

TÍTULO **INSOMNIO**

AUTORES

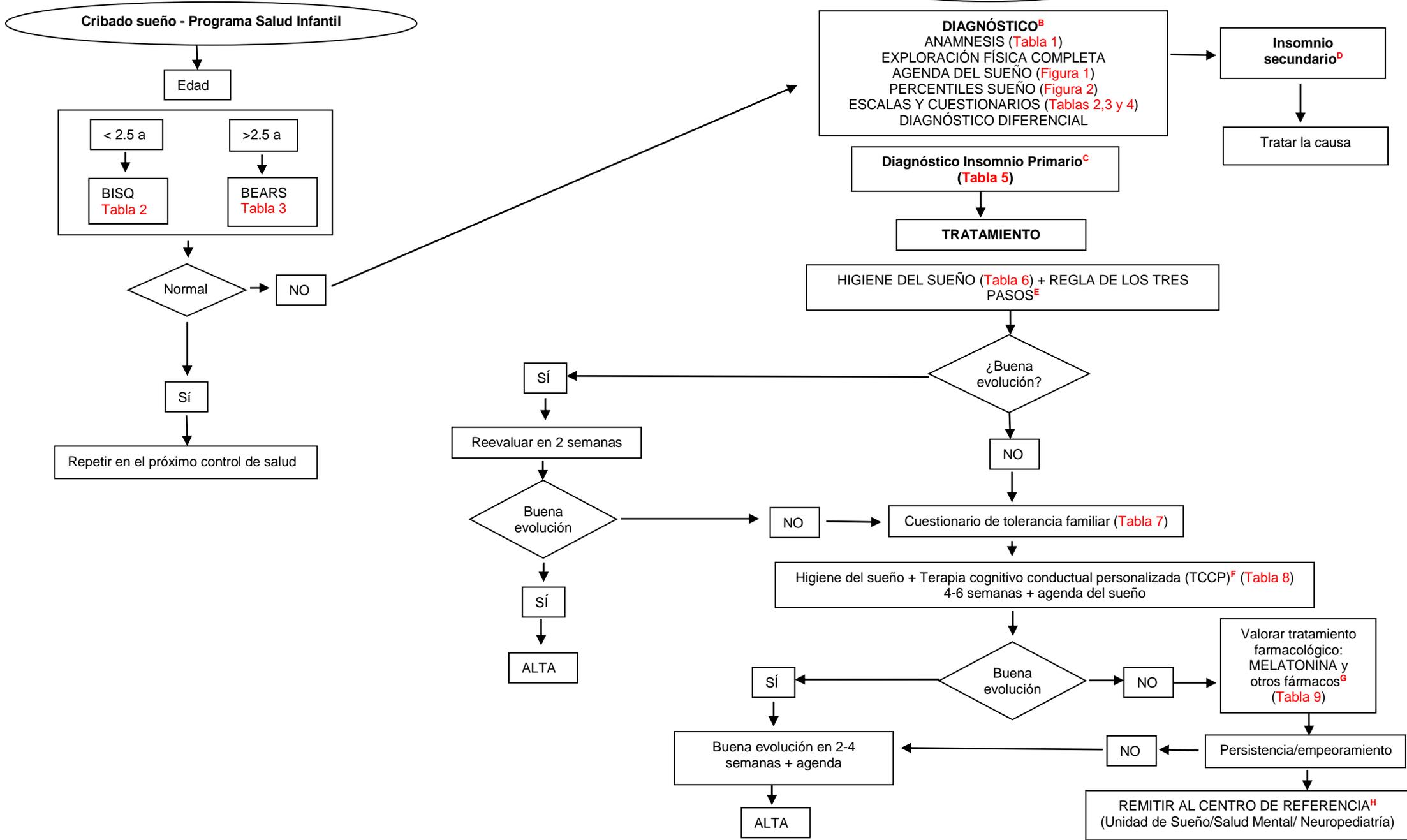
Clara García Cendón.

Pediatra. CS Tomiño. Pontevedra

Susana Alberola López.

Pediatra. CS Jardinillos. Palencia.

Cómo citar este artículo: García Cendón C, Alberola López S. Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria. Insomnio. AEPap. 2018 (en línea) consultado el dd/mm/aaaa. Disponible en algoritmos.aepap.org



A. Definición de Insomnio Infantil

El insomnio es un problema de salud para la población infantil, pues afecta al 30% de los niños entre 6 meses y 5 años. En nuestro medio, el 27% de los niños de 5-12 años presentan resistencia para ir a dormir; el 11%, latencia de sueño prolongada; el 6%, despertares frecuentes y el 17%, dificultades para levantarse por la mañana. En adolescentes, el 38,5% tiene mala calidad subjetiva de sueño y en el 23,1% la latencia es mayor de 30 minutos¹.

