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

**NOTA:**

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y **su vigencia no ha sido revisada.**

Por este motivo, **se desconoce si sus recomendaciones continúan vigentes**, por lo que deben ser consideradas con precaución y aplicadas teniendo en cuenta **el juicio clínico y las circunstancias individuales de cada paciente.**

## Guía Rápida

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

Ministerio de Ciencia e Innovación
Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad
Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud
SaludMadrid
Agencia Laín Entralgo para la Formación, Investigación y Estudios Sanitarios
Comunidad de Madrid

Esta Guía Rápida forma parte de la *Guía de Práctica Clínica sobre Pacientes con Trastornos del Sueño en la Infancia y Adolescencia en Atención Primaria*, en el marco del Plan de Calidad para el SNS del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2010. Guía de Práctica Clínica: Nº 2009/8. Ha sido desarrollada por un grupo de trabajo formado por profesionales sanitarios del SNS y la Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (UETS) de la Agencia Laín Entralgo, Comunidad de Madrid.

Existe además una guía resumida tanto en edición impresa como en las páginas web de *GuíaSalud* y de la *UETS*. En estas páginas puede consultarse también la versión completa, *su documento metodológico y el Manual Metodológico de elaboración de GPC* que recoge la metodología general empleada. También hay una *versión con la información para pacientes* en edición impresa y en las páginas web citadas.

Edita:
Agencia Laín Entralgo. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias
Gran Vía, 27
28013 Madrid
España-Spain

ISBN: 84-451-3414-0

Depósito Legal: M-1892-2012

Produce: www.cege.es Zurbano, 45, 28010 Madrid

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de práctica clínica y su vigencia no ha sido revisada.

# Índice


1. Clasificación de los trastornos del sueño 4
2. Niveles de evidencia y grados de recomendaciones 5
3. Recomendaciones de la GPC 8
   - Valoración de los trastornos del sueño 8
   - Medidas preventivas para los trastornos del sueño 9
   - Insomnio 9
   - Síndrome de piernas inquietas (SPI) 12
   - Síndrome de retraso de fase (SRF) 13
   - Síndrome de apnea-hipopnea durante el sueño (SAHS) 14
   - Sonambulismo, terrores nocturnos o del sueño, despertar confusional 15
   - Pesadillas 16
   - Movimientos rítmicos relacionados con el sueño 17
   - Somnolencia diurna excesiva (SDE) 18
   - Narcolepsia 18
   - Información al paciente/familiares del paciente 19
4. Algoritmo de valoración del sueño en Atención Primaria 20
5. Preguntas clave para ayudar en el diagnóstico 21
6. Agenda/diario de sueño-vigilia 24
7. Percentiles de duración del sueño 25
8. Instrumentos de medida de los trastornos del sueño: escalas 26
9. Algoritmos de manejo 36
10. Medidas preventivas y de higiene del sueño, según la edad, para ayudar a adquirir o mantener un buen patrón de sueño 54
11. Educación para padres sobre el sueño del niño 65
12. Valoración de la tolerancia de los padres a la extinción gradual 67


Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

# 1. Clasificación de los trastornos del sueño

El grupo de desarrollo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos del Sueño en la Infancia y Adolescencia en Atención Primaria ha considerado realizar la siguiente agrupación con los trastornos del sueño finalmente incluidos en la guía, para que de una manera práctica se facilite su manejo en el contexto de Atención Primaria. Los tres grandes grupos recogidos incluyen:

I. ***El niño al que le cuesta dormirse:*** insomnio por higiene del sueño inadecuada, insomnio conductual, síndrome de piernas inquietas, síndrome de retraso de fase.

II. ***El niño que presenta eventos anormales durante la noche:*** síndrome de apnea-hipopnea obstructiva del sueño pediátrico (SAHS), sonambulismo, terrores del sueño o nocturnos, despertar confusional, pesadillas, movimientos rítmicos relacionados con el sueño.

III. ***El niño que se duerme durante el día:*** privación crónica del sueño de origen multifactorial, narcolepsia.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no está revisada.

# 2. Niveles de evidencia y grados de recomendaciones

**Tabla 1. Niveles de evidencia científica y grados de recomendación de SIGN**

| Niveles de evidencia científica | |
|---|---|
| **1++** | Metaanálisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo. |
| **1+** | Metaanálisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgos. |
| **1–** | Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgos. |
| **2++** | Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles. Estudios de cohortes o de casos y controles con riesgo muy bajo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal. |
| **2+** | Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal. |
| **2–** | Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo y riesgo significativo de que la relación no sea causal. |
| **3** | Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos. |
| **4** | Opinión de expertos. |

| Investigación cualitativa[1] |
|---|

1. Esta categoría incluye los estudios de metodología cualitativa y no está contemplada por SIGN. Los estudios incorporados han sido evaluados a nivel metodológico, incluyéndose en esta categoría aquellos estudios más rigurosos.

| Grados de recomendación | |
|---|---|
| **A** | Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos. |
| **B** | Un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 2++, directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 1++ o 1+. |

Han transcurrido más de cinco años desde la publicación de esta GPC y su vigencia no ha sido revisada.

| | |
|---|---|
| **C** | Un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 2+ directamente aplicables a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2++. |
| **D** | Evidencia científica de nivel 3 o 4; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2+. |

Los estudios clasificados como 1– y 2– no deben usarse en el proceso de elaboración de recomendaciones por su alta posibilidad de sesgo.

| | |
|---|---|
| **√²** | Práctica recomendada, basada en la experiencia clínica y el consenso del equipo redactor. |

2. En ocasiones el grupo elaborador se percata de que existe algún aspecto práctico importante sobre el que se quiere hacer énfasis y para el cual no existe, probablemente, ninguna evidencia científica que lo soporte. En general, estos casos están relacionados con algún aspecto del tratamiento considerado buena práctica clínica y que nadie cuestionaría habitualmente. Estos aspectos son valorados como puntos de buena práctica clínica. Estos mensajes no son una alternativa a las recomendaciones basadas en la evidencia científica sino que deben considerarse únicamente cuando no existe otra manera de destacar dicho aspecto.

| | |
|---|---|
| **Q** | Evidencia extraída de estudios cualitativos relevantes y de calidad. Esta categoría no está contemplada por SIGN. |

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta guía, que es válida clínica y su vigencia no ha sido revisada.

**Tabla 2. Niveles de evidencia científica y formulación de recomendaciones para preguntas sobre diagnóstico (Adaptación del NICE de los niveles de evidencia del Oxford Centre for Evidence-based Medicine y del Centre for Reviews and Dissemination)**

| Niveles de evidencia científica | Tipo de evidencia científica |
|---|---|
| **Ia** | Revisión sistemática con homogeneidad de estudios de **nivel 1.** |
| **Ib** | Estudios de **nivel 1.** |
| **II** | Estudios de **nivel 2.**<br>Revisión sistemática de estudios de **nivel 2.** |
| **III** | Estudios de **nivel 3.**<br>Revisión sistemática de estudios de **nivel 3.** |
| **IV** | Consenso, opiniones de expertos sin valoración crítica explícita. |
| **Estudios de Nivel 1** | Cumplen:<br>• Comparación enmascarada con una prueba de referencia ("patrón oro") válida.<br>• Espectro adecuado de pacientes. |
| **Estudios de Nivel 2** | Presentan sólo uno de estos sesgos:<br>• Población no representativa (la muestra no refleja la población donde se aplicará la prueba).<br>• Comparación con el patrón de referencia ("patrón oro") inadecuado (la prueba que se evaluará forma parte del patrón oro o el resultado de la prueba influye en la realización del patrón oro).<br>• Comparación no enmascarada.<br>• Estudios casos-control. |
| **Estudios de Nivel 3** | Presentan dos o más de los criterios descritos en los estudios de nivel 2. |

| Recomendación | Evidencia |
|---|---|
| A | Ia o Ib |
| B | II |
| C | III |
| D | IV |

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su evidencia no ha sido revisada.

# 3. Recomendaciones de la GPC

| A | B | C | D | Grado de recomendación | √ | Recomendación por consenso del grupo de trabajo |
|---|---|---|---|---|---|---|

### Valoración de los trastornos del sueño

| | |
|---|---|
| √ | En la valoración general de los niños en Atención Primaria (AP) se recomienda una ***anamnesis*** que incluya la *descripción del sueño durante las 24 horas, edad de inicio del problema, hábitos de sueño (horarios) incorrectos, conducta, rendimiento escolar, evaluación del día (no sólo de la noche), historia familiar de trastornos del sueño,* si estamos ante un ***trastorno*** *transitorio agudo o crónico, afectación de otras funciones biológicas, uso de fármacos y drogas, presencia de otras patologías y/o síndromes.* |
| √ | Se recomienda utilizar ***preguntas clave*** para ayudar a detectar los trastornos del sueño y poder descartar otros trastornos (Apartado 5). |
| √ | Se pueden utilizar los percentiles de duración del sueño para ayudar a ver la evolución del sueño del niño y para la comparación del mismo con otros niños (Apartado 7) |
| D | Se recomienda la utilización de la ***agenda de sueño*** durante, al menos, 15 días para conocer los horarios de sueño y vigilia del paciente y para monitorizar su evolución (Apartado 6). |
| √ | Ante la sospecha de trastornos respiratorios durante el sueño, parasomnias, movimientos rítmicos y/o movimientos periódicos de extremidades, se recomienda, para su valoración, el vídeo doméstico. |
| D | Como herramienta de cribado de problemas del sueño se recomienda el cuestionario BISQ *(Brief Infant Sleep Questionnaire)* en lactantes menores de 2 años y medio (Apartado 8). |
| D | Como herramienta de cribado de problemas del sueño en niños de 2 a 18 años se recomienda el uso del cuestionario ***BEARS*** *(B=Bedtime Issues, E=Excessive Daytime Sleepiness, A=Night Awakenings, R=Regularity and Duration of Sleep, S=Snoring)* (Apartado 8). |
| D | Para valorar la presencia de trastornos del sueño en edad escolar se recomienda el cuestionario SDSC *(Sleep disturbance Scale for Children),* de Bruni (Apartado 8). |
| √ | Para el abordaje de los problemas/trastornos de sueño en las consultas de pediatría de AP a través de los cuestionarios citados, se recomienda el esquema presentado en el Apartado 4. |

Han transcurrido 5 años desde la publicación de esta guía de Práctica Clínica. La vigencia no ha sido revisada.

## Medidas preventivas para los trastornos del sueño

| | |
|---|---|
| **D** | Se deben tener en cuenta los aspectos característicos del sueño según los rangos de edad para poder establecer las recomendaciones preventivas (véase versión completa). |
| √ | Se debe informar a los padres, cuidadores y/o adolescentes sobre las medidas preventivas de problemas de sueño en las visitas a los centros de salud según la edad correspondiente (Apartado 10). |
| √ | Se recomienda tener en cuenta, por parte de los educadores, una serie de medidas preventivas de problemas del sueño, para poder atender e informar de un modo adecuado a los padres/cuidadores y/o adolescentes, según el ciclo formativo de enseñanza-aprendizaje correspondiente (Apartado 10). |

## El niño al que le cuesta dormirse

### Insomnio

### Diagnóstico

| | |
|---|---|
| **D** | El diagnóstico debe realizarse fundamentalmente a través de la historia clínica, y a veces con ayuda de la información recogida por la familia en las agendas/diarios de sueño. |

### Tratamiento

#### Medidas de higiene del sueño

| | |
|---|---|
| **C** | Se recomiendan intervenciones educativas que incluyan medidas de higiene del sueño además de información sobre la importancia y necesidad del sueño (véanse Apartados 10 y 11). |

#### Intervenciones psicológicas*

| | |
|---|---|
| **B** | Las técnicas basadas en los principios de terapia conductual (TC) para el insomnio deberían incluir, al menos, extinción gradual, seguida de la educación de los padres. Otras TC que pueden recomendarse son extinción estándar, el retraso de la hora de acostarse junto con el ritual presueño y los despertares programados. |
| √ | Antes de recomendar la técnica de extinción gradual se recomienda valorar la tolerancia de los padres hacia esta técnica, pudiendo ayudarse de una serie de preguntas (Apartado 12). |

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su contenido no ha sido revisado.

| | |
|---|---|
| **B** | Se recomienda la higiene del sueño e intervenciones conductuales que incluyan al menos el control de estímulos para el tratamiento del insomnio en adolescentes. Otra intervención que puede recomendarse es la reestructuración cognitiva. |
| **B** | Se recomiendan para los adolescentes los programas de educación y manejo del sueño con directrices sobre higiene del sueño, instrucciones de control de estímulos e información sobre el consumo de sustancias y el impacto que los problemas de sueño pueden tener sobre el humor y el funcionamiento académico. |
| **B** | Para reducir la activación cognitiva anterior al sueño en adolescentes con insomnio y tendencia a rumiar sus problemas a la hora de irse a dormir se recomienda un procedimiento estructurado de solución de problemas. |

*En las versiones *completa* y *resumida* de la GPC se incluye información para el profesional de AP y para los padres, cuidadores y adolescentes sobre las principales intervenciones.

