

"El sueño que nos desvela" Algunos problemas en niños sanos

¿En qué evidencia nos apoyamos para
las recomendaciones?

Julio N. Busaniche
Servicio de Clínica Pediátrica
Hospital Italiano de Buenos Aires

Sueño y ...

- Dormir no es una actividad sencilla.
- “Aprender” a dormir es complejo para el niño y acompañarlo es complejo para la familia.
- Variables socioculturales, históricas, familiares, temperamentales, ambientales, de apego, de creencias de crianza, de apoyo...
- *“Así del poco dormir y del mucho leer se le secó el cerebro de manera que vino a perder el juicio.”*

(Miguel de Cervantes Saavedra, El ingenioso hidalgo Don Quixote de la Mancha, imprenta de Juan de la Cuesta, 1605)



Preguntas

- ¿Por qué es un tema de la consulta pediátrica?
- ¿Cómo y cuánto duermen los niños sanos?
- ¿Son efectivas las recomendaciones de prevención?
- ¿Cuáles son los problemas más frecuentes?
- ¿Qué evidencia hay para modificarlos?

Rol del pediatra

- El 52% de los pediatras no preguntan sobre sueño pero... el 69% de los padres refieren que sus hijos tienen algún problema de sueño.
(Sleep in America poll. Washington, DC. National Sleep Foundation; 2004)
- Cuando los niños no duermen bien los padres tampoco.
- El pediatra puede ayudar a los padres a transitar los cambios inherentes al desarrollo de sus hijos y educar y darles guías para cada momento de su desarrollo.
- El pediatra como educador y guía, puede compartir el conocimiento sobre el sueño y dar guías anticipatorias a los padres y/o cuidadores de los cambios en el desarrollo, las condiciones que puedan afectar el sueño, y proveer herramientas para mejorar el sueño de la familia.
- Evaluar el sueño y aconsejar hábitos saludables es el primer paso para este objetivo.

(Evaluating Sleep and Sleep disorders in the pediatric Primary Care Setting. *Pediatr Clin N Am* 58 (2011) 543-554.)

¿Cómo y cuánto es esperable que duerma un niño?

- **Cantidad de horas de sueño**

Edad	Horas totales
R.N (0–2 m)	10–19
Lactantes (2–12 m)	9–10 noche, 3–4 de siestas.
Deambulador (1–3 a)	9,5–10,5 noche, 2–3 de siestas
Prescolar (3–5 a)	9–10
Escolar(6–12 a)	9–10
Adolescentes (13–18 a)	9–9,5 (duermen menos)

(Mindell JA, Owens J. Sleep in infancy, childhood, and adolescence. In: A clinical guide to pediatric sleep: diagnosis and management of sleep problems, 2nd edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009. p. 12–29.)

¿Cómo?

- El patrón de sueño se modifica a medida que los niños se desarrollan.
- Los recién nacidos y lactantes en comparación con niños, adolescentes y adultos:
 - Duermen más.
 - Más proporción de sueño REM
 - Ciclos REM-NREM más cortos
 - Los neonatos comienzan el sueño en REM

Período neonatal

- Los neonatos se despiertan cada 2-4 horas para alimentarse, suelen estar más activos por la noche (reproduce el patrón de la última parte del embarazo)
- Los padres lo relatan como “sueño invertido”.
- ¿Podemos hacer algo para mejorarlo?
 - Explicar que este patrón dura entre 2-3 semanas.
 - Despertarlo durante el día cada 2-3 horas.
 - Exponerlo a la luz durante el día y a la oscuridad durante la noche. (3)

(Evaluating Sleep and sleep disorders in the pediatric primary care setting, Debra A babcock Pediatr Clin N Am 58 (2011) 543-554)

(3) (Terman M, Terman JS. Light therapy. In: Kryger MH, Roth T, Dement WC, editors. Principles and practice of sleep medicine. 4th edition. Philadelphia: Elsevier. Science; 2005. p. 1424–42.)

Recomendaciones...