Numerosos estudios coinciden en que los trastornos del sueño o el sueño insuficiente tienen efectos negativos, tanto en el desarrollo cognitivo (aprendizaje, consolidación de la memoria, funciones ejecutivas), regulación del humor (irritabilidad crónica, pobre modulación del afecto), atención y conducta (agresividad, hiperactividad, falta de control de impulsos) así como en la salud (funciones metabólicas e inmunes) y en la calidad de vida tanto del niño como de la familia

Según la Clasificación de los Trastornos del Sueño de la Academia Americana de Medicina del Sueño en su tercera edición (ICSD-3), hablamos de insomnio cuando se presenta al menos uno de los siguientes síntomas, manifestados por el niño o sus cuidadores: dificultad para iniciar el sueño, dificultad para mantener el sueño, despertar antes de lo deseado, resistencia a ir a la cama o dificultad para dormir sin la intervención de un adulto. Además, deben existir consecuencias diurnas: fatiga, somnolencia, limitaciones académicas, alteraciones del humor o de la conducta, etc. Para ser considerado crónico, debe suceder al menos tres días por semana durante al menos tres meses¹.

Los niños con problemas de desarrollo neurológico, trastornos del aprendizaje o problemas de conducta, pueden tener un mayor riesgo de trastornos del sueño en comparación con la población pediátrica general^{2,3}.

Debemos incorporar de rutina preguntas sobre el sueño en la evaluación de salud en niños de todas las edades porque los padres pueden no ofrecer la información de forma espontánea o pueden no relacionar los problemas del sueño y el comportamiento diurno².

B. Diagnóstico

El diagnóstico es fundamentalmente **clínico**, mediante información obtenida de los padres/cuidadores del niño⁴.

- Anamnesis. Es útil hacer preguntas clave (**Tabla 1**). Es necesario valorar los siguientes aspectos:
 - Edad de inicio: soluciones intentadas y resultados.
 - Hábitos incorrectos: valorar siempre la higiene del sueño, el tipo de la respuesta de los padres, cómo son los horarios, actividad previa al sueño (tipo de ocio de los niños/adolescentes, TV, radio, SMS, teléfonos móviles o videojuegos).
 - Comportamiento diurno, rendimiento escolar.
 - Descripción del sueño durante las 24 horas: cómo, cuánto. Agenda del sueño (**Figura 1**)
 - Antecedentes familiares y contexto familiar: estrés materno en el último trimestre del embarazo, tipo de parto, tipo de lactancia, organización de la estructura familiar, apego, patrones de sueño familiares, expectativas paternas. Aspectos culturales.
 - Si están afectadas otras funciones biológicas: alimentación, conductas nocturnas o diurnas, tipo de respiración durante el sueño con aparición de ronquido, presencia de apneas.
 - Uso de fármacos y drogas (antihistamínicos, antidepresivos, abstinencia de tabaco y/o drogas en adolescentes) que pueden afectar el sueño.
 - Presencia de otras patologías: orgánicas (reflujo gastroesofágico, asma, obesidad, dermatitis atópica, ceguera...), neurológicas (cefalea, epilepsia...), psiquiátricas (depresión, TDAH...), sociales (problemas familiares en el entorno, maltrato, abuso, tipo de relación padres-hijos, relación de la pareja...).
 - Determinadas patologías: síndrome de Down, trastornos del espectro autista (autismo), entre otros que se asocian con trastornos del sueño.
- Exploración clínica completa indispensable: nivel de alerta (bostezos, párpados caídos, cambios frecuentes de posición, hiperactividad o irritabilidad pueden indicar somnolencia excesiva), evaluar parámetros de crecimiento, características dismórficas, anomalías craneofaciales, respiración bucal, examen de la vía aérea, signos de enfermedad neuromuscular, desarrollo psicomotor.
- Agenda o diario del sueño (**Figura 1**). Se debe realizar una representación gráfica del ritmo del sueño durante 15 días. El registro debe incluir duración del sueño, tiempo de inicio, despertares, eventos nocturnos, patrones de alimentación, siestas, calidad percibida del sueño.
- Percentiles de sueño (**Figura 2**). Se pueden comparar los patrones del sueño según el grupo de edad, teniendo en cuenta la variabilidad.
- Escalas y cuestionarios⁴:

