



Viernes 5 de febrero de 2016

Taller:

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

Moderador:

José Luis Montón Álvarez

*Pediatra. Servicio Madrileño de Salud (SERMAS).
Miembro del Grupo de Sueño de la AEPap.*

Ponente/monitor:

■ **Ignacio Cruz Navarro**

CS de Montequinto. Dos Hermanas. Sevilla.

**Textos disponibles en
www.aepap.org**

¿Cómo citar este artículo?

Cruz Navarro I. “La vida es sueño...”: lo que Calderón de la Barca no sabía sobre el sueño infantil. En: AEPap (ed). Curso de Actualización Pediatría 2016. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2016. p. 309-20.

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

Ignacio Cruz Navarro

CS de Montequinto. Dos Hermanas. Sevilla
ignaciocruznav@gmail.com

RESUMEN

El sueño es un estadio fisiológico recurrente de reposo del organismo. Está presente durante toda la vida, pero con características distintas a lo largo de la misma.

Hasta un tercio de los niños y adolescentes presentan un problema o un trastorno de sueño. Son a menudo infravalorados por los padres y por el pediatra.

La valoración del sueño infantil por el pediatra debería formar parte de su rutina clínica, como la evaluación de la alimentación o el crecimiento. El pediatra de Atención Primaria es el profesional mejor situado y capacitado para conocer el sueño de sus pacientes, promover unos hábitos de sueño saludables, detectar precozmente sus posibles problemas y trastornos, orientar su diagnóstico, recomendar medidas terapéuticas básicas y derivar al especialista que sea preciso, coordinando el seguimiento.

La evaluación clínica del sueño infantil es un acto médico que requiere una sistemática: anamnesis, exploración física, ocasionalmente exámenes complementarios, emisión de un juicio clínico y adopción de medidas terapéuticas, cuando proceda.

Para llevar a cabo la evaluación del sueño se dispone de una serie de herramientas básicas:

- Observación de la conducta.
- Anamnesis y preguntas clave.
- Autorregistros (agenda de sueño).
- Cuestionarios.
- Videograbación del sueño.

La intervención más importante del pediatra en cuanto al sueño infantil es la educación de unos hábitos correctos. Con una adecuada educación a los padres y cuidadores desde el nacimiento del niño, la mayoría de los problemas del sueño podrían prevenirse.

CONCEPTO, FISIOLÓGIA Y DESARROLLO DEL SUEÑO

El sueño es un estadio fisiológico recurrente de reposo del organismo, que se caracteriza por una inacción relativa, con ausencia de movimientos voluntarios y aumento del umbral de respuesta a estímulos externos, fácilmente reversible. Es una conducta observable dife-

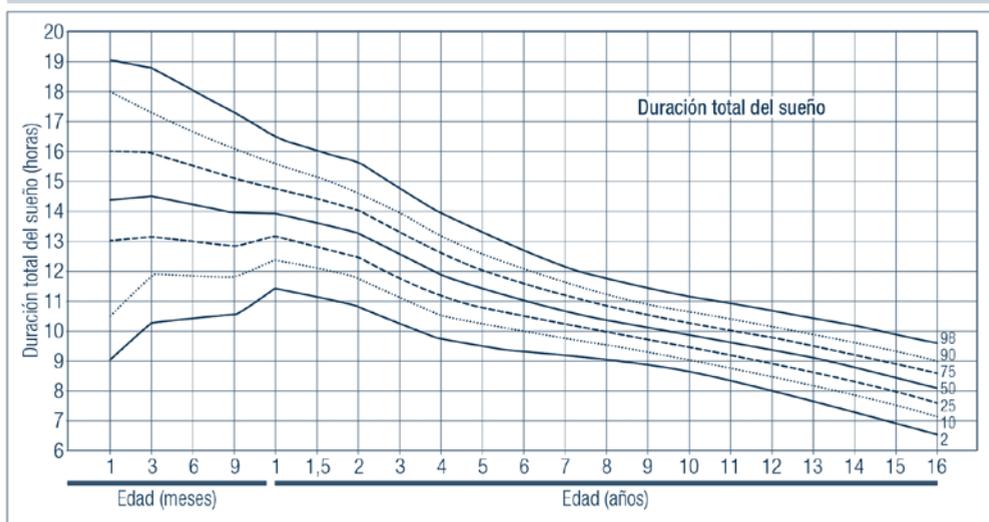
rente de la vigilia, con la que está íntimamente relacionado, expresando distintos tipos de actividad cerebral. Los dos estados se integran en un conjunto funcional denominado ciclo vigilia-sueño, cuya aparición rítmica es circadiana y resultado de la interacción de diferentes áreas a nivel del troncoencéfalo, diencefalo y corteza cerebral¹.

