

Publicación Oficial de la Sociedad Española del Sueño (SES)

Vigilia-Sueño



Vigilia-Sueño 2010; Volumen 22, Número 1

1. Eficacia de la terapia herbal con melisa y valeriana en la deshabitación de benzodiazepinas en pacientes con insomnio primario.
J. Albares, R. Guayta-Escolies, M. Pascual, F. Segarra, N. Martínez
2. Introducción al insomnio infantil.
M. Merino
3. Insomnio infantil: revisión de sus causas, prevalencia, evolución y consecuencias.
G. Pin Arboledas, A. Lluch Roselló, M. Cubell Alarcón
4. Trastorno de sueño infantil: ¿Trastorno de regulación?
D. Costa Coto
5. Manejo farmacológico del insomnio infantil. Revisión de las opciones farmacológicas.
A. Lluch Roselló, G. Pin Arboledas
6. Tratamiento conductual del insomnio infantil.
F. Segarra Isern

Insomnio infantil

Milagros Merino Andreu

Unidad Pediátrica de Trastornos de Sueño y Servicio de Neurofisiología Clínica

Miembro del Grupo Pediátrico. Hospital Universitario La Paz (Madrid)

Resumen

Objetivo: Este simposio revisa las causas del insomnio en el niño, sus manifestaciones y el abordaje terapéutico desde diferentes ópticas.

Desarrollo: El insomnio es un trastorno que se presenta, fundamentalmente, como una dificultad para iniciar o mantener el sueño. La etiología del insomnio infantil es multifactorial pero es necesario conocer los mecanismos que intervienen en la génesis de la vigilia y del sueño y considerar la existencia de probables trastornos médicos. En el niño, existe una inmadurez cerebral fisiológica que es responsable de un ritmo vigilia-sueño característico. En esta edad, el insomnio aparece, en muchos casos, como consecuencia de un desajuste entre la necesidad de sueño del niño y su entorno familiar y social, que exige un cambio de las conductas o provocado por trastornos de origen médico, con un tratamiento específico.

Conclusiones: El insomnio en niños y adolescentes tiene serias consecuencias en el niño, que afectan fundamentalmente a la esfera neurocognitiva y comportamental, y en la vida familiar.

Palabras claves. Insomnio, infancia, desarrollo, neurocognitivo, conductual.

Pediatric insomnia

Abstract

Aims. This symposium reviews the causes of insomnia in children, its manifestations and different therapeutic approaches.

Method. Insomnia is a disorder in which the child has difficulty in falling or staying asleep. There are multifactorial causes involved in the aetiology of childhood insomnia but it is necessary to understand mechanisms involved in the sleep-wake cycle and take another types of medical disorders in consideration.

In children, there is a physiological immaturity lying into an specific sleep-wake pattern. Childhood insomnia seems to be a consequence of mismatch between the child's need to sleep and parents or social environment, with a behavioural approach, or determined by a medical disorder, with specific treatment.

Conclusions. Pediatric insomnia has serious consequences in children, mainly in neurocognitive or behavioural development, and in family quality of life.

Key words. Insomnia, childhood, development, neurocognitive, behavioural.

Correspondencia: Milagros Merino Andreu
Hospital Universitario La Paz
Paseo de la Castellana, 261. 28046 Madrid
Correo electrónico: mmerino.hulp@salud.madrid.org

La falta de sueño es un fenómeno o una experiencia que han vivido la mayoría de las personas en algún momento de su vida. Hablamos de *insomnio* cuando existe una dificultad para iniciar o mantener el sueño, despertar matutino antes de lo deseado o tener un sueño poco reparador. En los niños, son los padres o cuidadores quienes describen la dificultad del sueño, que se presenta como una resistencia para ir a la cama o como incapacidad para dormir de forma independiente, que aparece de forma repetida y se acompaña de algún síntoma diurno relacionado con la falta de sueño: fatiga, déficit de atención, concentración o memoria, mal rendimiento escolar, problemas sociales, trastornos del ánimo, irritabilidad, somnolencia diurna excesiva, pérdida de iniciativa, motivación o energía, tendencia a cometer errores o tener accidentes, cefalea ó síntomas gastrointestinales (1) En niños es difícil conocer la prevalencia exacta del insomnio porque depende de la percepción de los padres y, muy a menudo, éstos infravaloran la falta de sueño en sus hijos (2,3).

Cuando ya consultan a un médico, el problema afecta a toda la vida familiar y sus quejas se manifiestan como:

- A. Dificultad para conciliar el sueño, que se manifiesta con protestas para ir a la cama o para dormir solo. Se trata de una oposición activa, con reclamaciones frecuentes antes de acostarse o escapándose de la cama cuando los padres le han acostado. El niño no logra conciliar el sueño por sí mismo y solo se duerme si existen ciertos condicionantes (cama paterna, luz, cuentos, etc.).
- B. Despertares frecuentes durante la noche, con dificultad para volver a quedarse dormido. El niño llora, llama a los padres, pide bebida o comida, espera que se acerquen a consolarle, incluso llevándole a la cama paterna.
- C. Despertar matutino antes de la hora deseada.

A pesar de la “falta de percepción” de los padres sobre la cantidad y calidad del sueño de sus hijos, podríamos afirmar que el insomnio constituye el trastorno de sueño más frecuente en la edad pediátrica. Estudios poblacionales confirman que más de un tercio de los niños duermen mal o no duermen lo suficiente (4). Este dato es muy alarmante porque la falta de sueño en niños puede tener consecuencias a nivel fisiológico, metabólico, cognitivo y comportamental (5,6). Dicho de otro modo: que el sueño es algo muy valioso es algo que sabemos todos y no es necesario ser un médico experto para conocer su valor; basta observar a un niño para saber si duerme bien. Cuando no ocurre así, el día y la noche se vuelven una “pesadilla” para toda la familia.

El niño que no duerme está cansado y su comportamiento es insoportable, convirtiendo la vida familiar en una fuente de estrés y ansiedad. Se ha observado que, en niños previamente sanos, la falta de descanso provoca alteraciones de comportamiento como hiperactividad, impulsividad y déficit de atención (7) y supone mayor riesgo de padecer obesidad (8,9,10).

Es muy importante que los padres y los profesionales sanitarios sepan reconocer los síntomas de un sueño inadecuado y los problemas específicos relacionados con el mismo para evitar las consecuencias negativas de la falta de sueño en los niños.

El niño, en su integridad, es un enigma para los padres y éstos desconocen cuánto debe dormir y qué hacer cuando no duerme bien. Pero en el insomnio, como en otros problemas de salud, “más vale prevenir que curar” (y es más fácil).

La piedra angular sobre la que descansa el abordaje integral del insomnio infantil es el establecimiento de unos “hábitos saludables de sueño”. Si el niño duerme solo o acompañado, hay que establecer un patrón de conducta orientado a conseguir un sueño de buena calidad, por la noche y durante el día. Normalmente el insomnio infantil no es causado por exceso de mimos ni por un déficit neuropsicológico sino que existe una deficiente adquisición de los hábitos de sueño.

Una vez identificado el problema, nos debemos enfrentar al principal reto ¿qué hacer? El manejo de estos síntomas es complejo y existen dos tipos de tratamientos, que pueden utilizarse solos o combinados: a) el *tratamiento farmacológico*, que es necesario en algunas ocasiones, siempre bajo control médico, con pautas individualizadas y utilizado de forma transitoria y b) el *tratamiento cognitivo-conductual (o comportamental)*, cuya técnica también debe seleccionarse de forma individualizada en cada niño y en cada familia, basado en técnicas de aprendizaje. Este tratamiento comportamental exige la colaboración de los padres, que es clave para conseguir unos resultados óptimos (11).

