

¿ NOVEDADES EN SUEÑO INFANTIL?: MANEJO DEL INSOMNIO

Ignacio Cruz Navarro

Pediatra de AP: CS Montequinto. Dos Hermanas (Sevilla)

Coordinador del GT Sueño de la AEpap

El ponente manifiesta que carece de conflictos de intereses con el tema



CASO CLÍNICO Nº 1:

Motivo de consulta:

Los padres de Rafael que tiene 15 meses nos dicen: “ Estamos desesperados. A Rafael le pasa algo. No puede dormir. Lo hemos probado todo y nada funciona. Tiene que mandarle algo para que duerma ...”

¿ Qué hacemos con Rafael?

- 1) Recomendar a los padres que se compren el libro “ Duérmete niño” de E Estivill y que no vuelvan por la consulta hasta que lo hayan llevado a la práctica.
- 2) Gotas de melatonina: 1-3 mgr administradas una hora antes de la hora deseada de dormir durante un mes.
- 3) Lo cito en una consulta programada para llevar a cabo educación sanitaria sobre el sueño, explicar las medidas de higiene de sueño y valorar intervención psicológica conductual.
- 4) Iniciar tratamiento con Variargil (Alimemazina) : 5 gotas antes de acostarse.
- 5) Todas son ciertas.
- 6) Ninguna es adecuada.

CASO CLÍNICO Nº 1:

Motivo de consulta:

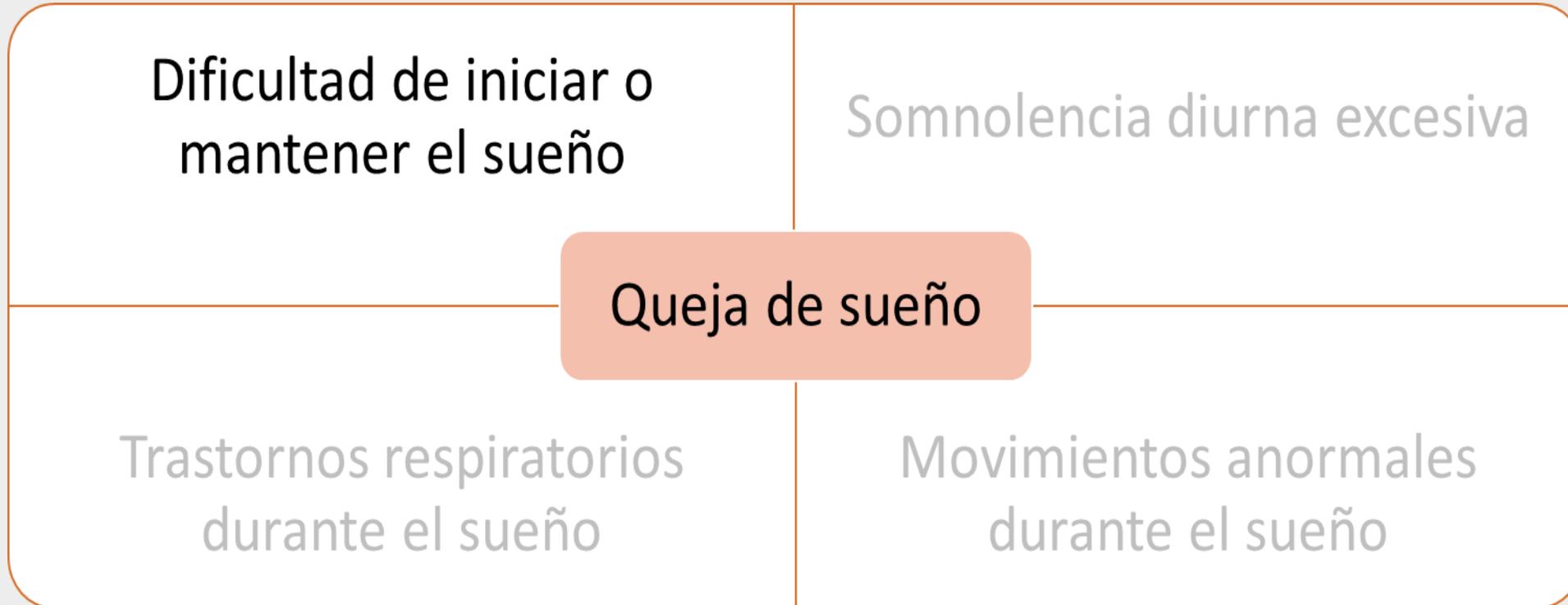
Los padres de Rafael que tiene 15 meses nos dicen: “ Estamos desesperados. A Rafael le pasa algo. No puede dormir. Lo hemos probado todo y nada funciona. Tiene que mandarle algo para que duerma ...”

¿ Qué hacemos con Rafael?

- 1) Recomendar a los padres que se compren el libro “ Duérmete niño” de E Estivill y que no vuelvan por la consulta hasta que lo hayan llevado a la práctica.
- 2) Gotas de melatonina: 1-3 mgr administradas una hora antes de la hora deseada de dormir durante un mes.
- 3) Lo cito en una consulta programada para llevar a cabo educación sanitaria sobre el sueño, explicar las medidas de higiene de sueño y valorar intervención psicológica conductual.
- 4) Iniciar tratamiento con Variargil (Alimemazina) : 5 gotas antes de acostarse.
- 5) Todas son ciertas.
- 6) Ninguna es adecuada.

¡¡ LA EVALUACIÓN DE LOS PROBLEMAS DE SUEÑO ES UN ACTO MÉDICO!!

1ª TAREA: IDENTIFICAR LA QUEJA PRINCIPAL



INSOMNIO

QUEJA SOBRE EL SUEÑO DE UN NIÑO



TRASTORNO DE SUEÑO

¿ QUÉ IMPLICA QUE UN NIÑO “ DUERME BIEN”?

El concepto de “dormir toda la noche” en un lactante no significa dormir sin interrupción, sino que es un proceso progresivo que se basa en la adquisición de tres habilidades:

1. Un período continuado de tiempo durmiendo.
2. Horario de sueño nocturno que coincida con el resto de la familia
3. Capacidad de volver a dormirse de manera autónoma tras los despertares fisiológicos

Goodlin-Jones BL, Burnham MM, Gaylor EE, Anders TF. Night waking, sleep-wake organization, and self-soothing in the first year of life. J Dev Behav Pediatr. 2001 Aug;22(4):226-33



Los padres sufren normalmente una pérdida de aprox 500 horas de sueño en el primer año de vida de su hijo/a..”

CICLO DE SUEÑO EN UN LACTANTE



0-3 MESES: INICIO DEL SUEÑO EN FASE ACTIVA . CICLOS DE 40 MINUTOS DE DURACIÓN .

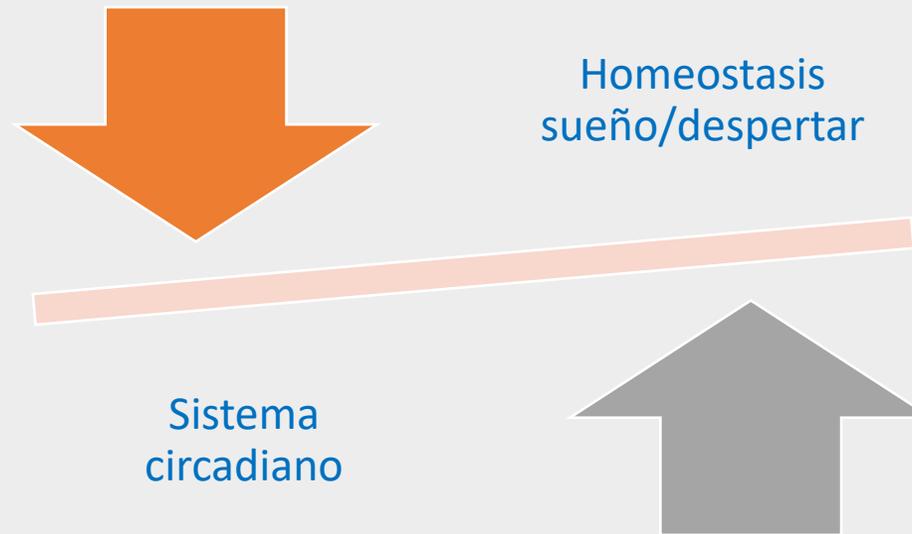
RITMO ULTRADIANO MODULADO POR LAS TOMAS FRECUENTES DE ALIMENTACION

3-4 MESES: INICIO DE LA PRODUCCIÓN DE MELATONINA. COMIENZA A DESARROLLARSE EL RITMO CIRCADIANO

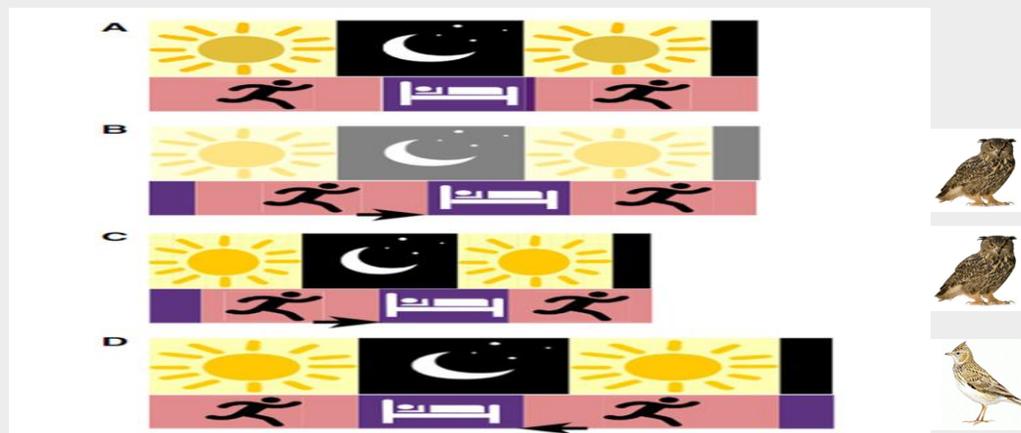


BINOMIO de SUEÑO MADRE-HIJO
Sistema complejo

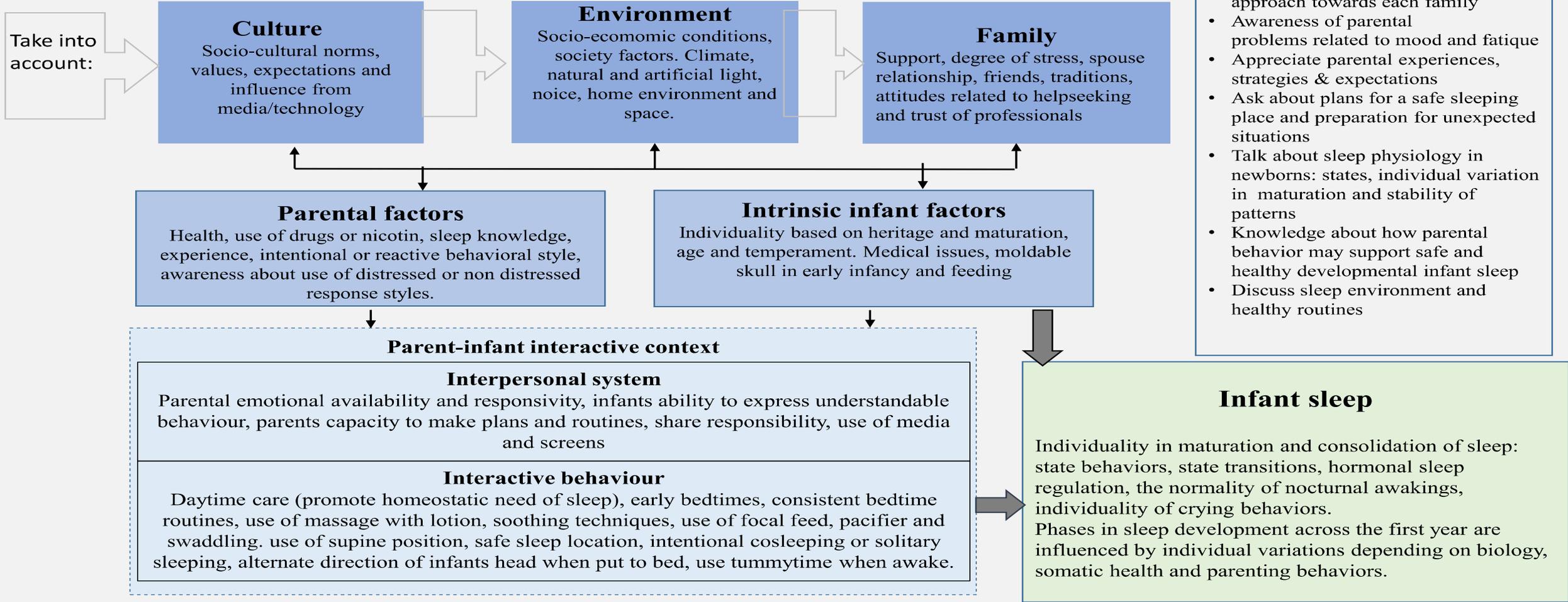
HORARIOS Y CANTIDAD DE SUEÑO



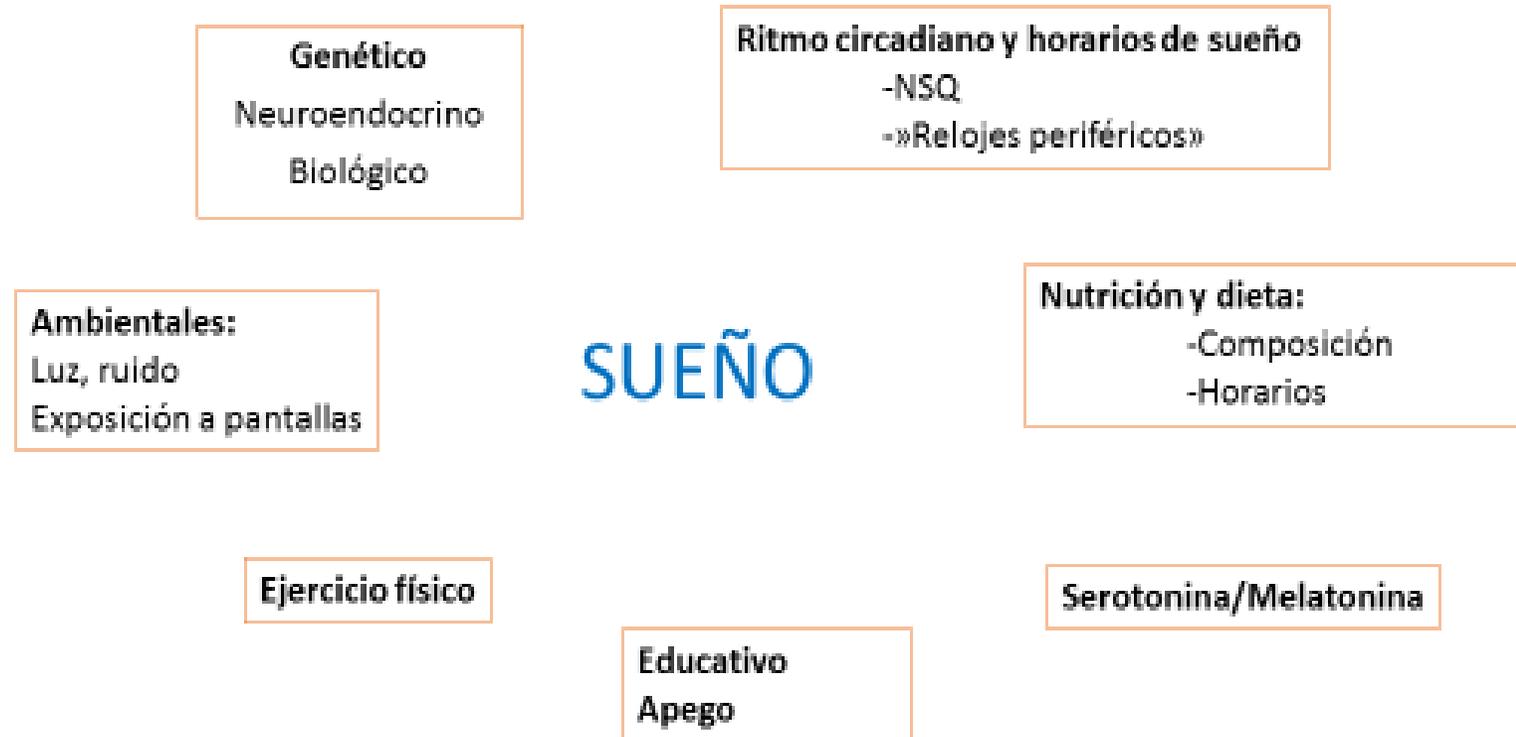
CRONOTIPO



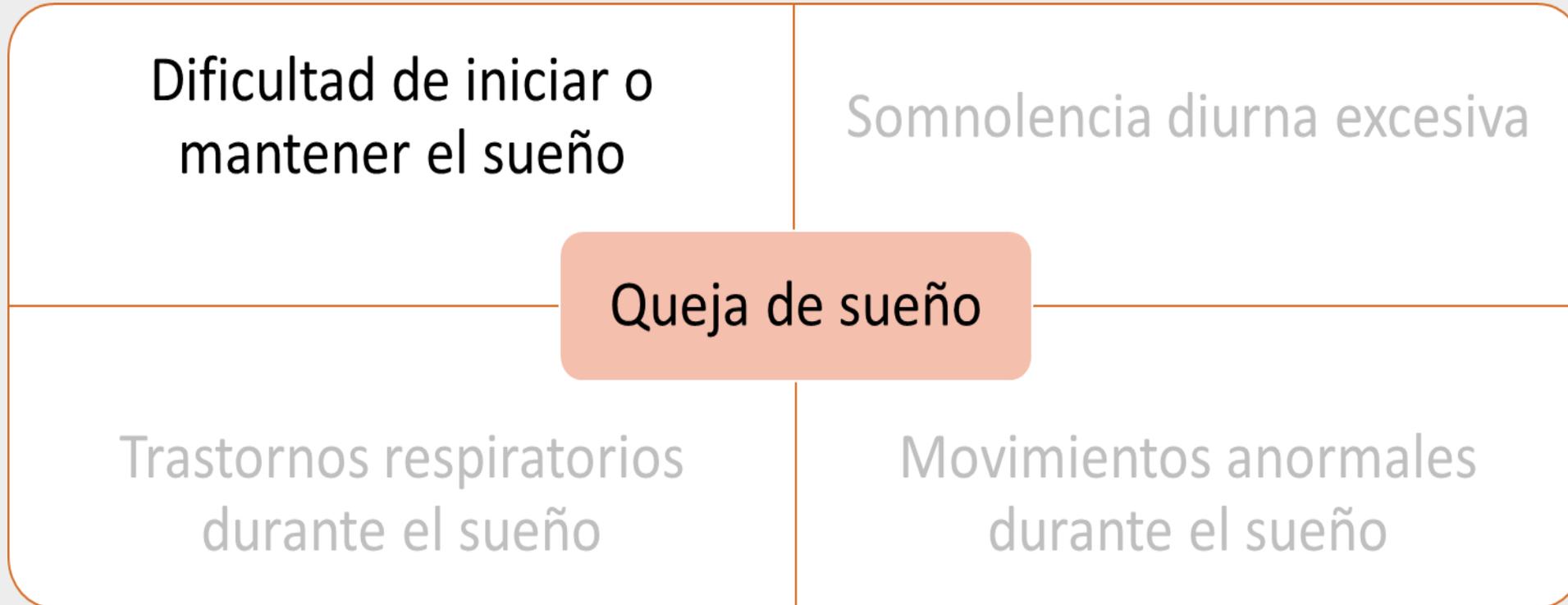
Factors to be considered in communicative interactions about infant sleep



Condicionantes del sueño infantil



1ª TAREA: IDENTIFICAR LA QUEJA PRINCIPAL



INSOMNIO

INSOMNIO : la **AASM** en su **2ª Edición (ICSD-2)** lo define como “ una dificultad mantenida para iniciar o mantener el sueño o su calidad a pesar de la oportunidad apropiada para hacerlo y en función de la edad, que provoca un deterioro funcional en el niño o su familia”.