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

Está presente durante toda la vida de las personas, pero con características distintas a lo largo de la misma.

Cuando un niño cumple dos años de edad ha pasado alrededor de 9500 horas durmiendo (lo que equivale a 13 meses), entre los dos a los cinco años el niño suele pasar las mismas horas despierto que durmiendo y durante el resto de la infancia y hasta la adolescencia, el sueño ocupa de media el 40% de su tiempo (Fig. 1).

Figura 1. Percentiles de la duración total del sueño según la edad



Modificado de Iglowstein *et al.* Pediatrics. 2003;111:302-7.

No es un proceso pasivo, es un estado activo y dinámico complejo que tiene gran impacto sobre la salud, el funcionamiento durante la vigilia y el desarrollo. Así pues, es un proceso biológico que incorpora componentes conductuales y sociales.

Su función exacta resulta desconocida, se sabe que su privación causa somnolencia, alteración del rendimiento, de la vigilancia, de la atención y concentración. Existen diversas hipótesis sobre su función:

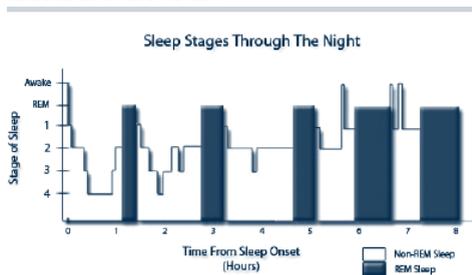
1. Restaurativa: necesidad de sueño NoREM para la restauración de los tejidos y del sueño REM para la restauración del tejido cerebral y sus funciones.
2. Conservación de la energía.
3. Adaptativa.
4. Refuerzo y consolidación de la memoria.
5. Mantenimiento de la integridad sináptica de la red neural.
6. Termorregulación.

En el adulto se establecen dos fases de sueño bien diferenciados: el sueño con movimientos oculares rápidos, conocido como sueño REM (*rapid eye movement*) o sueño paradójico, que se asocia con una muy marcada reducción del tono muscular, con una elevada actividad neuronal y en la que aparecen las ensoñaciones, y la fase de sueño de ondas lentas, conocido como sueño noREM (*non rapid eye movement*).

El sueño noREM se subdivide en 4 estadios, correspondiendo las dos primeras al sueño ligero (fases de adormecimiento y transición en las que disminuye el grado de actividad cerebral) (Fig. 2).

- El estadio 1 es el más corto y se corresponde con la fase de sueño más ligero.
- El estadio 2 supone más del 50% del tiempo total de sueño.

Figura 2. Fases del sueño durante la noche con los cuatro estadios de la fase NoREM



- Los estadios 3 y 4 corresponden al denominado sueño delta; siendo este el sueño más profundo y reparador.

Durante el periodo de sueño nocturno se alternan de manera cíclica (4 a 6 veces cada noche) el sueño REM y noREM. Al inicio de la noche predomina el sueño delta y a medida que se avanza ocupa cada vez menos tiempo, mientras que la duración de los periodos de sueño REM aumenta en los sucesivos ciclos³.

A lo largo de la vida, el comportamiento del sueño varía dependiendo de los ciclos biológicos intrínsecos y del entorno, objetivándose cambios vinculados al desarrollo psicomotor y a condicionantes educativos, familiares, laborales y sociales³.

A partir de la 30.ª semana de gestación, se inicia la diferenciación de los ciclos sueño/vigilia en el feto. Se organizan el sueño tranquilo (conducta tranquila, sin movimientos corporales y una respiración regular), que equivale al sueño noREM del adulto, y el sueño activo (ojos cerrados, con una atonía muscular axial pero con mioclonías, movimientos faciales: risas, muecas y movimientos oculares), difícil de diferenciar de la vigilia, y que equivale al sueño REM del adulto. Existe también un sueño indeterminado, con características de ambos⁴.

Durante las últimas semanas de la gestación va disminuyendo el sueño activo y aumentando la cantidad de sueño tranquilo, de forma que en el recién nacido a término el sueño activo ocupa el 60% del total del

tiempo de sueño. Hasta los 3 meses de edad, el lactante pasa de la vigilia al sueño activo directamente.