### Intervenciones farmacológicas

| | |
|---|---|
| **D** | El tratamiento farmacológico del insomnio pediátrico requiere una selección cuidosa de los pacientes, habiéndose realizado un correcto diagnóstico y bajo criterio del profesional. |
| **B** | No se recomienda utilizar el tratamiento farmacológico ni como primera opción ni como estrategia exclusiva de tratamiento del insomnio pediátrico. |
| **D** | El uso de fármacos debe ser precedido por la aplicación de medidas de higiene del sueño. |
| **D** | Se recomienda el tratamiento farmacológico siempre en combinación con intervenciones no farmacológicas como técnicas conductuales y educación de los padres. |
| **D** | La medicación debe ser usada sólo a corto plazo, seleccionándose el fármaco en función del problema –de acción corta para los problemas de inicio del sueño y de vida media larga para los problemas de mantenimiento– monitorizándose los beneficios y efectos adversos. |
| **D** | Previamente a iniciar el uso de fármacos, se debe establecer junto con los padres/cuidadores o adolescentes unos objetivos de tratamiento claros y explorarse el uso de otros fármacos, alcohol, drogas y la posibilidad de embarazo. |
| **√** | Se recomienda el tratamiento farmacológico en el insomnio pediátrico cuando:<br>• Está en peligro la seguridad y bienestar del niño.<br>• Los padres son incapaces de instaurar medidas no farmacológicas.<br>• El insomnio está en el contexto de una enfermedad médica o ante una situación estresante. |

Han transcurrido más de 5 años desde su publicación. Necesita una Guía de Práctica Clínica y su vigencia no está garantizada.

| | |
|---|---|
| **D** | No se recomienda el tratamiento farmacológico en el insomnio pediátrico cuando:<br>• Exista un trastorno respiratorio del sueño no tratado.<br>• El insomnio sea debido a una fase normal del desarrollo o a falsas expectativas de los padres sobre el sueño.<br>• El insomnio se deba a una situación autolimitada de corta duración (por ejemplo, la otitis aguda).<br>• Pueda haber interacción medicamentosa con la medicación habitual o con abuso de sustancias o alcohol.<br>• No exista posibilidad de seguimiento y/o monitorización del tratamiento (padres no capaces de acudir a las revisiones programadas). |

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada

**Melatonina**

| | |
|---|---|
| √ | No hay evidencia para recomendar el uso de la melatonina en niños menores de 6 años. |
| √ | La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) no tiene autorizada la melatonina para el insomnio pediátrico; si bien los resultados obtenidos en los ensayos en niños entre 6 y 12 años con insomnio crónico de inicio, y que no responden a intervenciones educativas con higiene de sueño e intervenciones psicológicas, sugieren que una vez sea aprobada, se puede valorar la utilización de melatonina a dosis de 0,05mg/kg, administrada al menos de 1 a 2 horas antes de la hora deseada para acostarse. |
| √ | La melatonina debe ser químicamente pura y administrarse siempre a la misma hora y bajo un adecuado control por parte del pediatra, o del médico especialista en trastornos de sueño, valorándose su retirada según evolución clínica. Si por cualquier circunstancia (olvido, fiesta) no se puede administrar a esa hora se debería suprimir la dosis de ese día. |
| √ | Se recomienda a los profesionales que pregunten a los padres sobre cualquier tipo de melatonina adquirida en tienda o herbolario para evitar el uso de melatonina de origen animal y/o dosis no controladas. |

**Otros tratamientos**

*Suplementos nutricionales*

| | |
|---|---|
| **B** | Se necesita más estudios comparativos a largo plazo para recomendar de forma generalizada el uso de suplementos nutricionales para el tratamiento del insomnio pediátrico. |

*Hierbas medicinales*

| | |
|---|---|
| **B** | No hay suficiente evidencia para recomendar el uso de la valeriana ni la combinación de ésta con lúpulo para el tratamiento del insomnio pediátrico. |
| **D** | Se recomienda a los profesionales que pregunten a los padres/adolescentes sobre cualquier producto de herbolario que se esté tomando o se haya tomado, para alertarlos del peligro de la automedicación con la combinación de fármacos y productos herbales. |

*Ruido blanco*

| | |
|---|---|
| **B** | No hay suficiente evidencia sobre eficacia y seguridad para recomendar el uso del ruido blanco para el tratamiento del insomnio pediátrico. |

## Síndrome de piernas inquietas (SPI)

### Diagnóstico

| | |
|---|---|
| √ | El diagnóstico del SPI debe realizarse fundamentalmente a través de una historia clínica completa que incluya los antecedentes personales y familiares, exploración física exhaustiva, estudio hematológico (hemograma, glucemia, transaminasas, función renal, metabolismo del hierro). Puede ser útil la información recogida por las familias en las agendas/diarios de sueño. |
| √ | Se recomienda tener en cuenta las siguientes patologías a la hora de plantear un diagnóstico diferencial: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), disconfort posicional, dolores del crecimiento, tics motores, dolores musculares, calambres musculares, patología ósea, acatisia y otras enfermedades como enfermedades dermatológicas, reumatológicas, polineuropatía periférica, radiculopatía o miopatía, mioclono hípnico, crisis mioclónicas o parasomnias. |

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

## Tratamiento

| | |
|---|---|
| √ | En los casos de SPI menos graves se recomiendan una serie de medidas generales, no farmacológicas, que incluyan reducir o eliminar aquellos factores que precipitan el SPI (limitar el consumo de cafeína, chocolate, nicotina, alcohol, fármacos) y aplicar normas basadas en los principios de higiene del sueño, principalmente, recomendaciones familiares sobre los horarios adecuados de sueño para sus hijos, dependiendo de la edad. |
| √ | Para reducir el malestar en las piernas en clase se recomienda el apoyo familiar y escolar, que se puede traducir en medidas como permitir que el niño salga a dar un paseo durante una clase, alguna actividad física en los recreos o que cambie de posición con frecuencia. |
| **D** | Se necesita más evidencia para recomendar, de forma generalizada, la realización de programas de ejercicio físico para el tratamiento del SPI pediátrico. |
| **D** | Se recomienda la medición de los niveles de hierro y ferritina en sangre ante la presencia de síntomas de SPI, incluso cuando no hay anemia o ésta es moderada. |
| √ | En el caso de que los niveles de ferritina sérica estén por debajo de 35 µg/l, se recomienda un tratamiento oral con hierro, en dosis terapeútica de anemia ferropénica, seguido de control analítico posterior. |
| √ | Se recomienda derivar a las Unidades de Sueño o centros de referencia a aquellos niños con SPI que no responden a las medidas generales, higiene y aportes orales de hierro. |

## Síndrome de retraso de fase (SRF)

### Diagnóstico

| | |
|---|---|
| **D** | El diagnóstico del SRF debe realizarse clínicamente, pudiendo utilizarse las agendas/diarios de sueño con información recogida por las familias en los casos de sospecha. |
| √ | Como diagnóstico diferencial se recomienda tener en cuenta: el insomnio, tanto primario como secundario, una higiene del sueño inadecuada y algunos trastornos de ánimo o ansiedad. |

### Tratamiento

| | |
|---|---|
| √ | Se recomiendan medidas de higiene del sueño básicas para reducir los factores que precipiten el SRF (Apartado 10) insistiendo en las siguientes: evitar siestas, comprender que la cama sirve para dormir y no para comer, estudiar, oír música, hablar por teléfono…), evitar realizar actividad física en horas cercanas al sueño, y evitar la excesiva exposición lumínica (de la TV, ordenador, videojuegos o otros dispositivos) al final del día e incrementar la exposición a la luz natural por la mañana. |
| **D** | Se necesita más evidencia para recomendar, de forma generalizada, la fototerapia o luz brillante para el tratamiento del SRF pediátrico. |

Hasta los 12 años o hasta los 5 años después de la publicación de esta Guía de Práctica Clínica, la versión completa no estará disponible.

| | |
|---|---|
| √ | La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) no tiene autorizada la melatonina para el SRF pediátrico, si bien los resultados de los ensayos en niños mayores de 6 años con síndrome de retraso de fase, y que no responden a intervenciones de higiene de sueño, sugieren que, una vez sea aprobada, se puede valorar su utilización con dosis en un rango de 0,3mg-6 mg. hasta 6 horas antes de la hora habitual de dormir. |
| √ | La administración de melatonina deberá realizarse siempre bajo un adecuado control por parte del pediatra, o del médico especialista en trastonos de sueño, valorándose su retirada según la evolución clínica. |
| **B, C** | Se necesita más evidencia para recomendar la cronoterapia para el tratamiento del SRF pediátrico. |
| **B** | No se recomienda la administración de vitamina B12 en el tratamiento del SRF pediátrico. |

## El niño que presenta eventos anormales durante la noche

### Síndrome de apnea-hipopnea durante el sueño (SAHS)

Diagnóstico

| | |
|---|---|
| √ | El diagnóstico de sospecha de SAHS en AP se debe iniciar mediante una adecuada historia, anamnesis y exploración física (véase *versión completa*), incluyendo de inicio tres preguntas clave (Apartado 5) y prestando atención a signos y síntomas de alerta (véase *versión completa*). |
| **D** | Se recomienda el cuestionario **del Sueño Pediátrico de Chervin** (PSQ reducido) para ayudar a establecer el diagnóstico de sospecha de síndrome de apnea-hipopnea de sueño (SAHS) (Apartado 8). |
| **D** | Adicionalmente, se puede solicitar la realización del *vídeo domiciliario* para ser valorado mediante el *score* de Sivan para ayudar en la sospecha diagnóstica (Apartado 8). |
| **D** | Ante la sospecha clínica confirmada de SAHS se recomienda derivar al paciente a las Unidades de Sueño o centros de referencia (véase algoritmo, Apartado 9). |

Tratamiento

| | |
|---|---|
| √ | Como tratamiento para el SAHS en AP se recomienda un tratamiento conservador (higiene del sueño, Apartado 10), hasta establecerse el tratamiento definitivo en la Unidad de Sueño o centro de referencia y después del mismo. |
| √ | Se recomienda la reevaluación clínica y un control post-tratamiento de los niños con SAHS una vez regresan al ámbito de AP después de haber realizado su tratamiento de Atención Especializada (AE), teniendo que reenviarse a AE en determinadas circunstancias (véase algoritmo, Apartado 9). |

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia puede no ser plena.

## Sonambulismo, terrores nocturnos o del sueño, despertar confusional.

### Diagnóstico

| | |
|---|---|
| **D** | Se debe realizar una historia clínica completa que incluya una descripción detallada del episodio, con especial énfasis en la edad de inicio, hora en la que se produce, frecuencia, regularidad y duración de los episodios, antecedentes familiares de trastornos del sueño, factores asociados que predispongan o precipiten los episodios, así como el impacto que el trastorno causa en la vida diaria del paciente. |
| **√** | Se recomienda complementar la historia clínica, además de con una exploración física, con la valoración del desarrollo y valoración de la conducta en el ámbito social, familiar y escolar. |
| **D** | Se recomienda tener en cuenta las siguientes patologías a la hora de plantear un diagnóstico diferencial: el trastorno del comportamiento durante el sueño REM, las pesadillas, los ataques de pánico nocturnos y epilepsias nocturnas (epilepsia nocturna del lóbulo frontal). |
| **C** | Se aconseja utilizar la escala FLEP *(Frontal Lobe Epilepsy and Parasomnias)* en el caso de que existan dudas diagnósticas entre epilepsia del lóbulo frontal y parasomnias (Apartado 8). |
| **D** | Se recomienda derivar a una unidad especializada en trastornos del sueño o centro de referencia a aquellos pacientes que presenten síntomas sugestivos de parasomnias inusuales o atípicas (por la edad de inicio, hora en la que se produce, frecuencia, regularidad y duración de los episodios o por los patrones motores), cuando se sospecha otro trastorno del sueño (síndrome de apnea obstructiva del sueño o movimientos periódicos de las piernas) como desencadenante, en casos que requieran consideraciones legales o cuando no responden a tratamiento convencional. |
| **D** | Se debe derivar a una unidad especializada en trastornos del sueño o centro de referencia aquellos casos en los que se sospeche un trastorno del sueño que se crea relacionado con crisis epilépticas. También para evaluar comportamientos violentos o potencialmente peligrosos para el paciente u otros relacionados con el sueño. |
| **D** | No se recomienda derivar a una unidad especializada en trastornos del sueño o centro de referencia los casos de parasomnias típicas, no complicadas y que no han causado lesiones. |

### Tratamiento

| | |
|---|---|
| **√** | Se recomienda comentar con los padres del niño afectado la naturaleza generalmente benigna y autolimitada de los episodios. |
| **D** | La primera medida que se debe tomar es la mejora de la higiene del sueño: que el niño duerma las horas suficientes, no se supriman las siestas si lo hacen habitualmente, mantenga un horario regular de sueño y evitar aquellos posibles desencadenantes. |

Parasomnias de 5 años desde la perspectiva de la práctica clínica y su urgencia diagnóstica. Revisión.