Clasificación: el **DSM-5** incluye como una categoría diferenciada el Trastorno de Insomnio en niños y adolescentes.

La **ICSD-3** lo incluye junto al insomnio del adulto:

1. **Trastorno de insomnio crónico (TIC)**
2. Trastorno de insomnio de corta duración
3. Otros trastornos de insomnio. Casos raros que no cumplan criterios de insomnio de corta duración con síntomas suficientes para necesitar atención médica

INSOMNIO CRÓNICO: > 3 noches/semana, > 3 meses

CAUSAS DE INSOMNIO COMÓRBIDO O COEXISTENTE

Enfermedades crónicas: Asma y enfermedades atópicas , enfermedades reumáticas y dolor crónico
reflujo gastroesofágico, APLV, medicamentos.

Enfermedades neurológicas : retraso mental, PCI, TEA, TDAH, epilepsia, y psiquiátricas : depresión, ansiedad/estrés,
abuso de sustancias.

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

Trastornos primarios del sueño: SAHS, SPI, retraso de fase de sueño, movimientos periódicos de extremidades

Insomnio por fármacos o drogas: estimulantes, antidepresivos, betaantagonistas o corticoides

TIPOS DE INSOMNIO PRIMARIO

a) INSOMNIO POR HIGIENE DE SUEÑO INADECUADA

b) INSOMNIO CONDUCTUAL DE LA INFANCIA

1) Insomnio por asociaciones inapropiadas al inicio del sueño: este subtipo de insomnio pediátrico es bastante común en los lactante y se caracteriza por múltiples despertares nocturnos

2) Insomnio por ausencia de límites establecidos

3) Formas combinadas o mixtas

c) INSOMNIO PSICOFISIOLÓGICO

d) INSOMNIO PARADÓJICO

e) INSOMNIO IDIOPÁTICO

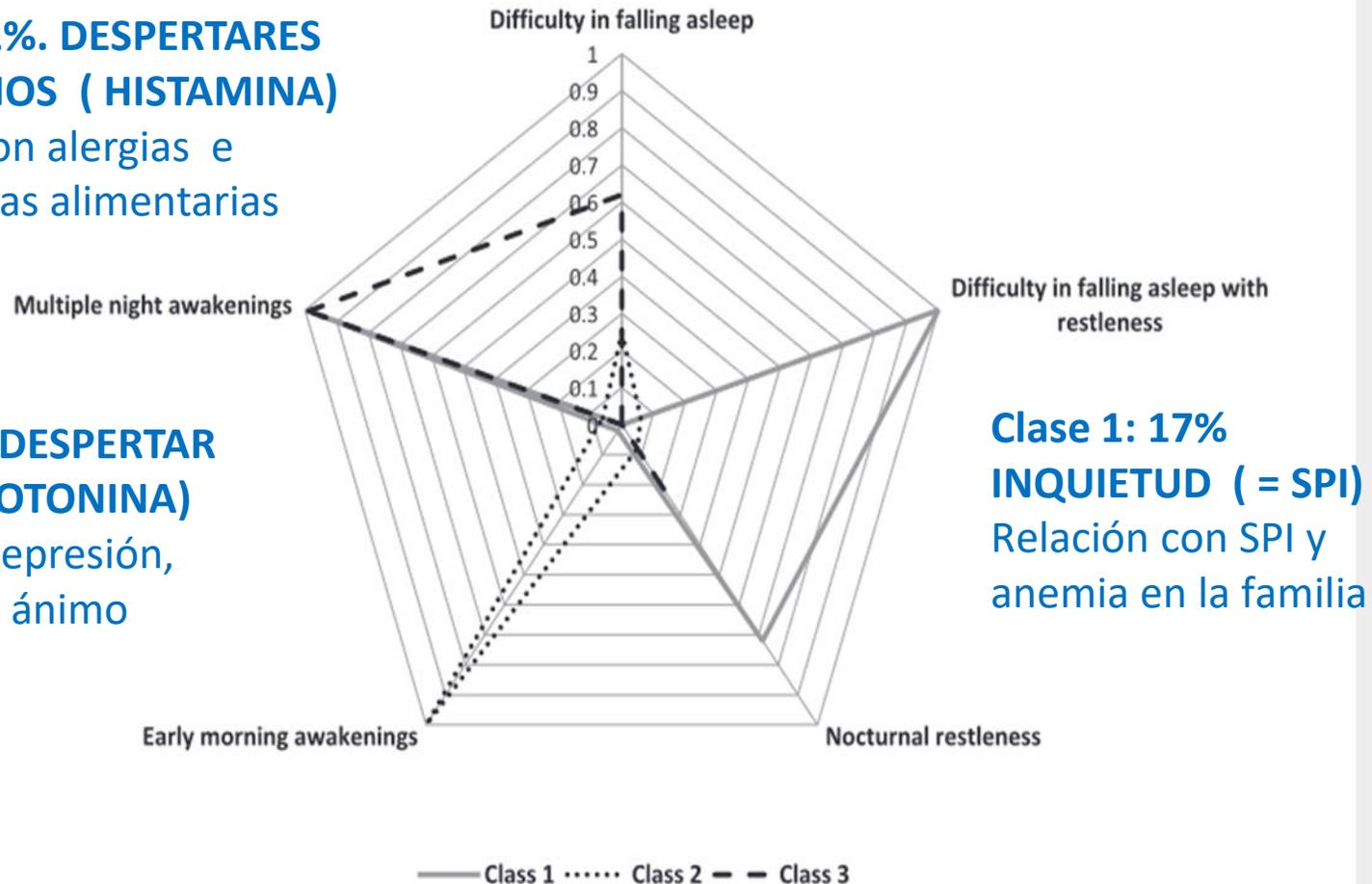
INSOMNIO INFANTIL: ETIOPATOGENIA CONDUCTUAL modulada por FACTORES GENÉTICOS Y EPIGENÉTICOS

Clase 3: 62%. DESPERTARES NOCTURNOS (HISTAMINA)

Relación con alergias e Intolerancias alimentarias

Clase 2: 21 % DESPERTAR PRECOZ (SEROTONINA)

Relación con depresión, migrañas y alt ánimo



Clase 1: 17%
INQUIETUD (= SPI)
Relación con SPI y anemia en la familia

2.º: LA EVALUACIÓN DEL SUEÑO INFANTIL ES UN ACTO MÉDICO

Anamnesis

Agenda de sueño

Exploración física

Cuestionarios

Videograbación

Anamnesis estructurada

BISQ: Brief Infant Sleep Questionnaire: Cribado 0-3 años

J. Sleep Res. (2009) 18, 60–73

Sleep in toddlers

doi: 10.1111/j.1365-2869.2008.00699.x

Sleep and sleep ecology in the first 3 years: a web-based study



Donde duerme

- Cuna
- Cama
- Habitación propia, salón...
- Capazo, silla



Postura

- Boca arriba
- Boca abajo
- De lado



Horarios

- Sueño nocturno (21 a 9h)
- Despertares nocturnos
- Latencia de sueño
- Sueño diurno: Siestas



Como se duerme

- Acunado
- Alimentándose
- Meciéndose
- Por sí solo
- Acompañado
- Lugar (salón, habitación...)



¿El sueño es un problema?

- No
- Si, poco importante
- Si, muy importante

Anamnesis

Historia detallada de sueño



- Ritmo sueño-vigilia
- Duración del problema. Frecuencia. Variabilidad entre noches.
- Estrategias que han probado para solucionarlo.
- Síntomas diurnos (comportamiento, atención, hiperactividad...)



Historia clínica: lo que ocurre durante el día

- Otros problemas médicos
- Escuela-aprendizaje
- Socialización
- Conducta
- Alimentación
- Pantallas



Antecedentes:

- ✓ Enfermedades crónicas (asma, reflujo GE, causas de dolor crónico..)
- ✓ Alteraciones craneofaciales predisponentes de OSA
- ✓ Alteraciones neurológicas (TEA, DI, ceguera...)
- ✓ TDAH
- ✓ Ansiedad o depresión
- ✓ Medicaciones (metilfenidato, montelukast, antihistamínicos...)
- ✓ Sustancias (bebidas con cafeína, alcohol)

Anamnesis

AF: primer hijo de padres sanos. Paula: 24 años, cajera de supermercado y José: 28 años, comercial. Insomnio de conciliación.

AP: Término (39s), normosoma (2900 grs). Parto eutócico. Apgar 9/10/10.

Ingresado en periodo neonatal por ITU. RVU grado 2.

Correctamente vacunado. Desarrollo psicomotor normal. Cólicos del lactante. Lactancia materna 4 meses. Acude a guardería desde los 4 meses de vida. Alimentación complementaria desde los 6 meses .

Rafael nunca se ha dormido solo, siempre se duerme en brazos, y luego lo pasan a su cuna en la habitación de los padres. Se duerme cuando quiere, habitualmente a las 22.30-23.30 hs .

Duerme siestas de horario y duración muy variable.

Múltiples despertares nocturnos , en 1 o 2 de ellos toma biberón. Luego precisa siempre brazos para volver a dormirse. Con frecuencia lo acaban pasando a la cama con los padres.

En la guardería, al parecer se duerme solo sin problemas, a la vez que los demás niños de su edad. Lo notan irritable, llorón cuando no ha dormido bien.

Exploración física

NORMAL

Peso: 10,500 grs (p50).Longitud: 77 cms (p50). PC: 47 cms (p50).

LA EXPLORACIÓN FÍSICA EN LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO INFANTIL ES IMPRESCINDIBLE

- Estado general
- Somnolencia
- Alteración pondero-estatural
- Estigmas atopia
- Alteraciones orofaríngeas
- Alteraciones neurológicas
- Alteraciones comportamiento

Agenda de sueño

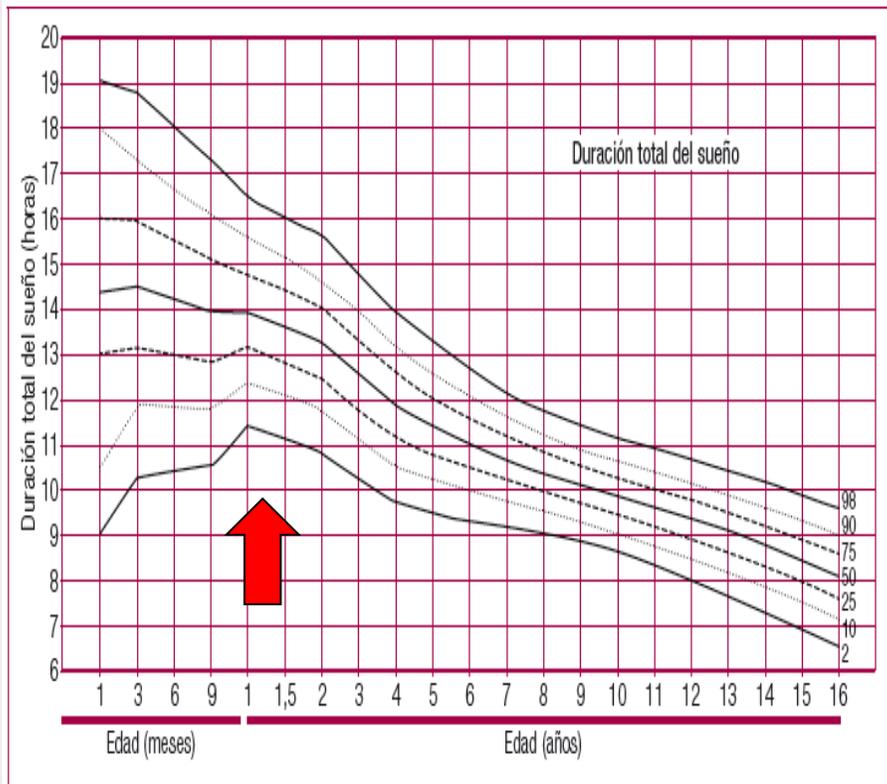
¿ agenda libre?

CENTRO DE SALUD DE PEDIATRÍA

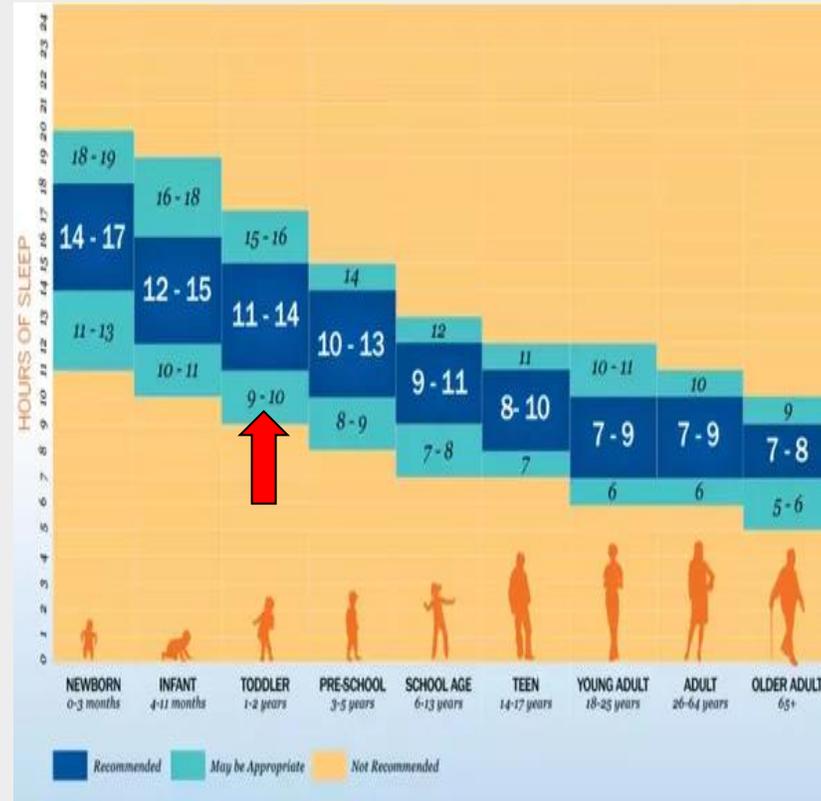
AGENDA DE SUEÑO DE RMP

DIA	D/F	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
23/03/15	L																								
24/03/15	M																								
25/03/15	X																								
26/03/15	J																								
27/03/15	V																								
28/03/15	S																								
29/03/15	O																								
30/03/15	L																								
31/03/15	M																								
01/04/15	X																								
02/04/15	J																								
03/04/15	V																								
04/04/15	S																								
05/04/15	O																								
06/04/15	L																								
07/04/15	M																								
08/04/15	X																								
09/04/15	J																								
10/04/15	V																								

¿ Cuánto duerme Rafael?



Modificado de Iglowstein I et al. *Pediatrics*, 2003⁸⁵.



Recommended Amount of sleep for Pediatric Populations. *Pediatrics* 2016

CASO CLÍNICO Nº 1:

Motivo de consulta:

Los padres de Rafael que tiene 15 meses nos dicen: “ Estamos desesperados. A Rafael le pasa algo. No puede dormir. Lo hemos probado todo y nada funciona. Tiene que mandarle algo para que duerma ...”

¿ Qué hacemos con Rafael?

- 1) Presenta un insomnio por malos hábitos de sueño y debemos recomendar a los padres que se compren el libro “ Duérmete niño” de E Estivill y que no vuelvan por la consulta hasta que lo hayan llevado a la práctica.
- 2) Presenta un insomnio conductual y le prescribiremos Gotas de melatonina: 1-3 mgr administradas una hora antes de la hora deseada de dormir durante un mes.
- 3) Presenta un insomnio conductual, lo cito en una consulta programada para llevar a cabo educación sanitaria sobre el sueño, explicar las medidas de higiene de sueño y valorar intervención psicológica conductual.
- 4) Iniciar tratamiento con Variargil (Alimemazina) : 5 gotas antes de acostarse.
- 5) No puedo diagnosticarlo aún, me faltan datos. Lo remitiré a una Unidad de Sueño para un estudio más a fondo.

CASO CLÍNICO Nº 1:

Motivo de consulta:

Los padres de Rafael que tiene 15 meses nos dicen: “ Estamos desesperados. A Rafael le pasa algo. No puede dormir. Lo hemos probado todo y nada funciona. Tiene que mandarle algo para que duerma ...”

¿ Qué hacemos con Rafael?

- 1) Presenta un insomnio por malos hábitos de sueño y debemos recomendar a los padres que se compren el libro “ Duérmete niño” de E Estivill y que no vuelvan por la consulta hasta que lo hayan llevado a la práctica.
- 2) Presenta un insomnio conductual y le prescribiremos Gotas de melatonina: 1-3 mgr administradas una hora antes de la hora deseada de dormir durante un mes.
- 3) Presenta un insomnio conductual, lo cito en una consulta programada para llevar a cabo educación sanitaria sobre el sueño, explicar las medidas de higiene de sueño y valorar intervención psicológica conductual.
- 4) Iniciar tratamiento con Variargil (Alimemazina) : 5 gotas antes de acostarse.
- 5) No puedo diagnosticarlo aún, me faltan datos. Lo remitiré a una Unidad de Sueño para un estudio más a fondo.

CASO CLÍNICO Nº 1:

Diagnóstico:

- Insomnio crónico
- Insomnio conductual

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 del 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.

