

Insomnio infantil

Dr. Gonzalo Pin Arboledas

Unidad de Pediatría Integral Q Valencia.

Unidad de Sueño.

Hospital Quirón Valencia



18 **REUNIÓN ANUAL**
DE LA SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE
MADRID Y CASTILLA LA MANCHA

Madrid, 15 y 16 de Noviembre de 2013

HOTEL HOLIDAY INN
Plza. de Carlos Trías Bertrán, 4
28020 Madrid

Centenario
Sociedad de Pediatría
de Madrid y Castilla-La Mancha
1913 - 2013

Imágenes cortesía de la pintora Paula Varona / www.paulavarona.es

CONCEPTO DE SUEÑO

Es un proceso evolutivo y activo que se inicia prenatalmente, resultado de un equilibrio bio-psico-social inestable y dinámico.

Su evolución depende de la armonía entre estos tres factores.

Constituye un elemento básico del hábito de vida saludable.

Dormir bien es un derecho de salud

Dormir toda la noche implica:

Un periodo continuado de sueño determinado.



Habilidad para reiniciar de manera autónoma el sueño tras los despertares **FISIOLÓGICOS** nocturnos



Dormir en el mismo arco horario que el resto de los miembros familiares.

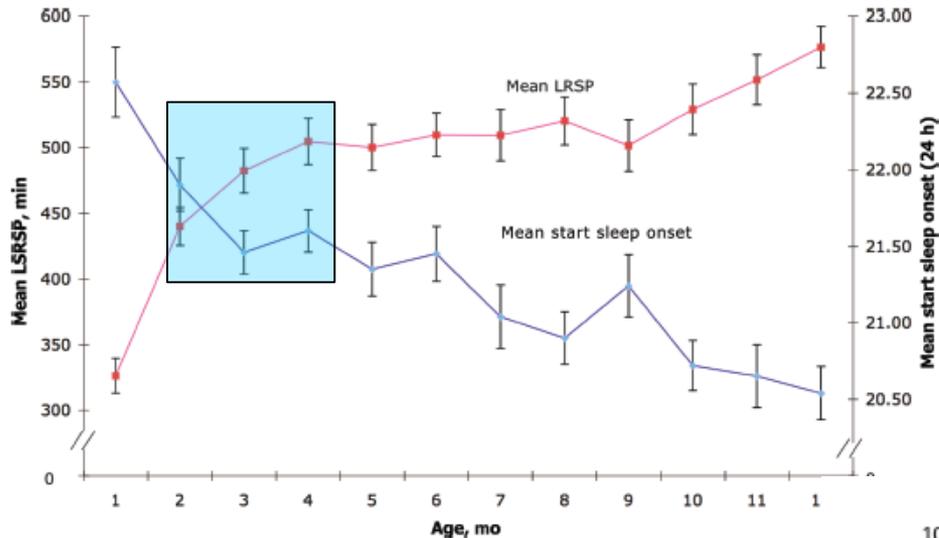


FIGURE 1
Mean start time of nocturnal sleep onset and mean LSRSP at each age in the first year of life. Each data point represents the SEM.

50% de los lactantes a los 5 meses coinciden con patrones familiares

4 meses:
Consolidación más rápida del sueño nocturno del lactante

Duración del sueño: 64.1% ambiental . Pediatrics.2011;127(5):e1296-e1302.