| | |
|---|---|
| **D** | Se debe aconsejar a los padres cómo actuar cuando se produce un episodio: conducir al niño de vuelta a la cama, evitar despertarle e interferir y evitar discutir sobre el episodio al día siguiente. |
| **D** | Se recomienda aconsejar a los padres sobre las medidas de seguridad oportunas que se deberían tomar en el hogar. |
| **D** | Cuando no se consiga controlar los episodios mediante las medidas de higiene del sueño, puede intentarse su control mediante despertares programados, si el episodio suele ocurrir aproximadamente a la misma hora. |
| **√** | En aquellos casos más graves o intensos, o que tienen consecuencias sobre la vigilia o que no han respondido a las medidas anteriores, se debe derivar al paciente a una unidad especializada en trastornos del sueño o centro de referencia. |
| **D** | Si hay evidencia de un trastorno primario de sueño (SAHS, SPI-MPE) u otros trastornos comórbidos (TDAH), lo indicado es el tratamiento de éstos para corregir la parasomnias. |

## Pesadillas

### Diagnóstico

| | |
|---|---|
| **D** | El diagnóstico debe realizarse fundamentalmente a través de la historia clínica, con ayuda de agendas/diarios de sueño. |
| **D** | No se recomienda la polisomnografía de manera rutinaria para el diagnóstico de pesadillas. |

### Tratamiento

| | |
|---|---|
| **√** | Se recomienda tranquilizar a la familia insistiendo en la naturaleza benigna y limitada del cuadro. |
| **D** | Se recomiendan las siguientes actuaciones con el fin de prevenir la aparición de pesadillas: mantener una buena higiene del sueño (véase Apartado 10), mantener un período tranquilo y relajante antes de acostarse, evitar ver películas, series de televisión u oír historias de terror antes de acostarse, reducir aquellos factores que puedan ser estresantes para el niño, restringir la ingesta de líquidos después de la cena y el niño debe orinar antes de acostarse. |
| **D** | Cuando el niño sufre una pesadilla se recomienda que los padres utilicen alguna o varias de las siguientes estrategias: tranquilizar y calmar al niño, recalcando que ha sido sólo una pesadilla o utilizar objetos que transmitan seguridad al niño para ayudarle a volverse a dormir. |

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada

| | |
|---|---|
| **D** | Se recomienda, que con ayuda de los padres, se pida al niño que dibuje o describa la pesadilla, según la edad, cambiando el final de la misma, de manera que con este nuevo final el niño se sienta seguro. |
| **√** | Cuando las pesadillas ocurren casi cada noche o se presentan varios episodios en una misma noche, existe riesgo de que el sujeto se lesione o lesione a otros o cuando las pesadillas afectan a las actividades de la vida diaria, el niño debe ser derivado a un especialista. |

## Movimientos rítmicos relacionados con el sueño

### Diagnóstico

| | |
|---|---|
| **√** | El diagnóstico debe realizarse fundamentalmente a través de la historia clínica, exploración física, agendas del sueño y a veces con ayuda de vídeos domésticos recogidos por la familia. |
| **D** | La videopolisomnografía debe reservarse para los casos en los que el diagnóstico es dudoso, cuando coexisten otros trastornos del sueño como el SAHS y cuando se requiere determinar cómo los movimientos afectan a la calidad del sueño o a las actividades diarias. |
| **D** | El diagnóstico diferencial de trastornos de movimientos rítmicos relacionados con el sueño debe incluir trastornos médicos (neurológicos, dolor, reflujo gastroesofágico, infección de oído, ceguera u otros), comportamientos autoestimulatorios, convulsiones y otras parasomnias y trastornos del movimiento (bruxismo, espasmos del sueño, tics, espasmo mutans, trastorno del comportamiento asociado a sueño REM o síndrome de piernas inquietas con trastorno de movimientos periódicos de las extremidades o SPI-TMPE). |

### Tratamiento

| | |
|---|---|
| **D** | Como primera medida se recomienda tranquilizar a la familia insistiendo en la naturaleza benigna y limitada del cuadro. |
| **D** | Se debe instruir a los padres sobre medidas de seguridad para evitar que el niño se haga daño: apretar todos los tornillos de la cuna, poner chichoneras en las cunas, poner barras protectoras en las camas. |
| **√** | En aquellos casos más graves o intensos, o que tienen consecuencias sobre la vigilia o que persisten mas allá de los seis años, se debe derivar al paciente a una unidad especializada en trastornos del sueño o centro de referencia. |

Han transcurrido cinco años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada

## El niño que se duerme durante el día

### Somnolencia diurna excesiva (SDE)

#### Diagnóstico

| | |
|---|---|
| √ | El diagnóstico de la SDE debe realizarse fundamentalmente a través de una historia clínica completa que incluya los antecedentes médicos, ingesta de fármacos o drogas y los hábitos del paciente, consecuencias diurnas y con ayuda de la información recogida por las familias en las agendas/diarios de sueño y la Escala pediátrica de Somnolencia diurna PDSS. |

### Narcolepsia

#### Diagnóstico

| | |
|---|---|
| √ | Para ayudar al diagnóstico de la narcolepsia, hay que investigar si existen antecedentes familiares de otras causas de SDE o de narcolepsia. |
| √ | Las pruebas diagnósticas dirigidas a confirmar o descartar este trastorno se deben realizar en el hospital, preferentemente en una Unidad de Sueño o centro de referencia. |

#### Tratamiento

| | |
|---|---|
| √ | Se debe recomendar a los padres/tutores que informen a los centros escolares sobre las necesidades de los niños, para poder adecuar sus horarios y tareas escolares según sus necesidades sin que se afecte su rendimiento académico. |
| √ | Los niños deben recibir supervisión cuando realicen actividades potencialmente peligrosas (por ejemplo, natación). |
| √ | Se recomendará a aquellos adolescentes diagnosticados de narcolepsia con permiso de conducir que eviten la conducción, y comuniquen su estado a la Dirección General de Tráfico si disponen de permiso de conducir. Se les informará además acerca de la normativa vigente que señala que aquellas personas con narcolepsia no podrán obtener o prorrogar el permiso de conducción, salvo dictamen facultativo favorable, en cuyo caso se puede reducir el período de vigencia del permiso según criterio facultativo. |
| √ | Se deben explicar las medidas de higiene del sueño insistiendo en la educación de los hábitos saludables (Apartado 10). |
| √ | Se recomienda la realización de alguna siesta breve programada a lo largo del día. |

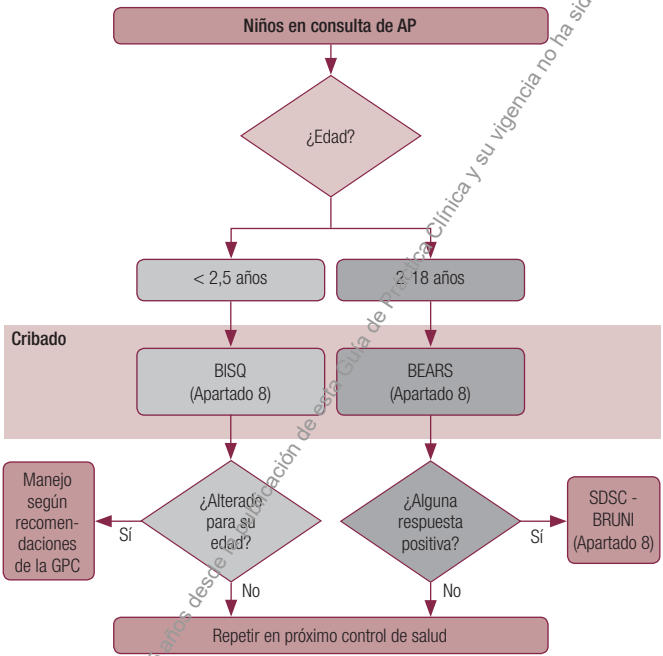
Han transcurrido más de cinco años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

## Información al paciente/familiares del paciente

| | |
|---|---|
| √ | Se recomienda proporcionar información a los padres/cuidadores y niños/adolescentes con problemas de sueño (o sospecha de padecerlos), incluyendo información general sobre el problema y sobre las intervenciones efectivas (véase *Información al Paciente, versión completa).* |
| √ | Para mejorar la adherencia y facilitar una toma de decisiones compartida se han de tener en cuenta las experiencias, preferencias y expectativas de los padres/cuidadores y niños/adolescentes con respecto a las decisiones terapéuticas que tomar. |
| √ | Se recomienda favorecer que los padres/cuidadores y niños/adolescentes adquieran cierto grado de motivación para llevar a cabo las recomendaciones del profesional sanitario respecto a la higiene del sueño y las intervenciones psicológicas, que requieran modificación de conducta. |
| √ | Hay que trasmitir a los padres/cuidadores y niños/adolescentes las barreras que pueden presentarse y el esfuerzo que supone el cumplimiento de ciertas intervenciones psicológicas, en relación con la adopción de nuevos patrones de comportamiento (mantener los mismos horarios de sueño todos los días, levantarse de la cama hasta que se vuelva a tener sueño, eliminar determinados hábitos que puedan alterar la conducta del sueño, como utilización de videojuegos, consumo de cafeína, chocolate…). |

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica, por lo que su vigencia no ha sido revisada.

# 4. Algoritmo de valoración del sueño en Atención Primaria




SDSC: Sleep Disturbance Scale for Children.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

# 5. Preguntas clave para ayudar en el diagnóstico

## Sospecha de trastornos del sueño

| |
|---|
| DURANTE EL DÍA, ¿tiene…:<br>• mal rendimiento escolar?<br>• hiperactividad?<br>• trastorno del comportamiento, agresividad?<br>• accidentes frecuentes?<br>• dolores de crecimiento?<br>• cefaleas matutinas?<br>• retraso pondero-estatural?<br>• somnolencia diurna excesiva (en > 5 años)?<br>• mejora la conducta si duerme más? |
| DURANTE LA NOCHE, ¿tiene..:<br>• despertares frecuentes (3-5 requerimientos/noche, más de 3 noches/semana (en >1 año)?<br>• tarda más de media hora en dormirse? ¿Llora?<br>• ronquido nocturno?<br>• pausas respiratorias?<br>• respiración bucal?<br>• dificultad para despertar por las mañanas?<br>• excesiva irritación al despertar? |

## Sospecha de SAHS

| |
|---|
| 1. ¿El niño ronca?*<br>2. ¿Presenta un esfuerzo respiratorio aumentado cuando duerme?<br>3. ¿Han observado los padres pausas respiratorias prolongadas (apneas)? |

*Se define como ronquido habitual al que existe más de 3 noches por semana más de tres semanas, sin infección de la vía respiratoria.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

# Sospecha de un trastorno del arousal: sonambulismo, terrores nocturnos y despertares confusionales

| **Descripción del evento, que ayude a distinguir entre trastornos del arousal, pesadillas, trastorno del comportamiento en sueño REM y epilepsia nocturna:** |
|---|
| • ¿A qué edad comenzaron los episodios?<br>• ¿Qué ocurre durante el episodio?<br>• ¿Cuánto tiempo transcurre desde que se acuesta el niño hasta que se inicia el episodio?<br>• ¿Cuanto dura el episodio?<br>• ¿Lo recuerda el niño al día siguiente?<br>• ¿Cuál es la respuesta a estímulos durante el episodio?<br>• ¿Con qué frecuencia ocurre?<br>• ¿Ha caminado el niño alguna vez durante el episodio?<br>• ¿Se ha herido a sí mismo o a otros durante el episodio? |
| **Rutinas del sueño para determinar si la falta de sueño es un factor contribuyente:** |
| • ¿Cuál es la rutina del niño al irse a dormir?<br>• ¿Tiene el niño acceso durante la noche a tecnologías como el ordenador, televisión, videojuegos, reproductores de música o teléfono móvil?<br>• ¿A qué hora se levanta el niño entre semana? ¿Y los fines de semana?<br>• ¿Cuánto tiempo le lleva al niño irse a dormir?<br>• ¿Tras dormirse, cuántas veces se despierta?<br>• ¿Duerme la siesta o se queda dormido durante el día?<br>• ¿Toma el niño cafeína?<br>• ¿Cuántas horas duerme el niño de media en un período de 24 horas? |

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

| Evaluación de potenciales desencadenantes y trastornos asociados |
|---|
| • ¿El niño ronca?<br>• ¿El niño hace pausas en su respiración?<br>• ¿Se queja el niño de sensaciones extrañas en las piernas que se incrementan con el descanso y se alivian con el movimiento?<br>• ¿Da patadas durante el sueño?<br>• ¿Ha sido diagnosticado el niño de algún otro trastorno del sueño, o trastorno de desarrollo o comportamiento?<br>• ¿Presenta actualmente alguna enfermedad infecciosa o proceso febril?<br>• ¿Padece el niño migrañas frecuentes?<br>• ¿Tiene el niño ansiedad o depresión?<br>• ¿Existe algún estresante potencial?<br>• ¿Está tomando el niño algún tipo de medicación o droga? |
| **Evaluación de las consecuencias durante el día** |
| • ¿Presenta el niño problemas de atención o aprendizaje?<br>• ¿Tiene el niño alteraciones del humor o de la conducta?<br>• ¿Presenta el niño hiperactividad o excesiva somnolencia? |
| **Evaluación de asociación genética** |
| • ¿Presenta algún miembro de la familia sonambulismo o terrores del sueño?<br>• ¿Hay alguien en la familia que ronque o padezca apnea del sueño?<br>• ¿Hay alguien en la familia con síndrome de las piernas inquietas?<br>• ¿Hay historia de epilepsia en la familia? |