ACTITUD CLÍNICA:

1º. ACTUAR SOBRE LOS FACTORES CONDICIONANTES DEL SUEÑO INFANTIL

CONDICIONANTES DEL SUEÑO INFANTIL

Genético

Neuroendocrino

Biológico

Ritmo circadiano y horarios de sueño

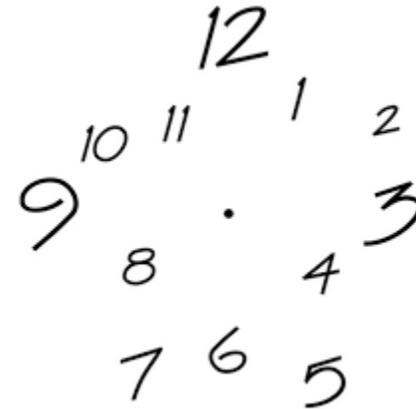
-NSQ

-»Relojes periféricos»

Ambientales:

Luz

Exposición a pantallas



Nutrición y dieta:

-Composición

-Horarios

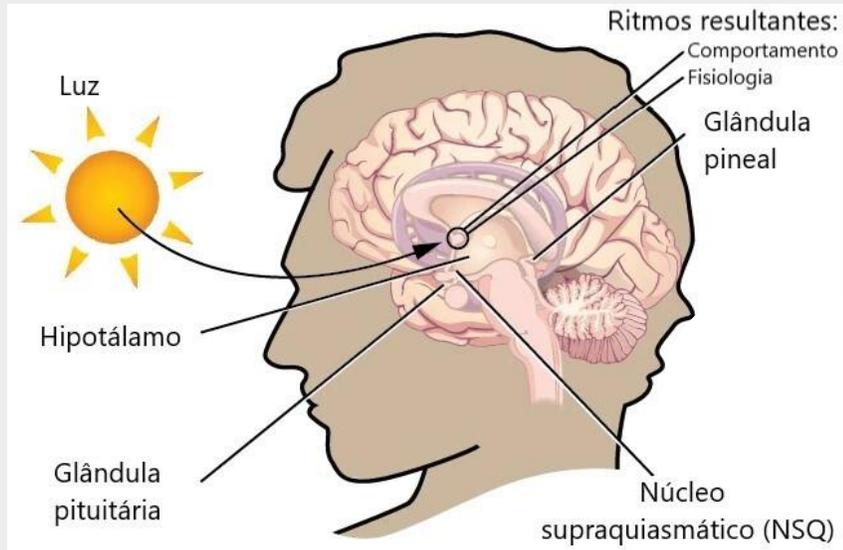
Ejercicio físico

Serotonina/Melatonina

**Educativo
Apego**

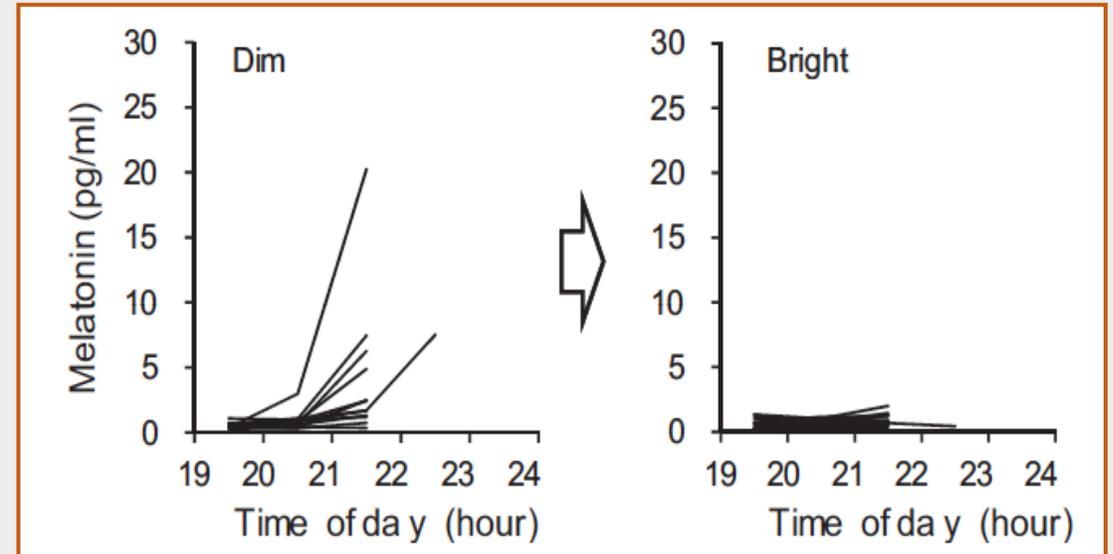
EXPOSICIÓN A LUZ AMBIENTAL

Por el día:



Exposición matutina a luz intensa favorece el ritmo circadiano.

Por la noche:

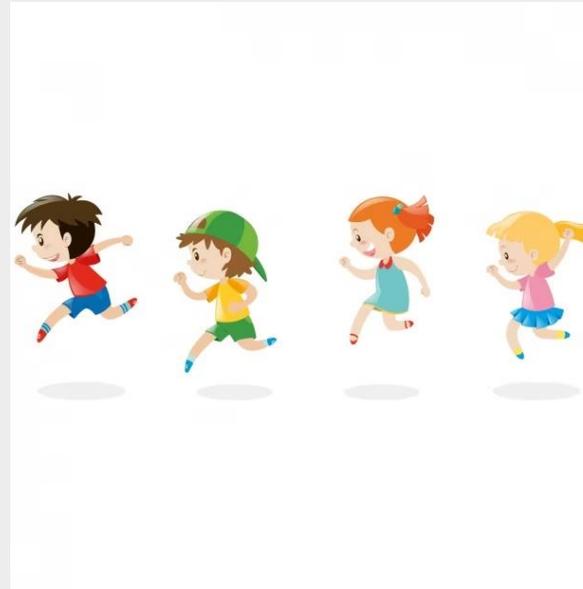
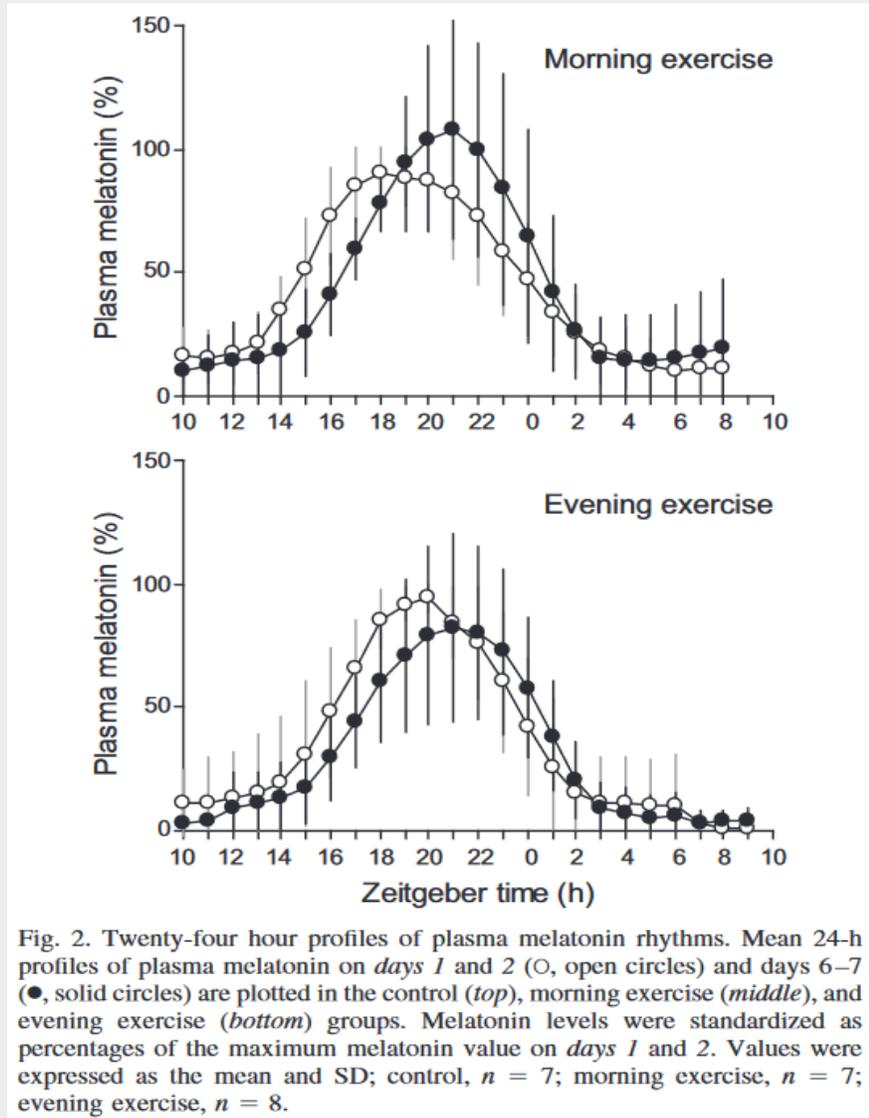


El porcentaje de supresión de la secreción de melatonina en presencia de luz nocturna en los niños es del 88,2% significativamente mayor que en adultos (46,3%).

Evitar exposición a luz nocturna

Evitar pantallas antes de dormir

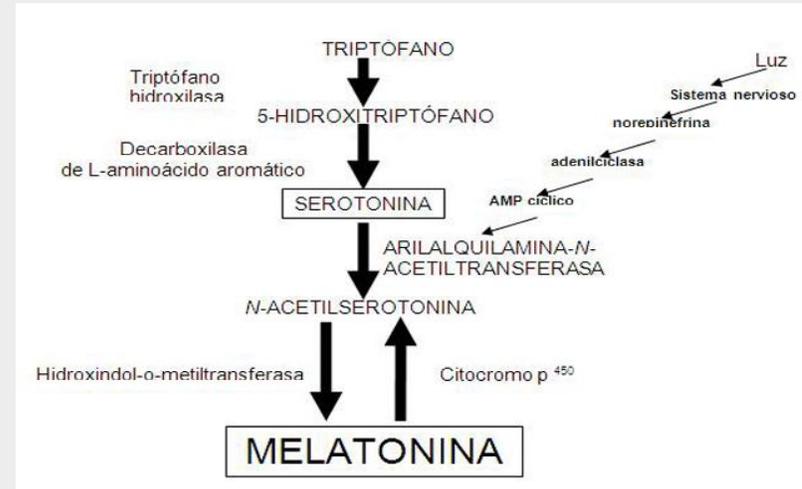
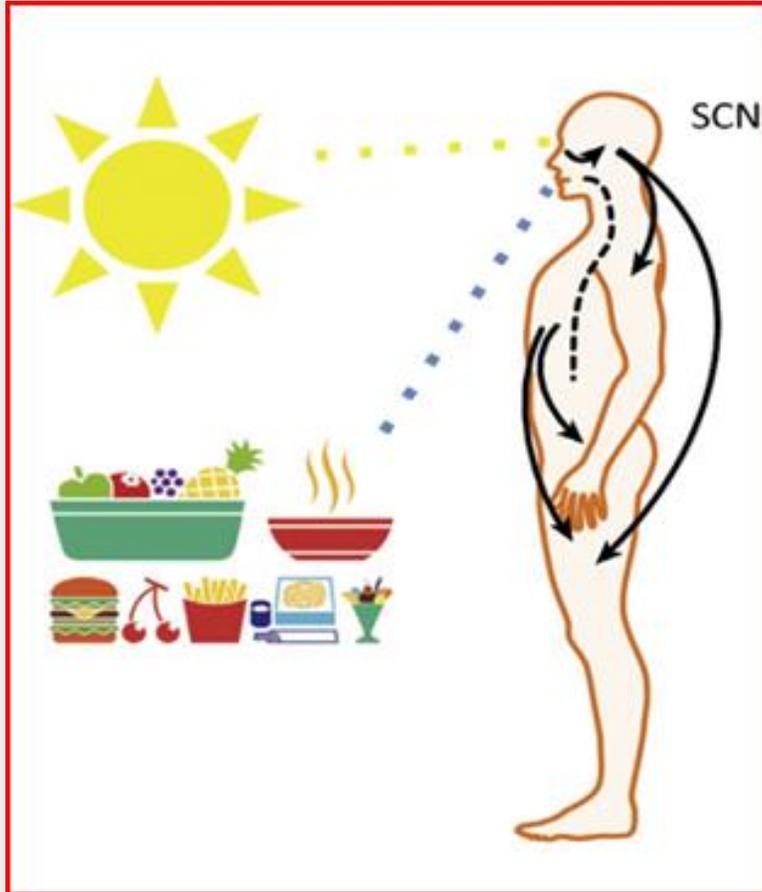
INFLUENCIA DEL EJERCICIO FÍSICO



Ejercicio físico regular mejora el sueño.

Ejercicio físico tardío: efectos negativos sobre el sueño.

ALIMENTACIÓN: EJE INTESTINO-CEREBRO



El triptófano ingerido por la dieta es un condicionante de los niveles del eje serotonina-melatonina.

Influye cantidad y horario.

Recomendación: horarios regulares/ desayunos ricos en Triptófano:

Carne (sobre todo pavo y pollo) y pescado azul (salmón, atún...).

Huevos, sobre todo en la yema.

Lácteos

Plátano/banana, piña, aguacate y ciruela. Berros, espinacas, remolacha, zanahoria, apio, brócoli, dátiles.

Frutos secos (almendras, nueces, pistachos, anacardos...).

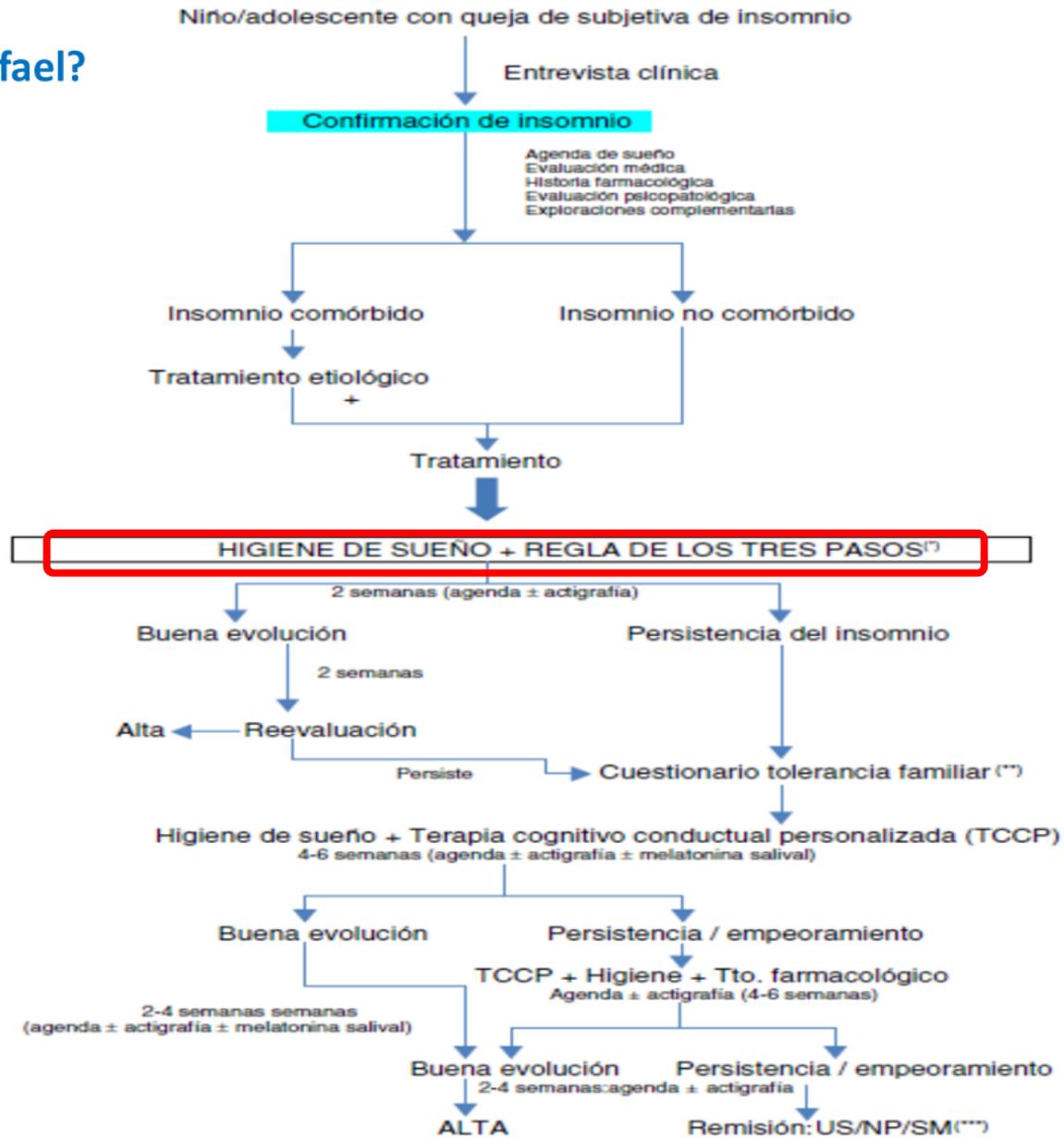
Chocolate negro.

Cereales (en especial integrales, arroz y avena).

Semillas (sésamo, calabaza, girasol).

Legumbres (garbanzos, lentejas, habas, soja...)

¿ Qué hacemos con Rafael?



NORMAS GENERALES DE HIGIENE DE SUEÑO EN LACTANTES Y PREESCOLARES

- 1) Instaurar “rutina presueño”.
- 2) Adquirir **hábitos que remarquen el contraste entre el día y la noche**, utilizando la **exposición a la luz durante el día**.
- 3) **Usar la cama sólo para dormir**.
- 4) Busque un **objeto de transición** (peluche, mantita) que sea su compañero en la cuna.
- 5) El ambiente en el dormitorio debe ser **tranquilo y oscuro**.
- 6) **Evitar el uso de pantallas** antes de los 2 años y nunca usarlas en las horas previas antes de acostarse.
- 7) **La hora diaria de levantarse y de acostarse** debe ser aproximadamente la misma todos los días.
- 8) El niño puede aprender a dormirse solo, sin ayuda. Si tiene rabietas, hay que ser firmes y actuar siempre de la misma manera, estableciendo **límites claros con afectividad y tranquilidad**. Los padres deben transmitir el mensaje de que no se trata de ningún castigo ni de una disputa entre padres y niño.
- 9) **Hasta los 5 años es normal que el niño precise dormir siesta**. Evite las siestas muy prolongadas o tardías.
- 10) **No pierda la calma a la hora de mandar a dormir al niño**. El mensaje que deseamos transmitir es: eres capaz de disfrutar durmiendo solo. Si los padres se enfadan, el niño se agitará aún más.

Dar indicaciones por escrito o indicar únicamente aquellas medidas que el paciente incumple

REGLA DE LOS 3 PASOS DE ZURICH

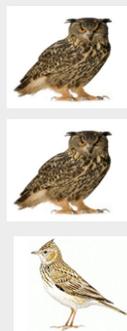
- 1º: introducción de ritmo vigilia-sueño regular.
- 2º: ajustar las horas de inicio y final de sueño según necesidad del individuo.
- 3º: ayudar al niño a conciliar el sueño por sí solo

REGLA DE LOS 3 PASOS DE ZURICH

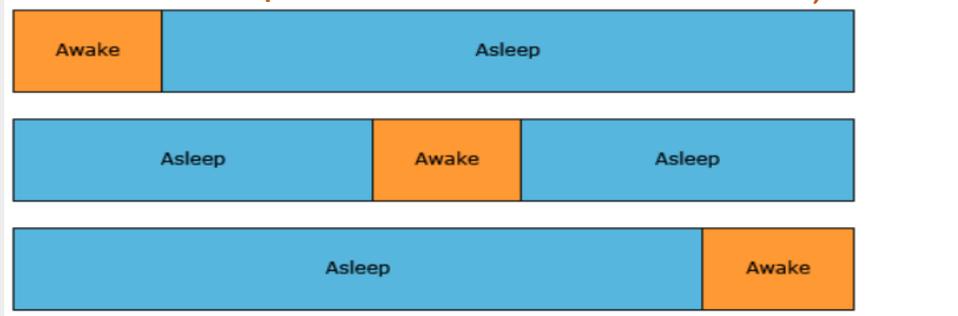
1º: introducción de ritmo vigilia-sueño regular.