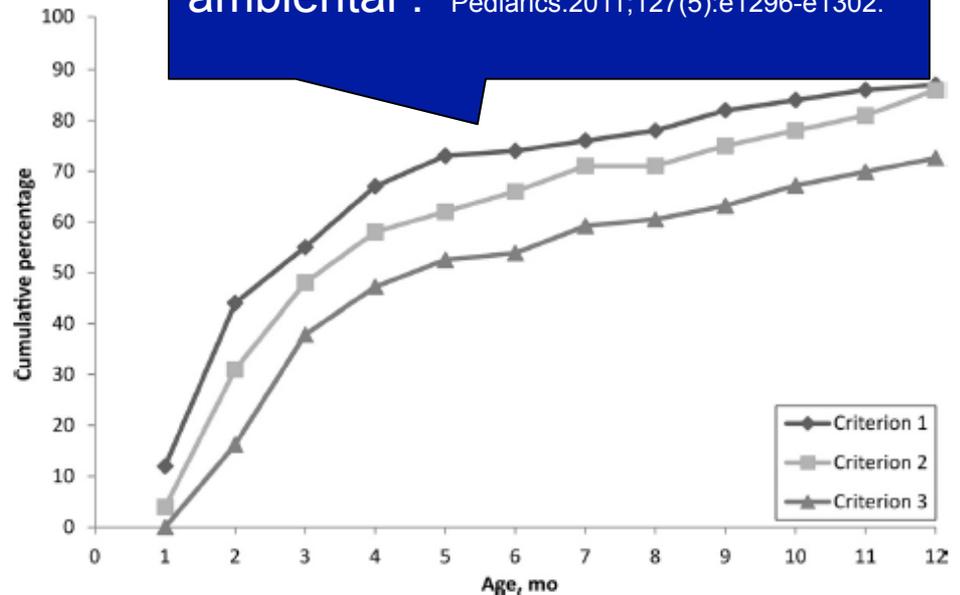
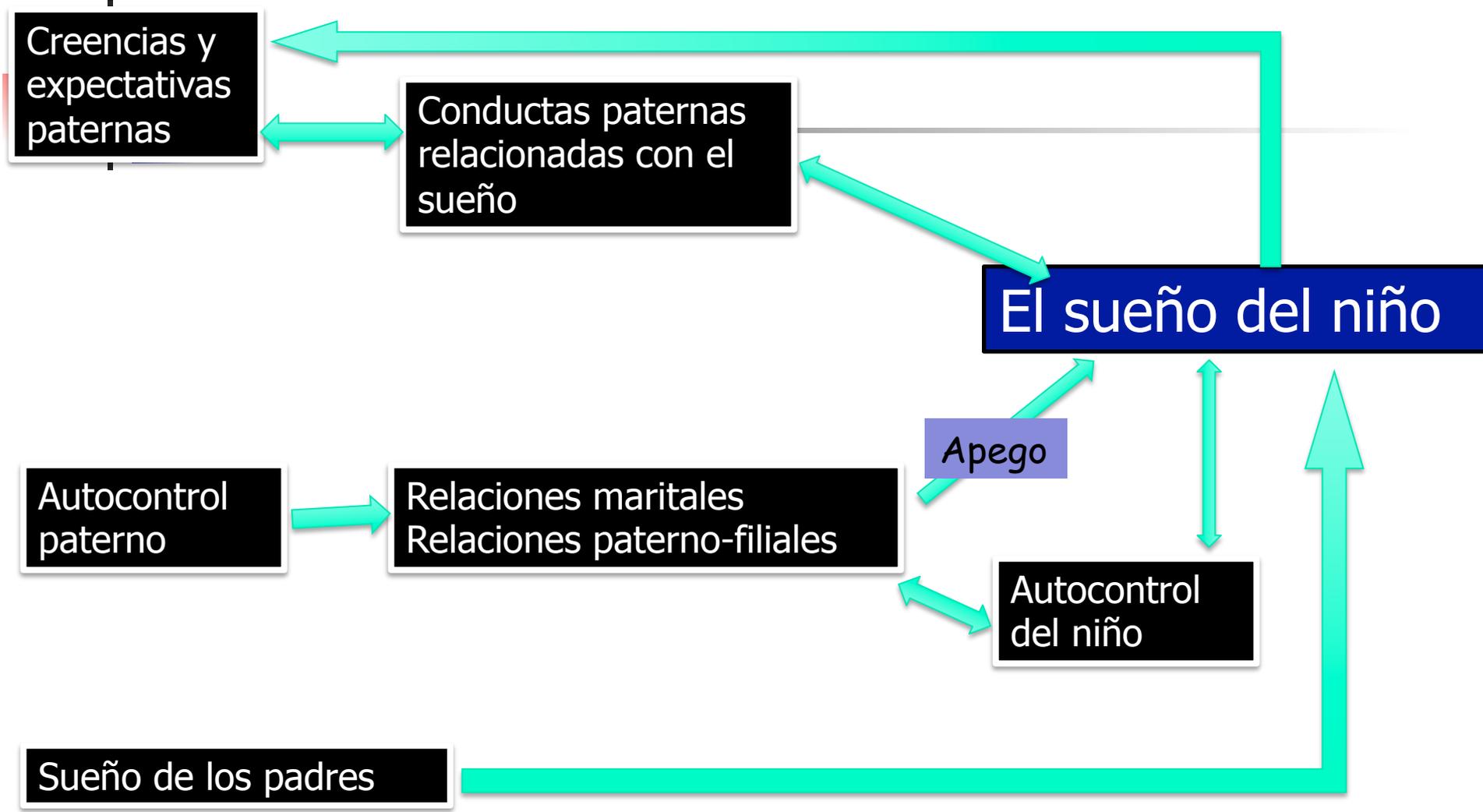