En conclusión, el insomnio infantil implica una colaboración de todos los profesionales de la salud: su elevada prevalencia y el impacto negativo que provoca la pérdida de sueño en los niños nos obligan a buscar las causas que provocan el insomnio y tratar este problema de forma eficaz. Todos los niveles del Sistema Nacional de Salud deben estar implicados en la atención integral del niño que no duerme suficientemente y, sobre todo, la comunidad científica debe facilitar las condiciones para la realización de estudios dirigidos a evaluar todos los aspectos epidemiológicos, neurobiológicos, sociales y psicológicos del insomnio infantil.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Sleep Disorders Association, Diagnostic Classification Steering Committee. International Classification of Sleep Disorders: Diagnostic and Coding Manual, ICSD-R. Westchester, IL: American Academy of Sleep Medicine. 2005.
2. FRICKE-OERKERMANN L, PLÜCK J, SCHREDL M, HEINZ K, MITSCHKE A, WIATER A et al. Prevalence and course of sleep problems in childhood. *Sleep*. 2007 Oct 1;30(10):1371-7.
3. OWENS J, SPIRITO A, MARCOTTE A, MCGUINN M, BERKELHAMMER L. Neuropsychological and Behavioral Correlates of Obstructive Sleep Apnea Syndrome in Children: A Preliminary Study. *Sleep Breath*. 2000;4(2):67-78.
4. MINDELL J, CARSKADON M, CHERVIN R, MELTZER L. Sleep in America. Final report of the Poll Task Force (National Sleep Foundation). 2004.
5. O'BRIEN LM, GOZAL D. Neurocognitive dysfunction and sleep in children: from human to rodent. *Pediatr Clin North Am*. 2004 Feb;51(1):187-202.
6. STEIN MA, MENDELSON J, OBERMEYER WH, AMROMIN J, BENCA R. Sleep and behavior problems in school-aged children. *Pediatrics*. 2001 Apr;107(4):E60.
7. PAAVONEN EJ, RÄIKKÖNEN K, LAHTI J, KOMSI N, HEINONEN K, PESONEN AK et al. Short sleep duration and behavioral symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder in healthy 7- to 8-year-old children. *Pediatrics*. 2009 May;123(5):e857-64.
8. LUMENG JC, SOMASHEKAR D, APPUGLIESE D, KACIROTI N, CORWYN RF, BRADLEY RH. Shorter sleep duration is associated with increased risk for being overweight at ages 9 to 12 years. *Pediatrics*. 2007 Nov;120(5):1020-9.
9. VAN CAUTER E, KNUTSON KL. Sleep and the epidemic of obesity in children and adults. *Eur J Endocrinol*. 2008 Dec;159 Suppl 1:S59-66.
10. NIXON GM, THOMPSON JM, HAN DY, BECROFT DM, CLARK PM, ROBINSON E et al. Short sleep duration in middle childhood: risk factors and consequences. *Sleep*. 2008 Jan 1;31(1):71-8.
11. LIPTON J, BECKER RE, KOTHARE SV. Insomnia of childhood. *Curr Opin Pediatr*. 2008 Dec;20(6):641-9.

Insomnio infantil: revisión de sus causas, prevalencia, evolución y consecuencias

Pin Arboledas G^a, Lluch Roselló A^b, Cubell Alarcón M^a

^aUnidad Valenciana del Sueño. Hospital Quirón Valencia (Valencia)

^aMiembros del Grupo Pediátrico de la SES.

^bPediatra Consultor Unidad Valenciana del Sueño.

^bC.S Ingeniero Joaquín Benlloch (Valencia)

Resumen

Objetivo: Los “problemas del sueño en la infancia” están condicionados por su intensidad, cronicidad, frecuencia y asociación a dificultades en la función diurna del niño y/o su familia. De entre los problemas del sueño, el insomnio presenta una alta prevalencia. Éste puede ser definido como la dificultad para iniciar o mantener el sueño que es vista como un problema por el niño o sus cuidadores.

Desarrollo: En la actualidad, junto al desarrollo de una adecuada relación de apego, se le está dando mucho valor etiológico al concepto de “asincronización” conceptuada como una alteración de varios ritmos biológicos.

Los datos preliminares de una encuesta poblacional en la Comunidad Valenciana evidencian que en niños de 5 a 12 años de manera global un 27% tienen problemas a la hora de irse a la cama; un 11.3 % tienen los periodos de latencia excesivamente largos; un 6.5 % presentan despertares nocturnos; un 17 % tienen dificultades al levantarse por la mañana y un 17% fatiga relacionadas con alteraciones del sueño. Se comparan estos datos con datos recientes extraídos de la literatura

Conclusiones: Se trata de una entidad muy prevalente con etiología multifactorial que exigirá un enfoque diagnóstico y terapéutico global

Palabras clave: Insomnio, niño, pediatría, asincronización, apego, epidemiología

Pediatric insomnia: an update in etiology, prevalence, outcome and consequences

Abstract

Objective: "Children's sleep problems" are conditioned by its intensity, chronicity, frequency and association to difficulties in the daytime function of the child and/or their family. From sleep problems, insomnia presents one high prevalence. This can be defined as the difficulty to start or keep the sleep that is seen as a problem by children or their carers.

Development: Currently, alongside the development of a proper relationship of attachment, are you is giving much etiological value the concept of "asincronización" conceptualized as alteration in multiple biological rhythms.

The preliminary data from a population survey in the Valencian Community evident that in children 5 to 12 years globally 27 % have problems go to bed; a 11.3 % have periods of excessively long latency; a 6.5 % show night; piece a 17 % have difficulties when you get up in the morning and 17 % fatigue related sleep disturbances. Compare this data with data recent drawn from the literature

Conclusions: This is of an entity very prevalent with multifactorial etiology which require an approach diagnostic and therapeutic global.

Keywords: insomnia, children, pediatrics, asynchronization, attachment, epidemiology.

INTRODUCCIÓN

Los “problemas del sueño en la infancia” están condicionados por su intensidad, cronicidad, frecuencia y asociación a dificultades en la función diurna del niño y/o su familia; por este motivo, la definición de las alteraciones con el sueño en la infancia es sorprendentemente difícil y así(1):

1. A menudo existen problemas del sueño en lugar de verdaderos trastornos del sueño.

Los problemas del sueño son patrones de sueño que son insatisfactorios para los padres, el niño o el pediatra. Pueden estar relacionados con el bienestar del niño o con el de la familia. No todos los problemas del sueño son anormalidades ni todos precisan tratamiento.

El trastorno, por el contrario, es una alteración real, no una variación, de una función fisiológica que controla el sueño y opera durante el mismo.

El trastorno representa una función anormal mientras que el “problema” puede representarla o no.

2. Frecuentemente el problema es para los padres y no para el niño. Situaciones que para unas familias son problemáticas no lo son para otras del mismo entorno. Se ha calculado que en el primer año de vida del niño los padres suelen perder entre 400 y 750 horas de sueño.
3. Las diferencias entre lo normal y lo anormal muchas veces es definido según la edad y no según el patrón de sueño.
4. Los mismos síntomas pueden tener significados muy diferentes según la edad del niño: por ejemplo es de poco valor saber que un paciente moja la cama si desconocemos la edad del mismo pues es una situación normal a los dos años y patológica a los nueve.
5. El ambiente en el que se desarrolla el niño, las rutinas a la hora de acostarlo y la respuesta de los padres durante la noche a las demandas de los niños pueden interferir la formación de los ciclos vigilia sueño.

En ocasiones el tratamiento va a ser semejante se trate bien de un trastorno, bien de un problema del sueño, debido a que los patrones específicos del sueño infantil pueden causar serios problemas, incluso cuando se trate únicamente de variaciones de la normalidad. El

objetivo de la presente revisión es definir el concepto de insomnio pediátrico, establecer sus posibles etiologías y su relación con el ambiente sociofamiliar en el que se desarrolla el infante

DESARROLLO

1. Conceptos

El insomnio pediátrico puede ser definido como la dificultad para iniciar o mantener el sueño que es vista como un problema por el niño o sus cuidadores.

El significado de “problema del sueño” debe ser caracterizado por su severidad, cronicidad, frecuencia y asociado a las dificultades en la función diurna del niño o su familia(2).

En su estudio es necesario tener presente el concepto de asincronización(3) que puede presentarse como insomnio. Se trata de una alteración, probablemente por alteración del sistema serotoninérgico, de varios aspectos (ciclo, amplitud, fase e interrelación) de los ritmos biológicos que normalmente tienen oscilación circadiana. Su causa principal es la combinación de exposición lumínica durante la noche y la falta de exposición lumínica en la mañana.

La asincronización ocasiona alteraciones en varios sistemas y de ahí sus diferentes síntomas:

- Alteración del sistema nervioso autónomo: somnolencia, insomnio, alteración de la secreción hormonal, problemas gastrointestinales...
- Alteración de las funciones cerebrales superiores: desorientación, falta de sociabilidad, falta de motivación o deseo, alteraciones del estado de alerta y el rendimiento....
- Psiquiátricas: trastornos depresivos, problemas de personalidad, ansiedad...
- Orgánicos: cansancio, fatiga...

En las primeras fases del proceso, las alteraciones son funcionales y se pueden resolver fácilmente, por ejemplo, estableciendo ritmos regulares de vigilia-sueño. Sin embargo, sin una adecuada atención la alteración empeora gradualmente y su tratamiento se complica.

Anders(4) clasifica las alteraciones del sueño en la infancia de la siguiente manera:

- A) Perturbación: Presencia de un episodio por semana al menos durante 1 mes.
- B) Alteración: Presencia de 2 – 4 episodios por semana al menos durante 1 mes.