El sueño REM es el mayoritario en el recién nacido, produciéndose un descenso gradual de su duración hasta los 2-3 años, manteniéndose desde entonces la duración prácticamente estable durante toda la vida del sujeto.

A los 5-6 meses se va estableciendo el ritmo circadiano debido a la maduración del núcleo supraquiasmático del hipotálamo.

Los despertares nocturnos son fisiológicos, aparecen en un 20-40% de los niños menores de 3 años y en un 15% a los 3 años de edad. Las siestas son normales hasta los 3-4 años de edad.

En la adolescencia se observa una tendencia fisiológica a retrasar el inicio nocturno del sueño y una disminución gradual del tiempo total de sueño a expensas sobre todo del sueño de ondas lentas⁵.

PROBLEMAS Y TRASTORNOS DEL SUEÑO INFANTIL

De forma práctica, se pueden diferenciar las alteraciones en el sueño de los niños en problemas del sueño y trastornos del sueño. Los problemas del sueño son patrones de sueño que son insatisfactorios para los padres, el niño o el pediatra. No todos los problemas del sueño son anomalías ni todos precisan tratamiento. Los trastornos del sueño, por el contrario, se definen como una alteración real, no una variación, de una función fisiológica que controla el sueño y opera durante el mismo.

Se estima que aproximadamente entre un 25 y un 30% de los niños menores de 5 años de edad presentan problemas y/o alteraciones del sueño de diverso orden⁶. Se sabe que estos problemas presentan una tendencia familiar; de forma que en los hijos de padres con hábitos de sueño irregulares y que se acuestan tarde se asocian más problemas de sueño, somnolencia diurna y hábitos alimenticios irregulares⁷.

Un sueño inadecuado por calidad y/o cantidad puede causar somnolencia, cefalea, dificultades de atención y otros déficits cognitivos y conductuales (depresión, ansiedad) que afectan significativamente a la calidad de vida de los niños y sus familias⁸. Los trastornos de sueño afectan y se ven afectados por los problemas de salud coexistentes. Estos problemas no tienen tendencia a desaparecer⁹ y tienden a cronificarse y a tener peor solución con el paso de los años¹⁰.

Los problemas y trastornos del sueño no han constituido tradicionalmente un motivo de consulta frecuente para los pediatras, siendo con frecuencia infravalorados por los padres y por el pediatra. En una encuesta realizada en EEUU por la National Sleep Foundation¹¹ en el año 2004 solo un 10% de los padres habían consultado al pediatra sobre algún problema de sueño de su hijo/a. En la misma encuesta, la mitad de los pediatras nunca preguntaba a las familias acerca del sueño de sus hijos.

La evaluación del sueño infantil por el pediatra debería ser tan natural y formar parte de su rutina como la valoración de la alimentación, el ejercicio físico, el crecimiento o el desarrollo psicomotor¹². El pediatra de Atención Primaria es el profesional mejor situado y capacitado para conocer el sueño de sus pacientes, promover unos hábitos de sueño saludables, detectar precozmente sus posibles problemas y trastornos, orientar su diagnóstico, recomendar medidas terapéuticas básicas y derivar al especialista que sea preciso, coordinando el seguimiento. Y la mayoría de los pediatras vemos estos cometidos como nuestros¹³.

Existen diversas clasificaciones sobre los trastornos del sueño, entre otras están la Clasificación Internacional de los Trastornos del Sueño, Manual diagnóstico y codificado, 2.ª edición (ICSD-2)¹⁴ de la Academia Americana de Medicina del Sueño y la clasificación según el Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, 4.ª edición texto revisado (DSM-IV-TR)¹⁵.

De una forma eminentemente práctica y siguiendo la clasificación de la Guía de Práctica Clínica sobre

Trastornos del Sueño en la Infancia y Adolescencia en Atención Primaria (GTS)³ publicada en nuestro país en el año 2011 se pueden distinguir 3 categorías:

1. El niño al que le cuesta dormir: insomnio por higiene del sueño inadecuada, insomnio conductual, síndrome de piernas inquietas, síndrome de retraso de fase.
2. 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 del sueño.
3. El niño que se duerme durante el día: privación crónica del sueño de origen multifactorial, narcolepsia.