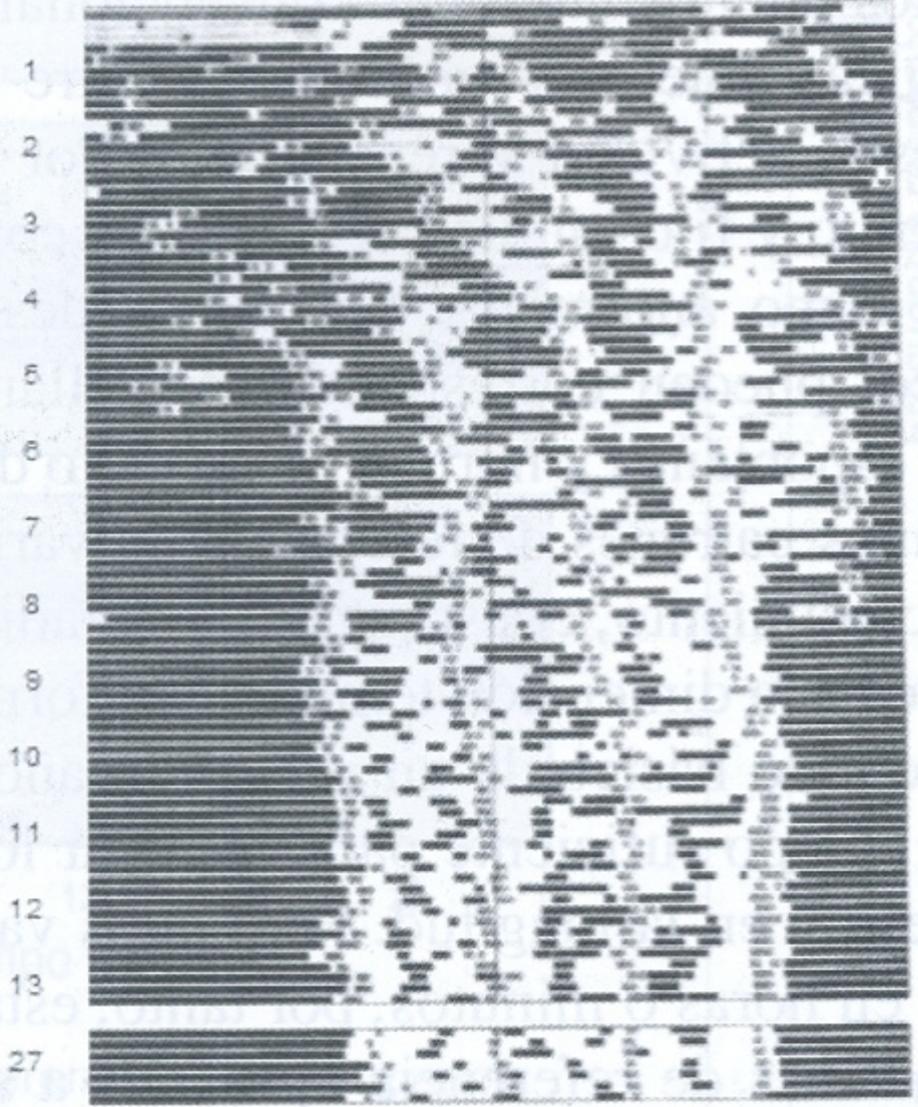
FIGURE 3
The cumulative percentage of infants who met criterion 1 (24:00–05:00 hours), criterion 2 (8 hours), and criterion 3 (22:00–06:00 hours) each month across the first year of life.