C) Enfermedad: Presencia de 5 – 7 episodios por semana al menos durante 1 mes.

Se trata de una dificultad que es vista como un problema por el niño y/o sus cuidadores de manera que el insomnio es un síntoma de una situación y no un diagnóstico en sí mismo en un alto porcentaje de casos.

De acuerdo con Anders, consideraremos INSOMNIO DE INICIO cuando están presentes al menos dos, de los siguientes 3 criterios:

Edad 12 a 23 meses: Latencia mayor de 30 minutos.

Presencia paterna en la habitación hasta el inicio del sueño.

Más de dos reuniones^(a)

Edad > 23 meses: Latencia mayor de 20 minutos.

Presencia paterna en la habitación hasta el inicio del sueño.

Más de una reunión.

En esta misma línea consideraremos como DESPERTAR NOCTURNO PATOLÓGICO a las situaciones que, en función de la edad, cumplen los criterios de:

Edad 12 – 23 meses: Más de dos despertares^(b) por noche totalizando 20 o más minutos de vigilia^(c) durante la noche.

Edad > 23 meses: Uno o más despertares^(b) por noche totalizando 20 o más minutos de vigilia.

(a): Reuniones: Reflejan resistencia a irse a la cama (protestas, demandas repetidas, pelea...)

(b): Despertares: Requieren la intervención paterna y suceden cuando el niño lleva durmiendo más de 10 minutos.

(c): El criterio de al menos 20 minutos de vigilia se aplica al total de la noche sin importar el número de despertares.

2. Epidemiología:

Insomnio / Despertares:

De manera general, en niños menores de 5 años se estima que aproximadamente un 30 % presentan problemas y/o alteraciones del sueño de diverso orden.

En la muestra de 454 niños menores de tres años de la Comunidad Valenciana analizada por nosotros la evolución de la sensación de insomnio infantil por parte de sus padre/tutores aumenta progresivamente desde los 6 meses a los 3 años alcanzando prácticamente al 20% de la muestra a los 3 años como queda reflejado en la figura 1.

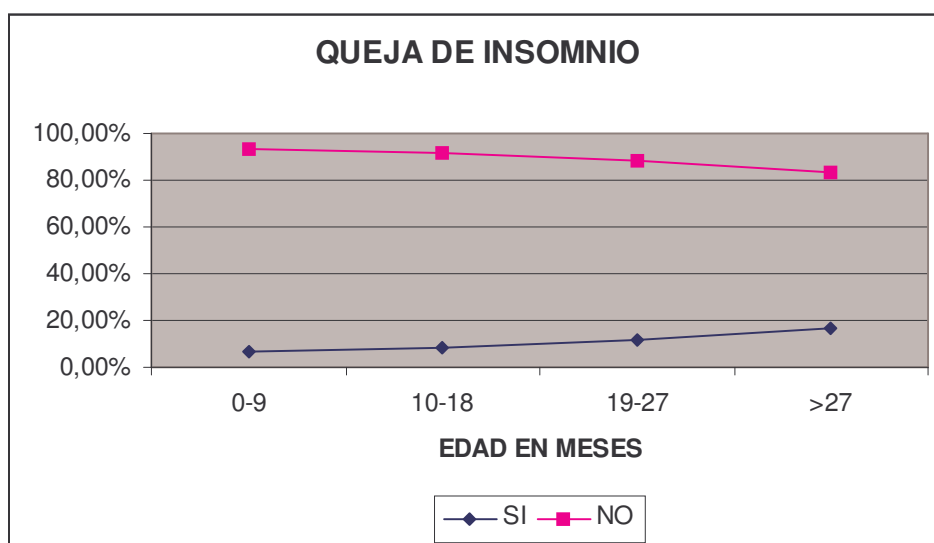


Figura 1. Evolución de la sensación de insomnio según los padres/tutores de los 6 meses a los 3 años en el Comunidad Valenciana. N= 454

Las figuras 2 y 3 muestran la frecuencia de al menos 3 despertares nocturnos al menos 3 noches a la semana en una muestra de niños valencianos. En esta muestra aproximadamente el 20-40% de los niños de 6 meses a 7 años se despiertan durante la noche y necesitan ayuda para volverse a dormir, el 13-20% de ellos con despertares al menos 5 noches por semana(5). Cuando se valora de manera objetiva (actigrafía), la fragmentación del sueño se observa en el 18 % de los niños de edad escolar(6).

Una revisión de los diferentes estudios muestra que entre el 13 y el 27%(7,8,9) de los padres de niños de entre 4 a 12 años de edad, denuncian la presencia de dificultades con el sueño que incluyen resistencia a acostarse, ansiedad en el momento de acostarse, inicio de sueño retrasado, colecho de respuesta a las demandas de los niños, ronquido, enuresis, despertares nocturnos, pesadillas, terrores del sueño, sonambulismo, despertar matinal precoz y excesiva somnolencia diurna.

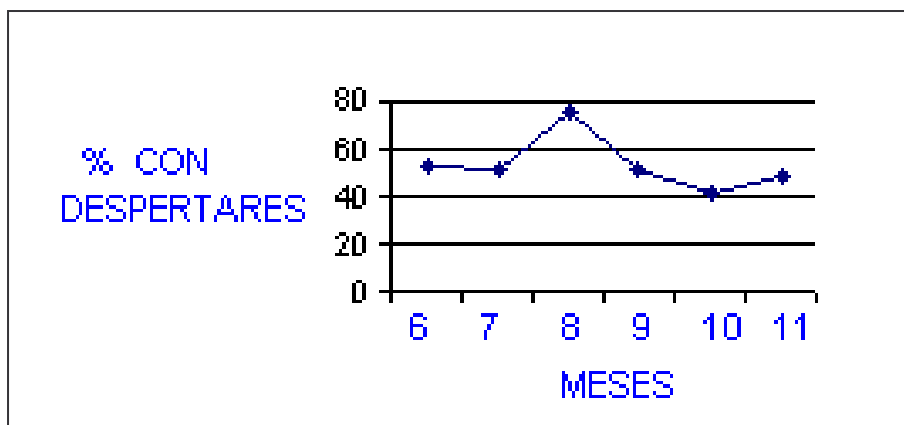


Figura 2. Porcentaje de niños de 0 a 11 meses con al menos 3 despertares durante al menos 3 noches a la semana

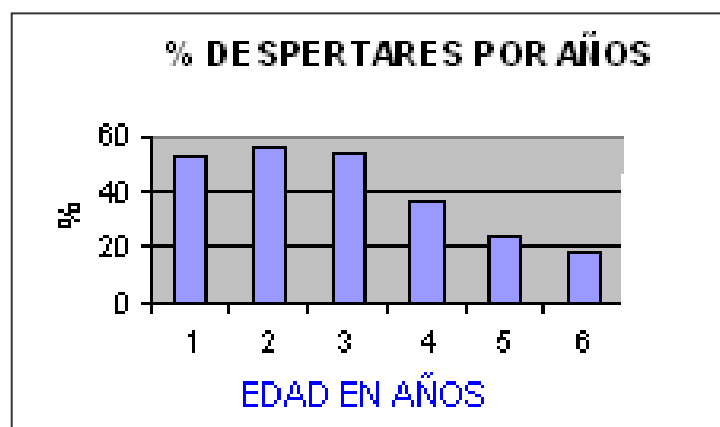


Figura 3. Porcentaje de niños de 1 a 6 años con al menos 3 despertares nocturnos tres o más noches a la semana

Estos problemas suelen ser estables a lo largo de la infancia de manera que, un niño con dificultades del sueño a los 8 meses probablemente continuará mostrando dificultades con el sueño a los 3 años de edad y aquellos con problemas a los 2 años continuarán teniendo dificultades con el sueño a los 12 años de edad(10).

En una encuesta realizada por nosotros en la Comunidad Valenciana menos del 50% de los niños de 6 a 12 meses de edad se dormían de manera autónoma; el 18.6 % de los menores de 6 años presentaban despertares por noche al menos 3 noches por semana y un 11.3% presentaban una latencia de sueño mayor de 30 minutos. En esa misma encuesta, el 52.8 % de los

adolescentes valencianos de 14-15 años de edad acudían a clase habiendo dormido menos de 8 horas; de ellos un 17% mostraban síntomas de excesiva somnolencia diurna.

Según nuestros datos, en la Comunidad Valenciana en niños de 5 a 12 años de manera global un 27% tienen problemas a la hora de irse a la cama; un 11.3 % tienen los periodos de latencia excesivamente largos; un 6.5 % presentan despertares nocturnos; un 17 % tienen dificultades al levantarse por la mañana y un 17% fatiga relacionadas con alteraciones del sueño.

