

# Insomnio

---

Susana Alberola López, Clara García Cendón

Diciembre 2018

# ¿Por qué debemos preguntar por el sueño de los niños?

Problemas del sueño, motivo de consulta frecuente en AP

Disponemos de herramientas diagnósticas y técnicas de tratamiento que podemos utilizar en nuestro ámbito de trabajo

Los problemas del sueño pueden implicar problemas en su desarrollo

# Epidemiología y prevalencia

---

- 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 minutos.

# ¿Cuándo hablamos de insomnio?

---

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

---

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 meses**

# Anamnesis: preguntas claves que nos pueden hacer sospechar un trastorno del sueño

DURANTE EL DÍA, ¿tiene...:

- 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?

DURANTE LA NOCHE, ¿tiene...:

- despertares frecuentes (3-5 requerimientos/noche)?
- tarda más de media hora en dormirse? ¿Llora?
- ronquido nocturno?
- pausas respiratorias?
- respiración bucal?
- dificultad para despertar por las mañanas?
- excesiva irritación al despertar?

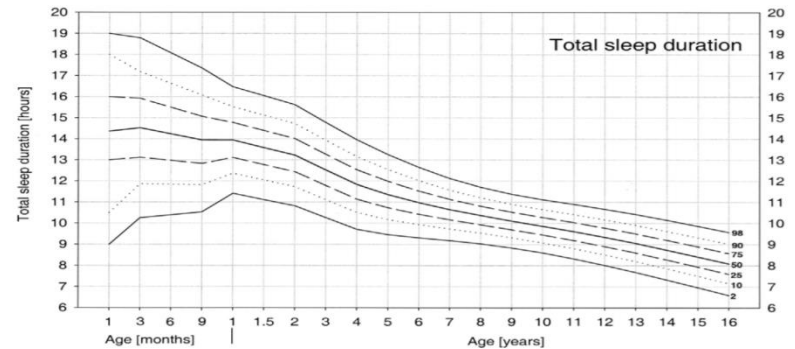
Anamnesis:

- Edad de inicio. Preguntas clave
- Hábitos incorrectos (higiene del sueño, horarios, TV/teléfono móvil)
- Conducta y rendimiento escolar
- Cuánto y cómo duerme
- Historia familiar de trastornos del sueño
- Están afectadas otras funciones biológicas (alimentación, respiración sueño, ronquidos..)
- uso de fármacos o drogas que puedan afectar al sueño
- Descartar patología orgánica
- Sd. Down, TEA... asocia problemas de sueño

Exploración física

# Herramientas diagnósticas disponibles

- Percentiles duración del sueño
- Agenda/diario sueño
- Vídeo doméstico (mejor aprox 2am o 5am)
- Uso de escalas
  - Cuestionario BISQ
  - Cuestionario BEARS
  - Escala de trastorno del sueño para niños de Bruni (SDSC)
  - Pediatric Sleep Questionnaire (PSQ)
  - Polisomnografía-actigrafía (segundo escalón asistencial)



Iglowstein, I. et al. *Pediatrics* 2003;111:302-307

## AGENDA DE SUEÑO

	20	21	22	23	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	Conducta del niño	Respuesta de los padres		
Lunes																												
Martes																												
Miércoles																												
Jueves																												
Viernes																												
Sábado																												
Domingo																												
Lunes																												
Martes																												
Miércoles																												
Jueves																												
Viernes																												
Sábado																												
Domingo																												

↓ Hora de acostarse  
↑ Hora de levantarse

Anotar con una C las comidas y con una M si se toma un medicamento

Agenda de sueño = herramienta útil para evaluar la magnitud del problema y evaluar la eficacia de los tratamientos

# AGENDA DE SUEÑO

	20	21	22	23	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	Conducta del niño	Respuesta de los padres
Lunes																										
Martes			↓										↑													
Miércoles																										
Jueves																										
Viernes																										
Sábado																										
Domingo																										
Lunes																										
Martes																										
Miércoles																										
Jueves																										
Viernes																										
Sábado																										
Domingo																										

- ↓ Hora de acostarse
- ↑ Hora de levantarse

Anotar con una C las comidas y con una M si se toma un medicamento

Agenda de sueño = herramienta útil para evaluar la magnitud del problema y evaluar la eficacia de los tratamientos

## Clasificación según la ICSD-3

---

- Trastorno de insomnio crónico (TIC). 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.