- *Brief Infant Sleep Questionnaire* (BISQ) (validado en castellano en población infanto - juvenil española)^{5,6} (Tabla 2).
 - BEARS (Tabla 3).
 - *Sleep Disturbance Scale for Children* (SDSC) (Tabla 4).
-
- Los vídeos caseros pueden ser de utilidad en el diagnóstico diferencial.
-
- C. Clasificación según la 3ª edición de la Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño (ICSD-3)^{1,7}.** Incluye:
- Trastorno de insomnio crónico (TIC) (Tabla 5). El trastorno dura al menos tres meses.
 - Trastorno de insomnio de corta duración. El trastorno dura menos de tres meses.
 - Otros trastornos de insomnio: casos raros que no cumplan criterios de insomnio de corta duración con síntomas suficientes para necesitar atención médica.
- D. Insomnio crónico asociado a determinados factores fisiopatológicos.** Los trastornos del sueño pueden ir asociados a multitud de procesos médicos agudos y crónicos, así como a problemas psicológicos y sociales.
- Variables normales del sueño.
 - Trastornos médicos: dolor, prurito, trastornos respiratorios, trastornos gastrointestinales, trastornos del neurodesarrollo, epilepsia, **ferropenia** (niveles de ferritina <35-50 ng/ml, incluso sin anemia, se relacionan con insomnio), cólicos del lactante, traumatismo craneoencefálico.
 - Otros trastornos primarios del sueño: síndrome de piernas inquietas, enuresis, síndrome de apnea hipopnea del sueño, trastornos del ritmo circadiano (síndrome de retraso de fase en adolescentes).
 - Trastornos psiquiátricos y neurológicos: ansiedad, depresión, trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) (es preciso tener en cuenta la relación de los trastornos y problemas del sueño con el TDAH: hasta un 15% de los niños diagnosticados de TDAH en realidad lo que tienen es un trastorno del sueño de base).
 - Fármacos y sustancias de abuso.
 - Factores ambientales.

E. Tratamiento^{1,4}

Higiene del sueño ([Tabla 6](#)), medidas ambientales, alimentarias (no tomar bebidas estimulantes y excitantes después del mediodía; los hidratos de carbono y los alimentos ricos en triptófano favorecen el sueño)⁸ y tratamiento psicológico.

Regla de los 3 pasos¹:

- Primer paso: introducción de un ritmo vigilia/sueño regular.
- Segundo paso: ajustar las horas de inicio y final del sueño a las necesidades individuales.
- Tercer paso: ayudar al niño a aprender a dormirse solo.

Si tras la instauración de una adecuada higiene de sueño, de medidas ambientales y de la aplicación de la regla de los 3 pasos durante un mínimo de 2 semanas el problema continúa, se debería valorar la terapia cognitivo-conductual.

F. Terapia cognitivo conductual

La evidencia científica indica que el tratamiento cognitivo-conductual es el más efectivo y más utilizado en los programas de tratamiento del insomnio⁹ ([Tabla 8](#)).

Las principales estrategias son:

1. Extinción: ignorar la demanda del niño al iniciar el sueño o al despertar. Acorta la latencia de sueño, disminuye las interrupciones. El proceso psicológico que se activa es la eliminación de reforzadores.
2. Extinción gradual: la ignorancia se realiza de manera progresiva incrementando el tiempo en el que no se produce la interacción con el niño.
3. Refuerzo positivo: los reforzadores positivos ayudan a iniciar o prolongar el periodo del sueño.
4. Costo de respuesta: supresión del estímulo positivo que actúa como reforzador del insomnio. Para ello se retrasa la hora de acostar al niño cuando el reforzador positivo de su insomnio es la atención que recibe de sus padres en esos momentos.
5. Retraso de la hora de acostarse: implica retrasar temporalmente la hora de acostarse para que coincida con el tiempo del inicio real del sueño.

6. Despertares programados: establecer una interrupción en el sueño previo al despertar espontáneo del niño. En ese momento se establecen reforzadores positivos como alimentar o arropar con lo que se evitan los estímulos aversivos asociados con el despertar espontáneo.
7. «*Bedtime pass programme*»: efectivo en niños mayores de 3 años con resistencia para acostarse. Se entrega al niño una serie de tarjetas intercambiables por conductas como: un cuento, beber agua... Se acuerda con el niño que una vez que se acaben, debe irse a dormir.

Para asegurar la efectividad de esta terapia conductual, debe realizarse la intervención a toda la familia, que será individualizada según las conductas y expectativas familiares. Para ello debería previamente realizarse un cuestionario de tolerancia familiar (Tabla 7)⁴

G. Tratamiento farmacológico (Tabla 9)¹. NO DEBE SER LA PRIMERA NI LA ÚNICA OPCIÓN DE TRATAMIENTO. Siguiendo el documento de consenso¹, hay poca evidencia científica de su eficacia y seguridad a largo plazo. Se considera que pueden ser utilizados dos grupos de fármacos: melatonina y antihistamínicos de primera generación.

Normas generales:

- Tiempo de uso: el más corto posible.
- El fármaco se elige según las características del insomnio, tipo de paciente y su entorno.
- El momento de la administración es importante.
- Control estrecho de efectos secundarios.
- Puede agravar otros problemas del sueño coexistentes (SAHS).
- Precaución ante posibles interacciones con otros fármacos.
- Investigar el uso por parte de la familia de fármacos sin necesidad de receta médica.