Los datos publicados por Kahn en preadolescentes de 8-10 años señalan que un 43% experimentan problemas del sueño que duran al menos 6 meses.

En adolescentes (17-18 años) un 16.5% son malos durmientes (19% mujeres y 11.7% varones) y estos se asociaban con factores emocionales, mala higiene del sueño y ciertas parasomnias.

El 38.5 % de una muestra de adolescentes de la ciudad de Cuenca refiere mala calidad subjetiva del sueño y un 23.1 % una latencia de sueño mayor de 30 minutos de manera habitual.

Déficit crónico de sueño:

De manera subjetiva en una muestra aleatoria en toda la Comunidad Valenciana evaluada por nosotros recientemente (pendiente de publicación), el 34.5 % de los preadolescentes de 13 años opinaban que dormían menos de lo necesario de manera habitual (al menos 5 días a la semana) y el 24 % de ellos no se sentían descansados al levantarse.

Los datos apuntan que, en nuestro medio, los niños desde el inicio de su evolución padecen un déficit de horas de sueño. En nuestra muestra de 454 niños menores de 3 años, y según sus padres/tutores, el 24.6% de la muestra dormía menos de 11 horas diarias.

En esta misma muestra, niños de 24 a 36 meses veían reducida por diversas razones su oportunidad de dormir la siesta de manera que un 16% ya no dormían siesta, un 80% realizaban sólo una siesta al día y un 4% realizaban dos diarias.

Consecuencias:

El 51.9% de los niños de 6 a 15 años de la Comunidad Valenciana (N= 606) tienen sensación de excesivo sueño por el día al menos 3 veces a la semana y el 4.21% de los mismos tienen problemas para mantenerse despiertos en clase de manera habitual (más de 3 días a la semana).

En niños de 6 a 13 años uno de cada 5 se levanta cansado existiendo una clara coexistencia entre somnolencia excesiva diurna y dormirse mientras ven la TV.

3. Causas:

El insomnio en el niño no suele tener una causa única, habitualmente es multifactorial y depende del entorno, las reglas educativas, el contexto psicoafectivo, el comportamiento de los padres, los problemas propios, los contrastes de horario y las imposiciones sociales.

La causa principal de insomnio en la infancia es, de manera especial, la aparición de un apego dependiente en sus diferentes variables en un niño con un temperamento “difícil”; este apego dependiente va a favorecer a su vez la aparición de malos hábitos y asociaciones, alimentaciones nocturnas excesivas e innecesarias, ausencia de un ritual del presueño claro, incremento de la ansiedad de separación, alteraciones del comportamiento etc. El flujo de desarrollo lo resumimos en la figura 4.

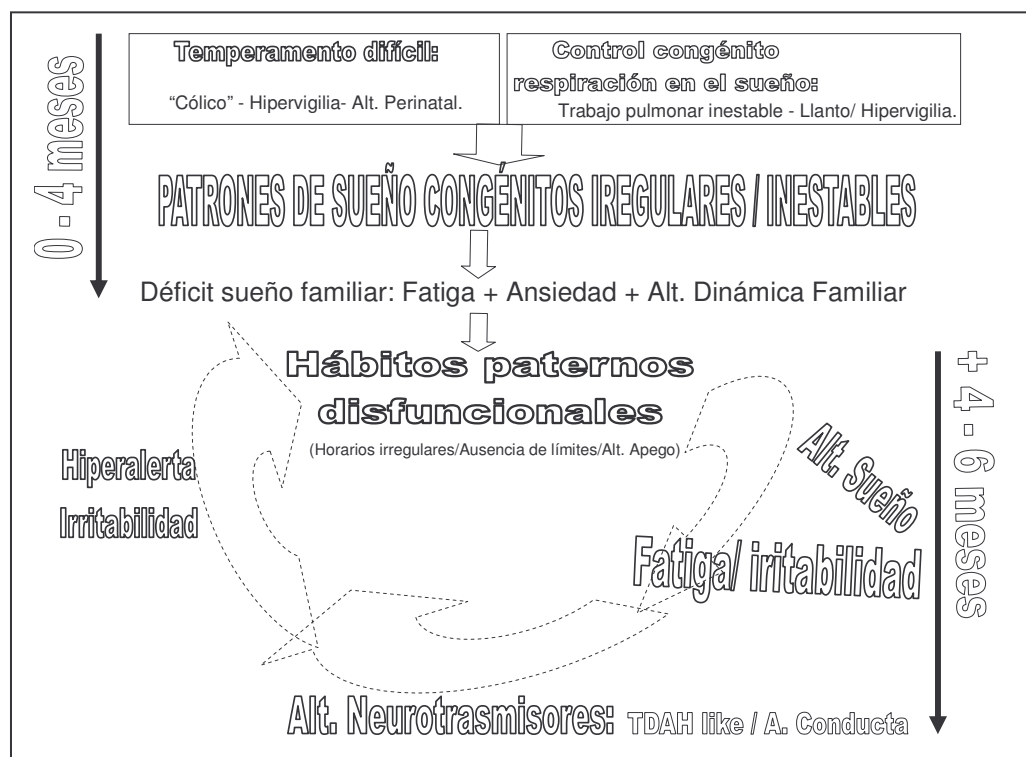


Figura 4. Génesis de las alteraciones con el sueño en la infancia

La ausencia de límites puede tener entre sus causas o consecuencias el que, por ejemplo, en nuestra Comunidad Autónoma el 30.6% de los niños de 6 a 8 años decidan ellos mismos la hora en la que se acuestan los días escolares, cifra que se eleva al 65.8 entre los niños de 9 a 11 años de edad.

En un segundo plano (3-5% de los casos) la causas de los problemas con el sueño son alteraciones médicas (otitis agudas o crónicas, dermatitis atópica, síndromes obstructivos de

vías aéreas superiores, reflujo gastroesofágico, s. piernas inquietas, epilepsias, encefalopatías de diverso origen, alergia o intolerancia a proteínas vacunas, malnutrición y retraso de crecimiento...) y alteraciones neurológicas.

En niños de 6 a 12 años con insomnio de inicio crónico se ha visto que el DLMO (inicio de secreción de melatonina medido en saliva) no está significativamente relacionado con la edad como ocurre en los controles en los que de los 6 a los 12 años se produce un retraso anual en la hora del DLMO de 0.16 horas por año(11).

Los despertares nocturnos son muy frecuentes entre los 2 y los 5-6 años y están condicionados por tres factores:

- Condiciones exteriores defectuosas: ritual, ruido, luz, cohabitación...
- Presión externa inadecuada: rigidez excesiva, oposición...
- Estado de ansiedad.

Las manifestaciones clínicas de estos despertares son diversas:

- Oposición a acostarse: grita, se levanta...
- Rituales excesivos al acostarse: frecuentes entre 4-6 años.
- Fobia a acostarse: Aparece hacia los 2-3 años. Exige la luz encendida, la mano...
- Insomnio auténtico: Típico en preadolescente-adolescente.

Scher(12) encontró que el grado de ansiedad de separación de la madre a los tres meses era un factor de predicción de los despertares nocturnos a los 9 meses: los niños con despertares nocturnos al final de la infancia suelen tener madres con altos niveles de ansiedad de separación durante los primeros meses de la lactancia. Más aún, recientemente se ha demostrado que el nivel de ansiedad y estrés de la madre durante la gestación influye en la evolución de los patrones de sueño durante la primera infancia.

En los niños en edad escolar parece existir una “ventana del despertar” que se suele localizar entre los 90 y 120 minutos después del inicio del sueño. La mayoría de los despertares en este grupo de edad se producen en el estadio 2N. En esta edad escolar la duración de los despertares aumenta progresivamente con la profundidad del sueño NREM con despertares menos largos después del sueño REM o los estadios 1-2 N.

La ausencia de límites no está presente exclusivamente.

La duración del sueño en niños 5-6 de años tiene, al parecer una relación directa con el comportamiento del sistema nervioso que controla el corazón. Así un sueño nocturno menor de

10 horas en esos niños se ha relacionado con hipofunción del sistema autonómico cardiaco e hipotensión sistólica sistémica

4. Conclusiones:

El insomnio infantil es una situación muy prevalente en la infancia con una etiología multifactorial que exigirá un enfoque clínico amplio.

Sus consecuencias en la salud infantil son diversas y, en algunas ocasiones, están presentes a medio y largo plazo.

