

la familia como agente de salud



DOCUMENTACIÓN · Nº 53

Estudio del sueño (II)

1 de mayo 2014

Dr. Diego García-Borreguero Díaz-Varela, Director del Instituto de Investigaciones del Sueño. Madrid.

Dra. Milagros Merino Andreu. Unidad Pediátrica de Trastornos de Sueño. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

1. Pesadillas, estrés e insomnio

Bajo el término ‘pesadillas’ nos referimos a sueños de contenido progresivamente angustioso o amenazador y que pueden acabar despertando al niño. Las pesadillas son un fenómeno frecuente en los niños, calculándose que las padecen entre el 10% y el 50% de los niños de 3 a 6 años y, en la mayoría de los casos, no requieren de tratamiento médico. Tienen lugar en general durante la segunda mitad de la noche, ya que surgen a partir del sueño REM, que esta relacionado con la recuperación cerebral y la fijación de las cosas aprendidas y que se caracteriza por unos movimientos rápidos de los ojos y, en muchas ocasiones, de los músculos de la cara ‘muecas’.

Algunas de las diferencias entre las pesadillas y los terrores nocturnos son:

- En las pesadillas, el despertar se produce con rapidez, no presentándose el estado de confusión mental tan típico de los terrores nocturnos.
- En las pesadillas es posible recordar de manera detallada la secuencia de imágenes mentales cuyo contenido resultó amenazador.
- A diferencia del terror nocturno, las pesadillas no suelen asociarse al sonambulismo.

Aunque la presencia de pesadillas suele ser habitual en los niños en edad preescolar, la presencia de pesadillas frecuentes puede ser un indicador de estrés psicológico. Resulta conveniente discutir los posibles factores estresantes ampliamente con el niño, mostrándole en todo momento nuestro apoyo. En cualquier caso, es recomendable consultar con un profesional si las pesadillas comienzan a ser recurrentes.

2. Enuresis

Es probable que la enuresis sea el más estresante de los trastornos del sueño para el niño, ya que no solamente es una fuente de pérdida de sueño, sino también de timidez. Se considera que existe enuresis cuando a los cinco años de edad no existe aún control sobre el esfínter de la vejiga. La enuresis afecta hasta el 15% de los niños y hasta el 10% de las niñas, aunque la mayoría de ellos mejora a medida que crecen.

Se habla de ‘enuresis primaria’ cuando el niño no ha llegado nunca previamente a controlar la micción nocturna, y se da en el 95% de los casos.

Aunque la mayor parte de los niños con enuresis suelen superar completamente su problema con el tiempo, el proceso a veces es más lento de lo que se desearía.

Por ello, es conveniente que se tomen algunas medidas para acelerar el proceso:

1. Por un lado, involucre a su hijo en el problema con toda la capacidad que éste tenga para entenderlo.
2. Muéstrole su apoyo, de manera que él no piense que se trata de algo digno de ser ridiculizado o incluso motivo de castigo. Explíquele que necesita tiempo para superar el problema pero que, mientras tanto, el proceso puede ser acelerado.
3. Limite la cantidad de líquido que su hijo ingiere por la tarde o por la noche.
4. Hágale orinar antes de acostarse. Si Usted llega a casa poco después de que se haya acostado, despiértele y acompañele al baño, asegurándose previamente de que esté plenamente despierto para que sea consciente y se involucre más activamente en el proceso.
5. Proteja el colchón con una sábana de plástico; coloque sobre ésta una sábana normal. Encima de ésta se colocará una nueva sábana de plástico seguida de otra sábana normal. De esta manera, si por la noche ocurre un 'accidente' podrá retirar las dos primeras sábanas con rapidez manteniendo la capa inferior. También es conveniente que por la noche, si se ha mojado, su hijo se cambie de pijama solito, ya que le dará la confianza de estar haciendo algo positivo. De manera similar, por la mañana su hijo/a deberá ayudarle a hacer la cama.
6. Realice ejercicios de musculatura urinaria.

Como para los adultos, la práctica de algunos ejercicios puede ser útil para fortalecer la musculatura que interviene en la micción. De cualquier forma, es recomendable pedir la ayuda de un especialista para que os aconseje sobre cómo enfocar los ejercicios de la mejor manera posible con el niño.

- Cada vez que orine durante el día, deberá interrumpir y reanudar el chorro de orina en cinco ocasiones.