2º: ajustar las horas de inicio y final de sueño según necesidad del individuo (Cronotipo) **Agenda de sueño libre**

3º: ayudar al niño a conciliar el sueño por sí solo



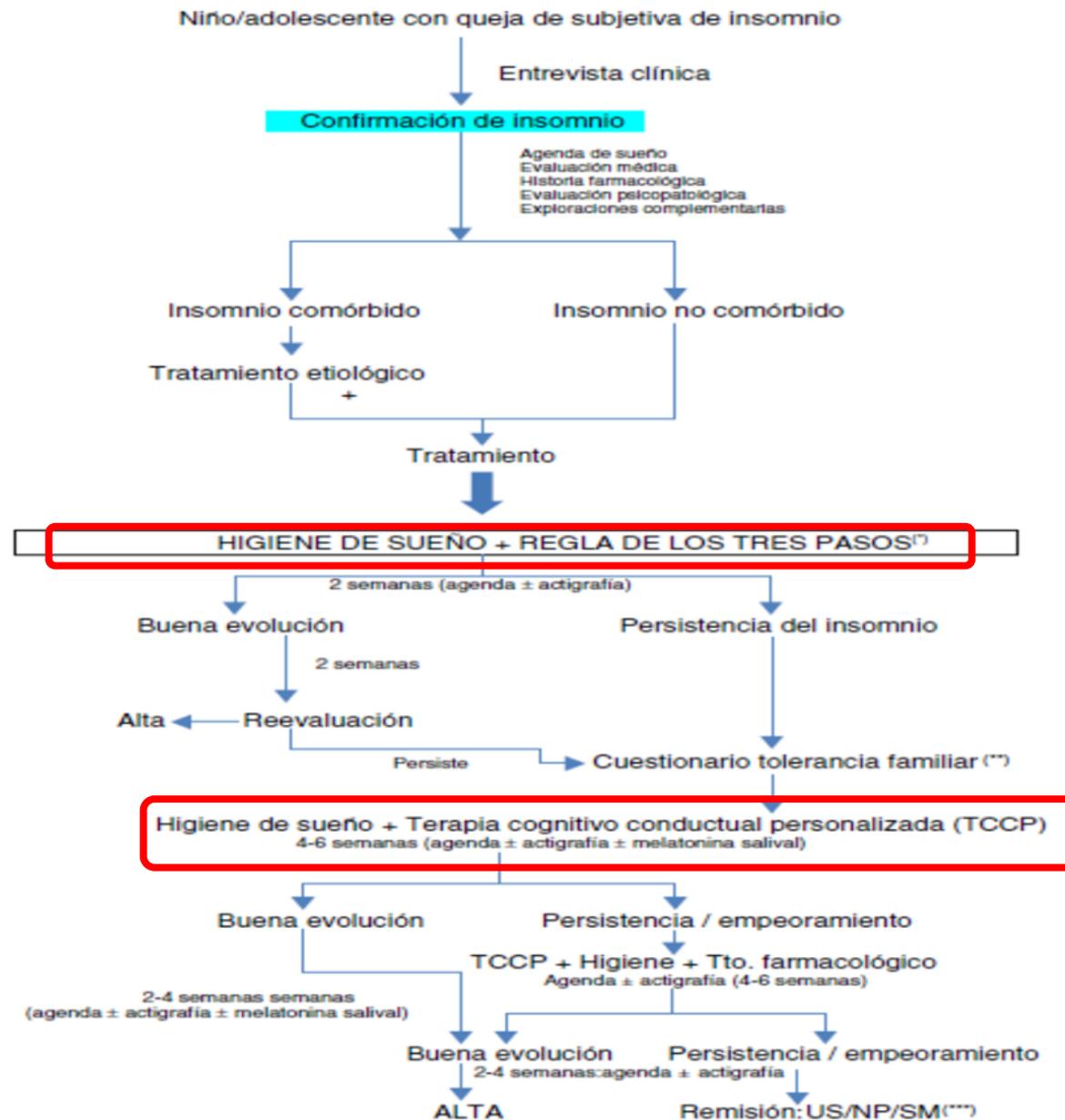
20,30 h Tiempo en cama: 11 horas 7,30 h



Tiempo de sueño: 9 horas

Modificado de Owens, Uptodate 2020

- **Desajuste tiempo en cama- tiempo de sueño:**
- Problemas a la hora de acostarse: insomnio de inicio
- Despertares nocturnos
- Despertar matutino problemático



TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL: ¿QUÉ ES?

Combinación de técnicas psicoterapéuticas de duración limitada en el tiempo, focalizadas en el sueño.

Técnicas educativas, informando al paciente acerca de la higiene del sueño

Intervenciones psicológicas de tipo cognitivo

EN > 7 AÑOS DE EDAD

Técnicas de tipo conductual

A CUALQUIER EDAD

Cambian los factores que inducen a la cronificación y mantenimiento del insomnio incluyendo:

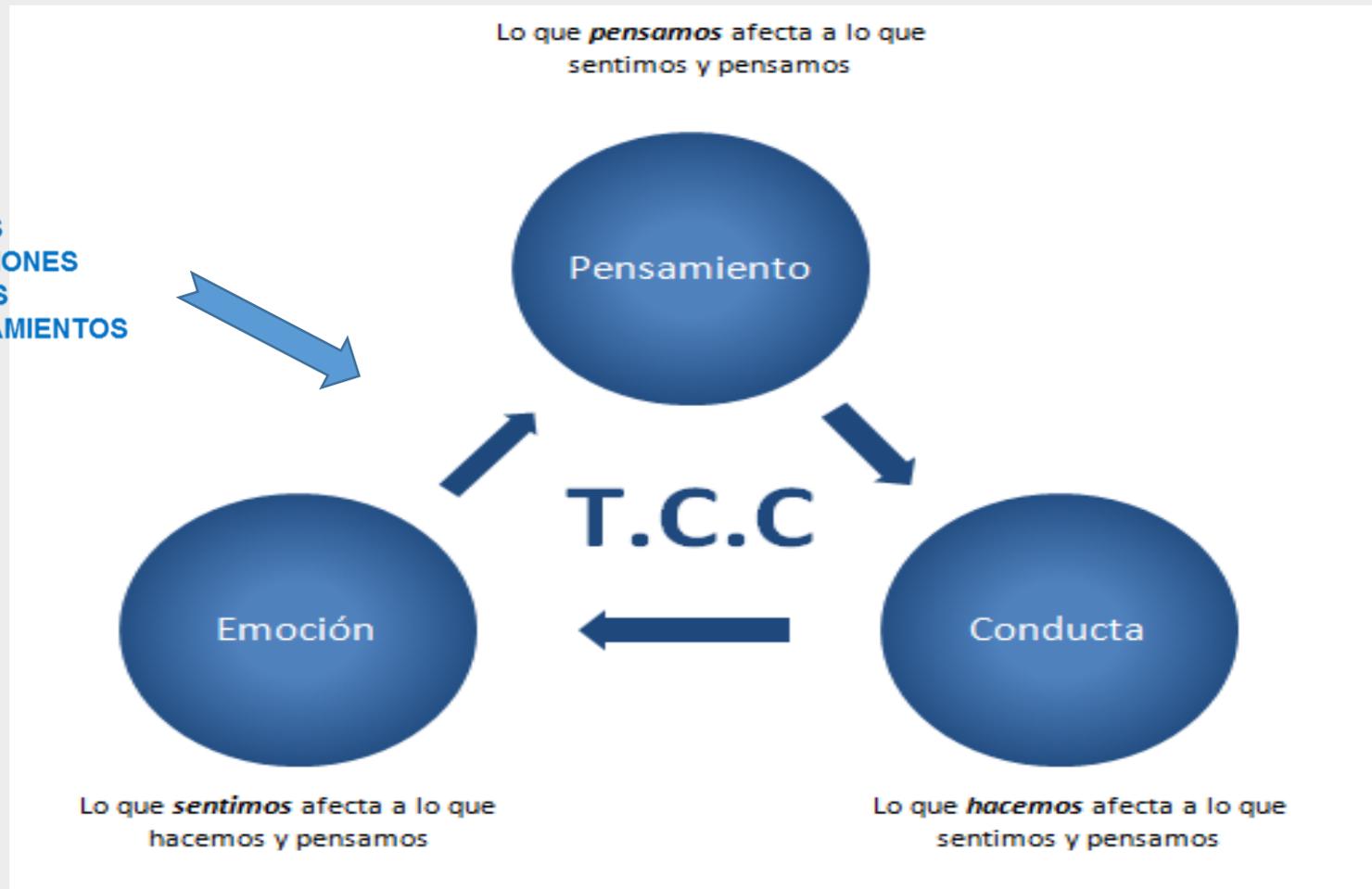
Factores
conductuales

Factores
psicológicos

Factores
fisiológicos

TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

CREENCIAS
EXPECTACIONES
EMOCIONES
COMPORTAMIENTOS



La **TCC** ayuda a cambiar la forma cómo se piensa sobre un problema ("**cognitivo**") , para así cambiar cómo se siente (" las emociones") y cómo se actúa ("**conductual**") .

Los comportamientos se aprenden . Trata de cambiar los comportamientos problemáticos

TCC EN EL INSOMNIO INFANTIL

Entre los adolescentes y niños con sueño problemático, se ha demostrado que **las intervenciones conductuales breves centradas en la higiene del sueño y/o la extinción gradual del sueño aumentan la duración del sueño y el tiempo en la cama.**

Se ha demostrado que las **terapias conductuales:**

Acortan la latencia del sueño.

Reduce los despertares nocturnos y los síntomas del insomnio.

Aumentar la eficiencia del sueño, la duración, la regularidad y las percepciones de la calidad del sueño/sensación de descanso.

Existen publicaciones que ya demuestran también demuestran su **eficacia presencial grupal, telefónica e, incluso, on line.**

Zetterqvist V, Lundén C, Herrmann A, Hasbar L, Khalifa N, Lekander M, Åslund L, Jernelöv S. Internet-delivered cognitive behaviour therapy for adolescents with insomnia comorbid to psychiatric conditions: A non-randomised trial. Clin Child Psychol Psychiatry. 2021 Apr;26(2):475-489.

Asarnow LD, Manber R. Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia in Depression. Sleep Med Clin. 2019 Jun;14(2):177-184.

Lunsford-Avery JR, Bidopia T, Jackson L, Sloan JS. Behavioral Treatment of Insomnia and Sleep Disturbances in School-Aged Children and Adolescents. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2021 Jan;30(1):101-116. doi: 10.1016/j.chc.2020.08.006. Epub 2020 Oct 21. PMID: 33223055; PMCID: PMC7687719

TCC EN EL INSOMNIO INFANTIL

EFFECTOS SECUNDARIOS

La terapia de restricción del sueño.

Terapia de control de estímulos.



Aumento transitorio
de somnolencia diurna

Podría aumentar con medicamentos que producen efectos similares:

Antihistamínicos

Bloqueadores β

Antidepresivos sedantes

Guía de práctica clínica de insomnio 2016.FFOMC.

Perlis ML, Posner D, Riemann D, Bastien CH, Teel J, Thase M. Insomnia. Lancet. 2022 Sep 24;400(10357):1047-1060. doi: 10.1016/S0140-6736(22)00879-0. Epub 2022 Sep 14

Terapias psicológicas y conductuales para el insomnio conductual (< 5 años)

Extinción (tradicional y gradual sin y con presencia de padres). Disminución de la frecuencia y/o desaparición de una conducta como consecuencia de haber retirado los reforzadores que la mantenían

Retraso a la hora de acostarse: retrasar temporalmente la hora de acostarse para que coincida con el tiempo del inicio real del sueño

Despertares programados: interrupción en el sueño previo al despertar espontáneo del niño.

Refuerzo positivo. Los reforzadores positivos ayudan a iniciar o prolongar el periodo del sueño.

Educación en higiene de sueño. Esta intervención por sí sola es un tratamiento insuficiente que no ha demostrado su eficacia.

TÉCNICA DE EXTINCIÓN

- Técnicas de **modificación de conductas** (inadecuadas).
- Se basa en el **condicionamiento operante o condicionamiento instrumental** es una teoría por la cual un sujeto tiene más probabilidades de repetir las formas de conducta que conllevan consecuencias positivas, y menos probabilidad de repetir las que conllevan consecuencias negativas.
- Consiste en **eliminar el reforzador** utilizado en una conducta previamente reforzada.
- Es necesario **identificar previamente el reforzador** que mantiene esa conducta.

Tipos

Extinción

Extinción gradual

Extinción gradual con presencia de los padres

NO SE ENCONTRARON EFECTOS PERJUDICIALES A LARGO PLAZO EN LA SALUD MENTAL DE LOS NIÑOS, EN LA RELACIÓN PADRES/HIJOS NI EN LA SALUD MENTAL DE LOS PADRES

Tikotzky L, Sadeh A. The role of cognitive-behavioral therapy in behavioral childhood insomnia. *Sleep Med.* 2010 Aug;11(7):686-91. .

Mindell J, Telofski L, Wiegand B, Kurtz E. A nightly bedtime routine: impact on sleep in young children and maternal mood. *Sleep.* 2009;32(5):599-606.

Mindell JA, Kuhn B, Lewin DS, Meltzer LJ, Sadeh A. Behavioral treatment of bedtime problems and night wakings in infants and young children – an American academy of sleep medicine review. *Sleep* 2006;29:1263–76.

Kuhn BR, Elliott AJ. Treatment efficacy in behavioral pediatric sleep medicine. *J Psychosom Res* 2003;54:587–97.

Sadeh A. Cognitive-behavioral treatment for childhood sleep disorders. *ClinPsychol Rev* 2005;25:612–28



VALORACION DE LA TOLERANCIA A LA TCC de EXTINCIÓN

Tolerancia del trastorno ¹	Madre		Padre	
1. La conducta es tan seria e intensa que les es imposible ignorarla	Sí	No	Sí	No
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.

TÉCNICA DEL REFUERZO POSITIVO

El refuerzo positivo consiste en ofrecer al niño un estímulo agradable cada vez que éste emite una respuesta adecuada, para reforzar esa conducta.

Fortalece la autoestima, potencia la receptividad, incrementa la motivación, estimula el esfuerzo.
Refuerzo ajustado a la conducta deseada , coherente y justo.

Debe ser explicado al niño antes de que realice la conducta deseada y en términos positivos.

Siempre acompañado de cariño incondicional. No dejamos de quererlo porque la conducta no sea apropiada, y así hay que transmitirlo.



TÉCNICA DE LOS DESPERTARES PROGRAMADOS

Utilizada básicamente con los problemas de despertar frecuente durante la noche, cuando su ritmo es regular y predecible.

Establecer la frecuencia de los despertares espontáneos del niño (mediante observación y registro) y luego proceder a despertarle (moviéndole suavemente) entre 15 y 30 minutos antes de la hora en que normalmente se ha estado despertando.



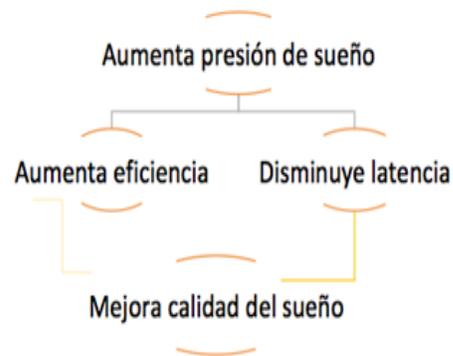
Kuhn BR, Elliott AJ. Treatment efficacy in behavioral pediatric sleep medicine. *J Psychosom Res* 2003;54:587–97.

TÉCNICA DE RETRASO A LA HORA DE ACOSTARSE

Técnica: restricción de sueño



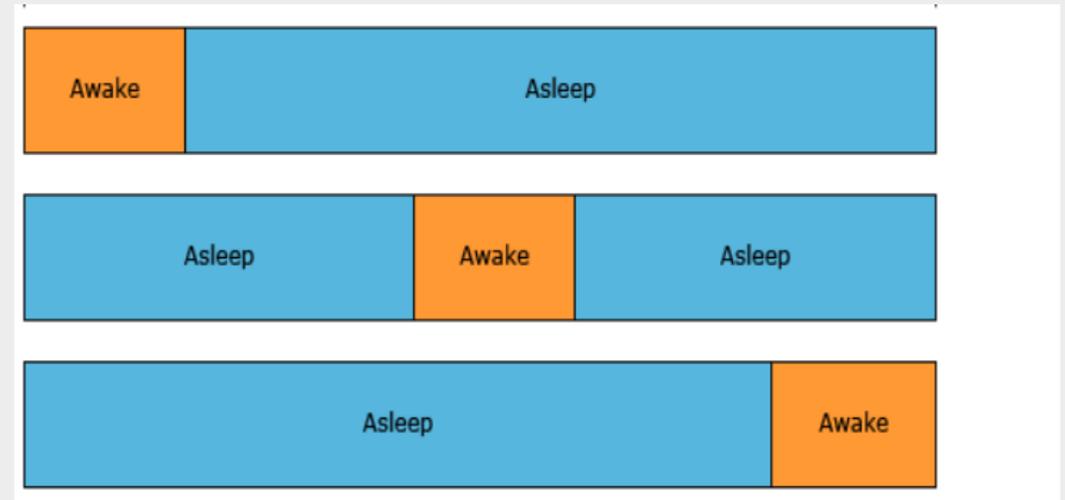
- Restringir el tiempo en cama al que realmente se duerme, o iniciar al 10 % inferior.
- Tiempo en cama/ tiempo sueño*100 = 85-90%. Después aumentos de 15 min semanales.



Similar al “retraso a la hora de acostarse”

Maurer LF, Schneider J, Miller CB, Espie CA, Kyle SD. The clinical effects of sleep restriction therapy for insomnia: A meta-analysis of randomised controlled trials. *Sleep Med Rev.* 2021 Aug;58:101493

20,30 h Tiempo en cama: 11 horas 7,30 h



Tiempo de sueño: 9 horas

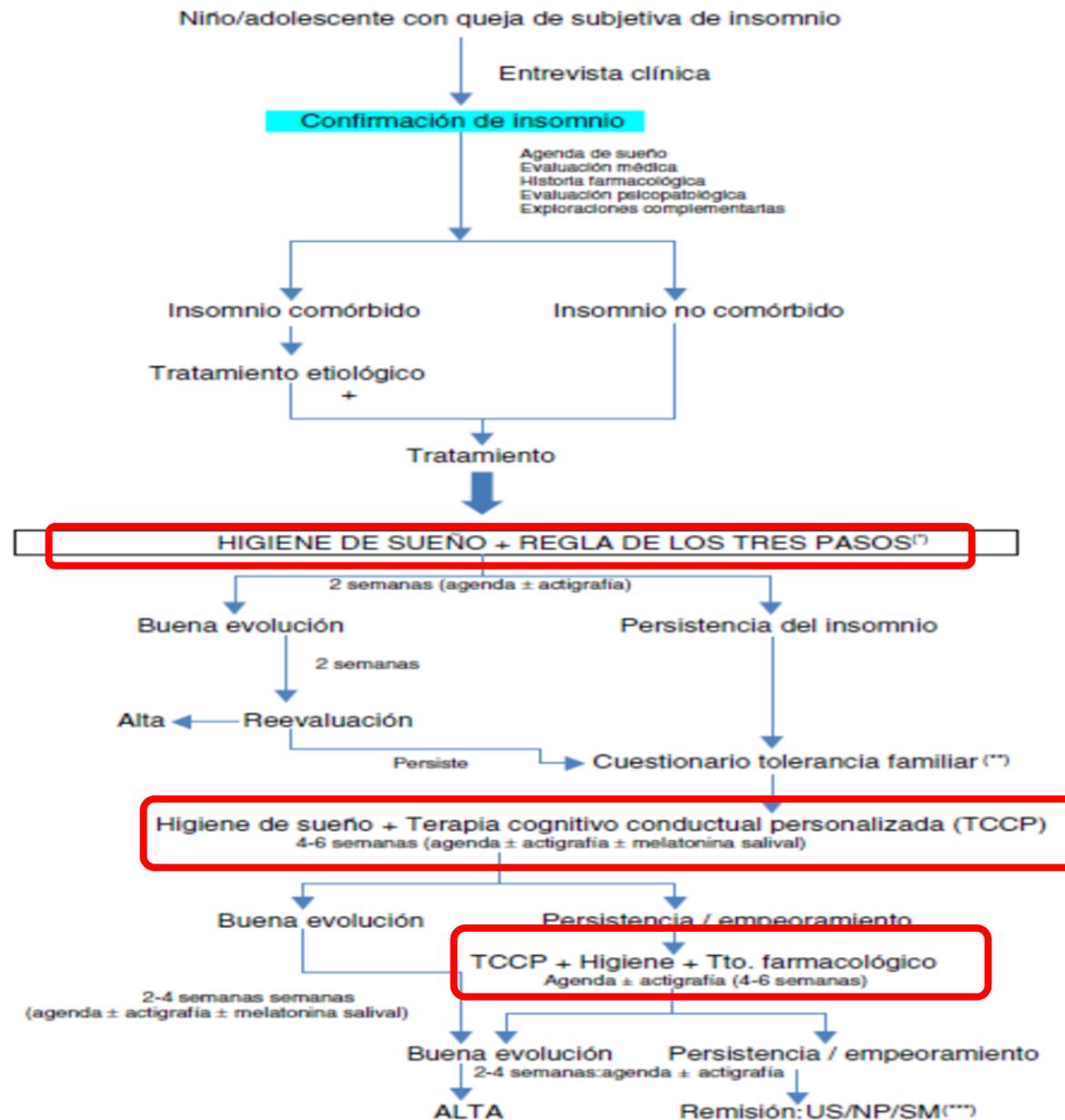


Tabla 3 Fármacos utilizados en el tratamiento del insomnio

Fármaco	Clase	Mec. acción	Vida media (h)	V. metabólica	Concentración m (m)	Interacciones	Efecto sobre sueño
Difenilhidramina	Antihistamínico	Agonista H1 Atraviesa BHC	4 a 6 h	Hepática	Absorción rápida Inicio acción rápido	Depresores SNC	Disminuye latencia Puede disminuir calidad
Hidroxicina	Antihistamínico	Agonista H1 Atraviesa BHC	6 a 24 h	Hepática	Picos a 2-4 h Absorción rápida Inicio acción rápido	Depresores SNC	Disminuye latencia Puede disminuir calidad
Melatonina	Neurohormona	Hipnótico	90% excretada en 4 h	Hepática	Picos a 2-4 h 30-60 m	Desconocidas	Disminuye latencia Máximo efecto circadiano
Clonazepam	Benzodiacepina	Receptores GABA centrales	30 a 40 h	Oxidación CYP 450 3A	60-240	Fluoxetina	Suprime sueño ondas lentas
Flurazepam							Reduce arousal Suprime sueño ondas lentas
Zolpiden							Reduce arousal Disminuye latencia
Clonidina	Alfa agonista	Disminuye liberación noradrenalina	6 a 24 h	50-80% en orina	Absorción rápida 100% biodisponibilidad Inicio acción: 1h Pico acción: 2-4 h		Poco efecto sobre arquitectura Reduce REM Reduce sueño ondas lentas