BIBLIOGRAFÍA

1. RITER S, WILLS L. Sleep wars:research and opinión. *Pediatr Clin N Am.*2004;51:1-13.
2. JUDITH A OWENS, et al.The use of Pharmacotherapy in the treatment of Pediatric Insomnia in Primay Care: Retional Approaches. A consensus meeting summary. *J Clin Sleep Med* 2005;1(1):49-59.
3. KOHYAMA J.A novel proposal explaining sleep disturbance of children in Japan--asynchronization No To Hattatsu. 2008 Jul;40(4):277-83.
4. ANDERS, T.F, M. CARSKADON, W DEMENT Y K. HARVEY: Sleep habits of children and the identification of pathologically sleepy children. *Child Psych. Hum Dev*, 9 (1978) pp 56-63.
5. PIN ARBOLEDAS G, LLUCH ROSELLO A, BORJA PAYA F. El pediatra ante el niño con trastornos del sueño. *An Esp Pediatr* 1999;50: 247-252.
6. SADEH A, RAVIV A, GRUBER R. Sleep patterns ans sleep disruptions in school-aged children. *Dev Psicol.*,2000,36: 291-301.
7. WEISSBLUTH, M. Naps in children: 6 months – 7 years. *Sleep*,1995,18: 82-87.
8. RICHMAN N. Sleep problems in young children. *Arch Dis. Child* 1981,56: 491-493.
9. BLADER JC, KOPLEWICZ HS, ABIKOFF H, FOLEY C."Sleep problems of elementary school children". *Arch-Pediatr-Adolesc-MEd.* 1997 May; 151(5):473-80.

10. GREGORY. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.2002.
11. KRISTIAN B VAN DER HEIJDEN, MARCEL G SMITS, EUS J W VAN SOMEREN, W. BOUDEWIJN GUNNING. Prediction of melatonin efficacy by pretreatment dim light melatonin onset in children with idiopathic chronic sleep onset insomnia. J Sleep Res. 2005; 14: 187-194.
12. SCHER A. Maternal separation anxiety as a regulator of infant's sleep. J Child Psychol Psychiatry.2008;49 (6): 618-25.

Trastorno de sueño infantil: ¿Trastorno de regulación?

Daniel Costa Coto

Hospital General de Granollers (Barcelona)

Resumen

Introducción: Los problemas de sueño infantil son un trastorno muy prevalente. Los padres piden consejo de cómo deberían dormir sus hijos y sobre problemas de sueño. Revisamos la literatura y analizamos diferentes perspectivas.

Contenido: Podemos analizar los problemas de sueño desde una perspectiva del desarrollo infantil o conductual. Desde una perspectiva del desarrollo hablamos de regulación del sueño, niños “self-soothing” y “signalers”, hábitos de sueño, apego, etc. Realizamos un análisis multivariable. Diferentes estudios evolucionista evidencian que el sueño madura con el niño, y cada etapa tiene sus propias características y dificultades. Por otro lado, la perspectiva conductual habla sobre la correlación de los trastornos de sueño y los hábitos nocturnos, basando su tratamiento en romper “el círculo vicioso”, de la corrección del método, independientemente de otros factores.

Conclusiones: Los problemas de sueño requieren un análisis individual, familiar, interactivo, o sea, complejo. Lo que ha de madurar es la regulación del sueño. Se han de combinar diferentes tratamientos, de manera interactiva, acorde con cada niño. No hay soluciones mágicas.

Palabras claves: trastorno sueño; self-soothing; desarrollo; colecho; Tratamiento conductual; dificultades de sueño.

Pediatric sleep disorder: ¿A regulation disorder?

Abstract

Introduction: Sleep problems in pediatric population are very prevalent. Parents ask for counseling about how should their baby sleep and for sleeps problems. We review the literature and analyze different perspectives.

Contents: We can analyze sleep problems from a developmental perspective and from a behavioral view. From a developmental perspective we analyze regulation of sleep, self-soothing and signalers babies, sleep habits, attachment, and so on. It is a multivariate analysis. Different developmental

studies evidence that the sleep growths with children and each stage has its own characteristics and difficulties.

In the other hand, behavioral view mark the correlation between some habits and sleep problems, basing the treatment in breaking this relation, about correctness of the method, independently of others factors.

Conclusions: Sleep problems are complex, individual, familiar, interactive situation. What needs to grow is the sleep regulation. We need to combine different treatment, but always in an interactive way, accordingly with every child. No magic solutions exists.

Keys Words: Sleeps problems; self-soothing; development; sleep disruptions; cosleeping; behavioral treatment.

Los Trastornos de Sueño en la edad pediátrica son un problema prevalente y con consecuencias importantes para el niño y la familia. Se estima que alrededor del 30% de los niños en edad preescolar tienen dificultad para conciliar el sueño y/o despertares frecuentes. Aunque existe abundante literatura sobre los Trastornos de sueño en edad preescolar, aún no se ha establecido el papel de los diferentes factores etiológicos. Se requieren un mayor número de estudios prospectivos para determinar las causas y establecer criterios diagnósticos validados ¿Qué les sucede a estos niños que les cuesta dormir? ¿Qué papel juega el colecho en el sueño infantil y la conducta de los Padres? ¿Sirve dejar llorar a los niños por la noche? ¿Realmente los niños aprenden a dormir?

Cuando abordamos las dificultades de sueño hemos de diferenciar por un lado las dificultades debidas al desarrollo y por otro lado los trastornos de sueño *per se*. Diferentes autores han realizado estudios prospectivos en lactantes para estudiar las características del sueño infantil. Anders et al(1) diferencian por un lado, consolidación del ciclo vigilia-sueño y por otro su regulación. Según estos autores a partir de los 4-6 meses se consolida el sueño nocturno, que es alrededor de 10-12 horas de media, durmiendo de media 6 horas seguidas, y presencia de despertares fisiológicos (2 despertares nocturnos). Diferencian entre bebés con capacidad de volverse a dormir “self-soothers” y otros que despiertan a los padres “signalers”, tras estos despertares. Diferentes factores afectan la capacidad de “self-soothing”(temperamento niño, conducta de los padres, depresión materna, etc) (6). Así encontramos estudios prospectivos que asocian los trastornos de sueño con depresión materna, factores psicosociales, trastornos de apego, etc(2) y otros estudios con conductas de los padres durante el sueño (presencia parental, alimentación nocturna, etc)(5). Con referencia al colecho se ha descrito mayor número trastorno de sueño en el grupo de niños con “colecho reactivo”, que no en el grupo de “colecho cultural”.

El colecho es una práctica universal y podemos diferenciar el colecho reactivo (secundario a los trastornos de sueño del niño) del cultural(3).

En cuanto al tratamiento de los trastornos de sueño no existen fórmulas mágicas. Primero de todo hay que realizar un calendario de sueño para poder corregir los hábitos de sueño incorrectos, una vez establecido esto, valorar el nivel de desarrollo del bebé y el tipo de interacción familiar. Los tratamientos conductuales basados en la extinción se basan en la separación, con el objetivo de “eliminar refuerzos positivos” (en este caso la regulación de los Padres)(10). Estos tratamientos no han demostrado eficacia a largo plazo ni que los bebés aprendan a dormir. Antes de aplicar algún tratamiento nos tendríamos de preguntar cómo regula el sueño el bebé. A partir de aquí promover hábitos de sueño correctos, una regulación del sueño diádica (entre dos, Padres y bebé), la autorregulación del bebé, siguiendo un modelo interactivo y respetando el ritmo madurativo del bebé.” *Primum non nocere* “.

Como conclusión, los trastornos de sueño son una señal de alarma en el desarrollo del niño y requieren valoración y tratamiento global.

BIBLIOGRAFÍA

1. GOODLIN-JONES B, BURNHAM M M, L,GAYLOR E E. Anders T F Night Waking, Sleep-Wake Organization, and Self-Soothing in the First Year of Life .J Dev Behav Pediatr. 2001 August ; 22(4): 226–233.
2. ZUCKERMAN B, STEVENSON J, BAILEY V., Sleep Problems in Early Childhood: Continuities, Predictive Factors, and Behavioral. Pediatrics 1987;80;664-671.
3. MAO A MS, BURNHAM M M, GOODLIN-JONES B L, GAYLOR E E. Anders T F. Comparison of the Sleep–Wake Patterns of Cosleeping and Solitary-Sleeping Infants Child Psychiatry Hum Dev. 2004 ; 35(2): 95–105.
4. LOZOFF B, ASKEW GL, WOLF AW. Cosleeping and early childhood sleep problems: Effects of ethnicity and socioeconomic status. J Dev Behav Pediatr 1996;17:9–15.
5. TOUCHETTE E,et.al, Factors Associated With Fragmented Sleep at Night Across Early Childhood .Arch Pediatr Adolesc Med. 2005;159:242-249.
6. ANDERS T F, .HALPERN L F, HUA J. Sleeping Through the Night: A Developmental Perspective Pediatrics 1992;90;554-560.