La valoración clínica del sueño infantil es un acto médico que requiere de una sistemática: anamnesis, exploración física, ocasionalmente exámenes complementarios, emisión de un juicio clínico y adopción de medidas terapéuticas, cuando proceda.

Para poder llevar a cabo la evaluación del sueño de los pacientes, el pediatra de Atención Primaria dispone de una serie de herramientas básicas:

Observación de la conducta

Es básica en la evaluación del niño con problemas de sueño. Hay que observar las consecuencias diurnas del sueño nocturno de mala calidad o cantidad, valorando el comportamiento del niño y su interacción con su entorno: con su familia (padres, abuelos, hermanos) y sus contactos escolares y sociales.

Anamnesis y preguntas clave

Indagar sobre la existencia de despertares frecuentes (son significativos más de 3-5 requerimientos/noche y más de 3 noches/semana en niños mayores de un año),

si el niño tarda más de media hora en dormirse, si llora al hacerlo, si presenta una respiración bucal, ronca cada noche o hace pausas de apnea, si es difícil de despertar por la mañana o está excesivamente irritable al hacerlo, si presenta excesiva somnolencia diurna, síntomas de hiperactividad u otros trastornos del comportamiento, cefaleas con frecuencia o dolores de crecimiento, o si su comportamiento mejora cuando duerme más.

Autorregistros (agenda de sueño)

El conocimiento de los horarios de sueño y vigilia durante las 24 horas del día es fundamental y esto se puede obtener a través de la agenda/diario de sueño, instrumento de gran utilidad. El profesional sanitario puede sugerir a los padres del paciente que lleven un registro de la hora a la que se acuesta, el tiempo que está despierto en la cama antes de dormirse, la frecuencia con que se despierta durante la noche, la hora a la que se levanta por la mañana y/o cómo se siente por la mañana (calidad del sueño) (Fig. 3).

Cuestionarios

Hay cuestionarios sencillos de cribado rápido para el despistaje de los trastornos del sueño en Pediatría. Existen también otros más amplios y específicos que requieren mayor tiempo en su cumplimentación y sirven para orientar en problemas específicos de sueño pediátrico, como parasomnias o trastornos respiratorios durante el sueño.

Los cuestionarios que se proponen para cribado general de problemas de sueño son:

■ Cuestionario BISQ (Brief Infant Sleep Questionnaire)¹⁶.

Herramienta de cribado dirigida a detectar factores de riesgo de muerte súbita del lactante, rutinas para dormir y detección de problemas de sueño en lactantes hasta los 2 años de edad (Tabla 1).

■ Cuestionario BEARS (B = bedtime Issues, E = excessive daytime sleepiness, A = night awakenings, R = regularity

Tabla 1. Cuestionario BISQ (Brief Infant Sleep Questionnaire): herramienta de cribado dirigida a detectar factores de riesgo de muerte súbita del lactante, rutinas para dormir y detección de problemas de sueño en lactantes hasta los 2 años de edad¹⁶

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

Figura 3. Agenda/diario del sueño

Centro de salud de		Agenda de sueño de																							
Pediatría																									
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.

Ejemplo: duerme hasta las 4 de la madrugada. Se levanta a las 4 y se acuesta a las 4,15. Permanece despierto hasta las 5.30 y en ese momento se queda dormido hasta las 9. A las nueve se levanta. A las 15 horas se le acuesta durmiéndose a las 15,15 y levantándose a las 16,30. A las 20.30 horas se le acuesta, durmiéndose de 21 a 23 horas. De 23 a 0 horas permanece despierto.

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

Tabla 2. Cuestionario BEARS (B = *bedtime issues*, E = *excessive daytime sleepiness*, A = *night awakenings*, R = *regularity and duration of sleep*, S = *snoring*). Para niños de 2 a 18 años, valora 5 aspectos del sueño: existencia de problemas al acostarse, somnolencia diurna excesiva, despertares nocturnos, regularidad y duración del sueño y presencia de ronquido¹⁷

