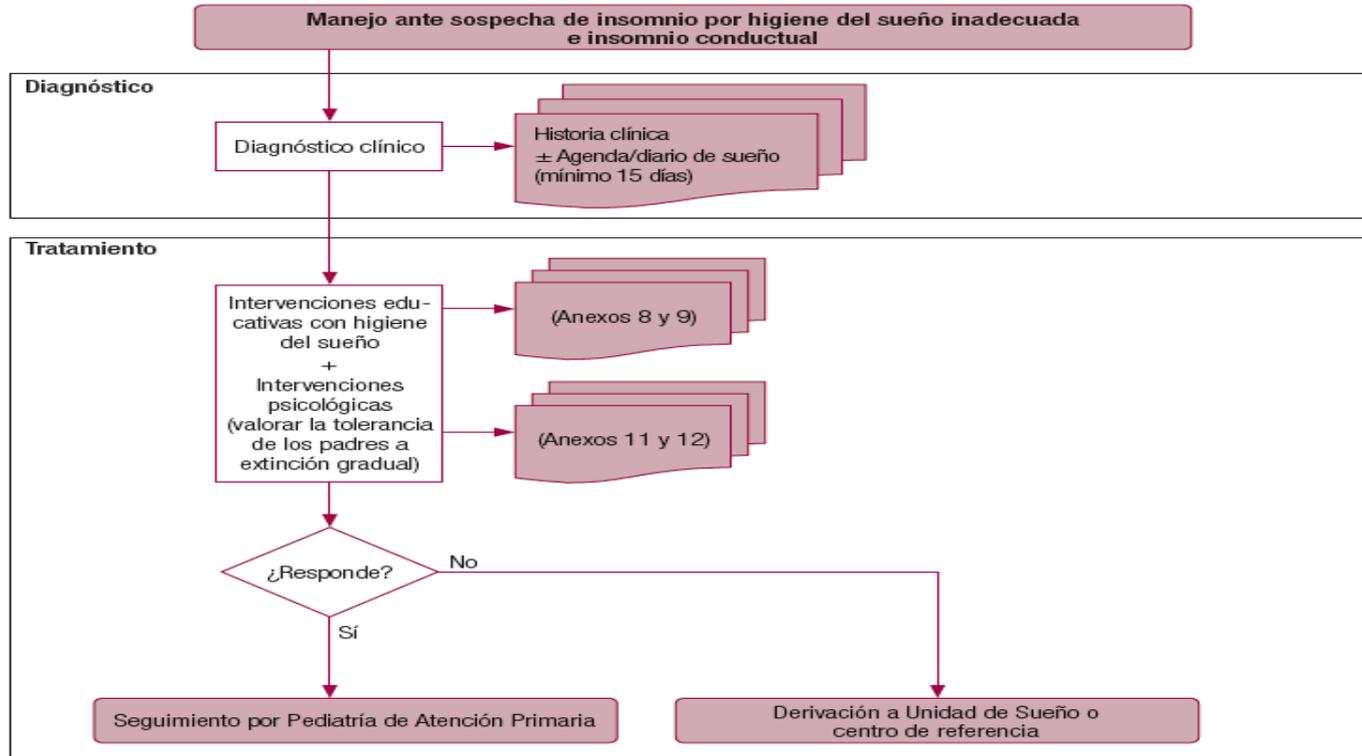
AVPS

AEPP

VAEPap 2016



MANEJO DEL INSOMNIO INFANTIL



*La
vida
es
sueño*

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 Lain Entralgo; 2011.

MANEJO DEL INSOMNIO INFANTIL

INTERVENCIONES PSICOLOGICAS

Extinción estándar o gradual

Rutinas positivas

Refuerzo positivo

Despertares programados

Educación a la familia

*La
vida
es
sueño*

13° curso
actualización
pediatría

AVPS

AEI

VAEPap 2016



MANEJO DEL INSOMNIO INFANTIL

VALORACION DE LA TOLERANCIA A LA EXTINCION GRADUAL

*La
vida
es
sueño*

Tolerancia del trastorno ¹	Madre		Padre	
	1. La conducta es tan seria e intensa que les es imposible ignorarla	Sí	No	Sí
2. Les es difícil escucharlo/a chillar/llorar durante mucho tiempo	Sí	No	Sí	No
3. Encuentran muy difícil volverlo/a a meter en la cama	Sí	No	Sí	No
Tolerancia de los horarios ²	Madre		Padre	
4. ¿Alguien de la familia está dispuesto a acostarse tarde para realizar el programa de tratamiento?	Sí	No	Sí	No
5. ¿Alguien de la familia está dispuesto a levantarse pronto para realizar el programa de tratamiento?	Sí	No	Sí	No
Dificultades en la actitud ³	Madre		Padre	
6. ¿Se encuentran emocionalmente incapaces de ocuparse directamente?	Sí	No	Sí	No
7. ¿Se sienten culpables cuando obligan a su hijo/a a volver a la cama a acostarse?	Sí	No	Sí	No
8. ¿Piensan que maltratan a su hijo/a cuando intentan cambiar la situación?	Sí	No	Sí	No