7. PEIYOONG LAM, Harriet Hiscock and Melissa Wake Outcomes of Infant Sleep Problems: A Longitudinal Study of Sleep, Behavior and Maternal Well-Being. *Pediatrics* 2003;111;e203-e207
8. RICHMAN N. A community survey of characteristics of one- to two-year olds with sleep disruptions. *J.Am Acad Child Psychiatry*. 1981;20:281–291
9. LOZOFF B, WOLF A W. DAVIS N S, Sleep Problems Seen in Pediatric Practice. *Pediatrics* 1985;75;477-483.
10. MINDELL JA, KUHN B, LEWIN DS et al. Behavioral treatment of bedtime problems and night wakings in infants and young children. *SLEEP* 2006;29(10):1263-1276.

Manejo farmacológico del insomnio infantil.

Revisión de las opciones farmacológicas

A. Lluch Roselló^a, G. Pin Arboledas^b

^a*Pediatra C. S. Ingeniero Joaquín Benloch. Valencia.*

^b*Unidad Valenciana del Sueño. Hospital Quirón*

Resumen

Realizamos una revisión bibliográfica de las diferentes modalidades farmacológicas actuales en nuestro país del tratamiento del insomnio así como de las características más importantes de los fármacos más utilizados y las comparamos con las del hipnótico pediátrico ideal.

Se exponen las recomendaciones y contraindicaciones del uso farmacológico y las medidas a tener en cuenta si se decide esta modalidad terapéutica.

Conclusión: se concluye que la indicación farmacológica es excepcional y transitoria y debe, en todo caso, acompañarse de medidas de higiene de sueño y terapia cognitivo conductual.

Palabras clave: insomnio infantil; farmacológico; tratamiento; antihistamínicos; neurolépticos; benzodiazepinas.

Pharmacological management of pediatric insomnia. An update

Abstracts

We conducted a review bibliographic different current pharmacological patterns in our the treatment of insomnia and features more country important popular drugs and against with the of the hypnotic paediatric ideal.

The recommendations are exposed and contra-indications of drug use and the measures to be taken into account if you decide this therapeutic modality.

Conclusion: the pharmacological indication is exceptional and transitional and must, in any case, be accompanied by measures of sleep hygiene and cognitive – behavioural therapy.

Keywords: pediatric insomnia, drug therapy, treatment, antihistaminic, neuroleptics, benzodiazepines.

Correspondencia: Gonzalo Pin Arboledas (gpa@comv.es)

INTRODUCCIÓN

En general el tratamiento del insomnio infantil es de tipo conductual. A pesar de ello, en algunas ocasiones tanto el pediatra de asistencia primaria como el experto en sueño se plantean el tratamiento farmacológico. Así en una encuesta francesa el 12% de los niños de la escuela primaria habían recibido medicación psicoactiva fundamentalmente para tratar problemas relacionados con el sueño de manera diaria durante 1-2 años. En otra encuesta realizada en Inglaterra en niños de 18 meses, el 25% habían tomado sedantes. Entre los adolescentes franceses del 10 al 12% reciben algún tipo de tratamiento farmacológico para problemas relacionados con el sueño(1).

Los problemas que se encuentran a la hora de prescribir un fármaco para el tratamiento del insomnio en la etapa pediátrica, son la falta de familiaridad con las características farmacocinéticas del niño, la escasez de publicaciones así como que la mayoría de las fichas técnicas en sus indicaciones no recomiendan su uso o utilización. Además, cualquier discusión sobre el tratamiento farmacológico del insomnio pediátrico debe estar precedido por información de la importancia de una buena higiene de sueño como parte fundamental del tratamiento en su conjunto.

El objetivo de la presente revisión es valorar las indicaciones y contraindicaciones del uso de fármacos en el tratamiento del insomnio infantil.

MATERIAL Y METODOS

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica a través de PubMed entre publicaciones en idioma castellano e inglés con las palabras claves “pediatric insomnia” AND “treatment” AND “pharmacologic” e “insomnio pediátrico” Y “tratamiento farmacológico” entre publicaciones de los últimos 10 años y que correspondiesen a revisiones sistemáticas o artículos originales. Se rechazaban las cartas el editor o casos clínicos. Además se ha revisado manualmente la bibliografía de las publicaciones obtenidas.

En el idioma inglés se obtuvieron 5 publicaciones de las que 4 cumplían los requisitos de la búsqueda. En idioma castellano se obtuvieron 1 que cumplían los requisitos.

Se han revisado las dosis y características de los diversos fármacos utilizados según la Guía de Prescripción Terapéutica (GPT)(2) y las fichas técnicas proporcionadas por los laboratorios farmacéuticos productores.

RESULTADOS

Según la bibliografía revisada(3,4,5), al tomar la decisión de utilizar un tratamiento farmacológico el médico prescriptor debe tener en cuenta que:

- Los beneficios potenciales deben ser muy superiores a los riesgos.
- La selección del fármaco debe realizarse en función del tipo de problema que presenta el niño: si el problema es de inicio de sueño utilizaremos fármacos de acción rápida y vida media corta. Si, por el contrario, el problema es de mantenimiento se utilizará un fármaco de vida media larga.
- Al seleccionar el fármaco debemos tener en cuenta las variables personales tales como edad, comorbilidad física o psiquiátrica, uso de otras medicaciones...
- Los objetivos del tratamiento farmacológico deben ser objetivamente medibles (latencia del sueño menor de 30 minutos, disminuir la somnolencia diurna...). El objetivo farmacológico inmediato es aliviar o mejorar los síntomas más que eliminar el problema.
- La duración del tratamiento debe ser lo más corta posible y la dosis utilizada la mínima eficaz.
- El momento de la toma debe evitar la aparición de síntomas matinales.
- Se debe monitorizar su eficacia y efectos secundarios frecuentemente y de manera sistemática.
- Evitar la retirada brusca.

El Consenso de la Academia Americana de Medicina del Sueño (AASM) define al hipnótico pediátrico ideal como aquel que reúne las siguientes características(6):

- Presentar una biodisponibilidad oral alta. Esta propiedad reúne solubilidad, rápida absorción, estabilidad, resistencia a enzimas digestivos y hepáticos de manera que se asegura una respuesta clínica rápida, estable y previsible a dosis adecuadas.
- Su metabolismo debe producir metabolitos inactivos o activos de corta vida media y tener una tasa media de eliminación corta (2-3 horas).
- Entre sus propiedades farmacodinámicas deben incluir un inicio rápido de acción (preferiblemente 30 minutos) de manera que pueda ser administrado poco antes de acostarse, una duración de acción lo suficientemente larga que exija una única dosis nocturna que no provoque efectos diurnos residuales.
- No se debe asociar a efecto rebote, tolerancia o efecto retirada.

- Debe tener pocos efectos secundarios con ausencia o escasa interacción con otros fármacos.
- No debe afectar la arquitectura del sueño ni la secreción hormonal (HGH) nocturna.
- Debe estar disponible en presentación líquida agradable, comprimidos o cápsulas.

Frente a estas características del hipnótico ideal, los fármacos que se están utilizando en los niños que sufren insomnio son:

a) Antihistamínicos:

Se utilizan como inductores del sueño aprovechando su efecto sedante. Sin embargo, en niños de 6 a 15 meses durante la semana de terapia y las 2-4 semanas posteriores, la difenhidramina no fue más eficaz que el placebo para reducir los despertares nocturnos o para mejorar la satisfacción de los padres con respecto al sueño de sus hijos(7).

En la tabla 1 se resumen las dosis y edades de utilización recomendadas según la GPT y las diversas fichas técnicas de los antihistamínicos más utilizados.

Tabla 1. Dosis pediátricas de los antihistaminicos más utilizados según la GPT

Principio activo (nombre comercial)	Dosis
Alimemazina (Variargil [®])	> 2 años: 2.5-5 mg. 2-3 veces al día. Máximo 15 mg > 12 años 10mg. 2-3 veces al día. Máximo 30 mg F.T.* contraindicado en < 2 años
Difenhidramina (Benadryl [®] , Soñodor [®])	6-12 años: 25 mg/6h, dosis máxima 150 mg/día > 12 años: 50 mg/6h, dosis máxima 300 mg/día No en < 6 años, salvo prescripción médica (G.P.T.)** F.T: > 1 año: 5mg/kg/día repartido cada 6 horas, dosis máxima 150 mg/día,
Doxilamina (Dormidina [®])	Falta de seguridad y eficacia en < de 18 años
Hidroxizina (Atarax [®])	>1 año: 1-2.5 mg/Kg/día. Dosis máxima 100 mg/día G.P.T: a partir 6 meses edad

* Ficha Técnica

** Guía de Prescripción Terapéutica.

Las contraindicaciones más frecuentes en pediatría del uso de los antihistamínicos son:

- Obstrucción píloro-duodenal
- Asma
- Antecedentes de SAHS
- Antecedentes familiares de muerte súbita del lactante
- Enfermedades agudas: deshidratación grave.
- La Hidroxizina está contraindicado en pacientes con porfiria.

b) Neurolépticos:

Grupo de medicamentos de naturaleza química heterogénea pero con un mecanismo de acción común: bloqueo de los receptores dopaminérgicos cerebrales D2.