MELATONINA. Fármaco de primera elección. Se debe usar con cautela en lactantes (no parece haber información suficiente que avale su uso en menores de 6 meses). La dosis es de 1-3 mg en lactantes y preescolares, de 2.5-5 mg en niños mayores y de 1-5 mg en adolescentes. Se

debe ajustar la dosis gradualmente, según respuesta, y administrar siempre a la misma hora, entre 30-60 minutos antes de la hora habitual de ir a dormir.

La duración del tratamiento no ha de ser superior a 4 semanas

En el insomnio de inicio con melatonina como único tratamiento, la supresión del tratamiento ocasiona vuelta al problema inicial en el 90% de los casos.

Otros fármacos.

- Difenhidramina: rápida absorción sin irritación gástrica. Fármaco conocido por el pediatra. Útil en situaciones agudas. No gran evidencia científica de su eficacia. Posible efecto paradójico. Dosis: 1mg/kg
- Hidroxicina: Dosis: 12 m-6 años: 1-2.5 mg/kg en toma nocturna. Mayores de 6 años: 1-2 mg/kg, toma nocturna. Duración 4 semanas.

El resto de fármacos de la [Tabla 9](#) deberán ser utilizados tras valoración en unidad de referencia.

H. Unidad del sueño o centro de referencia

Lo ideal sería que todo niño con insomnio crónico que no se resuelva tras la evaluación y manejo por el pediatra de Atención Primaria, fuera evaluado en una Unidad de Sueño. Pero la realidad es que en el momento actual no existen suficientes centros acreditados para poder atender a la totalidad de estos niños, por lo que en el caso de que no existiese dicha posibilidad estos pacientes deberían ser evaluados por un equipo multidisciplinar, que podría estar integrado por una Unidad de Neurología, Neurofisiología y/o Psiquiatría o Salud Mental Infantil.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pin Arboledas G, Soto Insuga V, Jurado Luque MJ, Fernandez Gomariz C, Hidalgo Vicario I, Lluch Rosello A, *et al.* Insomnio en niños y adolescentes. Documento de consenso. *An Pediatr (Barc)*. 2017;86(3):165.e1-165.e11.
2. Eise MS, Glace DG. Assessment of sleep disorders in children. UpToDate. Last update: Jun 2018 [en línea] [consultado el 28/06/ 2018]. Disponible en <https://www.uptodate.com/contents/assessment-of-sleep-disorders-in-children>
3. Sheldon SH, Ferber R, Kryger MH, Gozal D, eds. Principles and practice of pediatric sleep medicine. 2nd ed. London: Elsevier; 2014.
4. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos del Sueño en la Infancia y Adolescencia en Atención Primaria. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos del Sueño en la Infancia y Adolescencia en Atención Primaria. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Agencia Laín Entralgo; 2011. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS N.º 2009/8.
5. Cassanello P, Díez-Izquierdo A, Gorina N, Matilla-Santander N, Martínez-Sanchez JM, Balaguer A. Adaptation and study of the measurement properties of a sleep questionnaire for infants and pre-school children. *An Pediatr (Barc)*. 2018 Jan 6 [Epub ahead of print].
6. Sadeh A. A brief screening questionnaire for infant sleep problems: validation and findings for an Internet sample. *Pediatrics*. 2004;113(6):e570-7.
7. Sateia MJ. International classification of sleep disorders-third edition: highlights and modifications. *Chest*. 2014;146(5):1387-94.
8. Foley LS, Maddison R, Jiang Y, Marsh S, Olds T, Ridley K. Presleep activities and time of sleep onset in children. *Pediatrics*. 2013;131(2):276-82.
9. Mindell JA, Kuhn B, Lewin DS, Meltzer LJ, Sadeh A; American Academy of Sleep Medicine. Behavioral treatment of bedtime problems and night wakings in infants and young children. *Sleep*. 2006;29(10):1263-76.

TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1. Preguntas clave en la historia clínica de insomnio

<p>DURANTE EL DÍA, ¿tiene...:</p> <ul style="list-style-type: none">• mal rendimiento escolar?• hiperactividad?• trastorno del comportamiento, agresividad?• accidentes frecuentes?• dolores de crecimiento?• cefaleas matutinas?• retraso pondero-estatural?• somnolencia diurna excesiva (en > 5 años)?• mejora la conducta si duerme más?
<p>DURANTE LA NOCHE, ¿tiene...:</p> <ul style="list-style-type: none">• despertares frecuentes (3-5 requerimientos/noche, más de 3 noches/semana (en >1 año)?• tarda más de media hora en dormirse? ¿Llora?• ronquido nocturno?• pausas respiratorias?• respiración bucal?• dificultad para despertar por las mañanas?• excesiva irritación al despertar?