# Criterios diagnósticos del 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<sup>a</sup>:

1. Dificultad para iniciar el sueño
2. Dificultad para mantener el sueño
3. Despertar antes de lo deseado
4. Resistencia para irse a la cama a un horario apropiado
5. Dificultad para dormir sin la intervención de los padres/cuidador

<sup>a</sup>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 (por ejemplo,

# Criterios diagnósticos del insomnio crónico

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 (por ejemplo, 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<sup>b</sup>

F. La dificultad de sueño/vigilia no se explica mejor por otro trastorno del sueño<sup>c,d</sup>

<sup>b</sup>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.

<sup>c</sup>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.

<sup>d</sup>Muchas condiciones comórbidas, como trastornos por dolor crónico o reflujo gastroesofágico (ERGE) pueden causar quejas de sueño/vigilia expuestos 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.

# Criterios diagnósticos del insomnio de corta duración (duración <3 meses)

## Criterios diagnósticos ICSD-3 para el trastorno de insomnio de corta duración

ICD-9-CM código: 307.41. ICD-10-CM código: F51.02

### Nombres alternativos

Insomnio agudo, insomnio de ajuste

### Criterios diagnósticos

Debe cumplir los criterios A-E:

G. El paciente refiere, o los padres/cuidador observan uno o más de los siguientes<sup>a</sup>:

1. Dificultad para iniciar el sueño
2. Dificultad para mantener el sueño
3. Despertar antes de lo deseado
4. Resistencia para irse a la cama a un horario apropiado
5. Dificultad para dormir sin la intervención de los padres/cuidador

<sup>a</sup>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 (por ejemplo, ancianos con demencia).

# Criterios diagnósticos del insomnio de corta duración (duración <3 meses)

H. 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 (por ejemplo, hiperactividad, impulsividad, agresividad)
7. Disminución de la motivación, energía, iniciativa
8. Predisposición para errores/accidentes
9. Preocupación o insatisfacción con el sueño

I. Las quejas de sueño/vigilia no pueden explicarse únicamente por una oportunidad inadecuada para dormir (se asigna tiempo insuficiente para dormir) o circunstancias inadecuadas (el entorno no es seguro, oscuro, tranquilo y cómodo) para el sueño

J. La alteración del sueño y los síntomas diurnos asociados han estado presentes menos de 3 meses

K. La dificultad del sueño/vigilia no se explica mejor por otro trastorno del sueño<sup>b,c</sup>

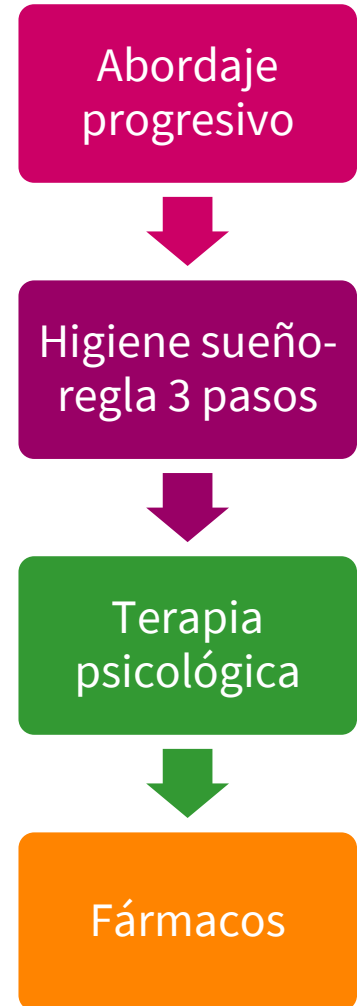
<sup>b</sup>Los pacientes con trastorno de insomnio a corto plazo pueden quejarse de dificultad en el sueño/despertar menos de 3 veces por semana en promedio, sin embargo, pueden tener preocupaciones clínicamente significativas acerca de sus síntomas y necesitar atención clínica.