Light Therapy

Michael Terman and Juan Su Terman

Chapter

149

Abstract

The susceptibility of the circadian system to selective phase shifting by timed light exposure has broad implications for the treatment of sleep phase and depressive disorders. Light therapies have been developed to normalize the patterns of delayed sleep phase disorder (through circadian phase advances) and advanced sleep phase disorder (through circadian phase delays). Physicians and patients need to be cognizant of the daily intervals when light exposure—and darkness—can facilitate or hamper adjustment to the desired circadian phase. The critical intervals lie at the edges of the subjective night, which coincide with the tails of the nocturnal melatonin cycle, but can be inferred clinically through a morn-

ingness–eveningness questionnaire or habitual sleep timing. The schedule of light exposure might have to be continually adjusted during treatment as the subjective night shifts gradually in the desired direction.

The treatment strategy for seasonal and nonseasonal depression is similar. In winter depression, the size of circadian rhythm phase advances correlates with the degree of mood improvement, and the optimal timing of light therapy must be specified relative to the patient's circadian clock rather than solar time. Apart from its use as a monotherapy, light therapy in outpatient and inpatient trials indicates that it accelerates remission of nonseasonal depression in conjunction with antidepressant and mood-stabilizing medication.

Periodo neonatal

- Posición: Colocarlos boca arriba para disminuir el riesgo de muerte súbita

(Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. Policy statement: the changing concept of sudden infant death syndrome: diagnostic coding shifts, controversies regarding the sleeping environment, and new variables to consider in reducing risk. Pediatrics 2005;116(5):1245–55.)

- Cuando rolan y se acomodan solos el riesgo de muerte súbita ya es menor.
- Colecho:
 - es una elección cultural o sentimental
 - aumenta los despertares de los niños y de los padres.

(McKenna J, Mosko S, Dungy C, et al. Sleep and arousal patterns of co-sleeping human mother/infant pairs: a preliminary study with implication for the study of sudden infant death syndrome (SIDS). Am J Phys Anthropol 1990;83:331.)

Cuando aprenden...

- Entre los 3 y los 6 y hasta los 12 meses comienza otra etapa.
- Comienzan a reconocer patrones basados en sus experiencias y esperan un resultado particular luego de una conducta particular. Las asociaciones del sueño comienzan a ser importantes. “APRENDEN” y ESPERAN LO “APRENDIDO”.
- Muchos padres nos preguntan sobre los despertares frecuentes. Obviamente primero hay que descartar problemas médicos: RGE, OMA, eccema, etc, pero la mayoría de las veces es conductual: alimentación aprendida o miedo de separación.

(Evaluating Sleep and sleep disorders in the pediatric primary care setting, Debra A babcock Pediatr Clin N Am 58 (2011) 543-554)

Cuándo aprenden...

- En este momento es cuando hay que hablar de buenos hábitos de sueño, los buenos hábitos son conductas aprendidas.
- A medida que el lactante es mayor los problemas conductuales y los estilos parentales son las causas de los trastornos del sueño.
- Por lo tanto la charla entre el pediatra y los padres es suficiente en general.
- Es importante detectar conductas de sobreprotección en el cuidado y la depresión materna postparto (Test de Edimburgo).
- La intervención más importante es la educación sobre los procesos normales del sueño y como desarrollar **buenos hábitos de sueño** (rutina a la hora de ir a la cama).

(Mindell JA, Owens J. Sleep in infancy, childhood, and adolescence. In: Mindell JA, Owens J, editors. A clinical guide to pediatric sleep: diagnosis and management of sleep problems. 2nd edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009. p. 12–29.)

Rutinas

- Las rutinas en general generan medios más predecibles y menos estresantes para el niño y los cuidadores, la hora de dormir es un componente más de estas rutinas familiares.

(Fiebes, BH et al. A review of 50 years of research on naturally occurring family routines and rituals: cause for celebration? J Fam Psychol 2002;16:381-90.)

(Gordon BN. Parenting practices. In: Ollendick TH, Schroeder TS (eds.). Encyclopedia of clinical child and pediatric psychology. Kluwer Academic/Plenum, New York, 2003; 447-51.)

(Leiferman JA, Ollendick TH, Kunkel D, Christie IC. Mothers' mental distress and parenting practices with infants and toddlers. Arch Womens Ment Health 2005; 8: 243-47.)

- A pesar de que las guías las recomendaban. No había trabajos clínicos que demostraran la eficacia de las intervenciones de rutina en el dormir aisladas de otros tratamientos.

Rutinas a la hora de dormir

- Consiste en realizar la misma actividad, en el mismo orden antes de apagar la luz.