- Distensión urinaria: Dos-tres veces por semana haga que su hijo ingiera una gran cantidad de líquido, y que aguante todo lo que pueda antes de orinar. Si es posible, mida la cantidad de líquido que ha eliminado, anótela y compárela con las ocasiones anteriores con el fin de comprobar si se está produciendo una mejoría en la capacidad de la vejiga.

7. Haga que su hijo imagine que espera todo lo posible hasta orinar. Posteriormente hágale imaginar que va al cuarto de baño y elimina una gran cantidad de líquido.

8. Los sistemas de alarma ('Pipi-stop') pueden ser muy útiles. Consisten en un pequeño aparato unido a una alarma que se enciende en cuanto entra en contacto con las primeras gotas de orina, produciendo un ruido que le despierta. Con el tiempo se produce un proceso de aprendizaje condicionado, no resultando necesaria la alarma.

9. En ocasiones se utilizan, bajo prescripción médica, medicamentos cuyo fin principal es disminuir los impulsos nerviosos que producen la constricción de los músculos de la vejiga.

Estos medicamentos pueden ser utilizados durante espacios de tiempo limitados, tales como cuando el niño va a ir durante 1-2 semanas a un campamento de vacaciones. Tras interrumpir el tratamiento suele reaparecer la enuresis.

10. La hormona antidiurética también se utiliza, aunque sus resultados provocan controversia.

11. Para motivar a un niño y ayudarlo a sentir más confianza en sí mismo, aconsejamos realizar actividades de refuerzo positivo, como tener un calendario en el que marcar los días que no se hace pipí. De esta forma él mismo verá su evolución y será consciente de sus mejoras día a día.

Hay que tener muy presente que la enuresis no es una manifestación de alteración psicológica, especialmente en los niños más pequeños, sino algo normal que sucede con más frecuencia de lo que pensamos. No obstante, puede derivar en tal si no es manejada de manera adecuada por los padres. Si su hijo tiene este problema, ayúdele a resolverlo de manera conjunta para que lo entienda como una labor de equipo. En cualquier caso, evite los castigos, antes al contrario, premie a su hijo por cada avance que causa de problemas a la hora de acostarse. Incluso en la seguridad de un hogar feliz los niños pueden llegar a tener miedo de la oscuridad o de criaturas imaginarias situadas en las esquinas oscuras del dormitorio.

Sea cual sea el caso, la respuesta de los padres tiene que ser siempre de apoyo. Hay que hablar con el niño de sus temores y miedos con detenimiento. Involucrar a una persona de confianza o incluso al pediatra puede dar resultados muy positivos. Si los problemas persisten pese a esto, es conveniente pedir ayuda a un especialista en trastornos del sueño.

3. Dieciséis mitos sobre el sueño infantil

¿Logrará mi bebé dormir algún día toda la noche de un tirón? Y si siempre se queda dormido en mis brazos, ¿le estaré ayudando a aprender a dormir solito?

Como padres, son muchas las dudas que os surgen sobre el sueño de vuestros hijos y sobre cómo ayudarlo a tener el mejor descanso. Sin embargo, también son muchos los mitos existentes alrededor de este tema. Por eso hemos recopilado algunos de estos mitos más comunes, así como la realidad que hay tras ellos.

Mito 1: Los recién nacidos no necesitan un horario de sueño

Realidad. Todos los niños, incluso los recién nacidos, se benefician de un horario regular por la noche y a la hora de la siesta. Una rutina tranquilizadora crea unos hábitos saludables para aprender a dormir durante toda la noche y durante el resto de la vida.

Mito 2: Los bebés nunca duermen toda la noche sin despertarse

Realidad. La mayoría de los bebés son capaces de dormir de forma estable a los 2-3 meses, aunque otros no lo consiguen hasta los 6 meses de edad. Como los adultos, los niños pueden despertarse varias veces cada noche. La mayoría de las veces se trata de micro despertares

que son inapreciables. En el caso de los lactantes, los despertares más prolongados ocurren entre 2 y 5 veces cada noche, de forma espontánea o relacionada con las tomas.

Mito 3: Algunos niños no duermen bien nunca

Realidad. Todos los niños pueden aprender a dormir bien y, si un niño no ha adquirido buenos hábitos de sueño, puede tardar más tiempo en dormirse. Es importante saber que todos los niños son capaces de dormir bien por sí mismos. Si se tienen dificultades para conseguir que el niño tenga un sueño continuo y/o reparador, será necesario consultar con su pediatra para que se establezcan las medidas necesarias.