<sup>c</sup>Muchos procesos tales como el duelo, el dolor agudo u otros factores estresantes son muy a menudo asociados con la falta de sueño. Cuando tales condiciones son la única causa de la dificultad de dormir, un diagnóstico de insomnio separado no debe aplicarse. El principal factor en la determinación de insomnio a corto plazo o insomnio de ajuste es el grado en que la alteración del sueño se convierte en un proceso importante para el individuo o necesita una atención clínica independiente.

# Diagnóstico diferencial

- 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.

# Tratamiento



# Higiene del sueño

## Rutinas previas al sueño

Procure que los horarios de acostarse y levantarse sean lo más regulares posibles

Evite las siestas muy prolongadas o que terminen más allá de las 17:00 h

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 1 h antes del inicio de las rutinas del sueño

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.

# Regla de los tres pasos del grupo de Zúrich

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 tres pasos durante un mínimo de 2 semanas el problema continúa, se debe valorar la terapia cognitivo-conductual



# Terapia cognitivo-conductual

- **Extinción:** no atender la demanda del niño al iniciar el sueño o al despertar. Así se eliminan los reforzadores.
- **Extinción gradual:** de manera progresiva se va incrementando el tiempo en el que no se acude a la llamada del niño.
- **Refuerzo positivo:** ayuda a iniciar o prolongar el periodo del sueño.
- **Costo de respuesta:** supresión del estímulo positivo que actúa como reforzador del insomnio.
- **Retraso de la hora de acostarse:** para que coincida con el tiempo del inicio real del sueño.
- **Despertares programados:** interrumpir el sueño previo al despertar espontáneo del niño y ofrecer refuerzos positivos (alimentar, arropar) para evitar los estímulos aversivos asociados con el despertar espontáneo.
- **Programa de pasos para acostarse (Bedtime Pass Programme):** se usa 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.
- Otros métodos utilizados son: control de estímulos, reducción de la excitación, restricción de sueño, etc.

# Normas generales del tratamiento farmacológico

---

- Primero siempre medidas de higiene e intervención psicoterapéutica.
- Tiempo de uso: el más corto posible.
- El fármaco se elige según: características del insomnio, tipo de paciente y su entorno.
- El momento de la administración es importante.
- Puede agravar otros problema se sueño coexistentes (SAHS).
- Precaución ante posibles interacciones con otros fármacos.
- Investigar uso de otros fármacos sin receta médica.

# Fármaco de primera elección: MELATONINA

## ARTÍCULO ESPECIAL

### Consenso sobre el uso de melatonina en niños y adolescentes con dificultades para iniciar el sueño<sup>☆</sup>



G. Pin Arboledas<sup>a,\*</sup>, M. Merino Andreu<sup>b</sup>, T. de la Calle Cabrera<sup>c</sup>,  
M.I. Hidalgo Vicario<sup>d</sup>, P.J. Rodríguez Hernández<sup>e</sup>, V. Soto Insuga<sup>f</sup> y J.A. Madrid Pérez<sup>g</sup>

<sup>a</sup> Asociación Española de Pediatría (AEP), Valencia, España

<sup>b</sup> Sociedad Española de Sueño (SES), Madrid, España

<sup>c</sup> Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP), Salamanca, España

<sup>d</sup> Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia (SEMA), Madrid, España

<sup>e</sup> Sociedad de Psiquiatría Infantil (SPI), Tenerife, España

<sup>f</sup> Sociedad Española de Neurología Pediátrica (SENEP), Madrid, España

<sup>g</sup> Laboratorio de Cronobiología, Departamento de Fisiología, Universidad de Murcia, Murcia, España

Recibido el 16 de enero de 2014; aceptado el 17 de marzo de 2014

Disponible en Internet el 24 de abril de 2014

- **Dosis:** 1-3 mg en lactante y preescolares; 2,5-5 mg en niños mayores y gradualmente ajustar dosis según respuesta.
- **Momento de administración:** 30-60 min antes de la hora habitual de dormir.
- **Duración:** no se sabe (4 semanas-años). La menor posible

#### Insomnio de inicio

Comparada con placebo, la melatonina disminuye la latencia del sueño en el insomnio de conciliación<sup>27,24</sup> (fig. 2 y tabla 1).

#### Dosificación

Probablemente debido a las variaciones en los niveles basales de melatonina y a la diferente biodisponibilidad de las preparaciones orales, no se ha establecido un consenso sobre la dosis óptima.