Fármaco de primera elección: melatonina³⁵.
Ventajas: disminuye la latencia del sueño.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN EL INSOMNIO INFANTIL

Tipo de droga	Ejemplos
Medicación sin prescripción	
Antihistamínicos	Primera generación: difenhidramina, hidroxicina, clorfeniramina Segunda y tercera generación: desloratadina
Melatonina	Muchas preparaciones
Medicación con prescripción	
Benzodiacepinas	Lorazepam, temazepam, triazolam
Agonista del receptor no-benzodiazepina	Zolpidem, deleption
Drogas con limitada experiencia en pediatría	
	Remelteon (agonista del receptor de melatinina9 Suvorexant (antagonista del receptor de orexina) Doxepina (antideresivos tricíclicos)
Drogas usadas fuera de ficha técnica para insomnio	
Agonistas alfa-adrenérgicos	Clonidina Guanfacina
Antidepresivos	Antidepresivos tricíclicos con efecto sedante (amitriptilina, doxepina, imipramina) Antidepresivos atípicos (mirtazapina, trazodona) IRSS con efecto sedante (fluoxetina, paroxetina, citalopram)

¿ USAIS MEDICACIÓN EN EL INSOMNIO INFANTIL ?

¿POR QUÉ NO?



¿POR QUÉ SÍ?



¿QUÉ MEDICACIÓN?



¿CÚANDO, EN QUÉ CASOS?



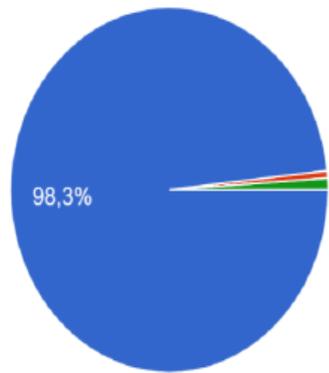
¿POR CUÁNTO TIEMPO?



Encuesta sobre el uso de melatonina y otras medidas en el manejo de los trastornos del sueño infantil

Realizada por el Grupo de Sueño y Cronobiología de la AEP en el año 2023

Profesión de los encuestados



- Médico Pediatra
- Médico General
- Enfermero/a
- Otros

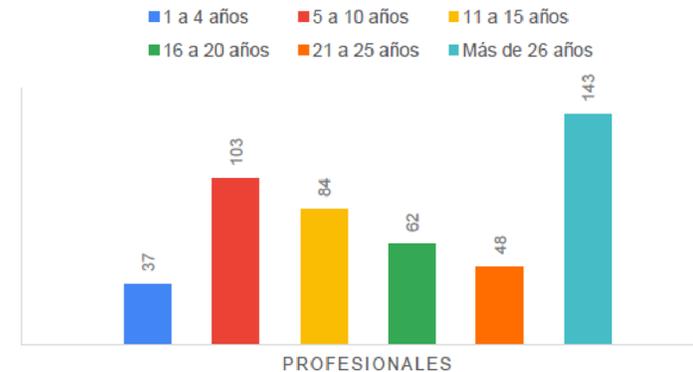
Médico General	3
Médico pediatra	467
Otros *	5

* Otros: Residente pediatría, Neuropediatría, Residente pediatría, Psiquiatra Infantil, Residente pediatría

¿Dónde trabaja?

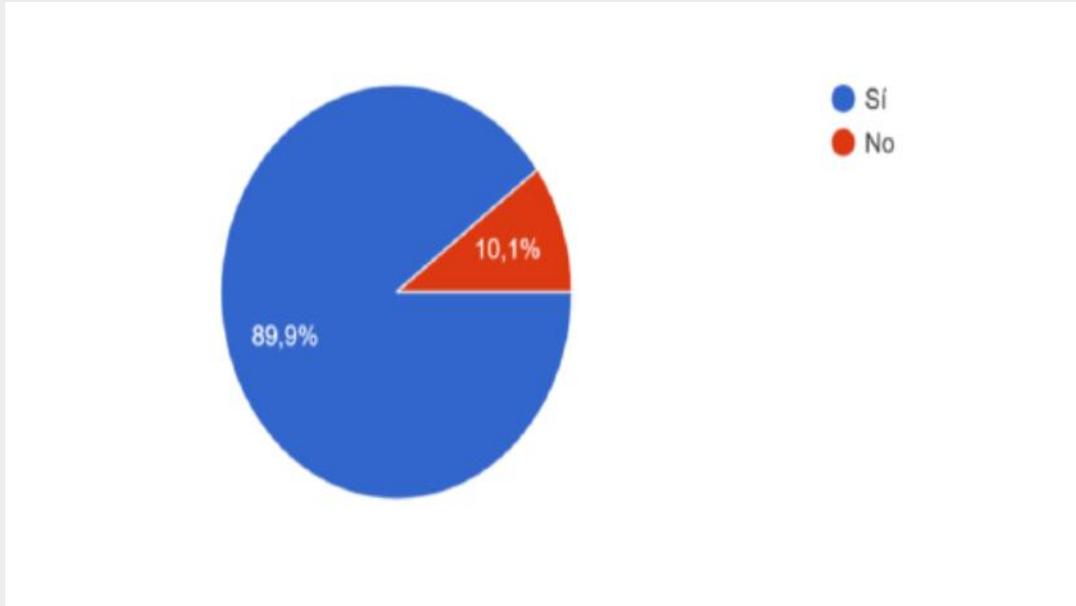
Ubicación	Profesionales
Centro de Salud	354
Hospital	5
Otros	1

AÑOS COMO PROFESIONAL



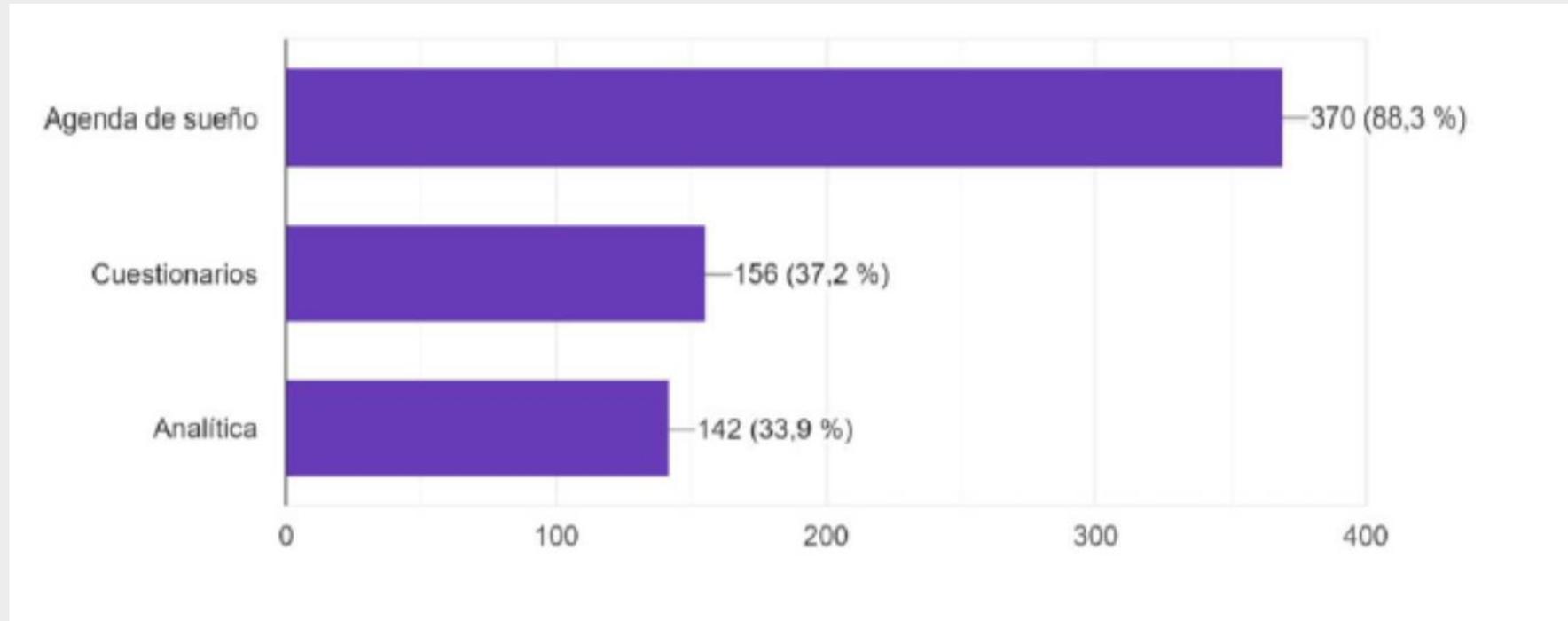
Encuesta sobre el uso de melatonina y otras medidas en el manejo de los trastornos del sueño infantil

¿Aborda patología de sueño en la consulta?



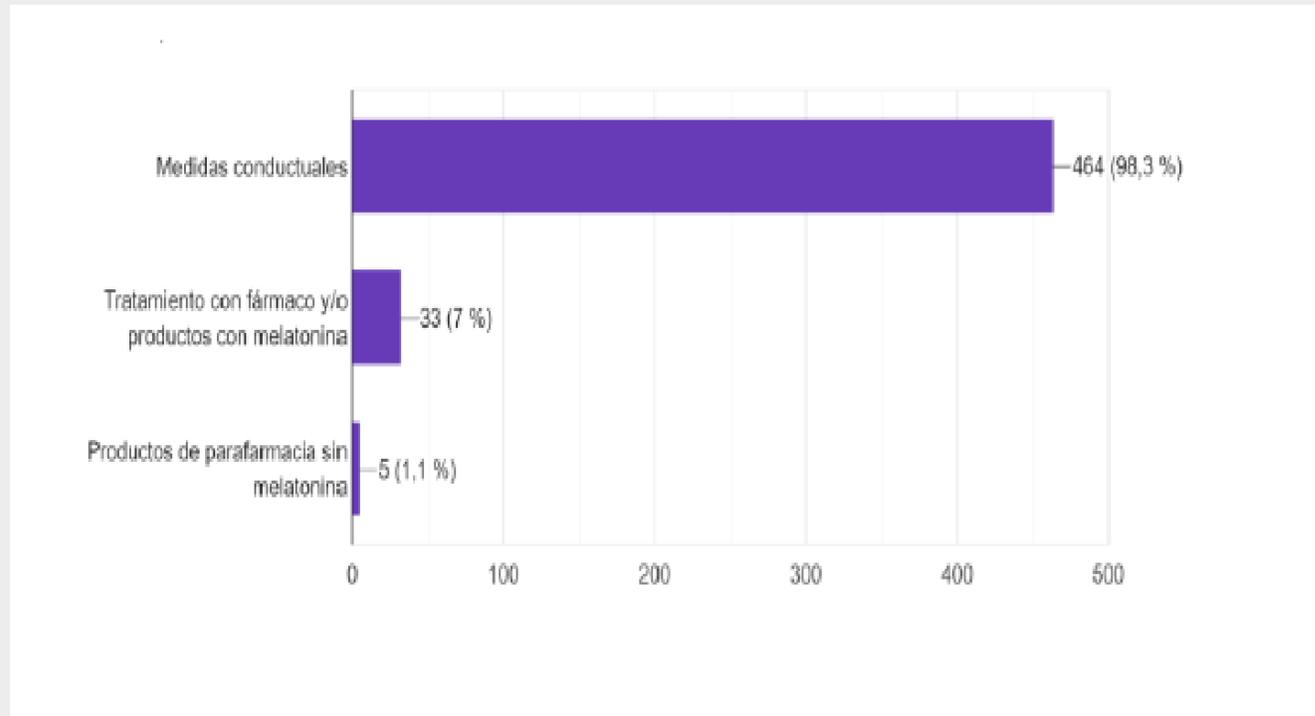
Encuesta sobre el uso de melatonina y otras medidas en el manejo de los trastornos del sueño infantil

¿Qué herramientas usan en el manejo de los trastornos del sueño?



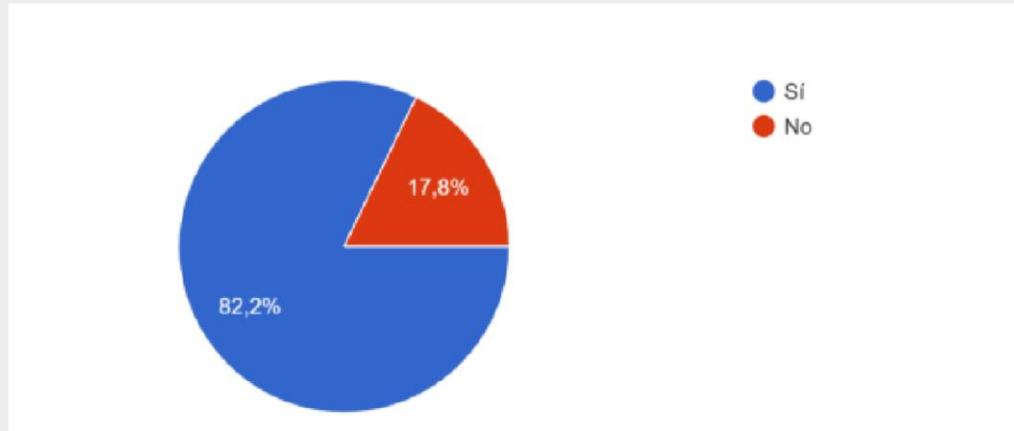
Encuesta sobre el uso de melatonina y otras medidas en el manejo de los trastornos del sueño infantil

¿Cuál es el abordaje inicial del insomnio infantil?

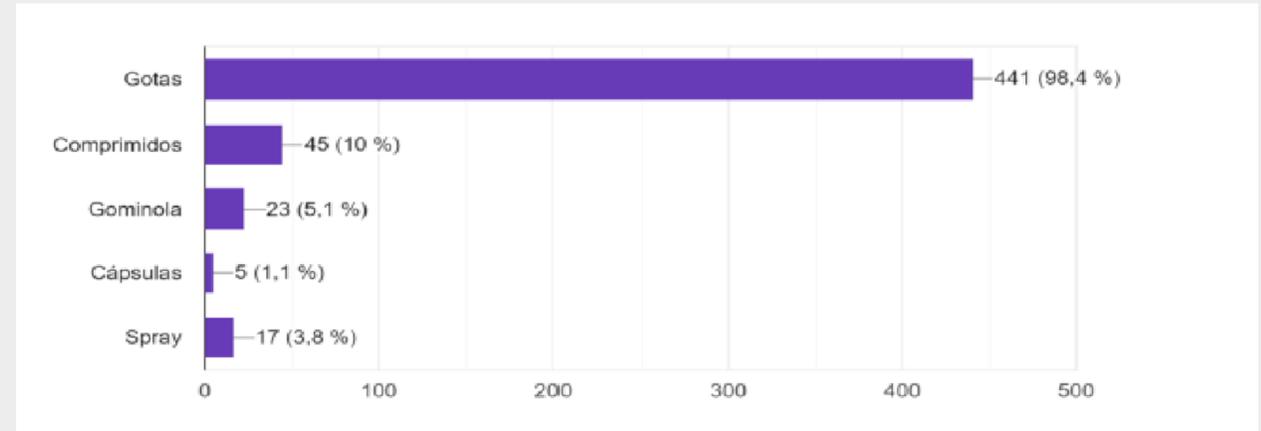


Encuesta sobre el uso de melatonina y otras medidas en el manejo de los trastornos del sueño infantil

¿Utiliza melatonina pura?



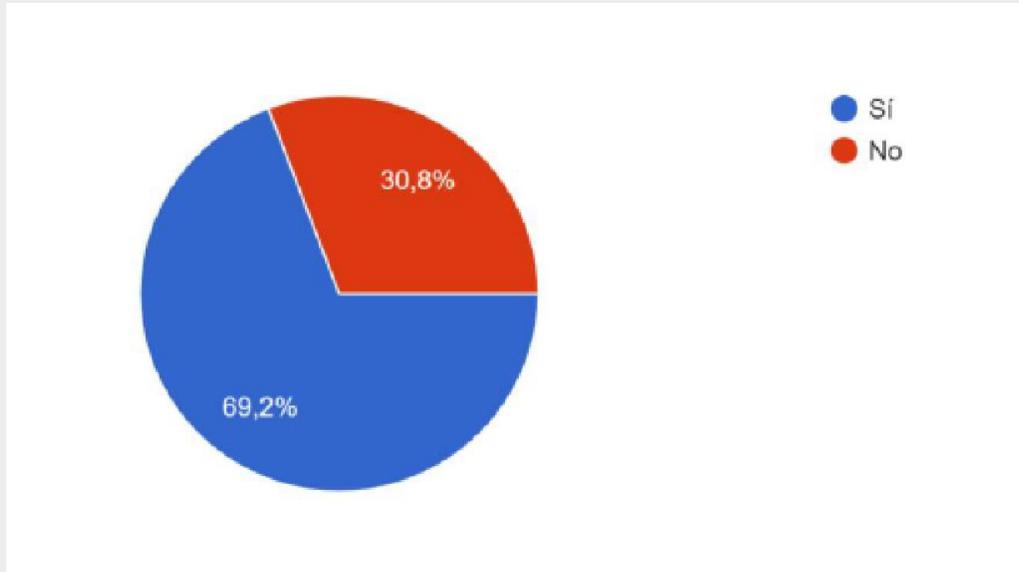
¿En qué formato?