¹ Una respuesta positiva contraindica la extinción de entrada.

² Una respuesta negativa, valorar: Extinción gradual frente a otra intervención psicológica.

³ Una respuesta positiva: Intervención previa en la familia.

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 Lain Entralgo; 2011.



TRASTORNOS DEL SUEÑO

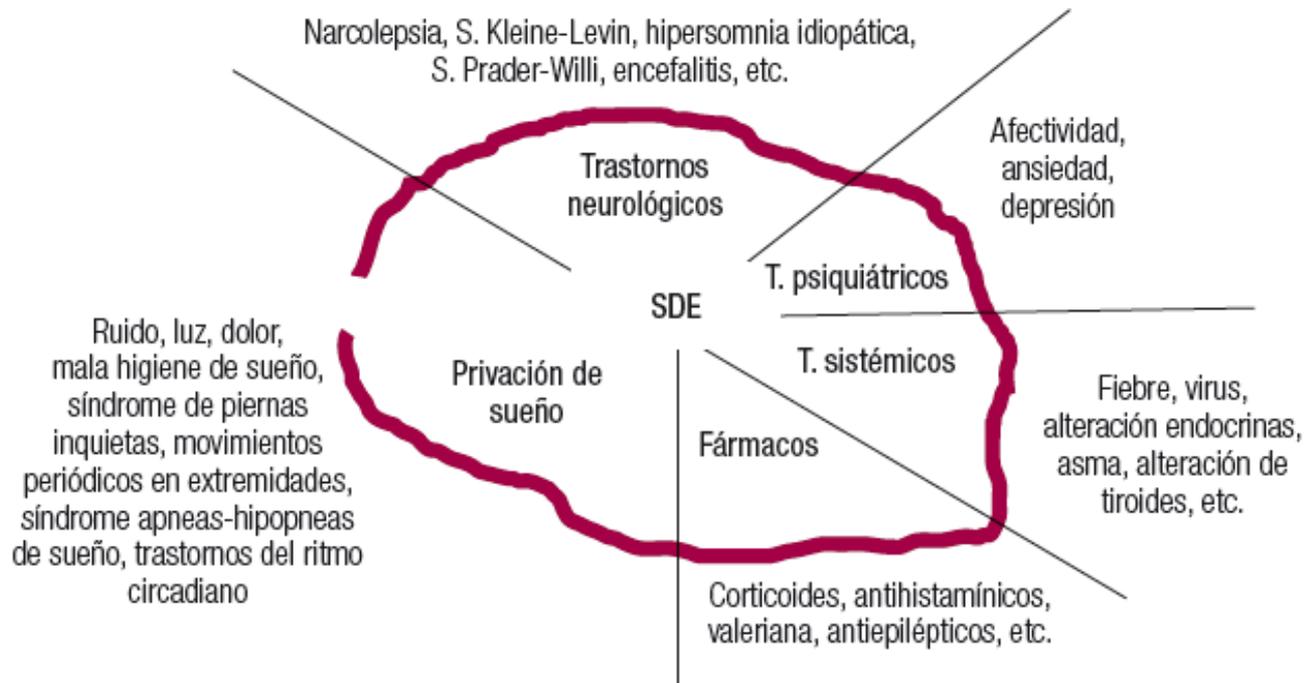
- I. El niño al que le cuesta dormirse: insomnio por higiene del sueño inadecuada, insomnio conductual, síndrome de piernas inquietas **síndrome de retraso de fase.**
- II. El niño que presenta eventos anormales durante la noche: síndrome de apnea-hipopnea obstructiva del sueño pediátrico (SAHS), sonambulismo, terrores del sueño o nocturnos, despertar confusional, pesadillas, movimientos rítmicos relacionados con el sueño.
- III. El niño que se duerme durante el día: privación crónica del sueño de origen multifactorial, narcolepsia.