(A Nightly Bedtime Routine: Impact on Sleep in Young Children and Maternal Mood. Jodi A. Mindell, PhD1; Lorena S. Telofski, BA2; Benjamin Wiegand, PhD2; Ellen S. Kurtz, PhD2. SLEEP, Vol. 32, No. 5, 2009)

- **Dos poblaciones:** lactantes de (7 a 18 meses) y deambuladores (18 a 32 meses) con problemas de sueño menores.
- **Intervención:** En lactantes 2 semanas con 3 etapas antes de apagar la luz: 1- Baño, 2- masaje, 3- actividades tranquilas (acariciar, cantarle, canción de cuna) 2 y 3 durante 30 minutos después el baño. En deambuladores en vez de masaje, loción. Grupo control: solo acostarlo despierto.
- **Resultados:** medida a las **3 semanas**. Mejoró la latencia del sueño (4 minutos), los despertares (de 1,2 a 0,6), y la percepción de las madres de problemas del sueño. La duración del sueño fue la misma. Mejoró el puntaje de humor materno tanto en lactantes como en deambuladores.
- **Conclusión:** las rutinas ayudan a dormirse antes, hay menos despertares y mejora el humor de las madres. Los efectos son modestos y solo comprobados hasta las 3 semanas.

Consecuencias de dormir mal...

- Estudios asocian las dificultades del sueño con otros trastornos a edades más avanzadas e incluso en la adultez: somnolencia, inatención, déficits cognitivos y conductuales, problemas psiquiátricos (depresión, suicidio, autoagresiones), obesidad y sus consecuencias metabólicas y estrés y disfunción familiar. ¿Asociación o causa?

La mayoría son estudios casos/controles.

(Beebe DW. Cognitive, Behavioral, and Functional Consequences of Inadequate Sleep in Children and Adolescents. *Pediatric clinics of North America*. 2011;58(3):649-665.)

¿Cuándo es un problema?

- No hay una definición única de insomnio pediátrico. La más adecuada me pareció la del 2006 de Mindel

(Mindell, J. A., Emslie, G., Blumer, J., Genel, M., Glaze, D., Ivanenko, A., Banas, B. (2006). Pharmacologic management of insomnia in children and adolescents: Consensus statement. *Pediatrics*, 117, e1223–e1232.)

- “Dificultad repetida en el inicio, duración, consolidación o calidad del sueño que ocurre a pesar de tener condiciones apropiadas para dormir según la edad y que resulta en alteraciones funcionales durante el día para el niño y/o la familia”.
- Los síntomas leves y pasajeros NO son un trastorno del sueño.

Y cuándo no se quieren dormir o se despiertan... ¿Qué intervenciones son efectivas?

- Acá encontramos varias revisiones sistemáticas.
- La mayoría de los problemas del sueño incluyen dificultades para iniciar el sueño y para mantenerlo y como ya vimos son problemas de conducta.

Revisiones sistemáticas...

- Kuhn, B. R., & Elliott, A. J. (2003). Treatment efficacy in behavioral pediatric sleep medicine. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 587–597.
- Intervenciones de extinción, la extinción graduada y educación y prevención a padres fueron efectivas.
- Mindell, J. A., Kuhn, B., Lewin, D. S., Meltzer, L. J., Sadeh, A., & Medicine, A. A. O. S. (2006). Behavioral treatment of bedtime problems and night wakings in infants and young children. *Sleep*, 29, 1263–1276.
- 94% de los estudios fueron eficaces
- 80% de los niños mejoraban clínicamente y se mantenía entre 3 a 6 meses.
- Evidencia fuerte (según los criterios de Sackett) para las intervenciones de extinción y para educación preventiva a los padres y menos fuerte para la extinción graduada, y despertares programados.

Conductas de extinción.

- 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 pre sueño 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.