Figura 2. Percentiles de sueño según la edad

Percentiles de duración total de sueño en 24 horas.

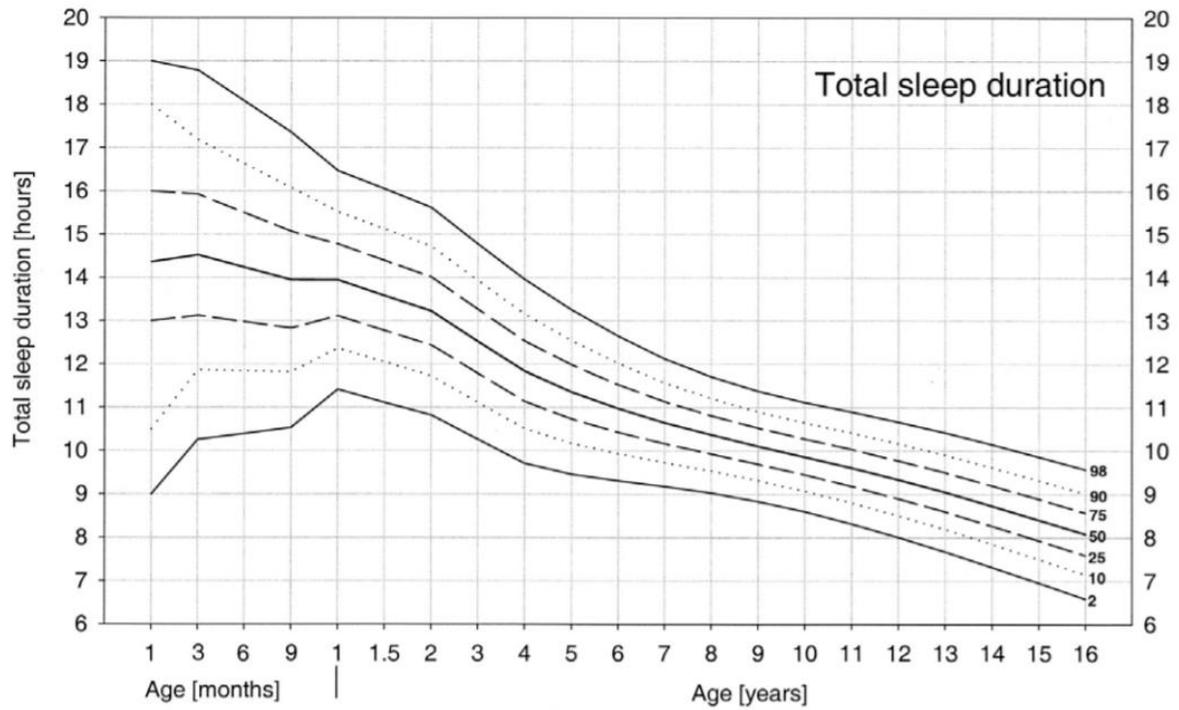


Tabla 2. BISQ (Brief Infant Sleep Questionnaire), breve cuestionario del sueño. Adaptado de Sadeh, A⁶

Breve Cuestionario de Sueño.

(Adaptado de A. Sadeh. BISQ. Brief Infant Sleep Questionnaire:)

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

Como duerme:

En cuna en su habitación <input type="checkbox"/>	En cuna en la habitación de los padres <input type="checkbox"/>
En la cama con los padres <input type="checkbox"/>	En cuna en la habitación de hermanos <input type="checkbox"/>
Otra <input type="checkbox"/> (especificar):	

Como suele dormir

Boca arriba <input type="checkbox"/>	De costado <input type="checkbox"/>	Boca abajo <input type="checkbox"/>
--------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

Cuanto tiempo duerme su hijo/a por la noche: (a partir de las 9 de la noche)

Horas: . Minutos:

Cuanto tiempo duerme su hijo/a por el día: (a partir de las 9 de la mañana)

Horas: . Minutos:

Cuanto 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:

Cuanto tiempo le cuesta coger el sueño por la noche (desde que se le acuesta para dormir):

Horas: . Minutos:

A que hora se suele quedar dormido/a por la noche (primer sueño)

Horas: . Minutos:

Como se duerme su niño/a:

Mientras come <input type="checkbox"/>	Acunandolo <input type="checkbox"/>	En brazos <input type="checkbox"/>
El solo/a en su cuna <input type="checkbox"/>	El solo/a en presencia de la madre/padre <input type="checkbox"/>	

¿Considera que el sueño de su hijo/a es un problema?

