

Manejo del sueño en el niño de 0 a 6 meses

Coordinación Científica y Salud Pública SURA. Octubre 2020. V1

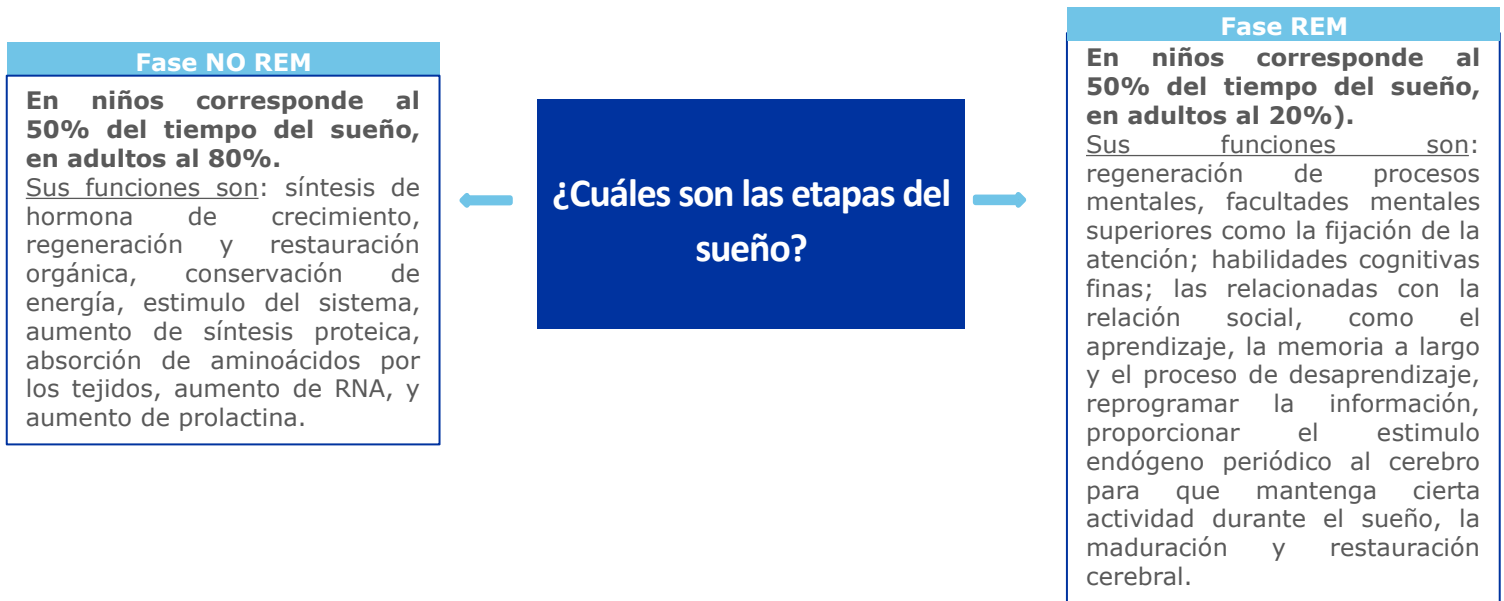
Los conceptos y recomendaciones establecidos pretenden orientar la atención de los pacientes, sin embargo, todo usuario deberá tener un manejo individualizado de acuerdo con sus condiciones particulares.

Para la elaboración se consultaron fuentes bibliográficas confiables, con el objetivo de proveer información completa y generalmente acorde con los estándares aceptados en el momento de la edición. Dada la continua evolución de las tendencias médicas y normativas, en cualquier momento pueden surgir cambios.

¿Qué es el Sueño?

Estado 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 que expresa distintos tipos de actividad cerebral.

Su privación causa alteraciones cognitivas, en la atención y concentración, cambios en el estado de ánimo y repercusiones en el sistema cardiovascular, en la inmunidad y en la regulación metabólica y hormonal.



Horas de sueño requeridas según la edad

RECOMENDACIONES	HORAS DE SUEÑO DE CALIDAD
Niños <1 año	14 - 17 horas (0 - 3 meses) 12 - 16 horas (4 - 11 meses)
De 1 - 2 años	11 - 14 horas incluye siestas
3 - 4 años	10 - 13 horas incluye siestas

Tomado de: Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep. for children under 5 years of age. OMS

EDAD	NUMERO DE SIESTAS	DURACION DE SIESTAS	TIEMPO DESPIERTO (VENTANA DE SUEÑO)
0 a 6 semanas	4 a 6	30 min - 3 hrs	45 minutos a 1 hora
6 semanas a 3 meses	4 a 3	30 min - 2 hrs	1 hr - 1 hr y 45 minutos.

Tomado de: Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep. for children under 5 years of age. OMS

Consecuencias del mal dormir en los niños.

En los niños encontramos efectos negativos en funciones cognitivas, emocionales y conductuales:

- Cambios subjetivos: Cambios de humor, irritabilidad, fatiga.
- Dificultades de concentración y desorientación.
- Distorsiones perceptuales.
- Alucinaciones visuales.
- Impacto en las actividades cotidianas.
- Microsueños diurnos que lo harán pasible de cometer errores y omisiones.
- Hiperactividad.
- Pérdida de la atención.
- Enlentecimiento cognitivo, declinación de la velocidad de cálculo.
- Dificultades en la memoria y el aprendizaje: menor logro académico. Hasta un 20% de los niños pueden perder un año escolar.
- Aumento de la prevalencia de accidentes tanto en el niño que no duerme como en sus padres.