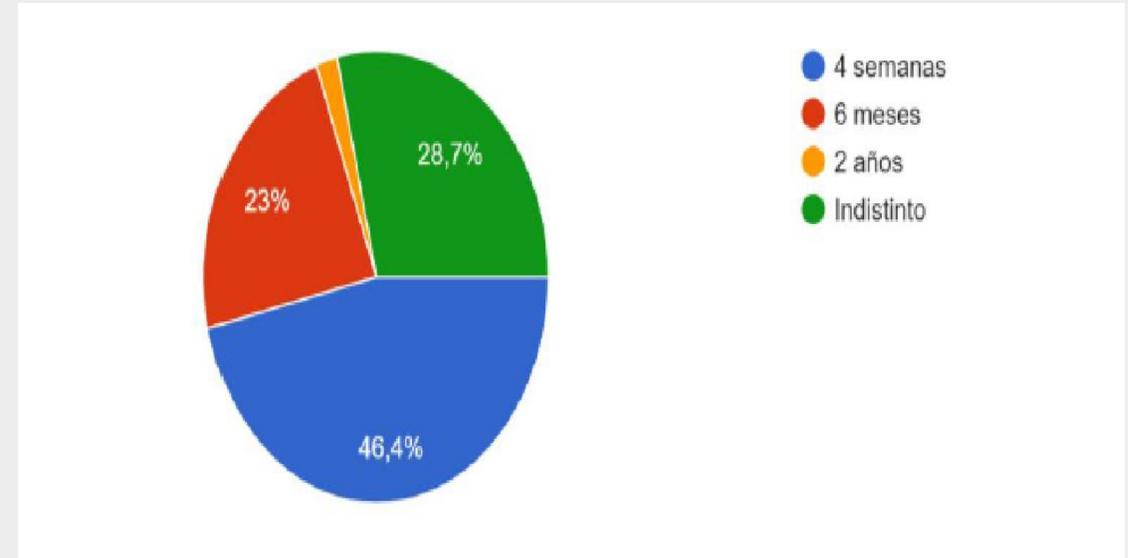
En el mercado español hay alrededor de 160 presentaciones diferentes

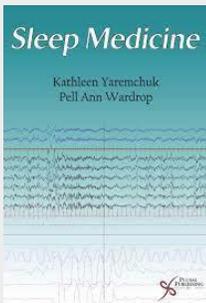
Encuesta sobre el uso de melatonina y otras medidas en el manejo de los trastornos del sueño infantil

¿Se siente seguro usando melatonina?



¿Cuánto tiempo es seguro usar melatonina?





Huesear H, Chan P, Price AM, Waters K, Davey MJ, Hiscock H. Pharmacological and non-pharmacological management of sleep disturbance in children: an Australian Paediatric Research Network survey. Sleep Med. 2013 Feb;14(2):189-94.

Encuesta realizada a 373 pediatras generalistas en Australia:

- 1) El 82% de los pediatras usaban TCC: relajación (75%), extinción (53%), etc .
- 2) Casi el 90% prescribían melatonina : desde los 6 meses de vida, con un rango de dosis entre 0,5 y 12 mgrs (X: 5,3 mgrs) y una duración del tratamiento de más de 3 años (X= 4 meses).
- 3) La usaban tanto en niños sanos (54%) como en niños con insomnio comórbido (TEA -85%- discapacidad intelectual - 76%- , TDAH -55%-, trastornos de conducta -47%-).
- 5) El 45 % de los pediatras que la usaban se mostraba preocupados por los posibles efectos secundarios de la melatonina (ESD, riesgo aumentado de crisis epilépticas y cefalea).
- 6) Otros fármacos usados: clonidina (47,5%) y antihistamínicos (29%) , en especial en insomnio de inicio.



Owens JA, Rosen CL, Mindell JA. Medication use in the treatment of pediatric insomnia: results of a survey of community-based pediatricians. Pediatrics. 2003 May;111(5 Pt 1):e628-35.

Encuesta anónima a 671 pediatras en EEUU: 80% A primaria y 20% A especializada.

- 1) 75% de los pediatras recomendaban medicamentos sin receta para el sueño de sus pacientes
- 2) 50% prescribían medicamentos con receta para tratar problemas de sueño.
- 3) Las circunstancias clínicas en las cuales los medicamentos fueron más comúnmente utilizados fueron: dolor agudo , viajes, y niños con necesidades especiales (retraso mental, autismo TDAH...).
- 4) Un 23% de los pediatras utilizó medicación en niños sanos con dificultades significativas para dormirse.
- 5) Los pediatras con más de 10 años de experiencia eran más proclives a usar medicación.
- 6) El 75% de los pediatras que habían recomendado el uso de medicación expresaba su preocupación por los posibles efectos secundarios de ésta.

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO EN EL INSOMNIO INFANTIL

TABLE 4. Reasons That Physicians Might Use Medications to Treat Sleep Problems in Children

Reasons	Respondents Answering "Yes" (%)
"Provides families with needed respite"	55
"Use for "special needs" children"	52
"Use medication in combination with behavioral treatments"	50
"Use medication if other treatments have failed"	42
"Medications work more quickly than other treatments"	18
"Less time and effort for parents than other treatments"	12
"Medications are more effective than other treatments"	9
"Less time and effort for practitioners than other treatments"	7

TABLE 5. Reasons That Practitioners Might Not Use Medications to Treat Sleep Problems in Children

Reasons	Respondents Answering "Yes" (%)
"Gives parent the wrong message about correct treatment"	68
"Concern about short- or long-term side effects"	54
"Sleep problems needing medication are rare in my practice"	50
"Concern about "hang-over" event on the following day"	47
"Unsure about the best/appropriate sleep medication to choose"	45
"Development of tolerance or habituation to medications"	44
"Concern about respiratory depression"	36
"Parental nonacceptance of medication"	33
"Lack of data on efficacy"	31
"Concern about off-label use of these medications"	29
"Personal belief against the use of sleep medications in children"	29
"Haven't found medications to be helpful"	15
"Cost of medications"	6

¿ SEGURIDAD EN EL USO CLINICO DE LA MELATONINA?

Los efectos secundarios más comunes a corto plazo son **somnolencia matutina, cefalea, enuresis, erupción cutánea, mareos, cambios de humor, anorexia, dolor abdominal, diarrea e hipotermia.**

La melatonina puede **disminuir la presión arterial o los niveles de glucosa sérica** por una posible interferencia de la melatonina con el metabolismo de la insulina

La sospecha de **efectos proconvulsionantes** deriva de un artículo, en el que se observó un aumento de crisis en 4 de 6 casos tratados con 5mg de melatonina. El bajo número de casos y la heterogeneidad de las edades y de las lesiones cerebrales de estos 6 pacientes limitan la fortaleza de este estudio.

S.H. Sheldon. Proconvulsant effects of oral melatonin in neurologically disable children. Lancet, 351 (1998), pp. 1254

Los resultados de estudios posteriores acerca del **efecto de la melatonina sobre la epilepsia son contradictorios, demostrando en algunos casos mejoría de la actividad epiléptica tras su administración.**

H. Goldberg-Stern, H. Oren, N. Peled, B.Z. Garly. Effect of melatonin on seizure frequency in intractable epilepsy: A pilot study. J Child Neurol, 27 (2012), pp. 1524-1528

Tarcin G, Aksu Uzunhan T, Kacar A, Kucur M, Saltik S. The relationship between epileptic seizure and melatonin in children. Epilepsy Behav. 2020 Nov;112:107345

Otro riesgo potencial es su **posible interacción con el desarrollo gonadal** sustentada en varios casos publicados que mostraban un adelanto puberal en niños cuya glándula pineal no producía melatonina. La disminución de melatonina endógena durante la pubertad parece ser una mera asociación como resultado de la maduración del sistema endocrino.

I.M. Van Geijlswijk, R.H. Mol, T.C. Egberts, M.G. Smits. Evaluation of sleep, puberty and mental health in children with long-term treatment for chronic idiopathic childhood sleep onset insomnia. Psychopharmacology (Berl), 216 (2011), pp. 111-120.

¿ SEGURIDAD EN EL USO CLINICO DE LA MELATONINA?

En todos los estudios, realizados sobre todo en pacientes con trastornos del neurodesarrollo, la melatonina (tanto IR como PR) ha mostrado en general un perfil de seguridad muy bueno.

En un ECA en el que se usó melatonina para el insomnio en niños con TEA durante dos años se informó de una frecuencia algo mayor en el grupo tratado de astenia, agitación, tos y disnea, sin evidencia de impacto en el crecimiento en altura, IMC o desarrollo puberal. No hubo efectos de abstinencia después del uso a largo plazo ni problemas de seguridad en la terapia concomitante con estimulantes.

Malow BA, Findling RL, Schroder CM, et al. Sleep, Growth, and Puberty After 2 Years of Prolonged-Release Melatonin in Children With Autism Spectrum Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2021;60(2):252–261.e3.

Otro estudio prospectivo de seguimiento de 3,8 años de niños con NDD que habían participado en un ECA con melatonina PR para el ritmo circadiano sueño/vigilia (CRSD) informó de efectos adversos leves sin evidencia de impacto en el desarrollo de la pubertad, sin efectos cardiovasculares y sin interacciones con otros medicamentos

M. Hoebert, K.B. van der Heijden, I.M. van Geijkswijk, M.G. Smits. Long term follow-up of melatonin treatment in children with ADHD and chronic sleep onset insomnia. *J Pineal Res,* 47 (2009), pp. 1-7

¿ SEGURIDAD EN EL USO CLINICO DE LA MELATONINA?

Melatonina de venta libre como “complemento dietético”:

Entre 2007 y 2012, el uso de melatonina de venta libre en USA se duplicó. La melatonina es el segundo producto natural más popular utilizado por los niños en USA aumentando del 0,1 % en 2007 al 0,7% (419.000) en 2012 .

Las ventas de melatonina en los Estados Unidos aumentaron más del 500 % entre 2003 y 2014 (\$62 a \$378 millones).

Grigg-Damberger MM, Ianakieva D. Poor Quality Control of Over-the-Counter Melatonin: What They Say Is Often Not What You Get. J Clin Sleep Med. 2017 Feb 15;13(2):163-165.

En 2019 se publicó un estudio suizo sobre la prescripción de melatonina en niños. En 11 años se aumentó alrededor de un 15 % la prescripción de melatonina y, en el grupo de edad de 13 a 17 años, un 40%.



1) Falta de control en su producción : en un estudio se cuantificó por cromatografía líquida de ultrarrendimiento con detección electroquímica la melatonina en 31 suplementos comerciales: el contenido de melatonina oscilaba entre -83 % y +478 % del contenido indicado en la etiqueta. Además, la variable de lote a lote dentro de un mismo producto en particular varió hasta en un 465%, y se encontró que un 26 % de los productos contenía serotonina. **Dudas en la calidad de la melatonina**

Erland LA, Saxena PK. Melatonin Natural Health Products and Supplements: Presence of Serotonin and Significant Variability of Melatonin Content. J Clin Sleep Med. 2017 Feb 15;13(2):275-281.

2) Peligro de mal uso por el concepto “de que no es un medicamento” : un análisis reciente publicado en Morbidity and Mortality Weekly Report indica que las ingestiones pediátricas anuales de melatonina aumentaron de 8000 en 2012 a más de 52 000 en 2021, y el 15 % de los niños con sobredosis fueron hospitalizados.

Elak K, Vohra V, Neuman MI, Toce MS, Sethuraman U. Pediatric melatonin ingestions—United States, 2012–2021.

MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2022;71(22):725–729 .



SEGURIDAD EN EL USO CLINICO DE LA MELATONINA

El Comité de Seguridad Pública y el Comité Asesor Consultivo de la Academia Americana de Medicina del Sueño desarrollaron un **aviso de salud que aborda el uso de melatonina en niños: se recomienda que la melatonina se maneje como cualquier otro medicamento** y se mantenga fuera del alcance de los niños, y lo que es más importante, antes de comenzar con la melatonina o cualquier suplemento para sus hijos, **que los padres consulten con su pediatra** para evaluar si las estrategias conductuales podrían ser más apropiadas. Finalmente, si se usa melatonina, una sugerencia práctica es **buscar productos con la marca verificada por la Farmacopea de EE. UU. (verificado por USP)**, que indica que el producto fue producido en una instalación siguiendo los **estándares de Buenas Prácticas de Manufactura (GMP)**.

American Academy of Sleep Medicine. Health Advisory: Melatonin Use in Children and Adolescents. Adopted September 9, 2022. <https://aasm.org/advocacy/position-statements/melatonin-use-in-children-and-adolescents-health-advisory/>.



AASM American Academy of
SLEEP MEDICINE™



MELATONINA DE LIBERACIÓN RETARDADA = MEDICAMENTO



4.1. Indicaciones terapéuticas

“ Circadin está indicado, en monoterapia, para el tratamiento a corto plazo del insomnio primario caracterizado por un sueño de mala calidad en pacientes mayores de 55 años. “



2. Paediatric Investigation Plan

2.1. Condition

Treatment of insomnia

2.1.1. Indication(s) targeted by the PIP

Treatment of insomnia characterized by maintenance problems and sleep onset difficulties in children with pervasive developmental disorders and neurogenetic diseases

2.1.2. Subset(s) of the paediatric population concerned by the paediatric development

From 2 to less than 18 years of age



INFORME DE POSICIONAMIENTO TERAPÉUTICO

Informe de Posicionamiento Terapéutico de melatonina (Slenyto®) en el tratamiento del insomnio en niños y adolescentes con trastorno del espectro del autismo y/o síndrome de Smith-Magenis .

“ Melatonina (Slenyto®) ha sido autorizado en **el tratamiento del insomnio en niños y adolescentes de 2 a 18 años de edad con TEA y/o síndrome de SSM**, en los que las medidas de higiene del sueño han sido insuficientes. Se presenta en forma de comprimidos de liberación prolongada (mini-comprimidos de 3 mm de diámetro) bajo las dosis de 1 mg y de 5 mg. “

ORPHA:819

•Nivel de clasificación: Trastorno Sinónimos: Síndrome de microdelección 17p11.2

•Prevalencia: 1-9 / 100 000

•Herencia: Autosómica dominante

•Edad de inicio o aparición: Infancia, Adolescencia, Edad adulta, Lactancia, Neonatal

•CIE-10: Q93.5CIE-11: LD44.H1 “ ...La alteración del sueño se debe a una inversión del ritmo circadiano de la melatonina “.



CASO CLÍNICO Nº 2:

Motivo de consulta:

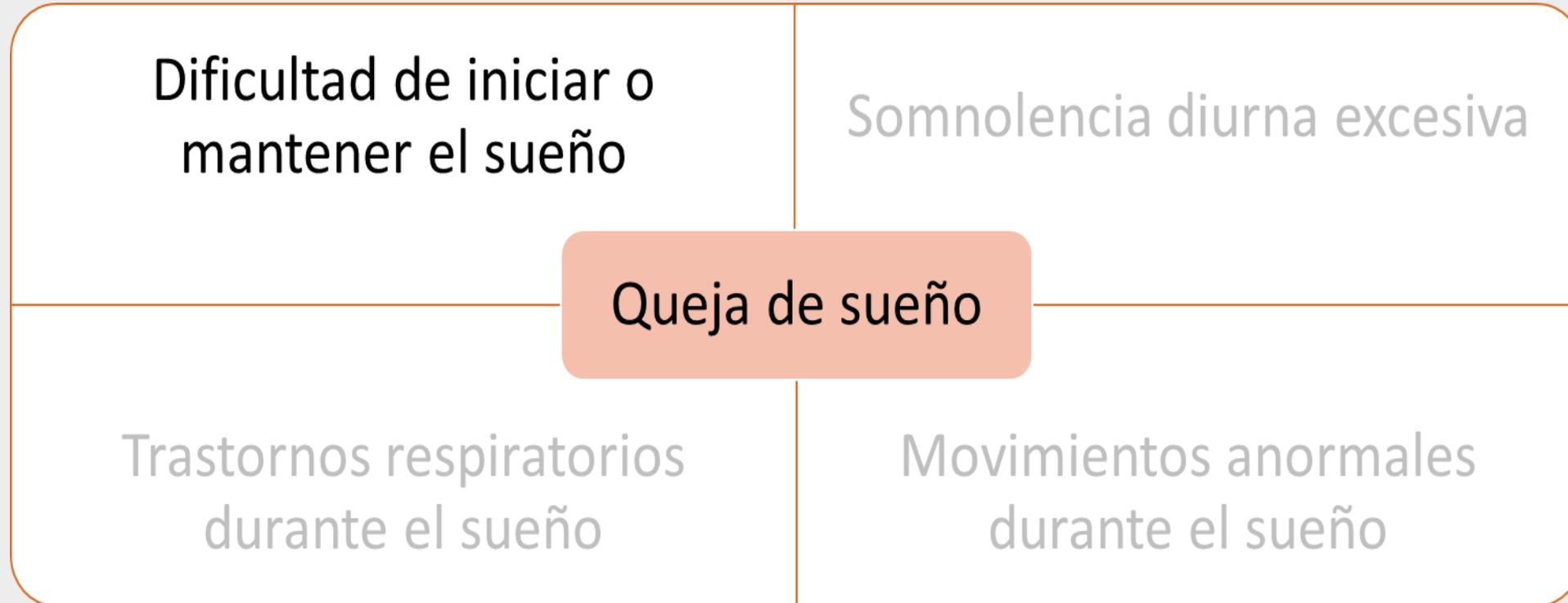
Los padres de Amanda, una chica de 13 años de edad nos consultan por cefaleas frecuentes.

Tarda mucho en dormirse y se despierta a veces por la noche.

Presenta frecuentes cambios de humor.

- Buen rendimiento escolar. Alimentación variada.
- Desde hace unos meses refiere sentirse nerviosa, se desborda y llora con facilidad. Se angustia con los exámenes. Autoexigente. Perfeccionista.
- Refiere que se acuesta a las 23:00 horas pero no consigue conciliar el sueño hasta las 1-2:00 horas. No refiere despertares. Se levanta a las 7:30 horas para ir al centro escolar. El fin de semana se levanta a las 11:30 horas. Mal descanso nocturno. No duerme. Usa el móvil hasta que se duerme.
- Hace deporte (entrena al baloncesto 3 días a la semana y el partido).

1ª TAREA: IDENTIFICAR LA QUEJA PRINCIPAL



INSOMNIO

EXCESIVA SOMNOLENCIA DIURNA (ESD)

TABLA 1. ESCALA PEDIÁTRICA DE SOMNOLENCIA DIURNA (PDSS)

1. ¿Con que frecuencia te quedas dormido/a o te da sueño durante las horas de clase?
2. ¿Con que frecuencia te quedas dormido/a o te da sueño mientras haces las tareas?
3. ¿Estas atento/a o alerta la mayor parte del día?
4. ¿Con que frecuencia te sientes cansado y de mal humor durante el día?
5. ¿Con que frecuencia te cuesta levantarte de la cama a la mañana?
6. ¿Con que frecuencia te vuelves a quedar dormido después de que te despiertan por la mañana?
7. ¿Con que frecuencia necesitas que alguien te despierte por la mañana?
8. ¿Con que frecuencia sientes que necesitas dormir más tiempo?

Respuestas posibles y puntuación: Siempre (4), frecuentemente (3), a veces (2), casi nunca (1) y nunca (0).