EL SUEÑO INFANTIL EN SU CONTEXTO



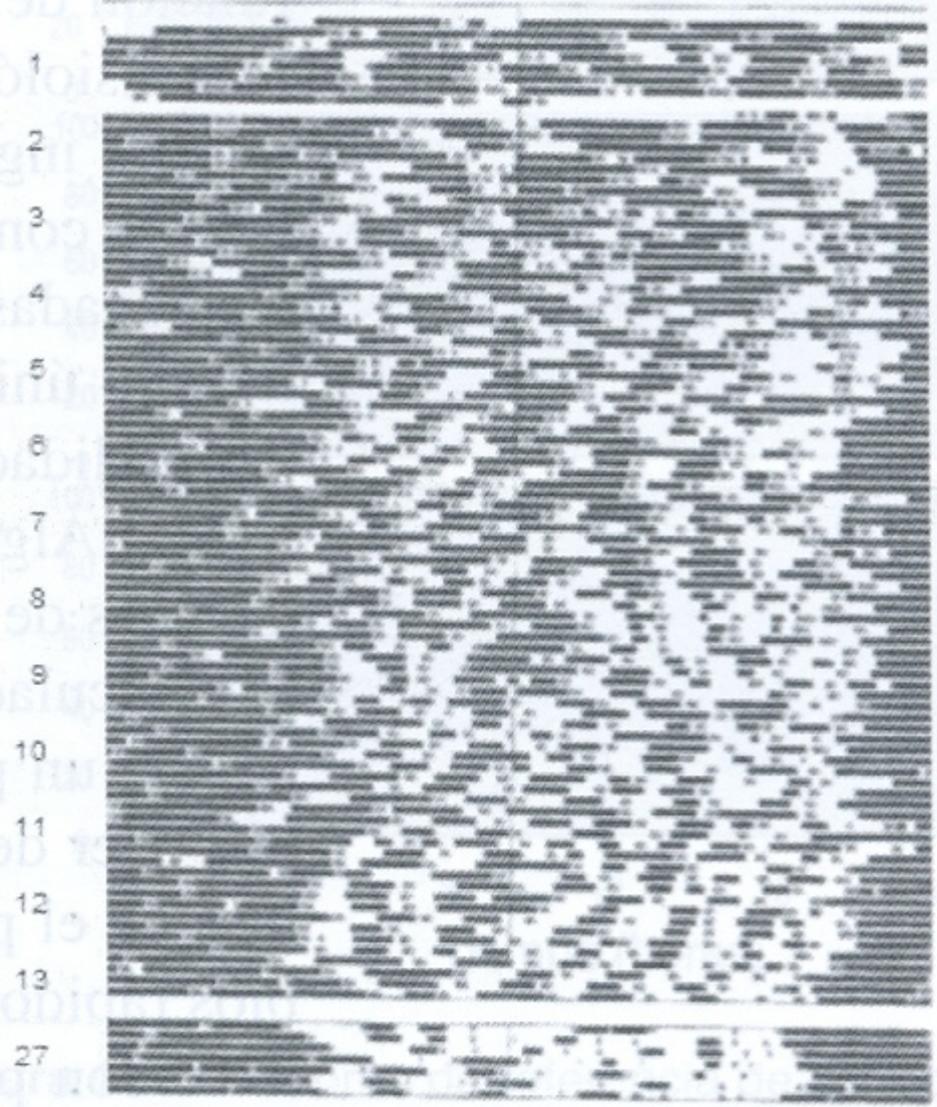
Tiempo del día (horas)

0:00 12:00 0:00



Tiempo del día (horas)

0:00 12:00 0:00



INSOMNIO: CONCEPTO

Dificultad para iniciar o mantener el sueño

- Mantenida
- A pesar de ambiente propicio
- Con consecuencias diurnas

International classification of sleep disorders: Diagnostic and coding manual 2nd ed, AASM 2005

Insomnio = síntoma
Insomnio \neq diagnóstico



“El niño me duerme mal”

41% con problemas del sueño a los **8 meses** continúan con ellos a los **tres años**.

Zukerman B,Stevenson J,Bayle V. 1987.Sleep problems in early childhood:Continuities,predictive factors and behavior correlates. Pediatrics 80;664-671.

Influencia del tipo de **crianza**.

Simard V, Nielsen TA, Tremblay RE, Boivin M, Momplaisir J. 2008. Longitudinal study of preschool sleep disturbance: The predictive role of maladaptive parental behaviors, early sleep problems, and child/mother psychological factors. Archives of pediatrics and adolescents medicine. 162: 360-367

Niveles altos de **conflictividad familiar** en la primera infancia se relacionan con insomnio a los 18 años.

El-Sheikh. Child Development.