Modificado de *Principles and practice of pediatric sleep medicine,* 2005.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada

# 6. Agenda/diario de sueño-vigilia

Centro de salud de

Pediatría | Agenda de sueño de

| Día | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

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

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

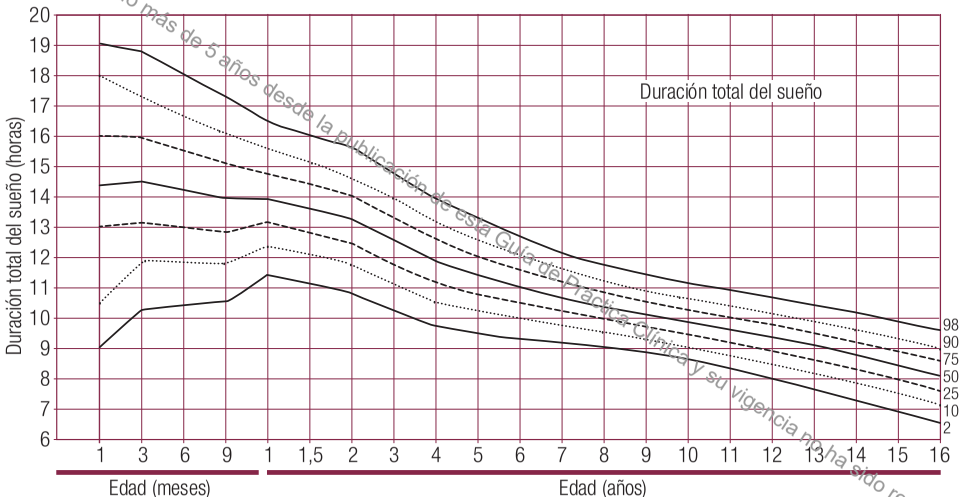
A las 20.30 horas se le acuesta, durmiéndose de 21 a 23 horas. De 23 a 0 horas permanece despierto.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y la vigencia no ha sido revisada.

# 7. Percentiles de duración del sueño

**Percentiles de duración del sueño en 24 horas desde la infancia hasta la adolescencia**

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.




Modificado de Iglowstein I *et al. Pediatrics*, 2003.

# 8. Instrumentos de medida de los trastornos de sueño: escalas

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

| **Debe contestar una única respuesta, la que le parezca más apropiada.** |
|---|
| Nombre de la persona que rellena la encuesta: |
| Parentesco con el niño: |
| Fecha: |
| Nombre del niño/a: |
| Fecha de nacimiento: |
| Niño ☐ Niña ☐ |
| Cómo duerme: en cuna en su habitación ☐ |
| En cuna en la habitación de los padres ☐ |
| En la cama con los padres ☐ |
| En cuna en la habitación de hermanos ☐ |
| Otra ☐ (especificar): |
| ¿Cuánto tiempo duerme su hijo/a por la noche? (a partir de las 9 de la noche): Horas: Minutos: |
| ¿Cuánto tiempo duerme su hijo/a por el día? (a partir de las 9 de la mañana): Horas: Minutos: |
| ¿Cuánto tiempo está su hijo/a despierto por la noche? (de 12 a 6 de la mañana): Horas: Minutos: |
| ¿Cuántas veces se despierta por la noche?: |
| ¿Cuánto tiempo le cuesta coger el sueño por la noche? (desde que se le acuesta para dormir): Horas: Minutos: |
| ¿A qué hora se suele quedar dormido/a por la noche? (primer sueño): Horas: Minutos: |
| ¿Cómo se duerme su niño/a?: |
| Mientras come ☐ |
| Acunándolo ☐ |
| En brazos ☐ |
| El solo/a en su cuna ☐ |
| El solo/a en presencia de la madre/padre ☐ |

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

Hamster Sirrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

# BEARS. Cribado de trastornos del sueño en la infancia

B= Problemas para acostarse *(bedtime problems)*
E= Somnolencia diurna excesiva *(excessive daytme sleepiness )*
A= Despertares durante la noche *(awakenings during the nigh )*
R= Regularidad y duración del sueño *(regularity and duration of sleep)*
S= Ronquidos *(snoring)*

| 2-5 años | 6-12 años | | 13-18 años |
|---|---|---|---|
| 1. Problemas para acostarse | • ¿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).<br>• ¿ Tienes algún problema a la hora acostarse? **(N)** | • ¿ Tienes algún problema para dormirte a la hora de acostarte ¿ **(N)** |
| 2. Somnolencia diurna excesiva | • ¿Su hijo parece cansado o somnoliento durante el día?<br>• ¿Todavía duerme siestas? | • ¿ Su hijo le cuesta despertarse por las mañanas, parece somnoliento durante el día o duerme siestas? (P)<br>• ¿Te sientes muy cansado? **(N).** | • ¿Tienes mucho sueño durante el día, en el colegio, mientras conduces? **(N)** |
| 3.Despertares durante la noche | • ¿Su hijo se despierta mucho durante la noche? | • ¿Su hijo parece que se despierte mucho durante la noche? - ¿Sonambulismo o pesadillas? **(P)**<br>• ¿Te despiertas mucho por la noche? **(N)**<br>• ¿Tienes problemas para volverte a dormir, cuando te despiertas? **(N)** | • ¿Te despiertas mucho por la noche?<br>• ¿Tienes problemas para volverte a dormir, cuando te despiertas? **(N)** |

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta guía y no se ha establecido su vigencia no ha sido revisada.

| | | | |
|---|---|---|---|
| 4. Regularidad y duración del sueño | • ¿Su hijo se va a la cama y se despierta más o menos a la misma hora?<br>• ¿A que hora? | • ¿A que hora se va su hijo a la cama y se despierta los días que hay colegio?<br>• ¿Y los fines de semana?<br>• ¿Vd. piensa que duerme lo suficiente? (P) | • ¿A que hora te vas a la cama los días que hay colegio?<br>• ¿Y los fines de semana?<br>• ¿ Cuanto tiempo duermes habitualmente? (N) |
| 5. Ronquidos | • ¿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) |

P: Preguntas dirigidas a los padres, N: preguntar directamente al niño.

Fuente: Owens JA, Dalzell V. Use of the 'BEARS' sleep screening tool in a pediatric residents' continuity clinic: a pilot study. Sleep Med. 2005; 6:63-69.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de práctica clínica y su vigencia puede no ser la adecuada

# SDSC: Sleep disturbance Scale for Children. Escala de alteraciones del sueño en la infancia de Bruni (modificado)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Cuántas horas duerme la mayoría de las noches? | | | | |
| 1<br>9-11 h | 2<br>8-9 h | 3<br>7-8 h | 4<br>5-7 h | 5<br>< 5 h |
| 2. ¿Cuánto tarda en dormirse? | | | | |
| 1<br>< 15 m | 2<br>15-30 m | 3<br>30-45 m | 4<br>45-60 m | 5<br>> 60 m |
| En las siguientes respuestas, valore:<br>1 = nunca;<br>2 = ocasionalmente (1-2 veces al mes);<br>3 = algunas veces (1-2 por semana);<br>4 = a menudo (3-5 veces/semana);<br>5 = siempre (diariamente) | | | | |
| 3. Se va a la cama de mal humor | | | | |
| 4. Tiene dificultad para coger el sueño por la noche | | | | |
| 5. Parece ansioso o miedoso cuando "cae" dormido | | | | |
| 6. Sacude o agita partes del cuerpo al dormirse | | | | |
| 7. Realiza acciones repetitivas tales como rotación de la cabeza para dormirse | | | | |
| 8. Tiene escenas de "sueños" al dormirse | | | | |
| 9. Suda excesivamente al dormirse | | | | |
| 10. Se despierta más de dos veces cada noche | | | | |
| 11. Después de despertarse por la noche tiene dificultades para dormirse | | | | |
| 12. Tiene tirones o sacudidasde las piernas mientras duerme, cambia a menudo de posición o da "patadas" a la ropa de cama | | | | |
| 13. Tiene dificultades para respirar durante la noche | | | | |
| 14. Da boqueadas para respirar durante el sueño | | | | |
| 15. Ronca | | | | |
| 16. Suda excesivamente durante la noche | | | | |
| 17. Usted ha observado que camina dormido | | | | |

Han transcurrido más de cinco años desde su publicación en esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

| |
|---|
| 18. Usted ha observado que habla dormido |
| 19. Rechina los dientes dormido |
| 20. Se despierta con un chillido |
| 21. Tiene pesadillas que no recuerda al día siguiente |
| 22. Es difícil despertarlo por la mañana |
| 23. Al despertarse por la mañana parece cansado |
| 24. Parece que no se pueda mover al despertarse por la mañana |
| 25. Tiene somnolencia diurna |
| 26. Se duerme de repente en determinadas situaciones |
| **Total** |
| Inicio y mantenimiento del sueño: preguntas 1, 2, 3, 4, 5, 10 y 11<br>Síndrome piernas inquietas/ Síndrome movimiento periódico extremidades/Dolores de crecimiento: pregunta 12<br>Trastornos respiratorios del sueño: preguntas 13, 14 y 15<br>Desórdenes del *arousal:* preguntas 17, 20 y 21<br>Alteraciones del tránsito vigilia/sueño: preguntas 6, 7, 8, 12, 18 y 19<br>Somnolencia diurna excesiva/déficit: preguntas 22, 23, 24, 25 y 26<br>Hiperhidrosis del sueño: preguntas 9 y 16 |
| **Línea de corte: 39** |
| Inicio y mantenimiento: 9,9 ± 3,11<br>Síndrome piernas inquietas: 3<br>Trastornos respiratorios del sueño: 3,77 ± 1,45<br>Desórdenes del arousal: 3,29 ± 0,84<br>Alteraciones del tránsito vigilia/sueño: 8,11 ± 2,57<br>Excesiva somnolencia: 7,11 ± 2,57<br>Hiperhidrosis: 2,87 ± 1,69 |
| Interpretación: La línea de corte está situada en 39. Esto significa que si de la suma de las puntuaciones de todas las preguntas se alcanza esta cifra se puede sospechar que existe un trastorno de sueño y hay que analizar las puntuaciones de cada grupo de trastorno. Para cada grupo se vuelve a indicar su puntuación de corte y el intervalo para considerar si el niño puede presentar ese trastorno. |

Fuente: Bruni O, Ottaviano S, Guidetti V et al. The Sleep Disturbance Scale for Children (SDSC). Construction and validation of an instrument to evaluate sleep disturbances in childhood and adolescence. J SLEEP RES. 1996; 5:251-261.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

# P.S.Q. Pediatric Sleep Questionnaire. Cuestionario de Sueño Pediátrico de Chervin

**Instrucciones:** Por favor responda las preguntas siguientes relacionadas con el **comportamiento del niño o niña, tanto durante el sueño como cuando esta despierto.** Las preguntas hacen referencia al **comportamiento habitual,** no necesariamente al observado en los últimos días porque puede que no sea representativo si no se ha encontrado bien. Si no esta seguro de cómo responder a alguna pregunta consulte con nosotros. Cuando se usa la palabra habitualmente significa que ocurre la mayor parte del tiempo o más de la mitad de las noches. Usamos el término niño para referirnos tanto a niñas como a niños.

