



ARTÍCULO ESPECIAL

Insomnio en niños y adolescentes. Documento de consenso

Gonzalo Pin Arboledas^{a,*}, Víctor Soto Insuga^b, María José Jurado Luque^c, Cleofe Fernandez Gomariz^d, Inés Hidalgo Vicario^e, Amalia Lluch Rosello^f, Pedro José Rodríguez Hernández^g y Juan Antonio Madrid^h

^a Asociación Española de Pediatría (AEP)

^b Sociedad Española de Neuropediatría (SENP)

^c Sociedad Española de Sueño (SES)

^d Fundación Prandi, Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP)

^e Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia (SEMA)

^f Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP)

^g Sociedad Española de Psiquiatría Infantil (SPI)

^h Laboratorio de Cronobiología, Universidad de Murcia, Murcia, España

Recibido el 18 de febrero de 2016; aceptado el 6 de junio de 2016

PALABRAS CLAVE

Insomnio;
Cognitivo-
conductual;
Melatonina;
Antihistamínico

Resumen El insomnio es una patología muy frecuente en edad pediátrica (30% en niños menores de 5 años) que ocasiona una grave repercusión cognitiva, emocional y en el aprendizaje junto con una importante comorbilidad médica y afectación de la calidad de vida del niño y la familia. La formación de los pediatras en el diagnóstico y el tratamiento del mismo suele ser deficitaria. Por todo ello, se presenta el documento de consenso sobre el manejo del insomnio en la infancia y la adolescencia elaborado por representantes de la Asociación Española de Pediatría, la Sociedad Española de Sueño, la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y de Atención Primaria, la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia, la Sociedad Española de Psiquiatría Infantil y la Sociedad Española de Neurología Pediátrica. Este grupo recomienda que el diagnóstico debe ser clínico y solo en los casos dudosos o en que sea necesario un diagnóstico diferencial serán necesarias pruebas complementarias. Asimismo el tratamiento se debe basar principalmente en terapias cognitivo-conductuales y en una modificación de los hábitos de sueño. El uso de medicamentos y sustancias para facilitar el sueño es elevado, aunque no existen guías clínicas que lo apoyen.

© 2016 Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pinarboledasgonzalo@gmail.com (G. Pin Arboledas).

KEYWORDS

Insomnia;
Cognitive-
behavioural;
Melatonin;
Antihistaminic

Insomnia in children and adolescents. A consensus document

Abstract Insomnia is very common during childhood (30% of children under 5), and causes a serious cognitive and emotional consequence in learning, as well as significant medical comorbidity. It also affects the quality of life, not only of the child, but also of the whole family. Paediatrician training in its diagnosis and treatment is usually poor. For this reason a consensus document is presented on the management of insomnia in children and adolescents. This has been developed by members of the Spanish Paediatrics Association, the Spanish Sleep Society, the Spanish Society of Paediatric Outpatient and Primary Care, the Spanish Adolescent Medicine Society, the Spanish Child and Adolescent Society, and the Spanish Paediatric Neurology Society. The group suggests that diagnosis must be clinical and complementary tests will only be required in doubtful cases or when a differential diagnosis is needed. Likewise, treatment should be mainly based on cognitive-behavioural therapy and the modification of sleeping habits. Using medicines and other substances to make the sleep easier is currently quite common, even although there are no clinical guidelines to support this.

© 2016 Asociación Española de Pediatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción y justificación

El sueño es un proceso evolutivo y activo que se inicia prenatalmente como resultado de un equilibrio bio-psico-social inestable y dinámico; su evolución depende de la armonía entre estos 3 factores¹.

El insomnio 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 mañana². En adolescentes, el 38,5% presenta mala calidad subjetiva del sueño y el 23,1% latencia mayor de 30 min³. Altera al niño y a su entorno, condicionando una mayor utilización del sistema sanitario con una media de visitas anuales por enfermedad de 8,84 vs. 6,34⁴.

La formación en sueño de los profesionales de la salud es deficiente. Las sociedades científicas plantean este consenso como una aportación para mejorarla.

Metodología del consenso

Método: técnica de grupo nominal modificado sustituyendo la reunión presencial por medios online.

Revisión sistemática en fuentes de información terciarias, secundarias y primarias (búsqueda inversa a partir de las referencias bibliográficas). Período de búsqueda hasta mayo del 2015.

Limitación idiomática: inglés y español.

Las sociedades científicas designaron a los miembros del grupo, quienes firmaron una declaración de conflicto de intereses.

El grupo se dividió en subgrupos: «Etiología-definición», «Clínica-diagnóstico» y «Tratamiento». Cada grupo elaboró sus conclusiones que fueron distribuidas al resto de los miembros para su discusión y aprobación. Un equipo de redacción (G. Pin, V. Soto) redactó el escrito final, que fue revisado y aprobado por el resto del grupo. El trabajo

se realizó online. Ni el consenso ni sus autores han recibido financiación.

Objetivo del consenso: insomnio crónico en niños con desarrollo normal. Los autores consideran el insomnio asumible en la mayoría de las ocasiones por asistencia primaria (AP).

Concepto y clasificación

a. Conceptos:

1. El binomio madre-hijo constituye un «*sistema adaptativo complejo*»: red dinámica de sistemas que actúan en paralelo de manera interconectada complementándose mutuamente; uno no puede ser entendido sin el otro⁵. El estrés materno, durante el tercer trimestre, facilita la permeabilidad de la placenta a los corticoides condicionando:
 - Incremento de corticoides fetales.
 - Retraso en la aparición del ritmo diurno de cortisol.
 - Hiperrespuesta hipotálamo-gonadal a situaciones de estrés⁶.
2. Dormir toda la noche: necesita 3 requisitos⁷:
 - i. Un período continuado de sueño.
 - ii. Horario de sueño nocturno coincidente con el resto de la familia.
 - iii. Capacidad de volverse a dormir autónomamente tras los despertares fisiológicos.
3. Insomnio infantil: la Academia Americana de Medicina del Sueño en su segunda edición (ICSD-2) lo define como: «Dificultad *mantenida*, a pesar de la *oportunidad* de dormir y en función de la *edad*, para *iniciar o mantener* el sueño o su calidad que provoca *alteraciones funcionales* en el *niño y/o familia*» Una latencia de sueño mayor 30 min y/o despertares de más de 20 min de duración pueden ocasionar malestar clínicamente significativo y deterioro en el área social, familiar, académico u otras áreas.

b. Clasificación: el manual de la American Psychiatric Association (DSM-5) incluye como única categoría el trastorno

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5717236>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5717236>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)