Se ha propuesto iniciar con dosis de 1-3 mg en lactantes y preescolares, y 2,5-5 mg en niños mayores, y gradualmente ajustar la dosis según respuesta.

Dosis de 1-5 mg producen en 1 h concentraciones plasmáticas que son 10-100 veces mayores que las del pico máximo nocturno, para descender a los valores normales en 4-8 h<sup>35,36</sup>.

En niños con alteraciones neurológicas la dosis más recomendada oscila entre 3-15 mg.

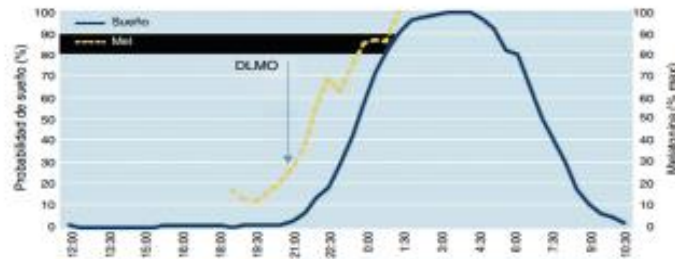
#### Momento de administración

Basándonos en las series de casos y ensayos clínicos publicados (todos en mayores de un año), debe administrarse a la misma hora y entre 30-60 min antes de la hora habitual de ir a dormir<sup>35</sup>.

#### Duración

No se ha establecido con seguridad. En niños con insomnio de inicio que reciben melatonina la supresión del tratamiento ocasiona, al cabo de una semana, una vuelta al problema inicial en más del 90% de los casos.

## EL NIÑO AL QUE LE CUESTA DORMIRSE: SD RETRASO DE FASE. TRATAMIENTO



**Figura 1** Relación entre melatonina endógena, inicio de la secreción nocturna de melatonina y sueño libre. El inicio de la secreción nocturna de melatonina precede aproximadamente 2 h al sueño. DLMO: dim light melatonin onset (=Inicio de la secreción nocturna de melatonina-). Fuente: Bonmati-Carrion MA, Middleton B, Revell V, Skene DJ, Roj MA, Madrid JA. Circadian phase assessment by ambulatory monitoring in humans: Correlation with dim light melatonin onset. Chronobiol Int. 2014;31:37-51.



### Síndrome de retraso de fase en niños

Escenario	Niño con SRF	
Objetivo	Adelantar DLMO	
Uso de melatonina	Adecuado	Nivel de evidencia: Consenso
Dosificación	0,3-3 mg	Nivel de evidencia: Consenso
Momento administración	4-6 h previas al sueño de manera progresiva	Nivel de evidencia: Consenso
Duración	3 semanas	Nivel de evidencia: Consenso

### Síndrome de retraso de fase en adolescentes

Objetivo	Adelantar DLMO	
Uso de melatonina	Adecuado	Nivel de evidencia: A
Dosificación	1-5 mg	Nivel de evidencia: Consenso
Momento administración	4-6 h previas al sueño de manera progresiva	Nivel de evidencia: C
Duración	Hasta 4 semanas	Nivel de evidencia: Consenso

Pin Arboledas G, Soto Insuga V, Jurado Luque MJ, Fernandez Gomariz C, Hidalgo Vicario I, Lluch Rosello A, et al. [Insomnia in children and adolescents. A consensus document]. An Pediatr (Barc). marzo de 2017;86(3):165.e1-165.e11.

# 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	Benzodiacepina	Receptores GABA centrales	30 a 40 h	Oxidación CYP 450 3A	60-240	Fluoxetina	Máximo efecto circadiano Suprime sueño ondas lentas
Flurazepam	Benzodiacepina	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	Benzodiacepina-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

Pin Arboledas G, Soto Insuga V, Jurado Luque MJ, Fernandez Gomariz C, Hidalgo Vicario I, Lluch Rosello A, et al. [Insomnia in children and adolescents. A consensus document]. An Pediatr (Barc). marzo de 2017;86(3):165.e1-165.e11.