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre del niño: | | | Fecha de nacimiento |
| Edad: | Curso Escolar | | Fecha de la encuesta |
| Encuesta hecha por | Madre | ☐ | Observaciones: |
| | Padre | ☐ | |
| | Ambos | ☐ | |

| Comportamiento nocturno y durante el sueño | SI | NO | NS |
|---|---|---|---|
| Mientras duerme su niño | | | |
| 1. Ronca alguna vez? | | | |
| 2. Ronca más de la mitad de las noches? | | | |
| 3. Siempre ronca? | | | |
| 4. Ronca con fuerza? | | | |
| 5. Tiene respiración fuerte o ruidosa? | | | |
| 6. Alguna vez ha visto que su hijo deje de respirar durante la noche? | | | |
| *En caso afirmativo describa lo que ocurrió: (al final del cuestionario)* | | | |
| 7. Alguna vez le ha preocupado la respiración de su hijo durante el sueño? | | | |
| 8. En alguna ocasión ha tenido que sacudir o zarandear a su hijo o despertarle para que respirase? | | | |
| 9. Tiene su hijo un sueño inquieto? | | | |

Han transcurrido más de cinco años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su información ha sido revisada.

| Comportamiento nocturno y durante el sueño | SI | NO | NS |
|---|---|---|---|
| 10. Tiene movimientos bruscos de las piernas en la cama? | | | |
| 11. Tiene "dolores de crecimiento" (dolor que no conoce la causa) que empeoran en la cama? | | | |
| 12. Mientras su hijo duerme ha observado si da pataditas con una o ambas piernas? | | | |
| 13. Da patadas o tiene movimientos regulares, rítmicos, por ejemplo cada 20-40 segundos? | | | |
| 14. Durante la noche suda mucho, mojando los pijamas? | | | |
| 15. Durante la noche se levanta de la cama por alguna causa? | | | |
| 16. Durante la noche se levanta a orinar? | | | |
| 17. En caso afirmativo cuantas veces de media se levanta por la noche? | | | |
| 18. Normalmente su hijo duerme con la boca abierta? | | | |
| 19. Suele tener su hijo la nariz obstruida o congestionada? | | | |
| 20. Tiene su hijo alguna alergia que le dificulte respirar por la nariz? | | | |
| 21. Durante el día su hijo suele respirar con la boca abierta? | | | |
| 22. Se levanta con la boca seca? | | | |

Fuente: Tomas VM, Miralles TA, Beseler SB. Versión española del Pediatric Sleep Questionnaire. Un instrumento útil en la investigación de los trastornos del sueño en la infancia. Análisis de su fiabilidad. An Pediatr (Barc ). 2007; 66:121-128.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

# Vídeo-score de Sivan

**Instrucciones:** Se realiza un vídeo de sueño de 30 minutos de duración. Debe realizarse con el niño con el tórax y abdomen descubierto, con registro sonoro, sin corregir las posturas que se produzcan durante el mismo (es común la hiperextensión del cuello para mejorar el calibre de la vía aérea superior) y preferentemente a últimas horas de la noche, -entre las 5h–5:30h de la mañana porque los eventos obstructivos respiratorios son más frecuentes en las fases REM- o cuando los padres observen que los ruidos respiratorios son más intensos.

| | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|
| **Ruido inspiratorio** | Ausente | Débil | Intenso |
| **Tipo ruido inspiratorio** | | Episódico | Continuo |
| **Movimientos durante el sueño** | Sin movimientos | Pocos (< 3) | Frecuentes (> 3) |
| **Nº de episodios de despertar** | Un punto por cada despertar | | |
| **Nº de apneas** | Ausentes Intermitentes | (periódicas) | Continuas |
| **Retracciones torácicas** | Ausentes Intermitentes | (periódicas) | Continuas |
| **Respiración bucal** | Ausentes Intermitentes | (periódicas) | Continuas |

**Interpretación:** ≤ 5= normal; 6-10= dudas para SAHS; ≥ 11= SAHS.

Fuente: Sivan Y, Kornecki A, Schonfeld T. Screening obstructive sleep apnoea syndrome by home videotape recording in children. Eur Respir J. 1996;9: 2127-2131.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

# Escala FLEP: Frontal Lobe Epilepsy and Parasomnias

| Clínica | | Puntuación |
|---|---|---|
| **Duración de un episodio típico** | | |
| < 2 minutos | | 1 |
| 2-10 minutos | | 0 |
| >10 minutos | | –2 |
| **Número típico de episodios/noche** | | |
| 1-2 | | 0 |
| 3-5 | | 1 |
| >5 | | 2 |
| **Momento de la noche en la que ocurre el episodio** | | |
| Primer tercio (60-90 m) | | –1 |
| Otros (incluido sin patrón o a los 20 minutos) | | 1 |
| **Sintomatología** | | |
| Episodio asociado a aura | si | 2 |
| | no | 0 |
| Alguna vez deambula fuera de la habitación durante el episodio | si | –2 |
| | no ( o muy raro) | 0 |
| Realiza conductas complejas (vestirse, coger objetos…) durante el evento | si | –2 |
| | no ( o muy raro) | 0 |
| Hay historia clara de postura distónica, extensión tónica de los miembros o calambres durante los eventos | si | 1 |
| | no ( o muy raro) | 0 |
| **Estereotipias de los eventos** | | |
| Muy estereotipados | | 1 |
| Alguna variabilidad | | 0 |
| Muy variables | | –1 |

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

| **Recuerdo del episodio** | |
|---|---|
| Sí recuerdo lúcido | 1 |
| No o sólo vagamente | 0 |
| **Vocalización: el paciente habla durante los episodios y lo recuerda** | |
| No | 0 |
| Sí, sólo sonidos o palabras simples | 0 |
| Sí, lenguaje coherente con recuerdo parcial o ausente | -2 |
| Sí, lenguaje coherente con recuerdo | 2 |
| **Total** | |

Puntuación: > 3: Diagnóstico de epilepsia muy probable
1-3: Diagnóstico de epilepsia probable, se requieren más investigaciones
< 1: Diagnóstico de epilepsia poco probable

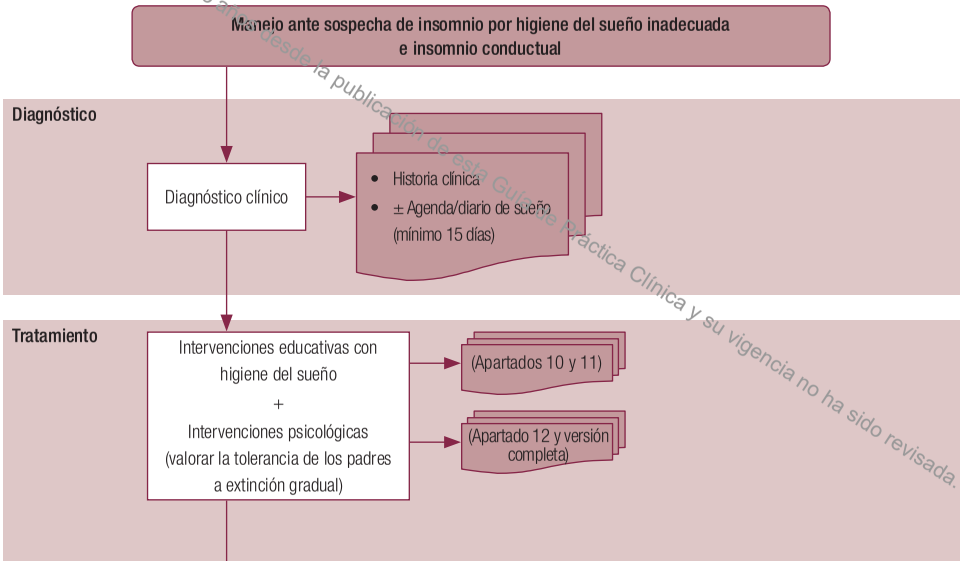
Fuente: Modificado de *Derry et al,* 2006

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

# 9. Algoritmos de manejo

## Algoritmo 1

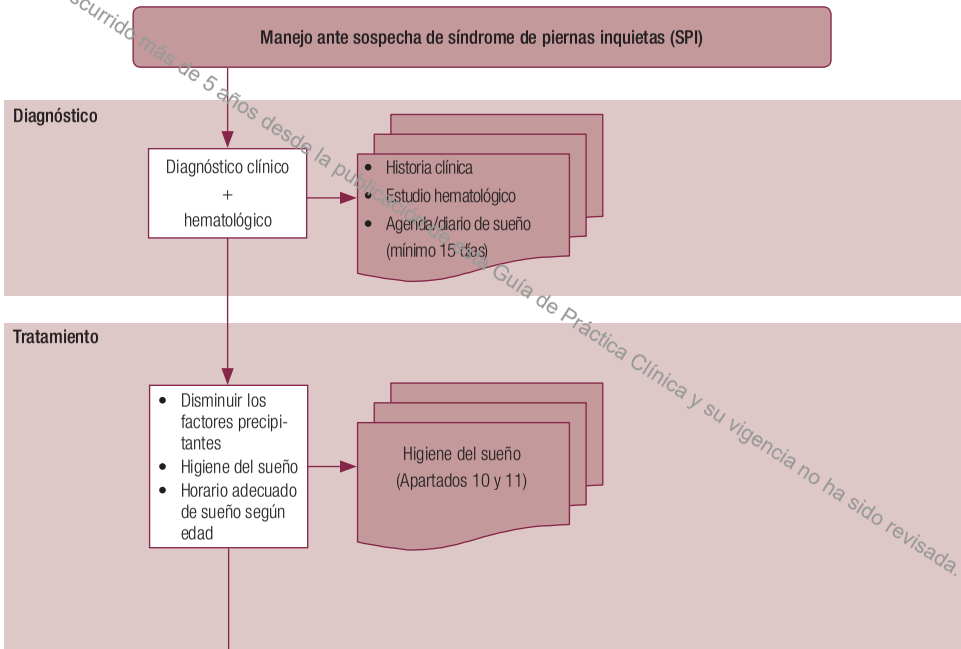
Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.



Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

# Algoritmo 2

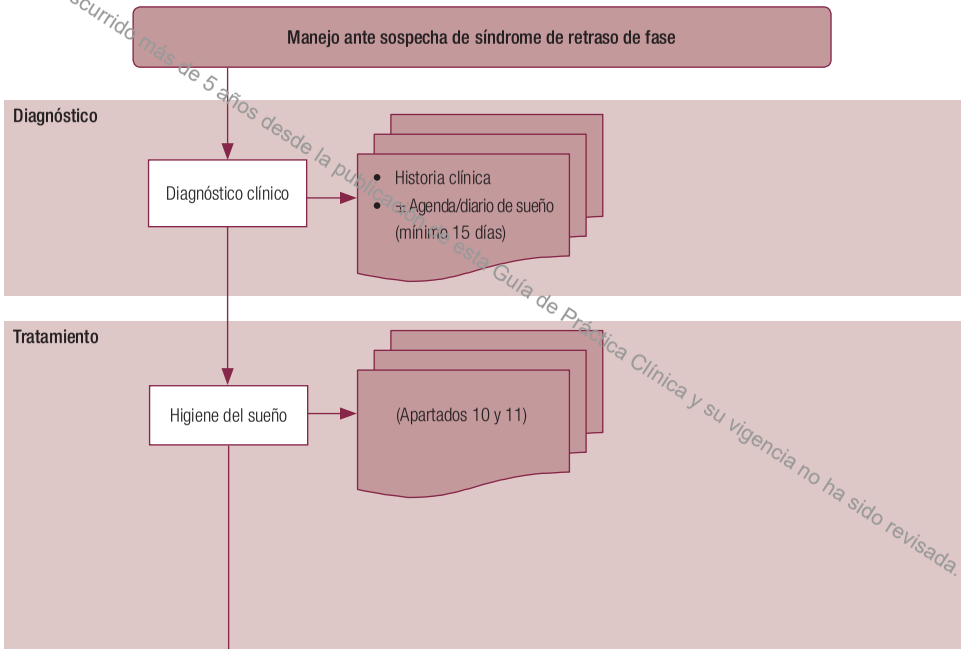
Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.



Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

# Algoritmo 3

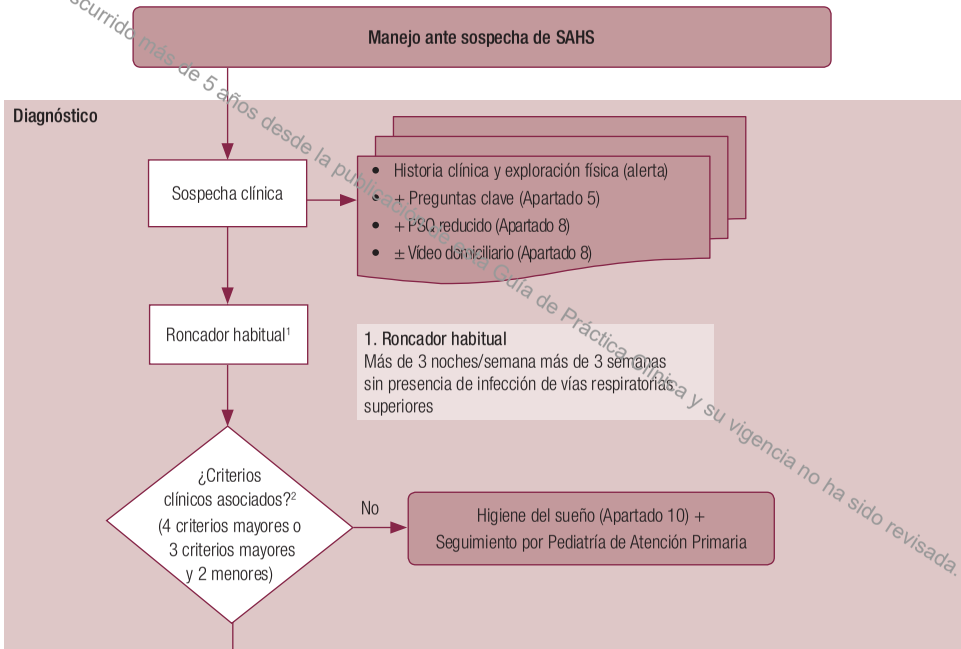
Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.



Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

# Algoritmo 4

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.