2006;77:31-43

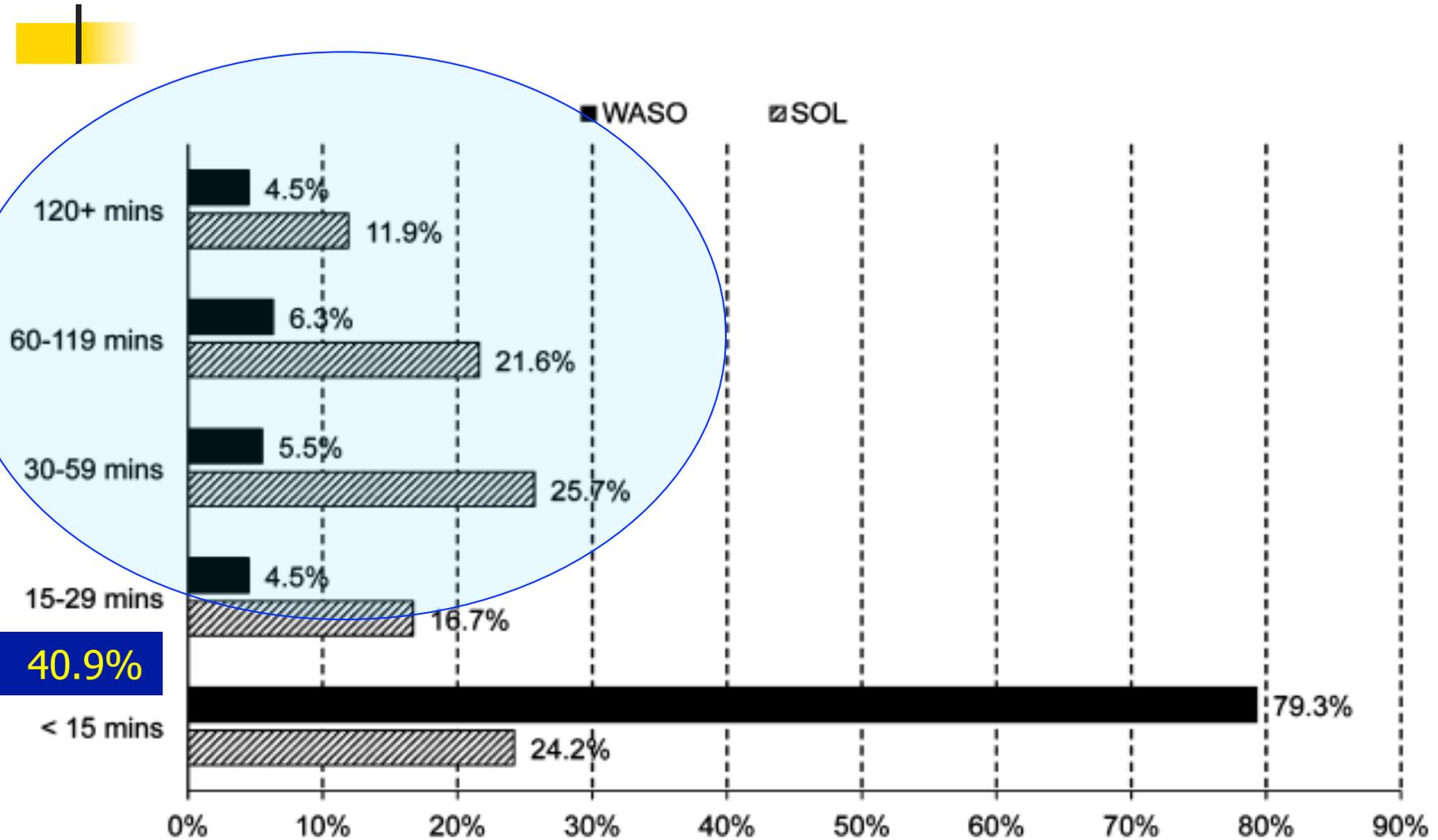
Tipos de insomnio

- Conductual:
 - Asociaciones inadecuadas
 - Ausencia de límites
- Por higiene de sueño inadecuada
- Por enfermedad médica
- Por fármacos o drogas
- Psicofisiológico
-



Sleep patterns and insomnia among adolescents: a population-based study

(n = 9846)



Factores etiológicos



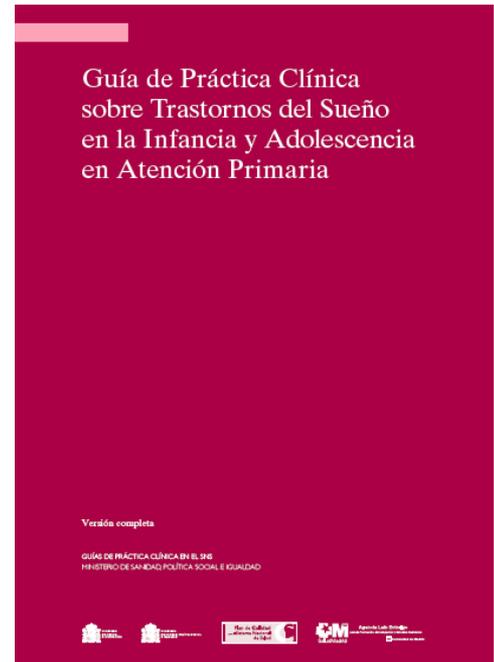
INSOMNIO INFANTIL - FAMILIAR

DIAGNÓSTICO

- Historia clínica
- Cuestionarios

http://www.guiasalud.es/egpc/TSueño_infado/completa/index.html

- Exploración física minuciosa



DIAGNÓSTICO-2

- Agenda de sueño (inicial y seguimiento).