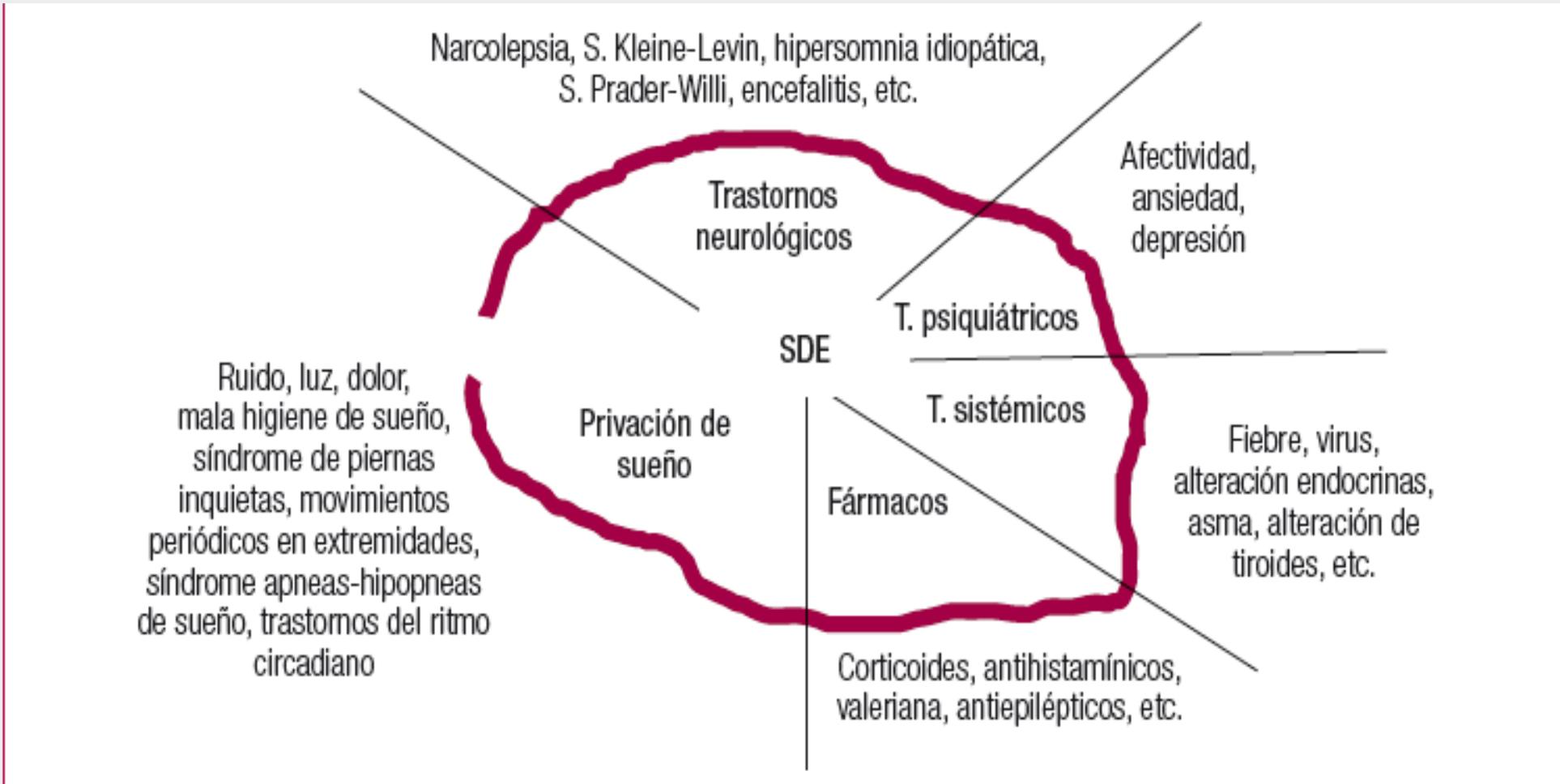
Las puntuaciones superiores a 15 ± 6 indican que existe somnolencia.

TABLA 2. ESCALA DE SOMNOLENCIA DIURNA DE EPWORTH

Escala de somnolencia diurna de Epworth				
Con qué frecuencia está somnoliento o se queda dormido de día en cada una de las siguientes situaciones?				
PUNTUACIÓN: nunca 0, baja frecuencia 1, moderada frecuencia 2, alta frecuencia 3				
SITUACIÓN	PUNTAJE			
1. Sentado y leyendo	0	1	2	3
2. Viendo televisión	0	1	2	3
3. Sentado en un lugar público (cine o reunión)	0	1	2	3
4. Viajando como pasajero en un auto durante 1 hora	0	1	2	3
5. Descansando en la tarde cuando las circunstancias lo permiten.	0	1	2	3
6. Sentado y conversando con alguien	0	1	2	3
7. Sentado en un ambiente tranquilo después de almuerzo (sin alcohol)	0	1	2	3
8. En un auto, mientras se encuentra detenido por algunos minutos en el tráfico.	0	1	2	3

Un resultado entre 0 y 9 es considerado normal; mientras que uno entre 10 y 24 indica que existe somnolencia y el paciente deberá ser evaluado en mayor profundidad.

EXCESIVA SOMNOLENCIA DIURNA (ESD)



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.

2.º: LA EVALUACIÓN DEL SUEÑO INFANTIL ES UN ACTO MÉDICO



Anamnesis estructurada

B: Dificultades para conciliar. Se acuesta a las 23:00 hs. No concilia hasta las 2:00 hs

E: no clara somnolencia pero sí cambio de comportamiento

A: no tiene despertares

R: horarios irregulares para acostarse y levantarse.

S: no ronca



	2-5 años	6-12 años	13-18 años
1. Problemas para acostarse B ED	- ¿Su hijo tiene algún problema a la hora de irse a la cama o para quedarse dormido?	- ¿Su hijo tiene algún problema a la hora de acostarse? (P). - ¿Tienes algún problema a la hora de acostarte? (N)	- ¿Tienes algún problema para dormirte a la hora de acostarte? (N)
2. Excesiva somnolencia diurna E DS	- ¿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 A WAKENINGS	- ¿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 R EGULARITY	- ¿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 S NORING	- ¿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)

Anamnesis

Historia detallada de sueño



- Ritmo sueño-vigilia
- Duración del problema. Frecuencia. Variabilidad entre noches.
- Estrategias que han probado para solucionarlo.
- Síntomas diurnos (comportamiento, atención, hiperactividad...)



Historia clínica: lo que ocurre durante el día

- Otros problemas médicos
- Escuela-aprendizaje
- Socialización
- Conducta
- Alimentación
- Pantallas



Antecedentes:

- ✓ Enfermedades crónicas (asma, reflujo GE, causas de dolor crónico..)
- ✓ Alteraciones craneofaciales predisponentes de OSA
- ✓ Alteraciones neurológicas (TEA, DI, ceguera...)
- ✓ TDAH
- ✓ Ansiedad o depresión
- ✓ Medicaciones (metilfenidato, montelukast, antihistamínicos...)
- ✓ Sustancias (bebidas con cafeína, alcohol)

Anamnesis

Buen rendimiento escolar.

Social: bien aceptado. Integrado en el grupo.

Conducta: nerviosismo. Insegura. Autoexigente. Mentalidad obsesiva.

Alimentación: sin incidencias.

Deportista: entrena al voleibol 3 días en semana, de 20 a 21 hs.

Usa el móvil en su habitación cuando no puede dormirse

Antecedentes personales:

Sin interés

Antecedentes familiares:

Padre refiere dormir mal desde siempre. Madre depresión desde hace años.

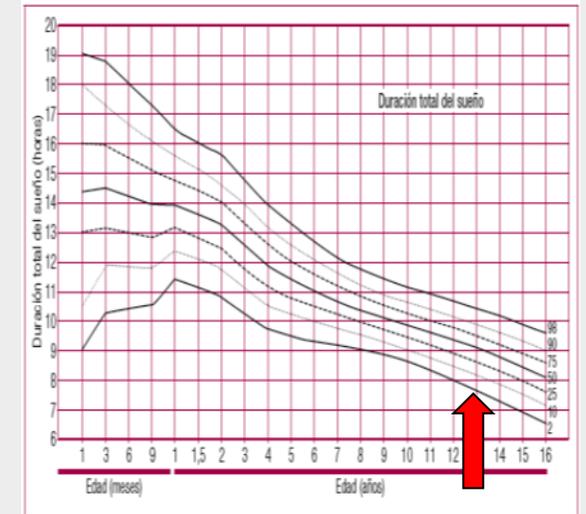
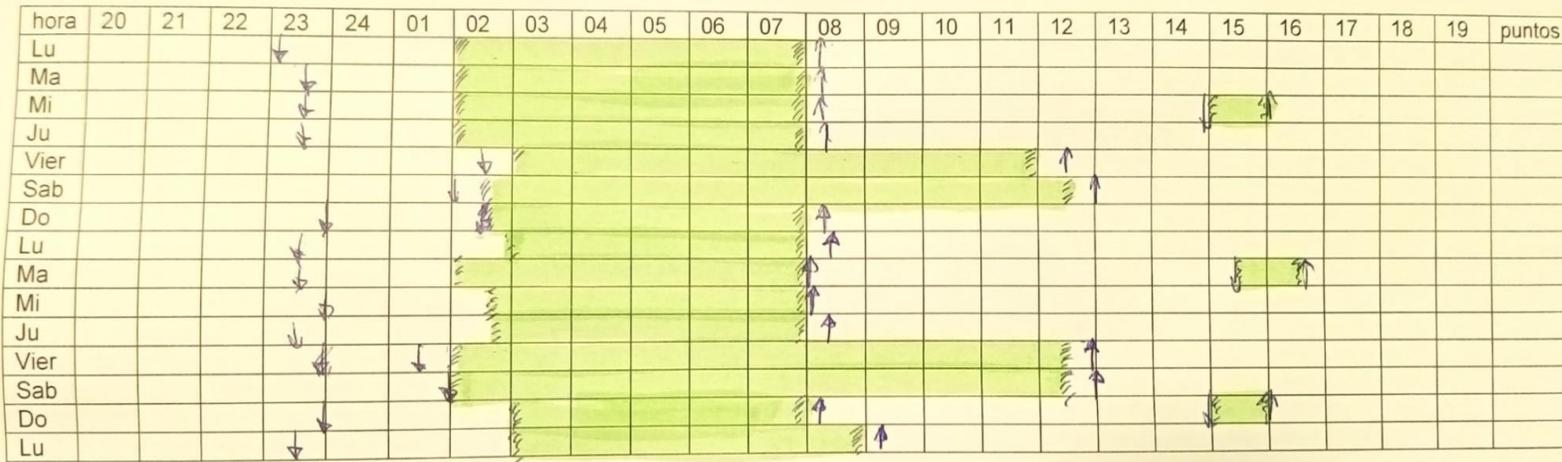
Hermanos de 12 y 17 años, sanos.

Exploración Física

NORMAL
Tanner IV

No comorbilidad

Agenda de sueño



Modificado de Iglowstein I et al. Pediatrics, 2003[®].



CASO CLÍNICO Nº 2:

Motivo de consulta:

Los padres de Amanda, una chica de 13 años de edad nos consultan por cefaleas frecuentes.

Tarda mucho en dormirse y se despierta a veces por la noche.

Presenta frecuentes cambios de humor.

¿ Qué hacemos con Amanda?

- 1) Presenta un insomnio psicofísico con un componente de ansiedad por lo que recomendaré atención psicológica.
- 2) Presenta un insomnio conductual y le prescribiremos Gotas de melatonina: 3-5 mgr administradas una hora antes de la hora deseada de dormir durante un mes.
- 3) Presenta un insomnio conductual, lo cito en una consulta programada para llevar a cabo educación sanitaria sobre el sueño, explicar las medidas de higiene de sueño y valorar intervención psicológica conductual.
- 4) Presenta un Síndrome de Retraso de fase y debemos administrarle melatonina, 3-5 mgrs aproximadamente 4-6 horas antes de acostarse.
- 5) No puedo diagnosticarlo aún, me faltan datos. Lo remitiré a una Unidad de Sueño para un estudio más a fondo.

CASO CLÍNICO Nº 2:

Motivo de consulta:

Los padres de Amanda, una chica de 13 años de edad nos consultan por cefaleas frecuentes.

Tarda mucho en dormirse y se despierta a veces por la noche.

Presenta frecuentes cambios de humor.

¿ Qué hacemos con Amanda?

- 1) Presenta un insomnio psicofísico con un componente de ansiedad por lo que recomendaré atención psicológica.**
- 2) Presenta un insomnio conductual y le prescribiremos Gotas de melatonina: 3-5 mgr administradas una hora antes de la hora deseada de dormir durante un mes.**
- 3) Presenta un insomnio conductual, lo cito en una consulta programada para llevar a cabo educación sanitaria sobre el sueño, explicar las medidas de higiene de sueño y valorar intervención psicológica conductual.**
- 4) Presenta un Síndrome de Retraso de fase y debemos administrarle melatonina, 3-5 mgrs aproximadamente 4-6 horas antes de acostarse.**
- 5) No puedo diagnosticarlo aún, me faltan datos. Lo remitiré a una Unidad de Sueño para un estudio más a fondo.**

Trastornos intrínsecos del ritmo circadiano del sueño y la vigilia:

Trastorno del retraso en la fase del sueño y la vigilia (DSWPD)

Trastorno avanzado de la fase del sueño y la vigilia (ASWPD)

Trastorno del ritmo del sueño y la vigilia que no son de 24 hora (N24SWD)

Trastorno del ritmo irregular del sueño y la vigilia (ISWRD)

Auger RR, Burgess HJ, Emens JS, Deriy LV, Thomas SM, Sharkey KM. Clinical Practice Guideline for the Treatment of Intrinsic Circadian Rhythm Sleep-Wake Disorders: Advanced Sleep-Wake Phase Disorder (ASWPD), Delayed Sleep-Wake Phase Disorder (DSWPD), Non-24-Hour Sleep-Wake Rhythm Disorder (N24SWD), and Irregular Sleep-Wake Rhythm Disorder (ISWRD). An Update for 2015: An American Academy of Sleep Medicine Clinical Practice Guideline. *J Clin Sleep Med.* 2015 Oct 15;11(10):1199-236. doi: 10.5664/jcsm.5100. PMID: 26414986; PMCID: PMC4582061.

Criterios diagnósticos de la Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño (3.ª edición) para los trastornos del sueño-vigilia del ritmo circadiano

Un patrón crónico o recurrente de alteración del ritmo de sueño-vigilia causado principalmente por una alteración del sistema circadiano o una desalineación entre el ritmo endógeno y el horario de sueño-vigilia deseado o requerido

Un trastorno del sueño y la vigilia (p. ej., insomnio, somnolencia diurna excesiva o ambos)

Asociación con deterioro sustancial o angustia en al menos un dominio de funcionamiento (p. ej., social u ocupacional)

A excepción del trastorno de desfase horario, los síntomas deben estar presentes durante al menos 3 meses. La alteración del sueño tampoco debería explicarse mejor por otros trastornos del sueño, trastornos médicos o trastornos psiquiátricos.



SPECIAL ARTICLES

JCSM

Journal of Clinical
Sleep Medicine

pii: jc-00358-15

<http://dx.doi.org/10.5664/jcsm.5100>

**Clinical Practice Guideline for the Treatment of Intrinsic Circadian Rhythm Sleep-Wake Disorders: Advanced Sleep-Wake Phase Disorder (ASWPD), Delayed Sleep-Wake Phase Disorder (DSWPD), Non-24-Hour Sleep-Wake Rhythm Disorder (N24SWD), and Irregular Sleep-Wake Rhythm Disorder (ISWRD).
An Update for 2015**

An American Academy of Sleep Medicine Clinical Practice Guideline

R. Robert Auger, MD¹; Helen J. Burgess, PhD²; Jonathan S. Emens, MD³; Ludmila V. Deriy, PhD⁴; Sherene M. Thomas, PhD⁴; Katherine M. Sharkey, MD, PhD⁵

¹Mayo Center for Sleep Medicine, Rochester, MN; ²Rush University Medical Center, Chicago, IL; ³Portland VA Medical Center, Portland, OR; ⁴American Academy of Sleep Medicine, Darien, IL; ⁵Brown University, Providence, RI

		Delayed Sleep-Wake Phase Disorder (DSWPD)				
5.2.6 Timed oral administration of melatonin or agonists (PICO Question 6)	5.2.6.1a The TF suggests that clinicians treat DSWPD in adults with and without depression with strategically timed melatonin (versus no treatment)	WEAK FOR	LOW	Uncertainty in the estimates of benefits/harms	The majority of patients would use this treatment.	
	5.2.6.2.1a The TF suggests that clinicians treat children and adolescents with DSWPD (and no comorbidities) with strategically timed melatonin (versus no treatment)	WEAK FOR	MODERATE	Uncertainty in the estimates of benefits/harms	The majority of patients would use this treatment, with appropriate informed consent from the patient and caregiver.	
	5.2.6.2.2a The TF suggests that clinicians treat children and adolescents with DSWPD comorbid with psychiatric conditions with strategically timed melatonin (versus no treatment)	WEAK FOR	LOW	Uncertainty in the estimates of benefits/harms	The majority of patients would use this treatment, with appropriate informed consent from the patient and caregiver.	
5.2.9 Combination Treatments	5.2.9.2a The TF suggests that clinicians treat children/adolescents with DSWPD with post-awakening light therapy in conjunction with behavioral treatments (versus no treatment)	WEAK FOR	LOW	Benefits outweigh harms	The majority of patients would use this treatment, particularly with active caregiver support.	

Melatonina en función de DLMO tras estudio con agenda de sueño libre

CASO CLÍNICO Nº 2:

Diagnóstico:

- S^e de retraso de fase.
- Insomnio crónico (de conciliación).
- Higiene de sueño inadecuada (horario deportivo, uso de tecnología).
- Trastorno de ansiedad generalizada asociada. Insomnio psicofisiológico

Estrecha relación entre el sueño y la salud mental.

El insomnio es un factor de riesgo para la existencia de patología psiquiátrica..

El 52,8% de los niños y adolescentes diagnosticados de insomnio tienen un trastorno psiquiátrico/ psicológico comórbido.

Hay una fuerte relación entre la falta de sueño y el comportamiento suicida en adolescentes con trastornos psiquiátricos comórbidos.

Terapias psicológicas y conductuales para el insomnio (> 7 años)

Control de estímulos. Técnica conductual basada en fortalecer la relación cama/dormitorio con relajación y sueño.

Restricción del sueño. Técnica en la que se restringe el tiempo que el paciente con insomnio puede pasar en la cama cada noche.

Ejercicios de relajación. Dirigidos a reducir e hiperarousal fisiológico que tienen los pacientes con insomnio.

Terapia cognitiva. Técnica psicoterapéutica basa en la reestructuración cognitiva de los pensamientos y creencias erróneas sobre el sueño que tienen los pacientes insomnes y que incrementan la ansiedad y la preocupación.

Educación en higiene de sueño. Esta intervención por sí sola es un tratamiento insuficiente que no ha demostrado su eficacia.

En orden de evidencia científica

TERAPIA CONDUCTUAL PARA EL INSOMNIO Y PARA EL T ANSIEDAD

Las terapias conductuales tienen un impacto positivo s consistente en la salud psiquiátrica., y se han asociado con una reducción de:

Estrés

Ansiedad

Rumiación y la depresión

Mejor afrontamiento

Bienestar emocional general entre los adolescentes.

Higiene de sueño

Debes mantener la rutina.

Horarios estables (max. 1 h diferencia).

Actividades **relajantes** previo a acostarse.

Tiempo diario al **aire libre y ejercicio físico en otros horarios.**

Ambiente nocturno a oscuras y en silencio.

Temperatura confortable para dormir.

Evitar **pantallas** al menos 1 hora antes de dormir.
Pantallas fuera del cuarto.

Mismas pautas

Adaptar a cada paciente

Dar recomendaciones por escrito

Especificar lo que incumple

TÉCNICA DE CONTROL DE ESTÍMULOS



Utilizar la cama solo para dormir.

No permanecer en la cama despierto por la noche.