Sí

**2. Criterios clínicos asociados**

**Criterios mayores (>):**

- Problemas de aprendizaje
- Se duerme en clase (1 vez/semana)
- Conducta TDAH-like
- PA > PC 85 para talla
- Enuresis resistente al tratamiento
- IMC > PC 97 para edad
- I. Mallampati > 2 + HA

**Criterios menores (<):**

- Hipercolesterolemia para la edad
- OM y/o IVRS recurrentes
- Asma/rinitis alérgica
- Historia familiar (+): 1 progenitor (+) o 3 familiares cercanos (+)
- Historia de prematuridad

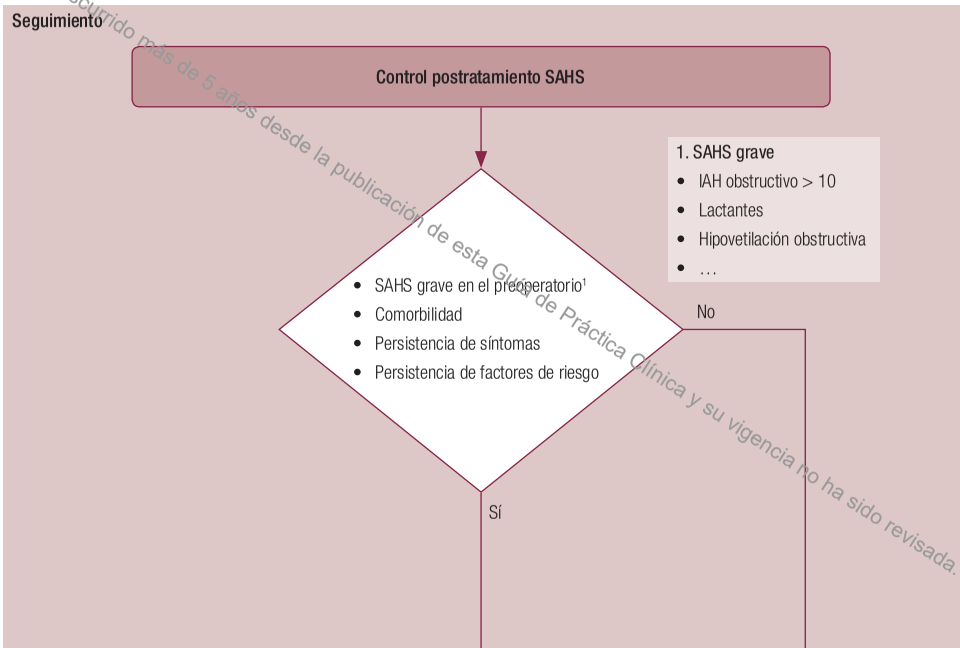
Higiene del sueño (Apartado 10) + Derivación a Unidad de Sueño o centro de referencia

HA: hipertrofia adenoamigdalar; IVRS: infección de vías respiratorias superiores; OM: otitis media; PA: tensión arterial; PC: percentil; TDAH: trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

# Algoritmo 4 (continuación)

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guías de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.



Higiene del sueño (Apartado 10) + Derivación a Unidad de Sueño o centro de referencia[2]

Higiene del sueño (Apartado 10) + Seguimiento por Pediatría de Atención Primaria

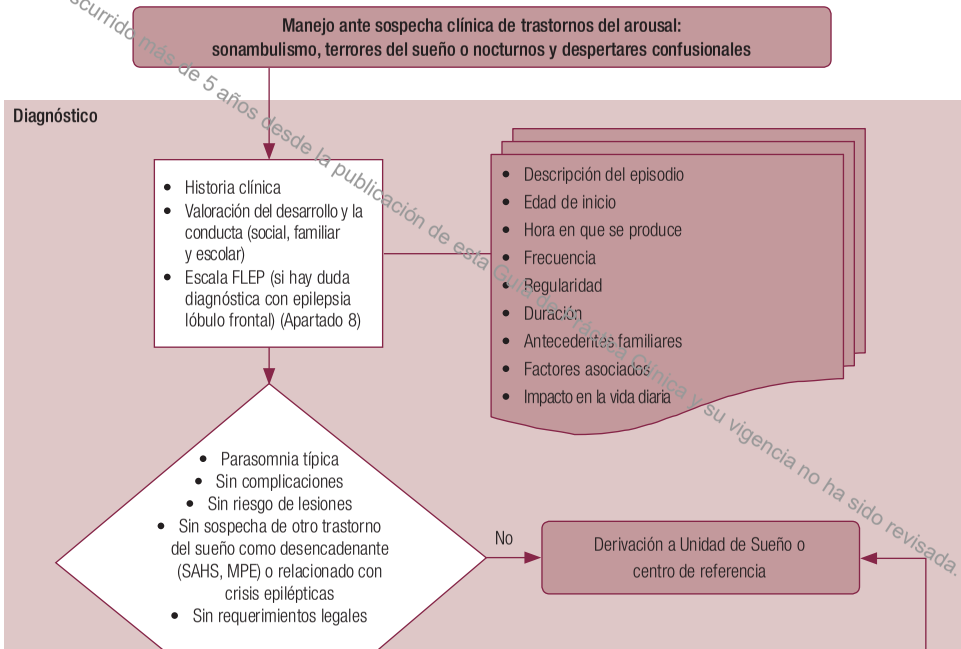
2. Derivación

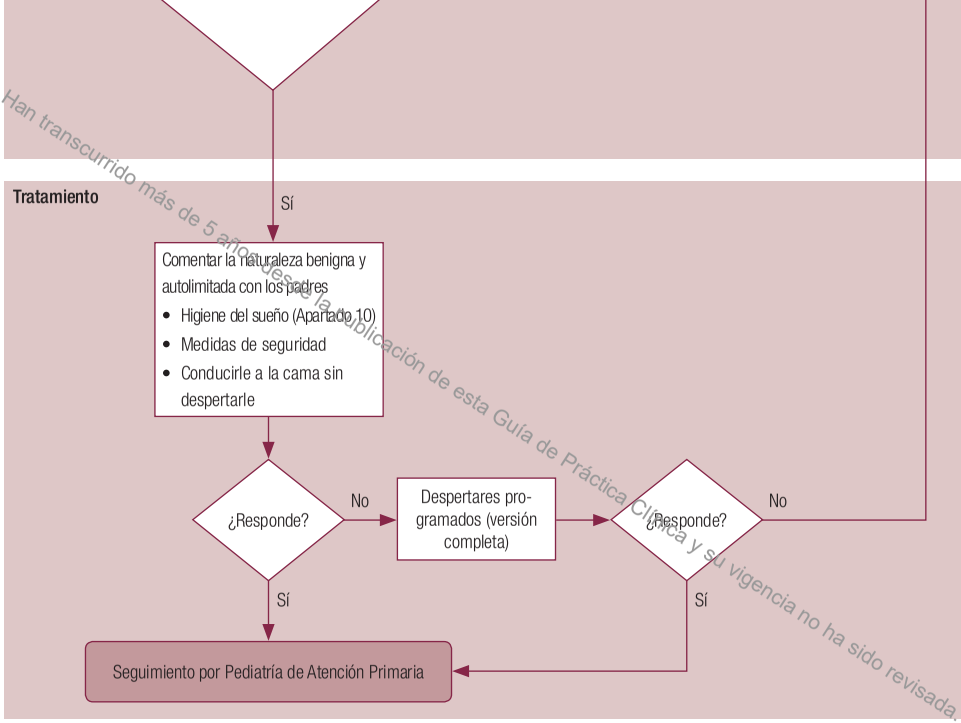
- Inmediata en caso de comorbilidad o persistencia de síntomas
- De 3 a 6 meses después de la cirugía en caso de SAHS grave en preoperatorio o persistencia de factores de riesgo