Unidad Vasconiana del Sueño

NOMBRE: _____ EDAD: 1 Mes

1. Escríbale una flecha hacia abajo cuando acueste a su hijo. Escríbale una flecha hacia arriba cuando se levante de la cama.
2. Escríbale una línea sobre cuando esté dormido. deje el recuadro en blanco cuando esté despierto (incluso si lo canta).
*Tiene el gráfico a la mañana siguiente.

	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
20-21																								
21-22																								
22-23																								
23-24																								
24-25																								
25-26																								
26-27																								
27-28																								
28-29																								
29-30																								
30-01																								
01-02																								
02-03																								

Videos < 1 comida o cena
cabeza.
lo q. luce hasta q. se duerme.

- Vídeo casero
- Polisomnografía.

Guía de Práctica Clínica
sobre Trastornos del Sueño
en la Infancia y Adolescencia
en Atención Primaria

Versión completa

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS
MINISTERIO DE SANIDAD POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD



Consecuencias :

- Sobre el carácter.
- Sobre el comportamiento.
- Alteraciones cognitivas.
- Afecta al sistema inmune, hormonal y metabólico.
- Riesgo de accidentes.
- Sobre los padres.
- Ambiente familiar.



Mitos y frases

A dormir aprenden solos

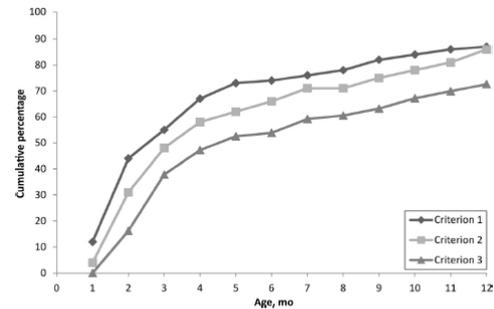


FIGURE 3
The cumulative percentage of infants who met criterion 1 (24:00–05:00 hours), criterion 2 (8 hours), and criterion 3 (22:00–06:00 hours) each month across the first year of life.

Enseñar a dormir significa dejarle llorar



Mitos y frases

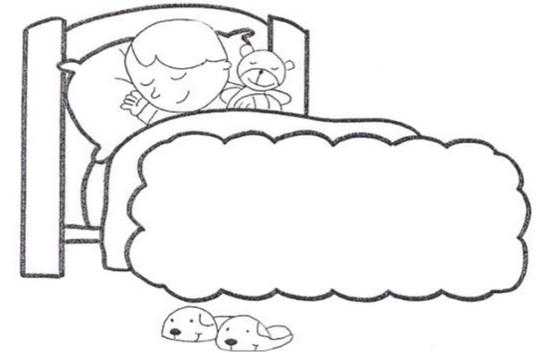
La cuna es una cárcel para el bebé.

Lo acostumbraras a los brazos

NIVELES DE EVIDENCIA EN EL TTO. DEL INSOMNIO (GPC)

1+, 2+, 3	Escasos estudios evalúan la evidencia de t. conductual frente a medicación . Los ECA que comparan extinción + alimemacina muestran mejores resultados en reducción de angustia infantil y despertares nocturnos frente a placebo; pero se reduce al retirar el fármaco, sin diferencias significativas en el seguimiento.
1+ 1+, 1- 2+, 3	La TC es efectiva : reduce la resistencia a acostarse y despertares nocturnos, mejora el funcionamiento diurno y el bienestar de los padres.
1+ 1- 2+, 3	Las intervenciones de TC más eficaces son, por orden: 1º Extinción estandar, 2º Educación de padres/prevención, 3º Extinción gradual (mejor tolerada que la estandar), 4º Retraso de la hora de acostarse con ritual presueño, 5º Despertares programados
1+ 2+, 3	La eficacia obtenida en la TC se mantiene a corto plazo (< 6 meses), medio plazo (6-12 meses) y a largo plazo (> 12 meses)
1+ 2+, 3	No se han identificado aparición de efectos secundarios en la TC, al contrario, los niños se mostraron más seguros, menos irritables y mejor comportamiento
1+ 2+, 3	La TC en los niños también conlleva una mejora del bienestar de los padres (estado de humor, estrés, fatiga, calidad del sueño, satisfacción matrimonial y s. depresivos)

¿ Que método hay que usar ?



El buen dormir forma parte del aprendizaje global del niño, teniendo en cuenta que **no hay sistemas buenos o malos sino diferentes**, el mejor sistema es el que mejor se adecúa a las características de la familia .

En este partido juegan la genética, el temperamento, el apego y la forma de actuar de la familia

PRECAUCIONES A TENER EN CUENTA EN LA ADMINISTRACIÓN DE MELATONINA

La mejor precaución...