Cambios en los sistemas corporales:

- Neurológicos: nistagmus, hiperreflexia, temblores de manos, menor umbral para las convulsiones.
- Apneas o pausas ventilatorias. La hipoxemia trae aparejado un déficit en las funciones ejecutivas (planeamiento, inicio, autorregulación de conductas orientadas hacia objetivos precisos por alteraciones del lóbulo frontal).
- Alteración de los niveles circulatorios de hormona de crecimiento, hormonas tiroideas, cortisol y leptina.
- La pérdida prolongada de sueño produce un aumento del tono simpático y disminución del tono vagal, afectando la secreción de insulina y la liberación de leptina. Esta hormona, segregada por las células grasas, cumple la función de suprimir el apetito, señalando la saciedad al cerebro.
- Un aumento del cortisol, que puede ocasionar resistencia a la insulina, factor de riesgo para el desarrollo de obesidad y diabetes.
- Un aumento del apetito.
- Cambios en la función inmune.

La edad es el mayor modulador de las características del sueño durante la infancia.



Síndrome de Muerte Súbita Infantil (SMSI)

Es la principal causa de muerte de lactantes entre 1 y 12 meses de edad, siendo mas frecuente entre los 2 y 4 meses.

Recomendaciones para el sueño seguro

- Coloque el bebe siempre a dormir boca arriba durante siestas en el día y la noche.
- No cubrir la cabeza del bebe con la manta ni abrigar demasiado.
- Evite que el bebe sienta demasiado calor.
- El bebe no debe dormir en la misma cama con los padres o cuidadores.
- Las barandas de la cama deben tener una separación máxima de 6 cm.
- Coloque al bebe en una cuna aprobada como segura, con colchón firme, sin plástico.
- No colocar juguetes, bumper, ropa de cama suelta, almohadas o peluches en la cuna del bebe.
- La cuna debe estar en un lugar libre de humo de tabaco.
- No colocar más de un bebe por cama.
- La lactancia materna reduce en un 50% el riesgo.
- Las vacunas son preventivas de enfermedades importantes y no son causa de SMSI.
- Evitar cigarrillo, alcohol o drogas ilícitas en la madre antes de nacer y en los primeros meses.

ENFOQUE DE PACIENTES CON QUEJAS RELACIONADAS CON EL SUEÑO

- Buen Interrogatorio: cuándo, cuánto y cómo duerme, cómo está al día siguiente, cómo es la higiene del sueño y si hay patología asociada.
- Evaluar si hay algún trastorno al examen físico que explique las alteraciones descritas y se beneficie de manejo específico.
- Se le puede recomendar a los padres realizar un diario de sueño, donde se reporte que pasa en 24 horas, evaluando varios días, para así detectar donde puede estar la causa y corregirla.
- Otra estrategia descrita como de utilidad es hacer un video casero, para objetivizar lo que a los padres les preocupa con relación al sueño.

Tratamiento



No farmacológico.

La mayoría de los trastornos del sueño podrían prevenirse. Los aspectos esenciales en los que debe basarse la labor de prevención son los siguientes:

- 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.
- 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, entre otras) dependen del significado social y psicológico que tiene para las relaciones intrafamiliares el modelo elegido por los padres.
- 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.

Farmacológico.

- No se recomienda el uso de antihistamínicos.
- Los medicamentos antidepresivos y las benzodicepinas, no están permitidos en niños a pesar de su efecto hipnótico.

La melatonina, facilita la propensión de sueño regulando el ciclo circadiano, facilita la liberación de radicales libres, y puede modificar la función de los neurotransmisores del SNC, facilita la regulación de la inmunidad, y la regulación de la tensión arterial, dentro de muchas funciones mas.

- El uso de melatonina siempre debe estar acompañado de control de las condiciones ambientales, cambios de actitudes y hábitos de sueño.
- La cantidad recomendada oscila entre 0.3 – 5 mg al día se debe administra 1 hora antes de la hora habitual de dormir. Siempre bajo supervisión del pediatra o medico experto del sueño. Y con precaución adicional en niños con tumores, enfermedades autoinmunes, asma mal controlada, diabetes y epilepsia.
- No se recomienda su uso en menores de 6 meses.

Referencias

1. Sevilla, P. C. M. D. H. Ignacio J. Cruz Navarro. Alteraciones del sueño infantil. Actualización en pediatría 2018.
2. Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. (2005). 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*, 116(5), 1245-1255.
3. Convertini, G., & Posadas, A. (2006, October). El sueño en la infancia: su implicancia en el desarrollo. In 34 Congreso Argentino de Pediatría.
4. Sirerol, N. V., Amin, I. K., Rodríguez, T. M., Frutos, C. S., & Yebra, M. P. (2002, January). Hábitos del sueño en niños. In *Anales de Pediatría* (Vol. 57, No. 2, pp. 127-130). Elsevier Doyma.
5. Behnam-Terneus, M., & Clemente, M. (2019). SIDS, BRUE, and Safe Sleep Guidelines. *Pediatrics in review*, 40(9), 443-455.
6. de la Calle, T., Monfort, L., Hidalgo, M. I., Maiques, E., Mínguez, R., Luch, A., ... & Pla, M. (2018). Los trastornos del sueño en la infancia: importancia de su diagnóstico y tratamiento en atención primaria. *PediatríaIntegral*, 355.
7. World Health Organization. (2019). Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age: web annex: evidence profiles (No. WHO/NMH/PND/19.2). World Health Organization.
8. Consenso sobre el uso de melatonina en niños y adolescentes con dificultades para iniciar el sueño. *J. anuales de pediatría*. 2014.
9. Arboledas, G. P. Primaria. Melatonina: indicaciones de su uso en Atención Primaria.
10. Cruz Navarro I. Sueño normal, trastornos del sueño pediátrico y herramientas para su diagnóstico. Introducción. En: APapAndalucía, ed. XV Jornadas de APap-Andalucía 2011. Exlibris Ediciones; 2011. p. 75-6.