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

# Algoritmo 5

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

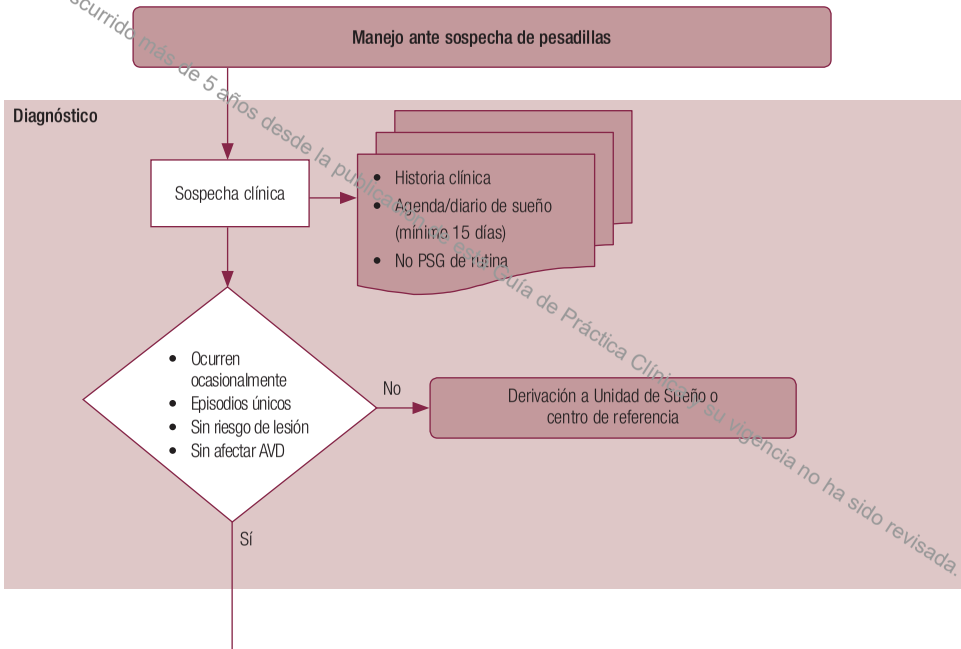


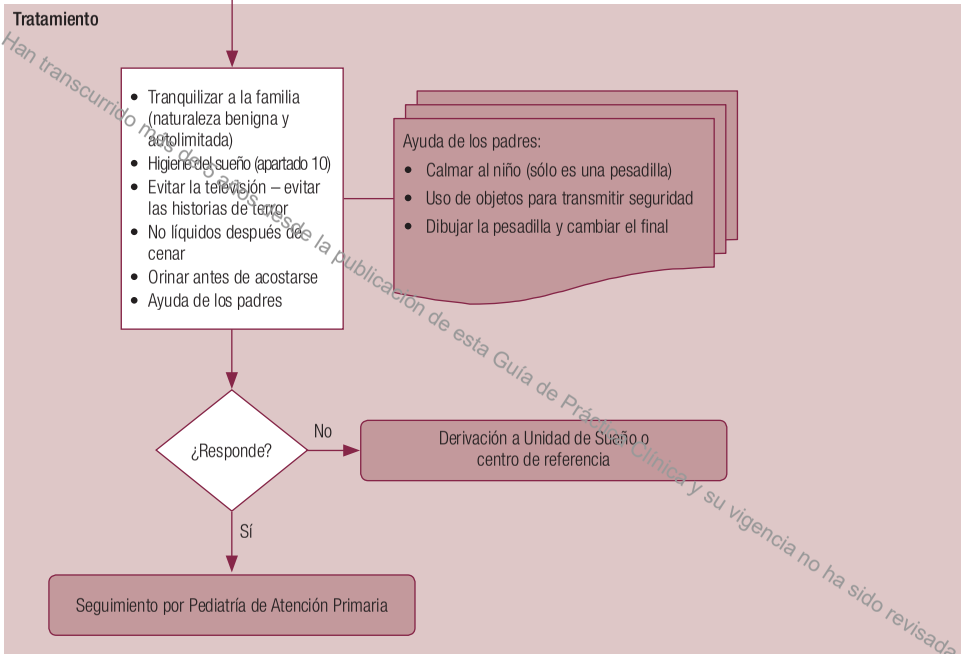



Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

# Algoritmo 6

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

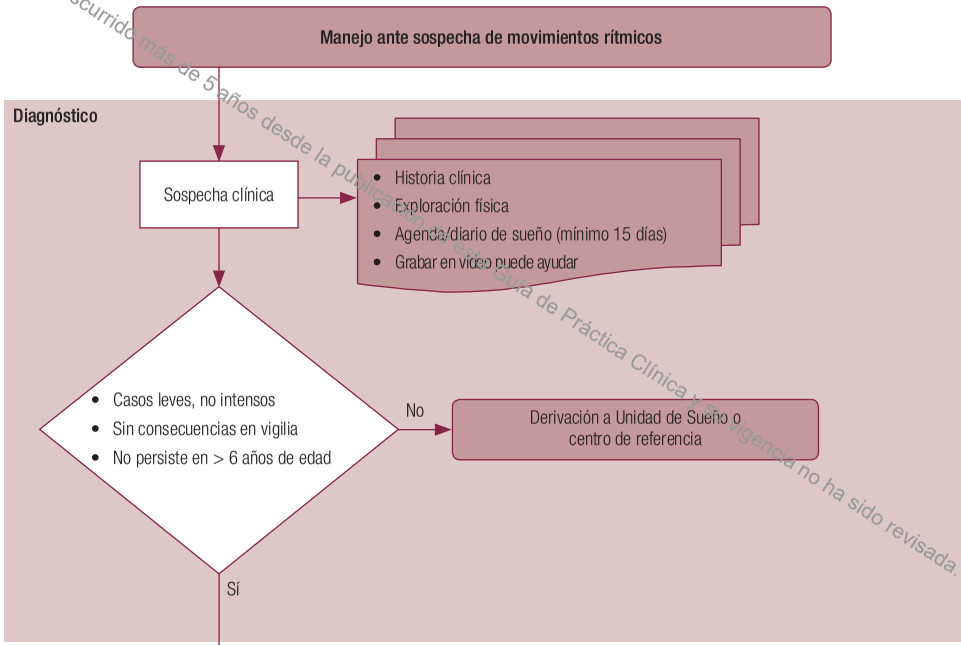


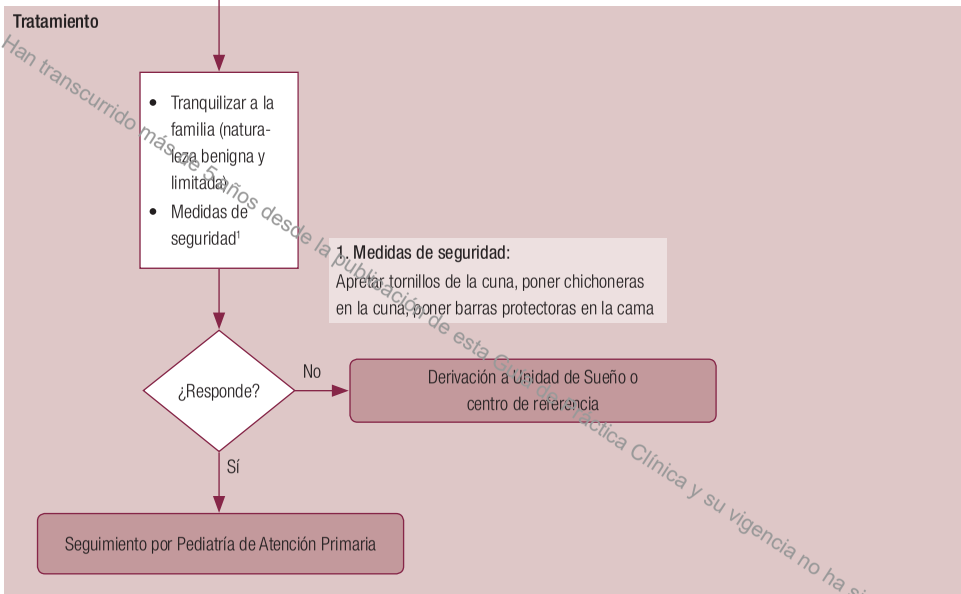



Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

# Algoritmo 7

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

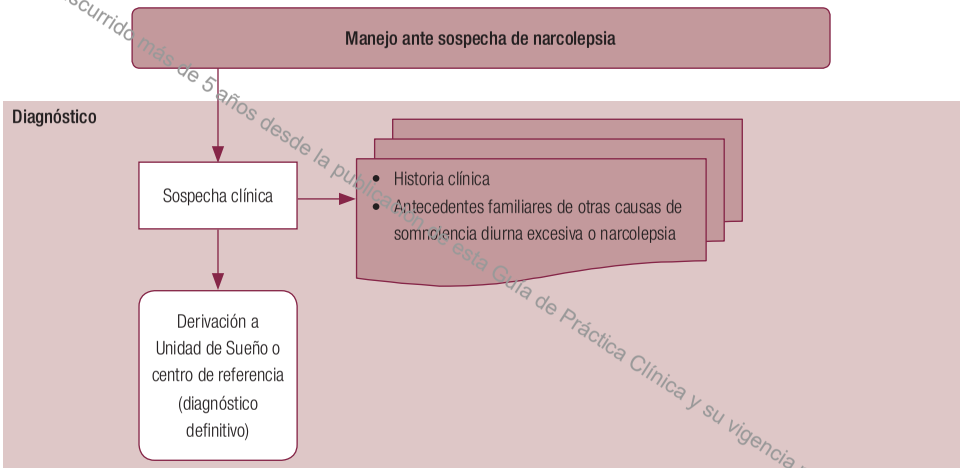




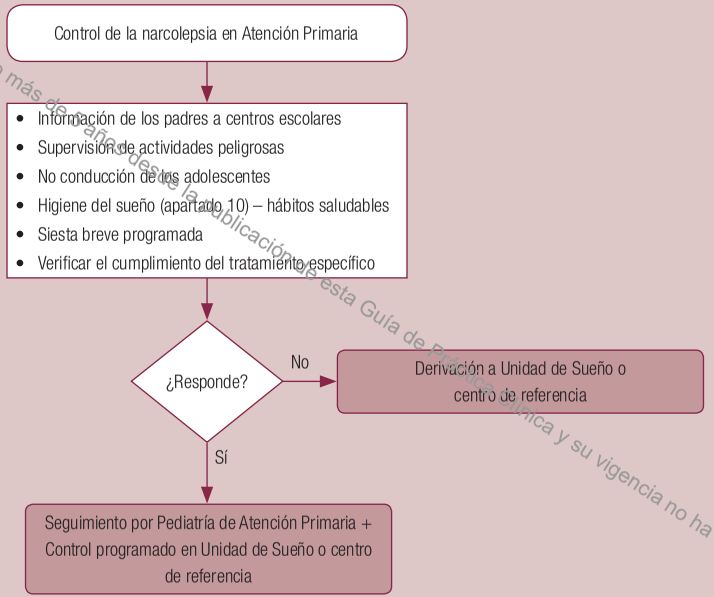

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

# Algoritmo 8

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.



**Seguimiento**




Han transcurrido más de cinco años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

# 10. Medidas preventivas y de higiene del sueño, según la edad, para ayudar a adquirir o mantener un buen patrón de sueño

## Formato para padres, cuidadores y/o adolescentes

### Menores de 2 meses

- Es muy importante que el bebé permanezca despierto mientras come, ya que así empezará a asociar la comida con la vigilia. Es bastante difícil mantener al bebé despierto porque tiende a quedarse dormido. Los padres tienen que hablarle, hacerle pequeñas caricias y estimularle suavemente para que mantenga una cierta vigilia. Es recomendable que los padres alimenten al niño, siempre que puedan, en el mismo lugar, con luz, música ambiental suave y temperatura agradable.
- Es muy normal que algún intervalo entre las tomas sea más corto o más largo. No importa. Se deben seguir siempre las mismas rutinas.
- Después de cada comida es importante tener al bebé despierto en brazos durante unos 15 minutos. Esto facilitará la eliminación de gases y, posiblemente, evitará algunos cólicos.
- Después de cambiarlo, se dejará al bebé en la cuna, procurando que esté siempre despierto, para que aprenda a dormirse solito.
- Estas rutinas se repetirán todas las veces que el niño pida comida durante el día y en la toma que corresponda a la noche, excepto el tiempo que se tenga al niño en brazos despierto después de la toma. Ésta será más corta, sólo de 5 minutos, porque es la toma que poco a poco el niño irá suprimiendo, y podrá dormir más horas seguidas.

Hoja autorizada para esta publicación de esta GPC en la página web y su vigencia no ha sido revisada

- Es conveniente que los episodios de alimentación durante la noche sean breves y aburridos. Se trata de lanzar el mensaje inicial al niño de que la noche es para dormir. Cuando se despierte durante la noche para comer, no enciendan la luz, no le hablen ni le arrullen. Aliméntelo pronto y en silencio. Si necesitan cambiarle el pañal, háganlo con el menor estímulo posible.
- Es muy recomendable que la madre siga los mismos horarios de sueño que el niño. Así se evitará en parte la depresión postparto. Se ha demostrado que un factor causante de esta depresión es la falta de sueño que sufre la madre cuando alimenta a su hijo.
- *En relación con el sueño, es importante saber lo siguiente:*
  - El *llanto no es igual a hambre*. Durante los primeros meses, el llanto es el único medio que tiene el bebé de comunicarse. Es importante conocer los tipos de llanto para poder atender correctamente al bebé. Cuando el niño tiene hambre, el llanto es enérgico y, poco a poco, se hace más fuerte y rítmico. En ocasiones, el bebé puede golpearse la mejilla, se muerde el puño o se chupa los dedos. Cuando siente dolor, el primer gemido es agudo y prolongado, seguido de una larga pausa de apnea y jadeos cortos, para luego volver a gritar. Si tiene gases, estira y encoge las piernas y los brazos. Cuando el niño se siente solo, empieza con un *quejido*, seguido de una protesta que cesa en cuanto se le coge en brazos. Cuando el bebé está nervioso, llora con fuerza y no responde a los intentos que hacen sus padres para calmarle. Suele deberse a un exceso de estímulos y habitualmente este tipo de llanto aparece por la tarde.
  - Eviten jugar con él por la noche. Reserven esa actividad, o cualquier otra que estimule al bebé (mimos, carantoñas…) para los períodos en los que permanece despierto durante el día.

Han sido cedidos a [illegible] para su difusión con fines de Práctica Clínica y Docencia no comercial.

– Se debe colocar al niño en la cuna cuando esté despierto pero soñoliento. Su último recuerdo antes de dormirse debe ser la cuna y no la presencia de alimento. Se trata de que acepte la cuna como un espacio familiar nocturno.
– Desarrollen, desde el principio, una *rutina presueño* (por ejemplo, baño-masaje-una nana o cualquier otra actividad rutinaria y tranquila) que debe finalizar en el dormitorio.
– Sin embargo, no es conveniente que se duerma tan pronto como la cabeza toque el colchón. Los niños tardan en dormirse unos 20-30 minutos. Los padres deben procurar no estar presentes en ese período.

## Entre 2-5 meses

- Hacer siempre lo mismo a la hora de acostar al niño. Utilizar distintas rutinas puede dificultar el desarrollo del hábito de sueño.
- No despertar al bebé por la noche para alimentarlo. Si se inquieta, conviene esperar 5 minutos para ver si tiene hambre. Antes de alimentarlo, la madre debe tratar de arrullarlo durante un período breve. Si es preciso alimentarlo, hay que reducir el tiempo que le ofrece el pecho o la cantidad de leche del biberón.
- Alrededor de los 3 meses, deberán tomar decisiones respecto del lugar en el que el niño va a dormir y hacer los cambios oportunos; por ejemplo, traslado del capacho/cuco a la cuna, del dormitorio paterno a su propia habitación.

## Entre 5-12 meses

- Durante los primeros 8 meses puede ser habitual y normal que el bebé se despierte por la noche. No se le debe alimentar, pues a esta edad un niño sano ya no lo necesita, y hay que procurar no alterar el ambiente, encendiendo la luz o sacándolo de la cuna. Se debe consolar al niño con caricias y frases cariñosas.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica. Visite guiasalud.es para la versión actualizada

- Se le puede proporcionar un *objeto transicional*; por ejemplo, un peluche o un juguete seguro, que le sirva de compañero de cuna.
- Se dejará abierta la puerta del cuarto.
- Cada día lleven a cabo y completen la *rutina presueño* que hayan establecido (baño-pijama-canción-cuento o cualquier otra acción rutinaria y tranquila que a ustedes les funcione) y que debe finalizar en el dormitorio del niño.
- Asegúrese de colocarlo en la cuna o la cama somnoliento pero aún despierto para darle la oportunidad de aprender a dormirse por sí solo.

## A partir de los 12 meses

- El ambiente debe ser tranquilo y oscuro.
- La temperatura de la habitación debe ser confortable: un exceso de calor o de frío favorece el despertar nocturno.
- El ruido ambiental será el mínimo posible.
- La hora diaria de acostarse debe ser aproximadamente la misma todos los días. La hora diaria de levantarse debe ser aproximadamente la misma todos los días.
- Hay que evitar acostarlo con hambre. Sin embargo, el exceso de líquidos favorece el despertar nocturno.
- El niño debe aprender a dormirse solo, sin ayuda. Si tiene rabietas, no hagan caso; los padres deben salir de la habitación y, si se levanta, deben acostarlo rápidamente, evitando hablar con él. Sobre todo, la actitud de los padres debe ser firme: hay que hacer siempre lo mismo y estar seguros de que eso es lo que hay que hacer.
- Se tiene que transmitir el mensaje de que se le está enseñando a dormir, de manera autónoma, y que no se trata de ningún castigo ni de una disputa entre padres y niño.

Mantenemos nuestra Guía de Práctica Clínica vigente, no ha sido retirada.

- La actividad física vigorosa se evitará 1-2 horas antes de acostarlo.
- Se evitarán ciertos alimentos, como los refrescos de cola, el chocolate…
- Hay que evitar las siestas muy prolongadas o tardías.
- Recuerden que la rutina previa a la hora de acostarse debe finalizar en el dormitorio del niño. Completarla cada día, de la misma forma, ayuda a que se sienta seguro y pueda predecir y anticipar lo que se espera de él.

## Al cumplir los 2 años

- Cuando el niño proteste y llore durante la noche, se debe reflexionar sobre lo ocurrido durante ese día. No se le debe chillar, hay que darle la seguridad de que los padres están para tranquilizarlo si lo necesita.
- Los padres no deben imponerse a sí mismos ninguna hora límite para conseguir que el niño duerma bien. Probablemente no se cumplirá y estará todavía más tenso. Deben limitarse a seguir las rutinas.
- No se debe perder la calma cuando se despierte a media noche. Se debe transmitir el mensaje de que es capaz de disfrutar durmiendo solo. Si se enfadan los padres, sólo conseguirán que el niño se agite aún más.
- Si ha habido algún cambio reciente en la vida del niño, no se debe esperar que duerma profundamente.
- Si se le permite que duerma fuera de la cama, no le ayudará en absoluto a aprender a dormirse solo.
- Los padres deben pensar que, al dormir en su misma cama, se altera la fisiología del sueño del niño, además de la suya. El sueño de los niños mayores que duermen con sus padres es menos reparador y con más riesgo de asfixia.