Sí. Muy importante <input type="checkbox"/>	Sí. Poco importante <input type="checkbox"/>	No es un problema <input type="checkbox"/>
---	--	--

Tabla 3. BEARS. Cribado de trastornos del sueño en la infancia

BEARS. CRIBADO DE TRASTORNOS DE SUEÑO EN LA INFANCIA

La escala "BEARS", está dividida en las cinco áreas principales del sueño, facilitando el cribado de los trastornos del sueño, en niños de 2 a 18 años. Cada área tiene una pregunta para cada grupo de edad.

B= Problemas para acostarse (*bedtime problems*)

E= Excesiva somnolencia diurna (*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*)

	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) . - ¿Tienes algún problema a la hora acostarte? (N)	- ¿Tienes algún problema para dormirte a la hora de acostarte? (N)
2. Excesiva somnolencia diurna	- ¿Su hijo parece cansado o somnoliento durante el día? - ¿Todavía duerme siestas?	- ¿Su hijo le cuesta despertarse por las mañanas, parece somnoliento durante el día o duerme siestas? (P) ¿Te sientes muy cansado? (N) .	- ¿Tienes mucho sueño durante el día, en el colegio, mientras conduces? (N)
3. Despertares durante la noche	- ¿Su hijo se despierta mucho durante la noche?	- ¿Su hijo parece que se despierte mucho durante la noche? - ¿Sonambulismo o pesadillas? (P) - ¿Te despiertas mucho por la noche? (N) - ¿Tienes problemas para volverte a dormir, cuando te despiertas? (N)	- ¿Te despiertas mucho por la noche? - ¿Tienes problemas para volverte a dormir, cuando te despiertas? (N)
4. Regularidad y duración del sueño	- ¿Su hijo se va a la cama y se despierta más o menos a la misma hora? - ¿A que hora?	- ¿A que hora se va su hijo a la cama y se despierta los días que hay colegio? - ¿Y los fines de semana? - ¿Vd. piensa que duerme lo suficiente? (P)	- ¿A que hora te vas a la cama los días que hay colegio? - ¿Y los fines de semana? - ¿Cuanto tiempo duermes habitualmente? (N)
5. Ronquidos	- ¿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

Tabla 4. Escala de alteraciones del sueño de Bruni. (SDSC). Grupo de trabajo de sueño AEPap

ESCALA DE ALTERACIONES DEL SUEÑO DE BRUNI		
(cada color corresponde a una subescala de alteraciones del sueño)		Puntos
1. ¿Cuántas horas duerme la mayoría de las noches?:		
Horas:	9-11 h 8-9 h 7-8 h 5- 7 h < 5 h	
Puntos:	1 2 3 4 5	
2. ¿Cuánto tarda en dormirse?:		
Minutos:	< 15m 15-30 m 30-45 m 45-60m > 60 m	
Puntos:	1 2 3 4 5	
En las siguientes respuestas puntúe según la frecuencia del evento:		
1: nunca ; 2: 1-2 veces al mes; 3: 1-2 por semana; 4: 3-5 veces /semana; 5: 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 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 (línea de corte 39):		
SUBESCALAS PARCIALES DE PROBLEMAS CON EL SUEÑO:		
Inicio y mantenimiento del sueño: Preguntas 1-2-3-4-5-10-11.		
Problemas respiratorios: Preguntas 13-14-15.		
Desórdenes del arousal: Preguntas 17-20-21.		
Alteraciones del tránsito vigilia/sueño: Preguntas 6-7-8-12-18-19.		
Somnolencia excesiva: Preguntas 22-23-24-25-26.		
Hiperhidrosis del sueño: Preguntas 9-16.		

Tabla 5. Criterios diagnósticos de insomnio crónico

Criterios diagnósticos ICSD-3 para trastorno de insomnio crónico (TIC)

ICD-9-CM código: 307.42. ICD-10 código: F51.01

Nombres alternativos:

Insomnio crónico, Insomnio primario, Insomnio secundario, Insomnio comórbido, trastorno del inicio y mantenimiento del sueño, Insomnio conductual de la Infancia, trastorno por asociación Inapropiada con el Inicio del sueño, trastorno de sueño relacionado con el establecimiento de límites