Se administrará con pre

edades

Un uso correcto

- Principio activo único
- Indicación adecuada
- Dosis - Hora circadiana
- Duración ajustada.
- Control pediátrico

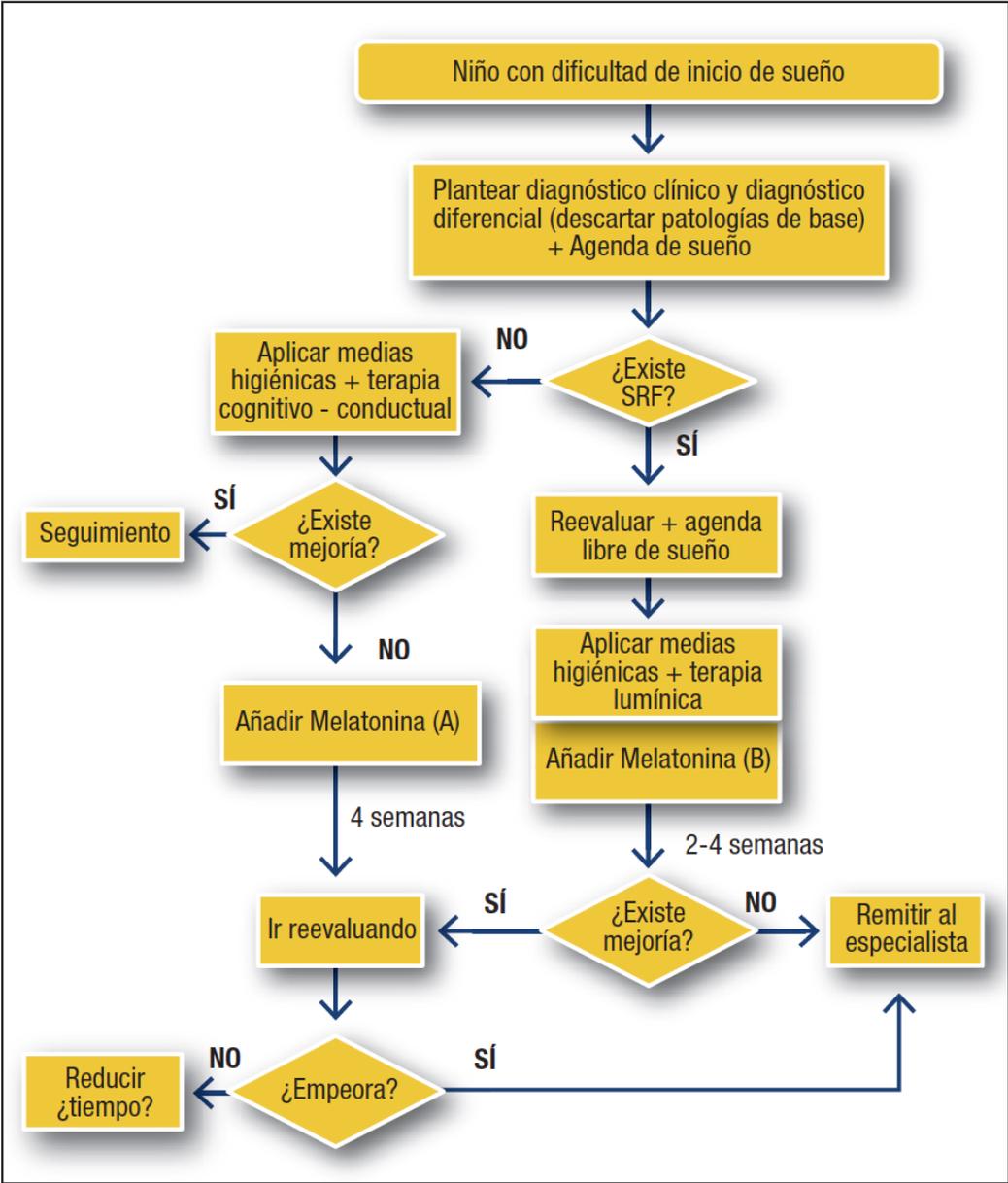
Enfermedades autoir
Asma mal controlada
Diabetes
Epilepsia
Tumores hema

En relación con la

Melatonina de
No se altera la
Probable inter
Melatonina de
Probable inter
La ingesta de alimentos potencia su concentración