Inductores del sueño por sedación con escaso o nulo poder adictivo.

Entre sus efectos adversos más destacables están los efectos extrapiramidales agudos (menos frecuentes en los neurolépticos atípicos), discinesia tardía, convulsiones, aumento de la secreción de prolactina, aumento de peso, alargamiento Q-T en el ECG, leucopenia, agranulocitosis, efectos anticolinérgicos periféricos, fotosensibilidad, síndrome neuroléptico maligno.

En la tabla 2 se resumen las dosis recomendadas según la GPT y las diversas fichas técnicas.

Tabla 2. Dosis pediátricas de los diferentes neurolépticos según la GPT y fichas técnicas.

Principio activo (nombre comercial)	Dosis
Clorpromazina (Largactil®)	< 5 años: 1mg/kg/día. (dosis máxima: 40mg/día) > 5 años: 1/3 o 1/2 dosis del adulto, según su peso (dosis máxima 75 mg/día) No en < 1 año
Prometazina (Frinova®)	1 a 3 años: 2-15 mg/día 3 a 8 años: 15-25 mg/día 8 a 15 años: 25-50 mg/día GPT no la recomienda en < de 2 años
Levomepromazina (Sinogan®)	> 3 años: 0.5-2 mg/kg/día, en 2-3 tomas (< 12 años, máximo 40 mg)
Trifluoperazina (Eskacine®)	6-12 años: inicial 1mg/12-24h, máximo 4mg/día (dosis media: 1mg/20kg/día) >12 años: 1-2 mg/12h, máximo 6mg/día

Periciazina (Nemactil [®])	> 3 años: 1 mg por año de edad/día en 2-3 tomas 0.5 mg/kg/día
--	--

Haloperidol	0.025-0.05 mg/kg/día (< 5 años: 0.25 mg 2 veces al día > 5 años: 0.5 mg 2 veces al día)
--------------------	---

Sulpirida (Guastil [®])	2-3 mg/kg/8h (No en < 14 años)
---	--------------------------------

Tiaprida (Tiaprizal [®])	2.5-5 mg/kg/día, en 3-4 tomas
--	-------------------------------

c) Benzodiazepinas:

Como hipnóticos estarían indicadas para el insomnio de corta duración o transitorio. Sus prescripciones deberían limitarse a pocos días, no más de 2 semanas y, preferiblemente, en uso intermitente.

Se debe tener en cuenta su alto poder de ocasionar dependencia.

Disminuyen la latencia de sueño y el número de despertares a lo largo de la noche, suprimen el sueño REM, prolongan la latencia REM, aumentan el estadio 2 de sueño y disminuyen los estadios 1 y 3. En general se recomiendan las de vida corta e intermedia(8).

En la TABLA III se resumen las dosis recomendadas según la GPT y las diversas fichas técnicas.

Tabla 3. Dosis pediátricas de las benzodiazepinas más utilizadas según la GPT y las diversas fichas técnicas

Principio activo (nombre comercial)	Dosis
Diazepam (Valium [®])	> 6 meses: 0.1-0.3 mg/kg/día V.O.
Lorazepam (Orfidal [®])	No recomendada en niños
Alprazolam (Trankimazin [®])	No recomendado en niños
Lormetazepam (Noctamid [®])	Niños: 0.5-1 mg/día No recomendado en niños (GPT)

El mismo Consenso de la AAMS plantea como indicaciones potenciales del tratamiento farmacológico del insomnio pediátrico en un niño, por otra parte sano, las siguientes circunstancias:

- Estar en peligro la seguridad y bienestar del niño.
- Padres incapaces de instaurar medidas no farmacológicas.
- El insomnio está en el contexto de una enfermedad médica, ante una situación estresante y/o antes o durante un viaje.
- Siempre deben utilizarse junto medidas higiénicas y conductuales.
- Es preciso descartar previamente la presencia de un Trastorno Respiratorio durante el Sueño.

Las contraindicaciones absolutas del tratamiento farmacológico se resumen en:

- Presencia de un Trastorno Respiratorio del Sueño no tratado.
- El insomnio es debido a una fase normal del desarrollo o a falsas expectativas de los padres.
- Es debido a una situación autolimitada de corta duración.
- Puede haber interacción medicamentosa con la medicación habitual del niño.
- No existe posibilidad de seguimiento y/o monitorización del tratamiento.

CONCLUSIÓN

Carecemos en la actualidad de un fármaco que reúna las características del hipnótico pediátrico ideal. A pesar de ello, en determinadas circunstancias, siempre de manera temporal, acompañado de medidas higiénico-conductuales y bajo estricto control del pediatra de AP o del experto en sueño puede estar indicado el tratamiento farmacológico del insomnio. El profesional que decide utilizar esta modalidad terapéutica debe conocer íntimamente las características farmacocinéticas del fármaco a utilizar así como las del paciente (niño) y del ambiente psicofamiliar en el que éste se desenvuelve. Es imprescindible contar con la posibilidad de controles posteriores.

Aún así la indicación farmacológica de tratamiento del insomnio infantil es excepcional y siempre transitoria y debe estar acompañada siempre de terapia cognitivo-conductual y medidas de higiene de sueño. No olvidando nunca el papel fundamental de la prevención y la enfermería pediátrica.

BIBLIOGRAFÍA

1. OWENS JA, ROSEN CL, JODI A. Mindell. Medication Use in the Treatment of Pediatric Insomnia: Results of a Survey of Community-Based Pediatricians. *Pediatrics* 2003; 111: e628-e635.
2. Guía de Prescripción Terapéutica. Información de medicamentos autorizados en España. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. 2009.
3. MINDELL JA, EMSLIE G, BLUMER J, GENEL M, GLAZE D, IVANENKO A, JOHNSON K, ROSEN C, STEINBERG F, ROTH T, BANAS B. Pharmacologic management of insomnia in children and adolescents: consensus statement. *Pediatrics*. 2006 Jun;117(6):e1223-32.
4. YOUNUS M, LABELLARTE MJ. Insomnia in children: when are hypnotics indicated?. *Paediatr Drugs*. 2002;4(6):391-403.
5. IDIAZÁBAL M^a A, ESTIVILL E. Tratamiento del Insomnio en niños: aspectos farmacológicos. *An. Pediatr (Barc)*. 2003;59:239-45.
6. OWENS JA, et al. The use of Pharmacotherapy in The treatment of Pediatric Insomnia in Primary Care: Rational Approaches. A consensus meeting summary. *J. clin Sleep Med* 2005; 1 (1): 49-59.
7. MERESTEIN D, DIENER-WEST M, HALBOWER AC, RUBIN. HR The trial of infant response to diphenhydramine: the TIRED study-a randomized, controlled, patient-oriented trial. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2006; 160(7): 707-712.
8. ESTIVILL E, BOVE A, GARCÍA-BORREGUERO D, GIBERT-RAHOLA J, PANIAGUA J, PIN G, PUERTAS FJ. Consensus on Drug Treatment. Definition and Diagnosis for Insomnia. *Clin. Drug Invest*, 2003;23:351-383.

Tratamiento conductual del insomnio infantil

Francisco Segarra Isern

*Clínica del Sueño Estivill (USP Instituto Universitario Dexeus y
Cario Hospital General de Cataluña. Barcelona).*

Resumen

El insomnio infantil es una alteración del sueño que afecta entre el 20%-30% de la población infantil hasta la edad preescolar y se caracteriza por la dificultad para conciliar el sueño de forma autónoma y/o despertares nocturnos frecuentes durante la noche con incapacidad para volver a dormirse sin ayuda externa. Se presenta también en forma de resistencia del niño a acostarse por la noche a la hora estipulada o una combinación de ambos. Según la American Academy of Sleep Medicine (AASM), el tratamiento de elección en el Insomnio Infantil por Hábitos Incorrectos se basa en las intervenciones conductuales, sustentadas en los principios de la psicología del comportamiento.

Palabras clave: Insomnio infantil, intervención conductual, hábitos incorrectos, resistencia.