2-5 años	6-12 años	13-18 años
1. Problemas para acostarse	<ul style="list-style-type: none"> ¿Su hijo tiene algún problema a la hora de irse a la cama o para quedarse dormido? 	<ul style="list-style-type: none"> ¿Su hijo tiene algún problema a la hora de acostarse? (P). ¿Tienes algún problema a la hora acostarte? (N)
2. Somnolencia diurna excesiva	<ul style="list-style-type: none"> ¿Su hijo parece cansado o somnoliento durante el día? ¿Todavía duerme siestas? 	<ul style="list-style-type: none"> ¿Su hijo le cuesta despertarse por las mañanas, parece somnoliento durante el día o duerme siestas? (P) ¿Te sientes muy cansado? (N).
3. Despertares durante la noche	<ul style="list-style-type: none"> ¿Su hijo se despierta mucho durante la noche? 	<ul style="list-style-type: none"> ¿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)
4. Regularidad y duración del sueño	<ul style="list-style-type: none"> ¿Su hijo se va a la cama y se despierta más o menos a la misma hora? ¿A que hora? 	<ul style="list-style-type: none"> ¿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)
5. Ronquidos	<ul style="list-style-type: none"> ¿Su hijo ronca mucho por las noches o tiene dificultad para respirar? 	<ul style="list-style-type: none"> ¿Su hijo ronca fuerte por las noches o tiene dificultad para respirar? (P)

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

S = Ronquidos (*snoring*)
 P = Preguntas dirigidas a los padres
 N = Preguntar directamente al niño

and duration of sleep, S = *snoring*)¹⁷. Para niños de 2 a 18 años, valora 5 aspectos del sueño: existencia de problemas al acostarse, somnolencia diurna excesiva, despertares nocturnos, regularidad y duración del sueño y presencia de ronquido (Tabla 2).

Una vez que se ha detectado que puede existir un problema de sueño mediante los cuestionarios de cribaje anteriormente citados, se puede utilizar otro más

detailed para orientar hacia trastornos más concretos de sueño pediátrico:

■ **Escala de trastornos del sueño para niños de Bruni (SDSC) (Sleep disturbance Scale for Children)**¹⁸. Consta de 27 ítems y está diseñada para detectar trastornos del sueño. Evalúa los últimos 6 meses. Su consistencia interna es mayor en los controles (0,79), se mantiene con un nivel satisfactorio en los niños con

Tabla 3. Escala de trastornos del sueño para niños de Bruni (SDSC) (Sleep disturbance Scale for Children)¹⁸. Consta de 27 ítems y está diseñada para detectar trastornos del sueño. Evalúa los últimos 6 meses

1. ¿Cuántas horas duerme la mayoría de las noches?				
1 9-11 h	2 8-9 h	3 7-8 h	4 5-7 h	5 < 5 h
2. ¿Cuánto tarda en dormirse?				
1 < 15 m	2 15-30 m	3 30-45 m	4 45-60 m	5 > 60 m
En las siguientes respuestas, valore:				
1 = nunca;				
2 = ocasionalmente (1-2 veces al mes);				
3 = algunas veces (1-2 por semana);				
4 = a menudo (3-5 veces/semana);				
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 sacudidas de 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				
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

(continúa)

Tabla 3. Escala de trastornos del sueño para niños de Bruni (SDSC) (Sleep disturbance Scale for Children)¹⁸. Consta de 27 ítems y está diseñada para detectar trastornos del sueño. Evalúa los últimos 6 meses (*continuación*)

Inicio y mantenimiento del sueño: preguntas 1, 2, 3, 4, 5, 10 y 11
Síndrome piernas inquietas/ Síndrome movimiento periódico extremidades/Dolores de crecimiento: pregunta 12
Trastornos respiratorios del sueño: preguntas 13, 14 y 15
Desórdenes del <i>arousal</i> : preguntas 17, 20 y 21
Alteraciones del tránsito vigilia/sueño: preguntas 6, 7, 8, 12, 18 y 19
Somnolencia diurna excesiva/déficit: preguntas 22, 23, 24, 25 y 26
Hiperhidrosis del sueño: preguntas 9 y 16
Línea de corte: 39
Inicio y mantenimiento: 9,9 ± 3,11
Síndrome piernas inquietas: 3
Trastornos respiratorios del sueño: 3,77 ± 1,45
Desórdenes del <i>arousal</i> : 3,29 ± 0,84
Alteraciones del tránsito vigilia/sueño: 8,11 ± 2,57
Excesiva somnolencia: 7,11 ± 2,57
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.

trastornos del sueño (0,71) y la fiabilidad test/pretest es satisfactoria para el total ($r = 0,71$) y para la puntuación de cada ítem de forma individual (Tabla 3).