Has descargado la Guía de Práctica Clínica y su viguía se ha sido realizado

- El pecho, el biberón o el chupete parecen muy útiles para dormirse, pero acabará necesitándolos cada vez que tenga que dormirse, y en cuanto se despierte.
- Establezcan unos límites claros (número de cuentos, canciones…), si el niño se queja o anda con rodeos a la hora de quedarse solo.
- La pareja debe turnarse: descansarán más y el niño no *dirigirá* la noche. Si esto no es posible, se debe hacer una pausa cuando los padres *pierden los nervios*. Lo importante es trasmitir tranquilidad y seguridad educativa.
- Cada familia tiene su nivel de tolerancia y sus propias creencias: no hay sistemas buenos ni malos, sólo diferentes.

## Entre 2-5 años

- Durante el día, es recomendable que los niños duerman la siesta, como complemento al sueño nocturno.
- Eviten acostarlo con hambre o exceso de líquido.
- Prescindan del consumo de bebidas/alimentos excitantes (chocolates, refrescos de cola…).
- Traten de evitar cualquier actividad vigorosa 1-2 horas antes de acostarlo.
- Eviten las siestas muy prolongadas o tardías.
- Tengan especial cuidado de no potenciar la angustia o los miedos, aludiendo a "cocos, fantasmas, hombres del saco…".
- Eviten asociar comida o sueño a castigo o rechazo.
- Cuando de manera esporádica el niño tenga dificultades para conciliar el sueño, se debe reflexionar sobre lo acontecido ese día y no se le debe chillar. Se debe transmitir seguridad y tranquilidad.

Hay versiones más actualizadas de la publicación de esta Guía de Práctica Clínica. La información no debe ser revisada.

- No debe imponerse ninguna hora límite para que se duerma ese día: le será muy difícil cumplirla y aumentará su angustia y nerviosismo.
- No hay que perder la calma. El mensaje que intentamos trasmitir es: "eres capaz de disfrutar durmiendo solo".
- Si los padres se enfadan, el niño se agitará aún más. La pareja debe turnarse; si no es posible, hay que abandonar la habitación durante unos minutos, descansar, beber agua y, cuando el padre/la madre esté más tranquilo/a, reiniciar la tarea.

- A esta edad, dormir fuera de la cama de manera rutinaria no le va a ayudar a aprender a dormirse.

## Etapa adolescente

***Dirigidos a las familias***

- Es importante tener información acerca de los cambios en la adolescencia, especialmente sobre el retraso normal del inicio del sueño, las mayores necesidades de dormir y las alteraciones que producen en el sueño el uso de móviles, Internet… inmediatamente antes de acostarse.
- Hay que aprender a reconocer en el joven los signos de déficit de sueño: irritabilidad, dificultad para despertarse, recuperación del sueño durante el fin de semana…
- Hay que dialogar familiarmente sobre el sueño y su influencia para la salud y el bienestar. El objetivo es sensibilizar al adolescente acerca de la importancia del sueño.
- Se debe tener presente la importancia que tiene el ejemplo de buenos hábitos de higiene del sueño por parte de los padres.
- Conviene tratar de favorecer en el hogar, al final de la tarde o primeras horas de la noche, un ambiente favorable al sueño.

Has consultado un texto sujeto a derechos de autor. Guía de práctica Clínica y Multidisciplinar revisada

- Se debe tratar de evitar que el joven pueda compensar el déficit de sueño acumulado durante la semana con un aumento de horas de sueño los fines de semana, más allá de lo razonable. Si se deja que duerma un par de horas más, puede resultar beneficioso; pero, si se levanta el domingo a mediodía, hará difícil retomar la hora habitual de acostarse esa noche.

***Dirigidos al propio adolescente***

- Realización de horarios regulares. ¡Incluso los fines de semana!
- Una exposición a luz intensa por la mañana ayuda a adelantar la fase de sueño. No es conveniente utilizar las gafas de sol de forma rutinaria.
- Hay que favorecer las actividades estimulantes en aquellas horas del día con tendencia al sueño.
- Si se duerme siesta, ésta deberá ser corta, entre 30-45 minutos, y a primera hora de la tarde.
- Hay ciertas sustancias, como el tabaco, alcohol u otras drogas, que tienen efectos nocivos sobre el sueño y sobre la propia salud en general.
- Es importante tener una regularidad en los horarios de las comidas.
- También hay que evitar los estimulantes (cafeína, bebidas de cola…), especialmente después de la comida del mediodía.
- Hay que practicar regularmente ejercicio físico, si bien nunca en horas previas a la de irse a la cama.
- Hay que evitar las actividades de alerta (estudio, videojuegos, uso de móviles…) una hora antes de dormir.
- Hay que evitar dormirse con la televisión puesta, porque esto disminuye la profundidad del sueño. Idealmente, no hay que colocar la televisión en el dormitorio.

Hasta 6 meses de antigüedad de la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido evaluada

- Es bueno aprender a relajarse y a expresar adecuadamente las emociones.

*Fuente: Modificado de Grupo Pediatrico de la Sociedad Española del Sueño (SES) y Grupo del Sueño de la Sociedad Española de Pedriatriaextrahospitalaria y Atención primaria (SEPEAP). 2010.*

## Formato para los profesionales de los centros educativos

### Etapa de E. Infantil (ciclo 0-3 años)*

La base de una adecuada educación para la salud se establece en este momento de la vida del niño.

Los educadores deben saber que:

- Tienen que escuchar las demandas de los padres sin entrar en la rueda de la ansiedad y derivarles a su pediatra en caso de duda.
- Explicar a los padres que el proyecto educativo de un centro de infantil considera fundamental la educación en hábitos sanos y que la colaboración es básica para conseguirlo.
- Hay herramientas para responder a la inadecuada información, tanto bibliográfica como *on-line*, que obtienen los padres.

Los educadores deben transmitir a los padres que:

- Los ritmos de vigilia-sueño los tiene que ir adquiriendo el niño en su primer año de vida.
- Un bebé bien cuidado no es el que más duerme.
- El sueño tiene que ser una actividad placentera y evitar asociar la cuna con el castigo.
- El tiempo que necesita dormir un bebé se acorta en la medida que va creciendo.

Hay versiones más recientes de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada

- No es conveniente suprimir la siesta de un niño a partir del año con la creencia de que así se dormirá antes y mejor por la noche.
- Es importante cuidar las condiciones externas de la habitación: ruidos, luz, temperatura.
- Poner especial cuidado en la relación padre/cuidador/educador y niño no sólo en los momentos previos al sueño.
- Hay que saber escuchar las *demandas* de cada niño, como el llanto y la necesidad de posibles objetos transicionales (peluche, mantita).
- Hay que aplicar el principio de individualización de que cada niño es cada niño y de que hay diferentes modelos de acostarlo.

*(Normalmente, según la legislación vigente, ningún niño asiste a la Escuela Infantil antes de los 4 meses).

## Educación Infantil (ciclo 3-6 años)

A partir de esta edad, en la actualidad la mayoría de los niños ya van a la etapa infantil de los colegios de E. Infantil y E. Primaria. Las posibilidades de los centros y el personal con el que cuentan deberían posibilitar una fase de continuación-transición en aspectos tan importantes como la posibilidad de dormir la siesta.

Los educadores y los padres deben saber que:

- Los niños madrugan para ir al colegio motivados, en muchos casos, por el horario de trabajo de los padres.
- Si al niño se le ha eliminado bruscamente la siesta, se pueden percibir, con más claridad que en el ciclo anterior, algunos indicadores de fatiga.
- Hay que tener en cuenta que ciertos aspectos del proceso evolutivo del sueño, como las pesadillas, no son sinónimos de problemas o trastornos.

Has visualizado esta sección de la Guía de práctica clínica. Si quieres conocer todo el contenido, puedes descargarla completa desde la página web de GuíaSalud

- Hay que fomentar la colaboración entre padres y profesores en estas cuestiones.

## Educación Primaria (6-14 años)

Tanto educadores como padres deben saber que:

- La colaboración entre padres y profesores, aunque va haciéndose más difícil en la medida que los niños crecen y disminuye la presencia de los padres en el colegio, continúa siendo primordial.
- El proceso de enseñanza-aprendizaje se beneficia claramente cuando el sujeto tiene unos hábitos de salud adecuados.
- Las causas de la fatiga de algunos niños provienen de haber establecido hábitos inadecuados para un sueño saludable como:
  - horarios inapropiados;
  - mal uso y/o abuso de aparatos electrónicos fuera o dentro de sus habitaciones y sin ningún control por parte de los adultos;
  - desorden en las conductas alimentarias (excesivo consumo de refrescos de cola y cafeína, chocolate, bollería industrial, cenas copiosas) cercanas a la hora del sueño;
  - falta de ejercicio físico diario.

En el sistema educativo se debe tener en cuenta que:

- En la medida de lo posible, hay que intentar programar la actividad física a primera hora de la mañana.

## Educación Secundaria –Bachillerato (14-18 años)

En el sistema educativo se debe tener en cuenta que:

- Los adolescentes se encuentran en pleno cambio hormonal. Sería conveniente establecer horarios teniendo en cuenta es-

Hartascuidados de Salud desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y la misma no ha sido revisada

tas peculiaridades para evitar una fatiga añadida en muchos casos.

- En la medida de lo posible, hay que intentar programar la actividad física a primera hora de la mañana.
- Hay otras causas que interfieren en la adquisición de hábitos saludables del sueño, como son: sedentarismo, mala alimentación, consumo de sustancias, acoso escolar, además de todo lo reseñado en la etapa anterior.
- Para los profesores es complicado intervenir, y más si se considera esta etapa como la de preparación para los estudios superiores; hay que primar, por tanto, el proceso y el desarrollo de la autonomía personal.

# 11. Educación para padres sobre el sueño del niño

- Al igual que enseñamos a los hijos otras conductas que les ayudan a conseguir un grado de autonomía progresivo, debemos enseñarles a dormir solos.
- La obligación como padres no es la de dormir al niño, sino la de facilitarle que sea él quien concilie el sueño y aprenda a dormirse solo.
- Para evitar problemas con el sueño, hay que favorecer el normal desarrollo de los patrones de sueño-vigilia. Para la maduración integral del niño, es fundamental un buen apego. El apego es el vínculo afectivo que el niño establece habitualmente con la madre o con la persona que lo cuida la mayor parte del tiempo. No es dependencia, ni implica sobreprotección. Debe ser un elemento de seguridad y evolucionará a lo largo de los primeros años de vida.
- Para establecer un buen apego es importante:

Hará transcurridos 5 años desde la publicación de esta Guía de práctica clínica, su vigencia ha sido revisada

1. Percibir las señales del niño y responder a ellas correcta y rápidamente.
2. Responder siempre de la misma manera ante la misma conducta del niño, aunque estemos cansados o atendiendo a otra cosa.
3. Mantener un contacto físico frecuente, pero no agobiante, con el niño.
4. Dejar decidir al niño en lo que pueda, para favorecer su autonomía.

- Para el niño, el hecho de dormir puede implicar *separación*. Una *buena separación* implica un acto predecible y rutinario que aporta satisfacción y seguridad tanto a los padres como al niño, mientras que una *mala separación* hará que el niño responda con ansiedad, que los padres se sientan presionados emocionalmente y que ambos tengan miedo ante nuevas separaciones. Es conveniente establecer distanciamientos graduales durante el día permitiendo que el niño esté a ratos en otras estancias, entreteniéndose solo.
- Todos los adultos que participen en la enseñanza del hábito de dormir deben actuar de la misma forma. El niño debe saber que, pase lo que pase, va a obtener la misma respuesta adecuada por parte del padre o cuidador.
- La reacción del niño ante la reeducación puede ser violenta (salirse de la cuna o cama, gritar, patalear), puede querer negociar ("quédate un ratito", "léeme un cuento más"), puede hacerse la víctima (llorar con auténtica tristeza) o hacer peticiones constantes ("quiero agua", "quiero hacer pis") o cualquier otra que nos obligue a entrar a atenderle.
- Cuando, a pesar de todo, las cosas no han funcionado y nos enfrentamos a un problema de sueño en los hijos, lo que debemos hacer es reeducar; para ello, es importante saber que

Habrá transcurrido más de cinco años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada

una de las condiciones que más favorece el buen dormir del niño es la sensación de seguridad que somos capaces de trasmitirle, pero sobre todo la que es capaz él de percibir en nuestra actitud, tono de voz, gestos.

- Los padres deben estar convencidos de que lo que están haciendo es lo mejor para sus hijos.

# 12. Valoración de la tolerancia de los padres a la extinción gradual

| **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.

Han transcurrido más de 2 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada

9 788445 134146 >
P.V.P.: 9,62 euros

Comunidad de Madrid
CONSEJERÍA DE SANIDAD

www.msc.es
www.madrid.org/lainentralgo