Conductas de extinción graduada

- a) Atender brevemente al niño cuando se despierta, salir de la habitación (se puede decir “buenas noches”) y volver a intervalos de 20 minutos hasta que esté dormido. La atención debe ser breve (15-30 segundos) y puede implicar un masaje suave, pero no encender la luz, dar de beber o entablar conversación. Algunos han propuesto intervalos más cortos, incluso de hasta 5 minutos; en estos casos, debe aumentarse gradualmente el tiempo entre visitas.
- b) Incrementar en 5 minutos cada dos noches el tiempo que los padres tardan en acudir al llanto del niño; estos deben atenderle brevemente (15 a 30 segundos).
- c) Reducir progresivamente el tiempo que los padres pasan con el niño cada vez que se despierta. El tiempo puede reducirse en una séptima parte cada 4 días, con lo cual, a partir del día 28 los padres dejan de atender al niño si se despierta.
- d) Dormir en la habitación del niño, en una cama diferente, durante una semana, pero sin interactuar con él durante la noche, aunque se despierte; si el niño llora o protesta durante un periodo largo, se pueden colocar al niño en la posición de dormir, pero sin hacer nada más. Tras la semana de dormir en la misma habitación, el progenitor vuelve a dormir a su habitación.
- Los procedimientos anteriores de extinción se combinan con control de estímulos: acostarse en un lugar fijo, a una hora determinada y seguir un ritual a la hora de acostarse que facilite el sueño: juego tranquilo antes de ir a la cama y empleo de técnicas relajantes (caricias, masaje, música suave) cuando el niño está en la cama.

(Tomado de Arturo Bados y Eugeni García-Grau Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona. 2011)

Revisiones sistemáticas...

- **Systematic Review and Meta-Analysis of Behavioral Interventions for Pediatric Insomnia.** Lisa J. Meltzer, and Jodi A. Mindell, *Journal of Pediatric Psychology* 39(8) pp. 932–948, 2014.
- **Población:** niños entre 0 y 18 años con insomnio definido como problemas a la hora de dormir y despertares para los más chicos y como dificultades para iniciar y/o mantener el sueño en niños y adolescentes.
- **Intervención:** conductual, excluyeron las mixtas (conductual + medicamentos)

Revisiones sistemáticas...

- Variables:
 - Latencia para dormir
 - Número de despertares nocturnos
 - Duración de los despertares nocturnos
 - Eficiencia del sueño
- Se encontraron 28 artículos en los cuales participaron 2582 participantes.
 - 16 eran estudios clínicos controlados (2133 participantes). 12 en lactantes (edad media 17,6 meses), 4 en escolares (7,2 años)
 - 13 de los 16 daban instrucciones en persona, 2 por internet, 3 incluían panfletos.
 - El seguimiento no fue mayor a un año.

Revisiones sistemáticas...

- Resultados:
- En lactantes: se encontró efectos significativos pero de tamaño moderado o pequeño en la latencia para dormir y en el número y duración de los despertares con una calidad de evidencia (GRADE) moderada
- En escolares encontraron efectos en la duración de los despertares y en la eficiencia del sueño, de muy baja calidad de evidencia (GRADE)

Revisiones sistemáticas...

- Conclusiones:
- Los tratamientos conductuales son efectivos en niños pequeños para acortar el período de latencia y disminuir los despertares, la calidad de la evidencia (GRADE) es moderada, es pobre en niños más grandes.
- No está demasiado definido cuales son los componentes esenciales de las intervenciones y la duración del efecto.

Efectos adversos de la intervención conductual...

- Un estudio no mostró diferencias en el estado mental de los niños, de los padres, de la relación entre padre e hijos luego de la intervención conductual 5 años después.

(Price, A., Wake, M., Ukoumunne, O. C., & Hiscock, H. (2012b). Outcomes at six years of age for children with infant sleep problems: Longitudinal community based study. *Sleep Medicine*, 13, 991–998.)

Entonces...

- En base a la evidencia que hay hasta el momento los pediatras podemos...
- Compartir la información con los padres sobre las características del sueño de sus hijos.
- Recomendar rutinas que pueden ayudar a dormir mejor y crear ambientes menos estresantes.
- Los problemas de sueño más frecuentes son conductuales y el pediatra puede ayudar a solucionarlos en la consulta pediátrica.
- Las intervenciones conductuales son efectivas sobretodo en niños pequeños.

Entonces...

- Las intervenciones son variables y se deben adecuar a cada familia y contexto.
- La poca información que hay no muestra impacto negativo a largo plazo de las intervenciones conductuales.
- La evidencia en temas de crianza es complicada de analizar y de extrapolar a otras poblaciones y culturas.

Hora de despertarse!!!



Muchas gracias!!