*La
vida
es
sueño*

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 Lain Entralgo; 2011.



EXCESIVA SOMNOLENCIA DIURNA (ESD)



*La
vida
es
sueño*

Pin Arboledas G, Merino Andreu M, UgarteLíbano R. Patología del sueño. Hipersomnia en el niño ¿existe?. AEPap, ed. Curso de Actualización en Pediatría. Madrid: Exlibris Ediciones; pp. 59-85. 2008.

13º curso
actualización
pediatría

IVPS
IAEPap
IAEPPap 2016

EXCESIVA SOMNOLENCIA DIURNA (ESD)

ETIOLOGIA

1) Sueño de duración insuficiente:

- a) Por privación crónica de sueño.
- b) Porque al niño le cuesta trabajo dormirse:
 - Insomnio conductual
 - Insomnio relacionado con factores médicos, neurológicos y psiquiátricos
 - S Piernas Inquietas
 - S Retraso de Fase

2) Sueño de calidad insuficiente:

- T respiratorios del sueño- SAHS
- Parasomnias (sonambulismo, terrores, pesadillas, despertar confusional,..)

3) Aumento anormal de las necesidades de sueño: Hipersomnias primarias

- Narcolepsia
- Otras (S Kleine-Levin, S Hipersomnias idiopáticas)

*La
vida
es
sueño*

13º curso
actualización
pediatría

IV FPS

AEI

VAEPap 2016



SINDROME DE RETRASO DE FASE

Criterios diagnósticos del Síndrome de Retraso de fase

- A. Existe un retraso de fase del período de sueño más prolongado en relación con el momento deseado y el momento de levantarse; esto se manifiesta por una dificultad mantenida y crónica para dormirse en el momento deseado socialmente, junto con la dificultad para despertarse en la hora socialmente deseada.
 - B. Cuando se le permite mantener su horario preferido, los pacientes muestran una calidad y duración de sueño normal para su edad y mantienen una fase retrasada pero estable en el ciclo de 24 horas.
 - C. Los diarios de sueño o la actigrafía durante, al menos, 7 días demuestran un retraso estable en el momento del sueño habitual.
- Nota: Además, se aprecia un retraso en el tiempo de otros ritmos circadianos tales como la temperatura corporal o el inicio de secreción nocturna de melatonina, que son útiles para la confirmación de SRF.*
- D. Esta alteración del sueño no se explica por otro problema del sueño, enfermedad médica o neurológica, alteración psiquiátrica, uso de medicación o droga.

*La
vida
es
sueño*



SINDROME DE RETRASO DE FASE

Manejo ante sospecha de síndrome de retraso de fase

Diagnóstico

Diagnóstico clínico

Historia clínica
± Agenda/diario de sueño
(mínimo 15 días)

Tratamiento

Higiene del sueño

(Anexos 8 y 9)

¿Responde?

No

Sí

Seguimiento por Pediatría de Atención Primaria

Derivación a Unidad de Sueño o
centro de referencia

*La
vida
es
sueño*

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 Lain Entralgo; 2011.

13º curso
actualización
pediatría
VAEPap 2016

IVPS

IBS

VAEPap

2016

SINDROME DE RETRASO DE FASE

Recomendaciones sobre el tratamiento para el SRF pediátrico

√	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.
√	<u>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.</u>
√	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.

*La
vida
es
sueño*



TRASTORNOS DEL SUEÑO

- I. El niño al que le cuesta dormirse: insomnio por higiene del sueño inadecuada, insomnio conductual, síndrome de piernas inquietas, síndrome de retraso de fase.
- II. El niño que presenta eventos anormales durante la noche: síndrome de apnea-hipopnea obstructiva del sueño pediátrico (SAHS), sonambulismo, terrores del sueño o nocturnos, despertar confusional, pesadillas, movimientos rítmicos relacionados con el sueño.
- III. El niño que se duerme durante el día: privación crónica del sueño de origen multifactorial, narcolepsia.

*La
vida
es
sueño*

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 Lain Entralgo; 2011.



PARASOMNIAS

CONCEPTO: trastornos del sueño caracterizados por la aparición episódica de fenómenos físicos o conductas no deseables que aparecen de forma predominante o exclusiva durante el sueño. Se acompañan de actividad motora y de síntomas vegetativos. Existen diferentes grados de alertamiento.