Criterios diagnósticos

Se deben cumplir los criterios A-F

- A. El paciente refiere, o los padres/cuidador del paciente observan, uno o más de los siguientes^a:
 1. Dificultad para iniciar el sueño
 2. Dificultad para mantener el sueño
 3. Despertar antes de lo deseado
 4. Resistencia a irse a la cama a un horario apropiado
 5. Dificultad para dormir sin la intervención de los padres/cuidador
- B. El paciente refiere, o los padres/cuidador del paciente observan, uno o más de los siguientes relacionados con la dificultad para dormir durante la noche:
 1. Fatiga/malestar
 2. Alteración de la atención, concentración o memoria
 3. Alteración del rendimiento social, familiar, laboral o académico
 4. Alteración del humor/irritabilidad
 5. Somnolencia diurna
 6. Problemas de conducta (p. ej., hiperactividad, impulsividad, agresividad)
 7. Disminución de la motivación, energía, iniciativa
 8. Predisposición para errores/accidentes
 9. Preocupación o insatisfacción con el sueño
- C. Las quejas de sueño/vigilia no pueden explicarse simplemente por una inadecuada oportunidad para dormir (es decir, asignación de tiempo suficiente para dormir) o circunstancias inadecuadas (es decir, el entorno es seguro, tranquilo y cómodo) para dormir
- D. La alteración del sueño y los síntomas diurnos asociados se producen al menos 3 veces por semana
- E. La alteración del sueño y los síntomas diurnos asociados han estado presentes durante al menos 3 meses^b
- F. La dificultad de sueño/vigilia no se explica mejor por otro trastorno del sueño^{c,d}

Notas

^a Las dificultades para iniciar el sueño, las dificultades para mantener el sueño, o despertarse demasiado pronto pueden ocurrir en todos los grupos de edad. La resistencia para ir a la cama en un horario apropiado y la dificultad para dormir sin la intervención del padre/madre/cuidador es más frecuente en niños y ancianos que requieren la supervisión de un cuidador, debido a un nivel de deterioro funcional considerable (p. ej., ancianos con demencia).

^b Algunos pacientes con insomnio crónico pueden presentar episodios recurrentes de dificultades del sueño/vigilia que duran varias semanas y a la vez durante varios años, sin embargo, no cumple con el criterio de 3 meses de duración para cada episodio de forma aislada. No obstante, a estos pacientes se les debería asignar un diagnóstico de TIC, dadas las dificultades intermitentes del sueño que persisten en el tiempo.

^c Algunos pacientes que utilizan hipnóticos regularmente pueden dormir bien y no cumplir los criterios de trastorno de insomnio cuando los toman. Sin embargo, en ausencia de tales medicaciones estos mismos pacientes pueden cumplir los criterios. Este diagnóstico se aplicaría a aquellos pacientes si tienen preocupaciones por su incapacidad para dormir sin su tratamiento farmacológico.

^d Muchas condiciones comórbidas, como trastornos por dolor crónico o reflujo gastroesofágico (ERGE) pueden causar quejas de sueño/vigilia expuestas aquí. Cuando estas condiciones son la única causa de la dificultad para dormir, el diagnóstico de insomnio por separado no debe hacerse. Sin embargo, en muchos pacientes esas condiciones son crónicas y no son la única causa de las dificultades del sueño. Habrá de valorarse la clínica que presentan. Si hay evidencia que la clínica no es solo causada por el problema médico y precisan tratamiento separado se hará el diagnóstico de TIC.

Tabla 6. Principios de la higiene del sueño

Rutinas previas al sueño

Procure que los horarios de acostar y levantar sean lo más regulares posibles

Evite las siestas muy prolongadas y/o que terminen más allá de las 17.00h

No convierta el sueño en un castigo

Favorezca que el dormitorio del niño sea un lugar agradable, evite castigarlo «a su cuarto»

Medidas ambientales

Favorezca la actividad física y evite que sea a última hora del día

La luz que llega a los ojos durante las mañanas favorece un inicio de sueño más precoz

Una temperatura ambiental en el dormitorio entre 19 y 22°C favorece el sueño

Favorezca un ambiente silencioso

El uso de tecnología (Internet, ordenadores, juegos, móviles, etc.) debe finalizar al menos 1h antes del inicio de las rutinas del sueño

Alimentación

Separe, al menos media hora, la última toma del momento del inicio del sueño

Evite las bebidas excitantes-estimulantes (colas, té, café, preparados comerciales, vigorizantes, etc.) a partir de mediodía

Los hidratos de carbono y los alimentos ricos en triptófano (leche), favorecen el sueño, tomados con moderación.

Tabla 7. Cuestionario de tolerancia familiar

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 de 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?	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 3. Una respuesta positiva: Intervención previa en la familia				

Tabla 8. Descripción de técnicas conductuales utilizadas para el tratamiento del insomnio conductual en la infancia