- Por último, existen otras **escalas específicas** para ayudar en el diagnóstico de alguno de los trastornos del sueño en particular. Entre ellas destacan: el Cuestionario del Sueño Pediátrico de Chervin (PSQ) (Pediatric Sleep Questionnaire) y la Escala FLEP (Frontal Lobe Epilepsy and Parasomnias).

Videograbación del sueño

El vídeo doméstico es una herramienta que puede ser muy útil en la consulta de Pediatría orientada al diagnóstico de los trastornos del sueño. Su utilidad se centra fundamentalmente en la valoración de los trastornos respiratorios durante el sueño, las parasomnias con movimientos rítmicos y los movimientos periódicos de extremidades.

HIGIENE DE SUEÑO

El sueño, como toda conducta humana, es susceptible de mejora, de que se lleven a cabo ciertas modificaciones para dormir mejor. Este proceso de modificación de la conducta de sueño debe ser adaptativo, porque el sueño de los bebés y de los niños se encuentra sometido a una lenta maduración.

La intervención más importante del pediatra en cuanto al sueño infantil es la educación de unos hábitos correctos¹². Con una adecuada educación por parte de los padres y cuidadores desde el nacimiento del niño, la mayoría de los trastornos del sueño podrían prevenirse. Es importante que los profesionales pregunten, informen y eduquen sobre las características del sueño en la infancia y adolescencia.

Para educar en cualquier área en general no hay sistemas buenos o malos, sino diferentes. El mejor sistema es el que se acopla más armónicamente a cada unidad familiar y sigue los criterios culturales dominantes.

Los aspectos esenciales en los que debe basarse la labor de prevención son los siguientes¹⁹:

- A pesar de que la transición vigilia-sueño es sobre todo una función biológica, también está modulada por los factores psicosociales y el tipo de educación o cuidados que reciben los niños.
- Las relaciones entre los padres y su hijo durante el día son importantes para desarrollar los hábitos relacionados con el sueño.
- Debido a que el sueño en nuestro ámbito sociocultural implica tradicionalmente la separación del cuidador del niño, deben valorarse las separaciones progresivas durante el día en función de las creencias familiares sobre los cuidados que se deben proporcionar a los niños, el estilo de educación y el tipo de apego.
- No hay una fórmula universal que sea perfecta para todos los niños y para todas las familias. Los distintos modelos de acostar a los niños (en solitario, compartir habitación con los hermanos, o con los padres, compartir lecho con los padres) dependen del significado social y psicológico que tiene para las relaciones intrafamiliares el modelo elegido por los padres (no obli-gado por la conducta del niño).
- 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.

Entonces, ¿cómo definir qué es una correcta higiene de sueño? La National Sleep Foundation en su encuesta nacional sobre hábitos de sueño del 2004¹¹ definió como "pobre higiene de sueño" ciertas circunstancias que se asociaban a un sueño infantil de peor cantidad o calidad:

- La presencia de un progenitor al dormirse.
- Acostarse a una hora más tardía.
- En mayores de 3 años la ausencia de una rutina estructurada de sueño.

- La existencia de un aparato de TV, también videojuegos, móviles en el dormitorio.

- El consumo regular de bebidas que contengan cafeína en niños de más de 5 años.

La GTS establece una serie de recomendaciones sobre medidas preventivas para los trastornos del sueño, en las que se tiene en cuenta las características del sueño en cada edad, haciendo especial hincapié en la conveniencia de informar a los padres, cuidadores y/o adolescentes sobre dichas medidas en las visitas programadas de salud infantil.

Entre las medidas básicas de higiene de sueño para la prevención de trastornos del sueño infantil se encuentran:

1. Acostarse y levantarse todos los días aproximadamente a la misma hora.
2. En los niños hay que adaptar las siestas a su edad y necesidades de desarrollo. Es normal que el niño necesite dormir una siesta hasta los 4-5 años de edad. En los adolescentes, en cambio, hay que evitar las siestas durante el día.
3. Establecer una rutina presueño (20-30 minutos) constante.
4. Mantener condiciones ambientales adecuadas para dormir (temperatura, ventilación, ruidos, luz).
5. Evitar comidas copiosas antes de acostarse, así como el consumo de alcohol, cafeína y tabaco.
6. Evitar actividades estresantes y el uso de pantallas (TV, ordenador, móvil) en las horas previas a acostarse.
7. Realizar ejercicio físico al aire libre cada día, aunque no inmediatamente antes de acostarse.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. Programa de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud de GuíaSalud. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; 2009. [Fecha de acceso 8 dic 2015]. Disponible en http://portal.guiasalud.es/web/guest/busquedas?p_p_id=EXT_3&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_EXT_3_struts_action=%2Fext%2Fcontenidos%2Fvista_Previa&_EXT_3_contenidoId=19114&_EXT_3_version=1.9&_EXT_3_languageId=es_ES
2. Iber C, Ancoli-Israel S, Chesson AL, Quan SF. The AASM Manual for the Scoring of Sleep and Associated Events: Rules, Terminology and Technical Specifications. Westchester, IL: American Academy of Sleep Medicine; 2007. [Fecha de acceso 8 dic 2015]. Disponible en http://www.nsw.ni/userfiles/files/AASM%20-%20Manual%20for%20the%20Scoring%20of%20Sleep%20and%20Associated%20Events%20-%202005-2007_2.pdf
3. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos del Sueño en la Infancia y Adolescencia en Atención Primaria. Programa de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud de GuíaSalud. 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 Laín Entralgo; 2011. [Fecha de acceso 8 dic 2015]. Disponible en http://portal.guiasalud.es/web/guest/catalogo-gpc?p_p_id=EXT_7_INSTANCE_OJRI1&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_EXT_7_INSTANCE_OJRI1_struts_action=%2Fext%2Fspecifico%2Fvista_Previa&_EXT_7_INSTANCE_OJRI1_contenidoId=85454&_EXT_7_INSTANCE_OJRI1_version=2.2
4. Hoppenbrouwers T, Hodgman J, Arakawa K, Geidel SA, Sterman MB. Sleep and waking states in infancy: normative studies. *Sleep*. 1988;11:387-401.
5. Kahn A, Dan B, Groswasser J, Franco P, Sottiaux M. Normal sleep architecture in infants and children. *J Clin Neurophysiol*. 1996;13(3):184-97.
6. Mindell JA, Owens JA. A clinical guide to pediatric sleep; diagnosis and management of sleep problems. 2nd ed. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
7. Komada Y, Adachi N, Matsuura N, Mizuno K, Hirose K, Aritomi R, et al. Irregular sleep habits of parents are associated with increased sleep problems and daytime sleepiness of children. *Tohoku J Exp Med*. 2009;219(2):85-9.
8. Pilcher JJ, Huffcutt AI. Effects of sleep deprivation on performance: a meta-analysis. *Sleep*. 1996;19:318-26.
9. Byars KC, Yolton K, Rausch J, Lanphear B, Dean W. Prevalence, patterns, and persistence of sleep problems in the first 3 years of life. *Pediatrics*. 2012;129(2):e276-84.
10. Owens JA. The practice of pediatric sleep medicine: results of a community survey. *Pediatrics*. 2001;108(3):E51.
11. Mindell JA, Meltzer LJ, Carskadon MA, Chervin RD. Developmental aspects of sleep hygiene: findings from the 2004 National Sleep Foundation Sleep in America Poll. *Sleep Med*. 2009;10(7):771-9.
12. Babcock DA. Evaluating sleep and sleep disorders in the pediatric primary care setting. *Pediatr Clin North Am*. 2011;58(3):543-54.
13. Faruqi F, Khubchandani J, Price JH, Bolyard D, Reddy R. Sleep disorders in children: a national assessment of primary care pediatrician practices and perceptions. *Pediatrics*. 2011;128(3):539-46.

14. American Academy of Sleep Medicine. The international classification of sleep disorders (ICSD-2). Diagnostic and coding manual. 2nd ed. Westchester, IL: American Academy of Sleep Medicine; 2005.
15. OMS. CIE 10: Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: MEDITOR; 1992.
16. Sadeh A. A brief screening questionnaire for infant sleep problems: validation and findings for an Internet sample. *Pediatrics*. 2004;113(6):e570-7.
17. Owens JA, Dalzell V. Use of the 'BEARS' sleep screening tool in a pediatric residents' continuity clinic: a pilot study. *Sleep Med* 2005;6(1):63-9.
18. Bruni O, Ottaviano S, Guidetti V, Romoli M, Innocenzi M, Cortesi F, 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(4):251-61.
19. Grupo Pediátrico de la Sociedad Española de Sueño (SES), Grupo de Sueño de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP). Medidas preventivas de los problemas del sueño desde el nacimiento hasta la adolescencia. *Acta Pediatr Esp*. 2010;68(4):167-73.