CLASIFICACIÓN

Trastornos del arousal (Parasomnias en sueño NREM):	Despertares confusionales
	Sonambulismo
	Terror del sueño
Parasomnias asociadas generalmente al sueño REM:	Trastorno del comportamiento durante el sueño REM
	Parálisis de sueño aislada recurrente
	Pesadillas
Otras parasomnias:	Trastornos disociativos relacionados con el sueño
	Enuresis
	Catatrenia o quejido nocturno
	Síndrome explosión cefálica
	Alucinaciones relacionadas con el sueño
	Trastorno alimentario relacionado con el sueño
	Parasomnia inespecífica
	Parasomnia secundaria a fármacos o drogas
Parasomnia secundaria enfermedad médica	

*La
vida
es
sueño*

13º curso
actualización
pediatría

IVPS

AEPP

IAEPP 2016



PARASOMNIAS

TRASTORNOS DEL AROUSAL

- Aparecen en las fases 3-4 del sueño nREM al principio de la noche
- La persona es incapaz de despertar completamente y presenta un despertar parcial o comportamiento de vigilia sin conciencia.
- Al igual que el resto de parasomnias se duda de su benignidad:
 - a) Se asocian a la aparición posterior de ciertas psicopatologías
 - b) Comorbilidad con patología del sueño: TRS /SAHS, SPI
 - c) Probabilidad de causar daño al paciente o sus convivientes
- Presentan una agrupación familiar (AF de Parasomnias)

TERRORES NOCTURNOS

- Aparece en un 1-5% de niños en edad escolar (típico entre 3-4 años)
- Se trata de una disfunción en el despertar en la fase 3 de sueño profundo nREM sin conciencia plena, acompañada de miedo y una gran descarga vegetativa
- EEG: actividad theta y delta, que da paso a ondas alfa (reacción de despertar)

*La
vida
es
sueño*

13º curso
actualización
pediatría

AFPS

AEI

VAEPap 2016



PARASOMNIAS

AROUSAL: concepto electroencefalográfico que supone un cambio brusco en el registro EEG desde un estadio nREM profundo a un estadio superficial o desde un estadio REM a la vigilia, con la posibilidad de que exista un despertar final



La vida es sueño

13º curso
actualización
pediatría

IVPS
IAEP
IAEPap 2016

DIAGNÓSTICO DE TERRORES NOCTURNOS

1) Historia Clínica y Exploración Física completas:

- Hora habitual y descripción detallada del episodio
- Amnesia o recuerdo del episodio
- Presencia de síntomas diurnos /ESD
- Desarrollo psicomotor
- Respuesta a acciones de los cuidadores
- Horarios de sueño
- ¿ Ronquidos? ¿ apneas?

2) Video del episodio

Criterios diagnósticos de terrores del sueño

- Episodio repentino de terror durante el sueño, que se inicia con un fuerte grito o llanto y se acompaña de manifestaciones de miedo intenso del sistema nervioso autónomo y de la conducta
- Al menos uno de los siguientes está presente:
 - Dificultad para despertar a la persona
 - Confusión mental al despertarse tras un episodio
 - Amnesia (total o parcial) del episodio
 - Comportamientos peligrosos o potencialmente peligrosos
- El trastorno no puede explicarse mejor por la presencia de otro trastorno del sueño, enfermedad médica o trastorno neurológico, uso de medicación o consumo de otras sustancias

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 Lain Entralgo; 2011.

*La
vida
es
sueño*

13º curso
actualización
pediatría

IVPS

VAEPap 2016

VAEPap 2016

2016



TRATAMIENTO DE TERRORES NOCTURNOS

A) CASOS LEVES/MODERADOS:

< 1v/semana No provocan lesiones No síntomas diurnos

MEDIDAS GENERALES: comentar con los padres la benignidad del cuadro pero extremar la seguridad, evitar factores desencadenantes, no despertarle, en caso de agresividad sujetarle, mejorar la higiene de sueño, no suprimir las siestas. No comentar con el paciente el episodio.

B) CASOS GRAVES:

> 1v/semana Provocan lesiones al paciente o a sus familiares
Síntomas diurnos (ESD, irritabilidad, bajo rendimiento escolar)

1) MEDIDAS GENERALES

2) **DESPERTARES PROGRAMADOS:** microdespertar del sueño profundo entre 10 y 30 minutos antes de la hora habitual del episodio.