ALGORITMO DE ACTUACIÓN DEL NIÑO CON DIFICULTAD DE INICIO DE SUEÑO

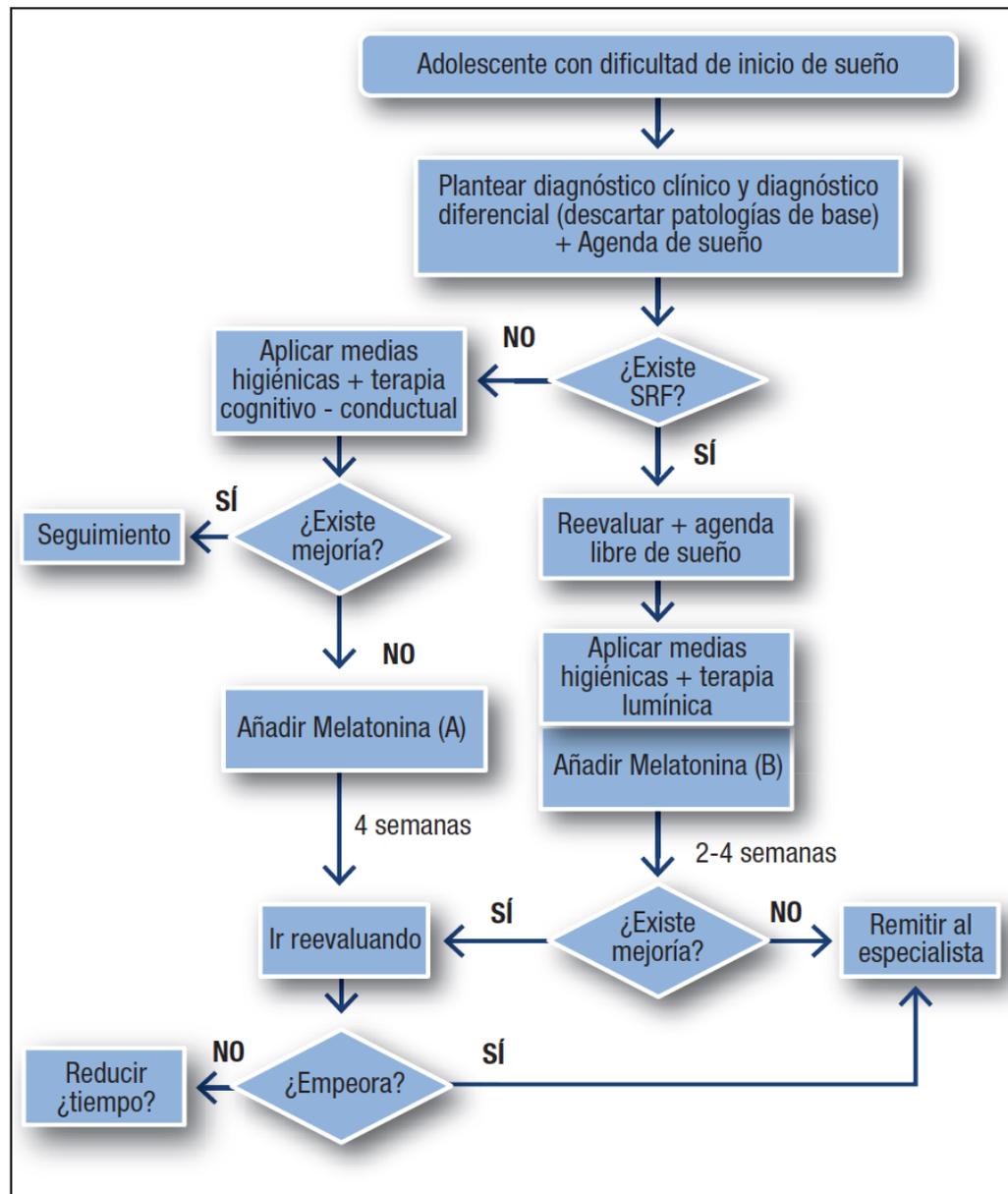
Consenso sobre el uso de MELATONINA en niños y adolescentes con dificultades para iniciar el sueño



(A) 0,3-3 mg, 1 h antes, siempre a la misma hora, durante 4 semanas.
(B) 0,3-3 mg, 4-6 h antes de hora de inicio de sueño. Ajustar cada 2 semanas.

ALGORITMO DE ACTUACIÓN DEL ADOLESCENTE CON DIFICULTAD DE INICIO DE SUEÑO

Consenso sobre el uso de MELATONINA en niños y adolescentes con dificultades para iniciar el sueño



(A) 1- 5 mg, 1 h antes del horario de sueño, durante 4 semanas.

(B) 1- 5 mg, 4- 6 h antes de hora de inicio de sueño. Hasta 4 semanas




**I JORNADA DE
ACTUALIZACIÓN
EN PEDIATRÍA**
*Infectología: manejo de
biomarcadores en pediatría*
22 de septiembre de 2012
**HOSPITAL
QUIRÓN**
Valencia