Behavioral treatment of pediatric insomnia

Abstract

Childhood Insomnia is a sleep disorder which affects 20% to 30% of infants, toddlers and preschoolers. It is characterized by difficulties falling sleep alone and/or frequent nighttime awakenings. It can be present in the form of resistance to going to bed at the stipulated time or a combination of both. The treatment recommended by the AASM for the Behavioral Insomnia of Childhood consists of behavioral interventions which are based on the principles of behavioral psychology

Key words: Childhood insomnia, behavioral intervention, incorrect habits, resistance.

Correspondencia: Francisco Segarra
Correo electrónico: fjsegarra@sleepislife.com

Introducción

La importancia del sueño para el normal desarrollo y funcionamiento de niño está generalmente aceptada y constituye todo un reto clínico dada la alta prevalencia de los trastornos del sueño en la edad infantil.

El insomnio infantil es una alteración del sueño que afecta entre el 20%-30% de la población infantil hasta la edad preescolar (datos similares en diferentes estudios incluso en diferentes culturas), y se caracteriza por la dificultad para conciliar el sueño de forma autónoma y/o despertares nocturnos frecuentes durante la noche con incapacidad para volver a dormirse sin ayuda externa (Sleep Onset Association Disorder). Se presenta también en forma de resistencia del niño a acostarse por la noche a la hora estipulada (Limit Setting Disorder) o una combinación de ambos (1). El impacto de un sueño deficiente y/o insuficiente sobre el niño y su entorno familiar es bien conocido, por lo que disponer de estrategias terapéuticas efectivas constituye un avance clínico inestimable.

Insomnio infantil. causas y consecuencias

La etiología del insomnio infantil es multifactorial (causas biológicas, circadianas, de neurodesarrollo, conductuales) y existen factores predisponentes, precipitantes y perpetuantes que deben ser analizados y bien delimitados mediante un análisis funcional de la situación para llegar a un diagnóstico preciso de Insomnio infantil por hábitos incorrectos -Behavioral Insomnia of Childhood- (2,3).

Los datos de la bibliografía científica muestran claramente un fuerte impacto del Insomnio Infantil en el niño, con afectación diurna a nivel anímico, cognitivo, conductual, de salud y en la calidad de vida del niño (4). Además provoca una disfunción familiar e incluso una repercusión sobre la calidad de vida y estado anímico de los padres. En este sentido existen varios estudios que muestran una estrecha relación entre el insomnio infantil y la depresión en las madres (5, 6). Por otro lado estudios longitudinales muestran que el insomnio en la infancia puede continuar en la edad preescolar, escolar e incluso puede llegar a cronificarse de no implementarse a tiempo un tratamiento adecuado (3).

Estrategias terapéuticas

El tratamiento de elección en el Insomnio Infantil por Hábitos Incorrectos (Behavioral Insomnia of Childhood) se basa en las intervenciones conductuales, sustentadas en los principios de la psicología del comportamiento. La psicología conductual se encuadra en un marco de compromiso con el método científico que implica, entre otros aspectos, que las intervenciones deben ser evaluables empíricamente. Estas intervenciones terapéuticas se basan en el supuesto de que las conductas y cogniciones “disfuncionales” son susceptibles de ser modificadas controlando los reforzadores que las mantienen (7,8,9,10).

En este sentido la Academia Americana de Medicina del Sueño (American Academy of Sleep Medicine) realizó una revisión mediante un meta análisis de 52 estudios controlados (de diferentes niveles de evidencia según el diseño del estudio) sobre el tratamiento conductual del insomnio en niños con edades comprendidas entre 0 y 4 años 11 meses ($n > 2500$) entre 1970 y 2005. Cada artículo fue revisado por 2 equipos designados por la American Academy of Sleep Medicine (AASM).

La revisión de la literatura científica al respecto muestra que las intervenciones conductuales producen cambios fiables y duraderos, el 94% de estudios demuestran que las intervenciones conductuales son efectivas, que más del 80% de niños tratados muestran mejoras clínicas significativas que se mantienen más allá de los 3-6 meses y en ninguno de los estudios revisados se evidencian efectos secundarios indeseados del tratamiento, sino más bien lo contrario.

Siguiendo en esta línea, el Standard of Practice Committee (SPC) de la American Academy of Sleep Medicine (AASM) propone varias recomendaciones para el tratamiento del insomnio infantil clasificándolas en 3 categorías principales (“Standard” - estrategia terapéutica con alta evidencia clínica-, “Guideline” -estrategia terapéutica con moderada evidencia clínica- y “Option” -estrategia terapéutica con evidencia clínica no concluyente-).

En este sentido concluye, a nivel general, que los tratamientos conductuales en el insomnio infantil por hábitos incorrectos (IIHI) son estrategias terapéuticas con recomendación “Standard”, es decir, efectivos y recomendados.

En cuanto a las intervenciones específicas “Standard” concluyen que tanto la Extinción, Extinción con presencia de los padres y Educación de los padres (prevención) son estrategias efectivas y recomendadas. Las estrategias efectivas y recomendadas a nivel “Guideline” son la Exposición gradual, los Despertares programados y Retrasar la hora de acostarse + Coste de respuesta + Rutinas positivas.

Con nivel de evidencia insuficiente “Option” concluyen que, para la combinación de varias técnicas vs. la aplicación de técnicas simples, o para la utilización aislada del Refuerzo positivo y/o Rutinas previas estandarizadas, no existe evidencia suficiente para ser recomendadas como tratamiento independiente.

Finalmente la revisión de estos estudios también demuestra con un nivel de evidencia clínica que las intervenciones conductuales son recomendadas y efectivas para el buen funcionamiento diurno del niño y de los padres y que no presentan efectos secundarios indeseados (3).

Conclusiones

Parece clara la importancia de un buen descanso nocturno en el normal desarrollo y calidad de vida del niño. El insomnio infantil constituye un trastorno de sueño con alta prevalencia (20%-30%) y en la mayoría de los casos la causa del trastorno es de tipo conductual (Behavioral Insomnia of Childhood) y, por tanto, susceptible de ser tratado mediante técnicas del comportamiento.

La importancia de elegir una estrategia terapéutica efectiva se hace patente si atendemos a las consecuencias negativas (anímicas, cognitivas, físicas) del insomnio tanto en el niño como en su entorno familiar. Según una reciente revisión de la American Academy of Sleep Medicine (AASM), se pone de manifiesto que las diferentes técnicas conductuales disponibles son estrategias terapéuticas efectivas en el tratamiento del insomnio infantil por hábitos incorrectos.

En esta revisión se concluye también que las técnicas conductuales utilizadas como tratamiento no muestran efectos secundarios indeseados en el niño sino más bien lo contrario.

Así pues según el Standard Practice Committe de la American Academy of Sleep Medicine., existe un alto grado de evidencia científica que avala la recomendación de aplicar las técnicas conductuales descritas como primera elección terapéutica en el insomnio infantil por hábitos incorrectos (IIHI).

BIBLIOGRAFÍA

1. International Classification of Sleep Disorders. 2nd ed. Diagnostic and Coding Manual. Westchester, IL: American Academy of Sleep Medicine, 2005
2. FERBER R, KRUGER M (eds): Principles and practice of sleep medicine in the child. Philadelphia, PA, Saunders, 1995
3. MINDELL JA, KUHN B, LEWIN DS, et al. Behavioral Treatment of bedtime problems and night wakings in infants and young children. SLEEP 2006;29(10):1263-1276
4. CARVALHO B, GOMES A, CLEMENTE V et al. Sleep and behavioral/emotional problems in children: A population-based study. Sleep Med 2009;10:66-74
5. MINDELL JA, TELOFSKI LS, WIEGAND B, KURTZ ES. A nighty bedtime routine: impact on sleep in young children and maternal mood. SLEEP 2009;32(5):599-605
6. TENENBOJM E, ANGELIS G, ROSSINI S, ESTIVILL E, SEGARRA F et al. Insomniac children maternal sleep and mood in São Paulo and Barcelona. Arquivos de Neuro-Psiquiatria 2008: 056/2008
7. PIN G, LLUCH A, BORJA F. El pediatra ante los trastornos del sueño. An Esp Pediatr 1999;50:247-252
8. MOORE M, MELTZER LJ, MINDELL JA. Bedtime problems and night waking in children. Prim Care 2008;35:569-81
9. ESTIVILL E. Insomnio infantil por hábitos incorrectos. Rev Neurol 2000;30:188-199
10. MORGENTHALER TI, OWENS J, ALESSI C et al. Practice parameters for behavioural treatment of bedtime problems and night wakings in infants and young children. SLEEP 2006;29(10):1277-1281