Intervención	Descripción
Extinción estándar	<ul style="list-style-type: none"> Intervención dirigida a eliminar conductas indeseadas del niño a la hora de dormir, como por ejemplo gritos y rabietas, eliminando el refuerzo que las mantiene (atención o excesiva implicación de los padres en el proceso de inicio del sueño). Implica que los padres acuesten al niño en la cama a la hora apropiada, habiendo cumplido con el ritual presueño establecido y cuando esté aún despierto, ignorando cualquier demanda posterior de atención hasta la mañana siguiente, exceptuando aquellas situaciones que impliquen un peligro o enfermedad del niño.
Extinción gradual	<ul style="list-style-type: none"> Se basa en el mismo razonamiento que justifica el éxito de la extinción estándar: la retirada de la excesiva implicación/participación de los padres en el proceso de inicio del sueño, pero de forma más gradual, pues permite la intervención de estos a intervalos de tiempo predefinidos. Los padres acuestan al niño en la cama cuando aún está despierto, en el horario apropiado, habiendo cumplido con el ritual presueño, para ignorar sus demandas de atención a intervalos gradual y progresivamente más largos (por ejemplo, teniendo en cuenta las características de edad y temperamento del niño y también del progenitor, empezar esperando 1, 3 o 5 minutos antes de intervenir para ir aumentando progresivamente ese intervalo de tiempo en sucesivas intervenciones a 5, 10 minutos) o bien a intervalos fijos (siempre cada 5 o 10 minutos). La intervención persigue además de eliminar conductas indeseadas, potenciar el autocontrol del niño, favoreciendo y facilitando el desarrollo de habilidades que le permitan <i>autocalmarse</i>.
Ritual presueño	<ul style="list-style-type: none"> Se confía en el control de estímulos como el principal agente para el cambio de conducta. Se persigue reducir la activación (arousal), tanto emocional como fisiológica, que la anticipación del inicio del sueño y las condiciones que lo rodean pudieran provocar. Se refuerzan las conductas apropiadas, para que tiendan a aumentarse y se ignoran las conductas inapropiadas, para que tiendan a reducirse. Implica que los padres establezcan una rutina, con actividades agradables y tranquilas cerca de la hora de dormir, que favorezcan que el niño sea capaz de iniciar solo el sueño sin asociaciones indeseables.
Retraso de la hora de acostarse	<ul style="list-style-type: none"> Implica retrasar temporalmente la hora de acostarse del niño para que coincida con el tiempo del inicio real del sueño. Añade la exigencia para los padres de levantar al niño de la cama si no se alcanza el inicio de sueño dentro de un tiempo determinado.
Despertares programados	<ul style="list-style-type: none"> Implica conocer el patrón habitual de despertares espontáneos del niño durante la noche. Con el registro previo de las horas a las que se producen los despertares espontáneos, los padres, de forma preventiva, despiertan al niño entre 15 y 30 minutos antes de cada uno de estos, realizando las intervenciones habituales (alimentación, calmar), aumentando progresivamente el período de tiempo entre los despertares programados.
Educación de los padres/prevención	<ul style="list-style-type: none"> Desarrollo de programas de educación a los padres que incluyen información sobre lo que es normal y deben esperar, sobre principios básicos del aprendizaje, que incorporen intervenciones cognitivo-conductuales (por ejemplo, encaminadas a mejorar su manejo de la ansiedad, <i>culpa</i> o expectativas erróneas) para prevenir la aparición y desarrollo de problemas del sueño en sus hijos. El objetivo es establecer hábitos positivos del sueño y evitar así la aparición de asociaciones inadecuadas.

Tabla 9. Fármacos utilizados en el tratamiento del insomnio

Fármaco	Clase	Mec. acción	Vida media (h)	V. metabólica	Concentración m (m)	Interacciones	Efecto sobre sueño
Difenilhidramina	Antihistamínico	Agonista H1 Atraviesa BHC	4 a 6 h	Hepática	Absorción rápida Inicio acción rápido	Depresores SNC	Disminuye latencia Puede disminuir calidad
Hidroxicina	Antihistamínico	Agonista H1 Atraviesa BHC	6 a 24 h	Hepática	Picos a 2-4 h Absorción rápida Inicio acción rápido	Depresores SNC	Disminuye latencia Puede disminuir calidad
Melatonina	Neurohormona	Hipnótico	90% excretada en 4 h	Hepática	Picos a 2-4 h 30-60 m	Desconocidas	Disminuye latencia
Clonazepam	Benzodiazepina	Receptores GABA centrales	30 a 40 h	Oxidación CYP 450 3A	60-240	Fluoxetina	Máximo efecto circadiano Suprime sueño ondas lentas
Flurazepam	Benzodiazepina	Receptores GABA centrales	2 a 100	Oxidación CYP 450 3A	30 m a 13 h	Fluoxetina	Reduce arousal Suprime sueño ondas lentas
Zolpiden	Fármaco Z	Benzodiazepina-like	2.5 a 3 h	Oxidación CYP 450 3A	90 m		Reduce arousal Disminuye latencia
Clonidina	Alfa agonista	Disminuye liberación noradrenalina	6 a 24 h	50-80% en orina	Absorción rápida		Poco efecto sobre arquitectura Reduce REM
					100% biodisponibilidad Inicio acción: 1h Pico acción: 2-4 h		Reduce sueño ondas lentas

BHC: barrera hematoencefálica; **SNC:** sistema nervioso central