3) **TRAT° FARMACOLÓGICO:** no autorizado en ficha técnica.
BZD (midazolam), ADT (imipramina), ISRS (paroxetina)

*La
vida
es
sueño*

13° curso
actualización
pediatría

IVPS

AEI

VAEPap 2016

2016



HIGIENE DE SUEÑO

ENCUESTA NACIONAL DE SUEÑO DE EEUU 2004

*La
vida
es
sueño*

- 1) Presencia de un progenitor al dormirse → hora tardía de acostarse.
- 2) Acostarse más tarde → mayor latencia del sueño y sueño más corto.
- 3) Presencia parental → más despertares nocturnos.
- 4) En niños de más de 3 años la ausencia de una rutina estructurada de sueño → una menor duración total de sueño.
- 5) La presencia de un aparato de TV en el dormitorio (en niños de más de 3 años) y la consumición regular de cafeína (en niños de más de 5 años) → una menor duración total del sueño

Developmental aspects of sleep hygiene: findings from the 2004 National Sleep Foundation Sleep in America Poll. Sleep Med. 2009 Aug;10(7):771-9
Mindell JA, Meltzer LJ, Carskadon MA, Chervin RD

13^o curso
actualización
pediatría
IAEAP 2016

IVIPS
IAEAP 2016



HIGIENE DE SUEÑO

CONSEJOS PARA PREVENIR PROBLEMAS DE SUEÑO

Menores de 2 meses	<ul style="list-style-type: none">• El recién nacido duerme mucho, pero no puede hacerlo de forma seguida. Cada 3-4 horas se despierta. Necesita comer, que le cambien y que hablen con él.• Después de comer inicia lo que llamamos «sueño activo»: mueve los globos oculares, hace muecas, respira irregularmente, emite algún quejido y realiza pequeños movimientos con las extremidades. Aunque parezca que el niño está inquieto, este tipo de sueño es totalmente normal y no se debe interrumpir bajo ningún concepto. <p>Si los padres o las personas que están a cargo del niño no conocen esta situación, es muy probable que lo toquen, lo cojan o lo acunen, con lo cual rompen su sueño normal y dificultan su maduración. Después de unos 30-40 minutos en esta situación, el bebé entra en el sueño más profundo, que denominamos «sueño tranquilo». Está totalmente relajado, y respira suave y profundamente.</p>
Entre 2-5 meses	<ul style="list-style-type: none">• Un sueño de calidad durante el día mejorará el sueño nocturno.• Antes de cada período de sueño conviene tranquilizar al niño.• Los movimientos durante unos minutos, el contacto cara a cara y las palabras suaves deben servir para tranquilizarlo (o reducir su nivel de activación), pero no para dormirlo.
Entre 5-12 meses	<ul style="list-style-type: none">• Durante los primeros 8 meses puede ser habitual y normal que el bebé se despierte por la noche.• Desde los 5 meses de edad el bebé capta todas las sensaciones que le transmiten los adultos. Si los padres son tranquilos y le hablan dulcemente, el bebé captará esta sensación y responderá de la misma manera. Por el contrario, si dudan, están inquietos o cambian continuamente de rutinas, el bebé se volverá inseguro y mostrará inquietud.
A partir de los 12 meses	<ul style="list-style-type: none">• El niño puede empezar a comprender que se le está enseñando a dormir de manera autónoma.
Etapa adolescente	<ul style="list-style-type: none">• Comienzan los cambios propios de la adolescencia: retraso fisiológico del sueño, mayores necesidades de dormir.• Importancia del papel del sueño.• Importancia del ejemplo de los hábitos paternos del sueño.

*La
vida
es
sueño*

13º curso
actualización
pediatría

AvPS
IAEAP 2016

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 Lain Entralgo; 2011.

HIGIENE DE SUEÑO

Tabla 13. Principios de la higiene del sueño para el insomnio

1. Levantarse y acostarse todos los días, aproximadamente a la misma hora. Con una ligera variación de no más de una hora entre los días de colegio y los que no lo hay.
2. En los niños hay que adaptar las siestas a su edad y necesidades de desarrollo. En los adolescentes, hay que evitar las siestas durante el día.
3. Establecer una rutina presueño (20-30 minutos antes) constante.
4. Mantener condiciones ambientales adecuadas para dormir (temperatura, ventilación, ruidos, luz).
5. Evitar comidas copiosas antes de acostarse.
6. Evitar el consumo de alcohol, cafeína y tabaco.
7. Evitar actividades estresantes en las horas previas de acostarse.
8. Evitar la utilización de aparatos electrónicos (televisión, ordenadores, móviles) dentro del dormitorio.
9. Realizar ejercicio físico diariamente aunque nunca inmediatamente antes de acostarse.
10. Pasar algún tiempo al aire libre todos los días.

*La
vida
es
sueño*