# INFORMACION UTIL PARA PADRES

## Aprendiendo a conocer y manejar los problemas de sueño en la infancia y adolescencia

Información para padres, educadores y adolescentes

Actualización 2016



# Bibliografía de interés

www.aepap.org/gtsiaepap/

HOME CUESTIONARIOS DE SUEÑO DOCUMENTOS CURSOS Y CON...

## Grupo de Sueño de la AEPap

Recursos para el pediatra de atención primaria

---

### Cuestionarios de Sueño

Created by R. Ugarte on 15 Abr 2008 | Tagged as: General

**BEARS**  
Cribado de trastornos del sueño en niños de 2 a 18 años  
Referencias Sleep Medicine 2005, (6):63-69

**BISQ (Brief Infant Sleep Questionnaire) (A. Sadeh)**  
Sueño Infantil en los primeros meses de vida  
Referencia: Pediatrics Vol. 113 No. 6 June 2004, pp. e570-e577

**C. S. H. Q. Children's Sleep Habits Questionnaire (J. Owens)**  
Cuestionario general sobre hábitos de sueño en niños  
Referencia: Sleep. 2000 Dec 15;23(8):1043-51

**P. S. Q. Pediatric Sleep Questionnaire (R. Chervin)**  
Cuestionario general sobre sueño.  
Referencias: Sleep Med. 2000 Feb 1;1(1):21-32 An Pediatr (Barc). 2007;66(2):121-8

**SDSC. Escala de alteraciones del sueño en niños. (O. Bruni)**  
Cuestionario general sobre sueño. Formato Excel.  
Referencias J. Sleep Res., 1996, 5: 251-261.

**PSQ Orientado a SAHS**  
PSQ reducido orientado a diagnóstico del síndrome de Apnea Hipopnea del Sueño  
Referencia: [http://www.aepap.org/pdf/sahs\\_completo.pdf](http://www.aepap.org/pdf/sahs_completo.pdf)

**Síndrome de Piernas Inquietas (Owens)**  
Cuestionario para el despistaje del síndrome de piernas inquietas y movimientos periódicos de extremidades

**Videoscore de Sivan**  
Aproximación diagnóstica al SAHS pediátrico mediante registro de vídeo doméstico  
Referencia: Eur Respir J 2006; 28: 2127-2134

Buscar

#### CATEGORÍAS

- Actigrafía (49)
- Adenoamigdalectomía (160)
- Adolescente (172)
- Agenda de sueño (12)
- Autismo (33)
- CPAP (21)
- Cuestionarios (46)
- Enuresis (22)
- General (3)
- HTA (32)
- Insomnio (55)
- Lactante (120)
- Melatonina (47)
- Narcolepsia (27)
- Niño (418)
- Obesidad (163)
- Ortodoncia (48)
- Parasomnias (71)
- Pulsioximetría (13)
- SAHS (567)
- Siesta (17)
- Somnolencia (73)
- SDT y MDE (43)

## Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos del Sueño en la Infancia y Adolescencia en Atención Primaria

2011

An Pediatr (Barc). 2017;86(3):165.e1-165.e11

analesdepediatría

[www.analesdepediatria.org](http://www.analesdepediatria.org)



#### ARTÍCULO ESPECIAL

### Insomnio en niños y adolescentes. Documento de consenso



Gonzalo Pin Arboledas<sup>a,\*</sup>, Víctor Soto Insgua<sup>b</sup>, María José Jurado Luque<sup>c</sup>, Cleofe Fernández Gomariz<sup>d</sup>, Inés Hidalgo Vicario<sup>e</sup>, Amalia Lluch Rosello<sup>f</sup>, Pedro José Rodríguez Hernández<sup>g</sup> y Juan Antonio Madrid<sup>h</sup>

<sup>a</sup> Asociación Española de Pediatría (AEP)

<sup>b</sup> Sociedad Española de Neuropeidiatria (SENP)

<sup>c</sup> Sociedad Española de Sueño (SES)

<sup>d</sup> Fundación Prandi, Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP)

<sup>e</sup> Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia (SEMA)

<sup>f</sup> Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP)

<sup>g</sup> Sociedad Española de Psiquiatría Infantil (SPI)

<sup>h</sup> Laboratorio de Cronobiología, Universidad de Murcia, Murcia, España

Recibido el 18 de febrero de 2016; aceptado el 6 de junio de 2016  
Disponible en Internet el 28 de julio de 2016