Evita la asociación “estar en la cama- actividades de vigilia”

Fortalece la asociación “estar en la cama-dormir”

TÉCNICAS DE DESACTIVACIÓN Y RELAJACIÓN

7 - 9 años	9 - 12 años
<ul style="list-style-type: none">✓ Pintar mandalas✓ Muñeco de trapo✓ Mindfulness 	<ul style="list-style-type: none">✓ Técnica de relajación muscular progresiva 

- preocupaciones en relación a miedo de daño o separación de sus familiares.
- ansiedad en relación a no poder dormirse.
- aplicarlas antes de ir a dormir o en el ritual presueño.

CASO CLÍNICO Nº 2:

Diagnóstico:

- S^e de retraso de fase.
- Insomnio crónico (de conciliación).
- Higiene de sueño inadecuada (horario deportivo, uso de tecnología).
- Trastorno de ansiedad generalizada asociada. Insomnio psicofisiológico

¿ Qué tratamiento realizamos?

PAUTAS TERAPÉUTICAS NO FARMACOLÓGICAS

PAUTAS TERAPÉUTICAS FARMACOLÓGICAS

PAUTAS TERAPÉUTICAS NO FARMACOLÓGICAS

Educación en higiene de sueño

Horarios estables

Evitar siestas

Horario alimentación y pauta

Ejercicio físico y horario

Medidas circadianas

- Respetar horario vespertino
- Evitar luz nocturna (posible tenue)
- Evitar pantallas
- Exponerse a luz matutina

Medidas cognitivo-conductuales

- Restricción sueño- restringir tiempo en cama
- Medidas de relajación previas a acostarse.
- Control de estímulos

Medidas psicológicas- cognitivas

- Angustias y preocupaciones
- Inseguridad. Reforzar autoestima...
- ¿S mental?

PAUTAS TERAPÉUTICAS FARMACOLÓGICAS

Melatonina: 1-5 mgrs administrada 4 horas antes de la hora deseada de dormirse.

CASO CLÍNICO Nº 3:

Motivo de consulta:

Los padres de Ricardo, de 13 años de edad, vienen a la consulta y nos dicen:

“ Estamos preocupados. Ricardo es el primo de Amanda, a la que usted trató hace un par de meses y le pasa igual que a ella: desde que empezó la pandemia no le entra sueño hasta muy tarde, se duerme a las tantas, y cuando le suena el despertador para ir al instituto no hay quien le levante... Está todo el día cansado y claro, al pobre le han quedado 5 signaturas en 1º de la ESO...

Como a Amanda le fue bien con la melatonina , Ricardo la está tomando desde hace 1 mes, todas las noches un ratito antes de acostarse, pero como si nada...no le da sueño...

¿ Habrá que aumentar la dosis? ¿ No habrá algo más fuerte? “

CASO CLÍNICO Nº 3:

¿ Qué hacemos con Ricardo?

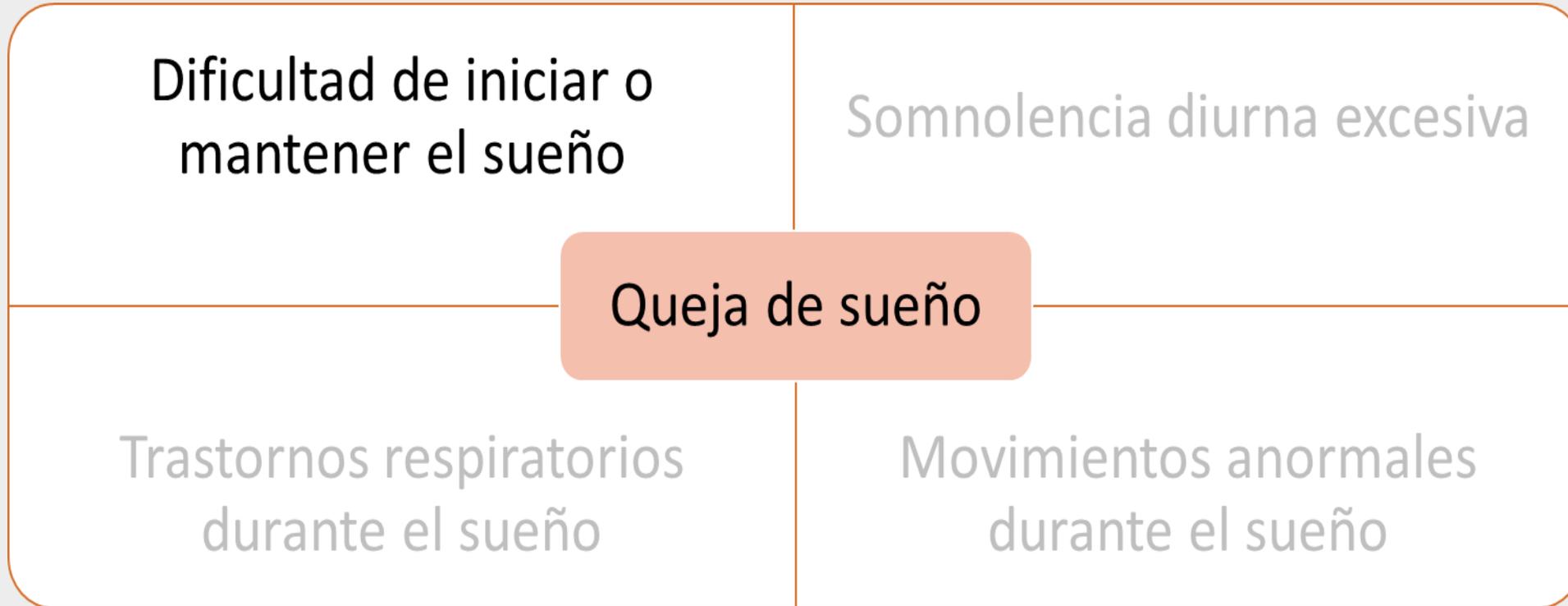
- 1) Se trata de un claro caso de S Retraso de fase que no responde porque la dosis de la melatonina es muy baja. Hay que ajustar la dosis según el peso y valorar la respuesta al mes.
- 2) Es un S de Retraso de fase pero la hora a la que le dan la melatonina es incorrecta. Hay que administrarla 5-6 horas antes de la hora de inicio del sueño.
- 3) Hay que evaluar el caso: preguntar cómo y dónde duerme, cómo es su rutina presueño...
- 4) Es un insomnio psicofísico con componente de ansiedad que precisará terapia psicológica.
- 5) Remitiré a una Unidad de Sueño para su evaluación.

CASO CLÍNICO Nº 3:

¿ Qué hacemos con Ricardo?

- 1) Se trata de un claro caso de S Retraso de fase que no responde porque la dosis de la melatonina es muy baja. Hay que ajustar la dosis según el peso y valorar la respuesta al mes.
- 2) Es un S de Retraso de fase pero la hora a la que le dan la melatonina es incorrecta. Hay que administrarla 5-6 horas antes de la hora de inicio del sueño.
- 3) Hay que evaluar el caso: preguntar cómo y dónde duerme, cómo es su rutina presueño...
- 4) Es un insomnio psicofísico con componente de ansiedad que precisará terapia psicológica.
- 5) Remitiré a una Unidad de Sueño para su evaluación.

1ª TAREA: IDENTIFICAR LA QUEJA PRINCIPAL



INSOMNIO

EXCESIVA SOMNOLENCIA DIURNA (ESD)

TABLA 1. ESCALA PEDIÁTRICA DE SOMNOLENCIA DIURNA (PDSS)

1. ¿Con que frecuencia te quedas dormido/a o te da sueño durante las horas de clase?
2. ¿Con que frecuencia te quedas dormido/a o te da sueño mientras haces las tareas?
3. ¿Estas atento/a o alerta la mayor parte del día?
4. ¿Con que frecuencia te sientes cansado y de mal humor durante el día?
5. ¿Con que frecuencia te cuesta levantarte de la cama a la mañana?
6. ¿Con que frecuencia te vuelves a quedar dormido después de que te despiertan por la mañana?
7. ¿Con que frecuencia necesitas que alguien te despierte por la mañana?
8. ¿Con que frecuencia sientes que necesitas dormir más tiempo?

Respuestas posibles y puntuación: Siempre (4), frecuentemente (3), a veces (2), casi nunca (1) y nunca (0).

Las puntuaciones superiores a 15 ± 6 indican que existe somnolencia.

TABLA 2. ESCALA DE SOMNOLENCIA DIURNA DE EPWORTH

Escala de somnolencia diurna de Epworth				
Con qué frecuencia está somnoliento o se queda dormido de día en cada una de las siguientes situaciones?				
PUNTUACIÓN: nunca 0, baja frecuencia 1, moderada frecuencia 2, alta frecuencia 3				
SITUACIÓN	PUNTAJE			
1. Sentado y leyendo	0	1	2	3
2. Viendo televisión	0	1	2	3
3. Sentado en un lugar público (cine o reunión)	0	1	2	3
4. Viajando como pasajero en un auto durante 1 hora	0	1	2	3
5. Descansando en la tarde cuando las circunstancias lo permiten.	0	1	2	3
6. Sentado y conversando con alguien	0	1	2	3
7. Sentado en un ambiente tranquilo después de almuerzo (sin alcohol)	0	1	2	3
8. En un auto, mientras se encuentra detenido por algunos minutos en el tráfico.	0	1	2	3

Un resultado entre 0 y 9 es considerado normal; mientras que uno entre 10 y 24 indica que existe somnolencia y el paciente deberá ser evaluado en mayor profundidad.

2.º: LA EVALUACIÓN DEL SUEÑO INFANTIL ES UN ACTO MÉDICO



Anamnesis estructurada

B: Dificultades para conciliar. Se acuesta a las 23: 00 hs. No concilia hasta las 2:00 h

E: no clara somnolencia pero sí cambio de comportamiento

A: no tiene despertares

R: horarios irregulares para acostarse y levantarse.

S: no ronca



	2- 5 años	6-12 años	13-18 años
1. Problemas para acostarse B ED	- ¿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 E DS	- ¿ 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 A WAKENINGS	- ¿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 R EGULARITY	- ¿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 S NORING	- ¿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)

Anamnesis

Historia detallada de sueño



- Ritmo sueño-vigilia
- Duración del problema. Frecuencia. Variabilidad entre noches.
- Estrategias que han probado para solucionarlo.
- Síntomas diurnos (comportamiento, atención, hiperactividad...)



Historia clínica: lo que ocurre durante el día

- Otros problemas médicos
- Escuela-aprendizaje
- Socialización
- Conducta
- Alimentación
- Pantallas



Antecedentes:

- ✓ Enfermedades crónicas (asma, reflujo GE, causas de dolor crónico..)
- ✓ Alteraciones craneofaciales predisponentes de OSA
- ✓ Alteraciones neurológicas (TEA, DI, ceguera...)
- ✓ TDAH
- ✓ Ansiedad o depresión
- ✓ Medicaciones (metilfenidato, montelukast, antihistamínicos...)
- ✓ Sustancias (bebidas con cafeína, alcohol)

Anamnesis

AF: hijo único, de padres sanos. María: 41 años, ama de casa. Fibromialgia. Julián: 44 años. Visitador médico. HTA
AP: antecedentes obstétricos sin interés. No ha precisado nunca ingreso hospitalario.- Niegan enfermedades previas de importancia .

¿ Cómo, cuándo y dónde duerme Ricardo?

Se va a su cuarto a las 23.30-24.00 hs, cuando sus padres apagan la tv en el salón de su casa. Para que le entre sueño coge un rato el móvil o a veces ve una película en su dormitorio. Se levanta a las 7: 00 hs para ir al instituto.

Casi todos los días se queda dormido en el sofá de su casa después de comer , una o dos horas. A veces cuando va en el coche también se duerme o también viendo la tv.

Los fines de semana “ recupera sueño”, se levanta los sábados y los domingos a las 12:00 hs y se encuentra menos cansado, claro.

Tranquilo, a veces cuando está cansado se muestra irritable. Usa el móvil a todas horas.

Socialmente adaptado, integrado en su grupo.

Rendimiento escolar bueno hasta hace 1 año. Este curso va fatal. No actividades extraescolares.

No suele hacer deporte. Reconoce consumir con frecuencia “bebidas energéticas”

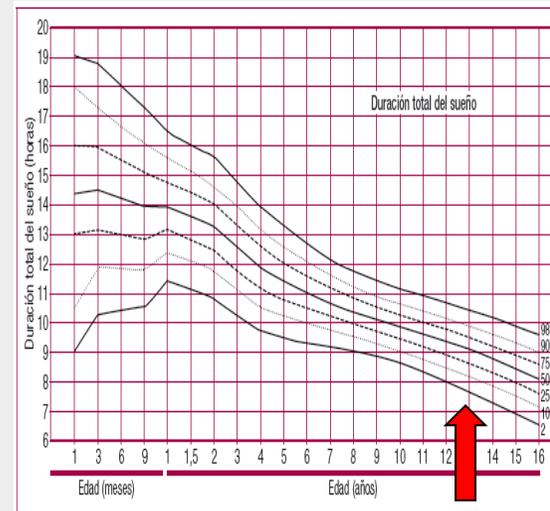
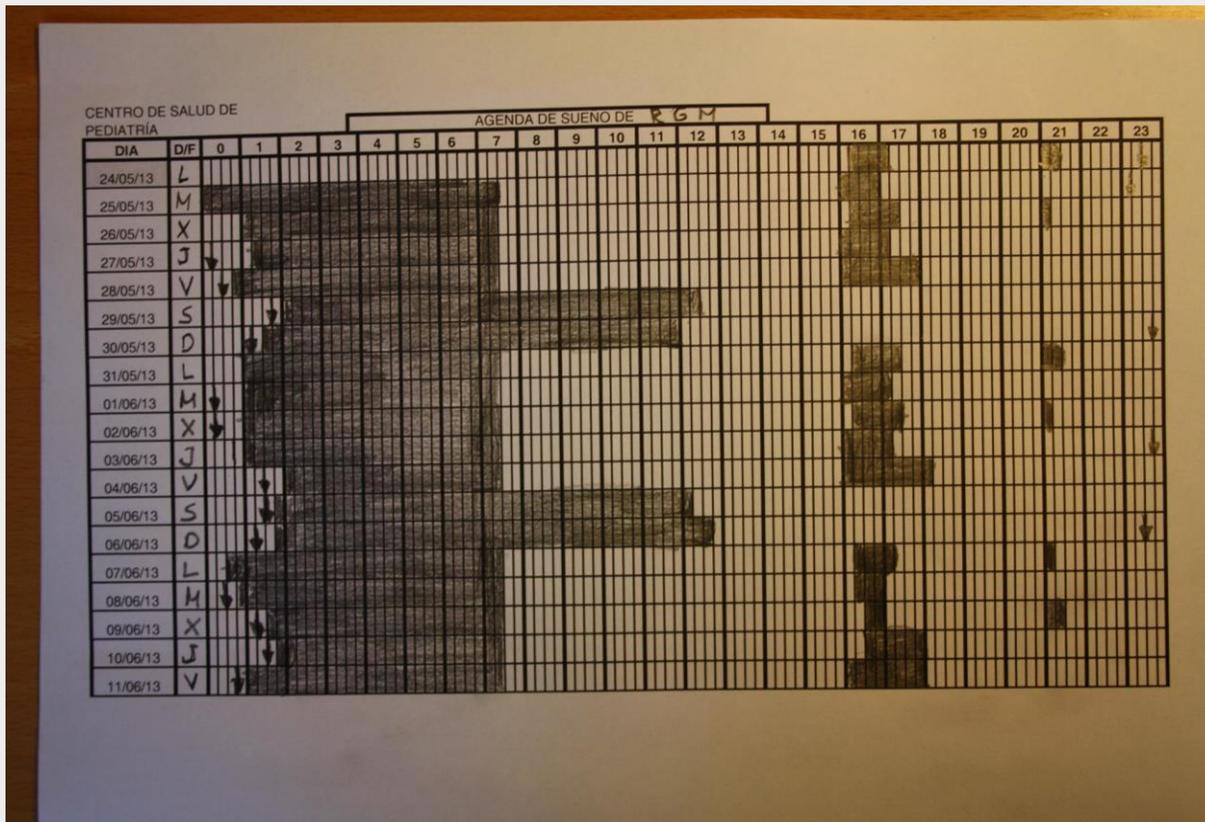
No se muestra ansioso ni deprimido. No manifiesta tener miedos.

Exploración Física

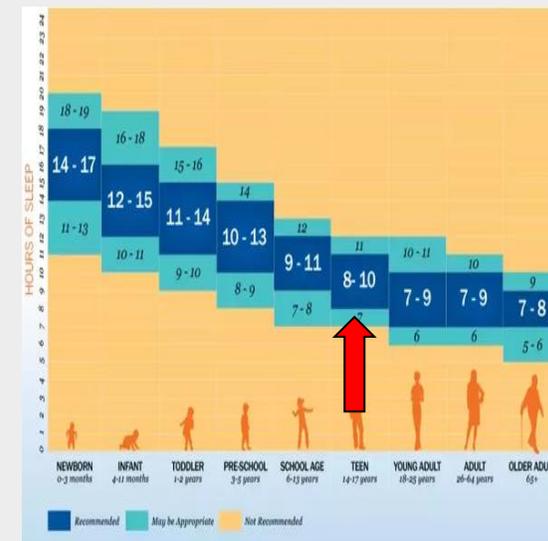
NORMAL, salvo OBESIDAD (IMC 28)

Tanner IV

Agenda de sueño



Modificado de Iglowstein I et al. *Pediatrics*, 2003⁴⁵.



CASO CLÍNICO Nº 3:

¿ Qué hacemos con Ricardo?

- 1) Se trata de un claro caso de S Retraso de fase que no responde porque la dosis de la melatonina es muy baja. Hay que ajustar la dosis según el peso y valorar la respuesta al mes.
- 2) Es un S de Retraso de fase pero la hora a la que le dan la melatonina es incorrecta. Hay que administrarla 5-6 horas antes de la hora de inicio del sueño.
- 3) Se trata de un insomnio por mala higiene de sueño que habrá que corregir.
- 4) Es un insomnio psicofísico con componente de ansiedad que precisará terapia psicológica.
- 5) Remitiré a una Unidad de Sueño para su evaluación.

CASO CLÍNICO Nº 3:

¿ Qué hacemos con Ricardo?

- 1) Se trata de un claro caso de S Retraso de fase que no responde porque la dosis de la melatonina es muy baja. Hay que ajustar la dosis según el peso y valorar la respuesta al mes.
- 2) Es un S de Retraso de fase pero la hora a la que le dan la melatonina es incorrecta. Hay que administrarla 5-6 horas antes de la hora de inicio del sueño.
- 3) Se trata de un insomnio por mala higiene de sueño que habrá que corregir.
- 4) Es un insomnio psicofísico con componente de ansiedad que precisará terapia psicológica.
- 5) Remitiré a una Unidad de Sueño para su evaluación.

Crterios diagnsticos de higiene del sueo inadecuada

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

HIGIENE DE SUEÑO

- **Rutina** de sueño estable.
- **Horarios** estables (max. 1 h diferencia).
- Actividades **relajantes** previo a acostarse.
- Evitar hambre y **cenar** pesadas.
- Evitar **cafeína/chocolate. Alcohol y bebidas energizantes en adolescentes**
- Tiempo diario al **aire libre y ejercicio físico**.
- **Ambiente nocturno** a oscuras y en silencio.
- **Temperatura** confortable para dormir.
- Evitar utilizar el dormitorio como **castigo**.
- Evitar **pantallas** al menos 2 horas antes de dormir.
- Pantallas fuera del cuarto
- Evitar siestas.
- Cama sólo para dormir.





**GRACIAS POR
VUESTRA ATENCIÓN**