Mito 4: Algunos niños no necesitan dormir siesta

Realidad. Es verdad. Los niños necesitan menos siestas de forma natural a medida que crecen. A los 18 meses, los niños ya no realizan la siesta por la mañana y, a partir de los 3-4 años, eliminan la siesta después del almuerzo. Sin embargo, algunos padres reconocen que su hijo "nunca ha dormido siesta" y, cuando le obligan, llora y protesta. En estos casos, debemos respetar las necesidades del niño y, simplemente, dejarle descansar sin que moleste a otros niños si se encuentra en el colegio.

Mito 5: Los niños que no duermen siesta duermen más horas durante la noche

Realidad. Esto no es cierto. Muchos niños que están demasiado cansados a menudo tienen más dificultad para dormirse por la noche. Ese cansancio excesivo hace que les sea más difícil conciliar el sueño y que se despierten antes por la mañana.

Mito 6: Si el niño se acuesta tarde, se quedará dormido antes y dormirá mejor

Realidad. No es necesariamente cierto. Los niños que se acuestan tarde están más fatigados y en un estado de alerta, lo que les provoca dificultad para conciliar el sueño. Es recomendable acostar a los niños a una hora razonable, mucho antes de que lo hagan los padres y, si se detectan signos de somnolencia (bostezos, irritabilidad), es necesario adelantar la hora de ir a la cama unos 20-30 minutos.

Mito 7: Es conveniente dejar que el niño se duerma en una silla-balancín

Realidad. Acunar unos minutos al bebé puede calmarle si está inquieto, pero es mejor que no se acostumbre. Dormir en una silla-columpio o un asiento durante un periodo de tiempo prolongado mantiene al bebé en un sueño ligero no reparador.

Mito 8: El niño no debe quedarse dormido en los brazos de los padres

Realidad. Los niños se sienten seguros en los brazos de los padres, donde se quedan dormidos con mayor facilidad. Sin embargo es conveniente que, a partir de las 6 semanas de vida, aprendan a dormirse por sí solos en la cuna.

Mito 9: Los bebés duermen toda la noche si se les dan alimentos sólidos antes de los 4-6 meses de edad.

Realidad. Muchos padres creen erróneamente que esta técnica funciona porque mantiene al niño saciado durante más tiempo, aunque no es recomendable. Los bebés tienen el sistema digestivo muy inmaduro y los alimentos deben administrarse de forma secuencial, valorando su tolerancia según las indicaciones nutricionales del pediatra.

Mito 10: Si la toma nocturna (la de la cena) incluye leche y/o cereales, el niño dormirá mejor

Realidad. Esta medida debe ser tomada en consideración de forma cautelosa. Si el volumen de leche y cereales es excesivo, el niño se sentirá saciado y podrá tener molestias digestivas. Por el contrario, si se le administra la cantidad correcta que le corresponde por su edad y peso, puede ser beneficiosa por los efectos facilitadores del sueño de la leche, que contienen fenilalanina, precursor de la serotonina (que ayuda a dormir), y de los hidratos de carbono de los cereales, que bloquean una sustancia que nos mantiene despiertos, la hipocretina.

4. Mitos adicionales

Mito 11: Cansar mucho al niño antes de acostarle, jugando a juegos en los que tenga que correr, saltar, o bailar, le ayudará a dormirse antes

Realidad. Esto no es necesariamente cierto ya que tras un día excitante, el dormirse supone un cambio sobre la actividad que tanto están disfrutando. Por ello, es recomendable disminuir la actividad física de los niños después de cenar para facilitar la transición hacia la hora de acostarse.

Mito 12: Los hermanos/as no deben dormir juntos porque uno puede despertar al otro o impedir que el otro se duerma

Realidad. Esto no es necesariamente cierto. Si los hermanos tienen la misma disciplina para dormir, no tiene por qué haber ningún inconveniente en que duerman juntos.

Mito 13: Poner música relajante antes de acostar al bebé le va a tranquilizar

Realidad. Como en muchos otros casos, al final dependerá de cada niño. Hay niños que se duermen con más facilidad con música, pero también hay niños que se duermen en el momento en el que se les apaga la música.

Mito 14: Dejar jugar al niño mayor de dos años con juegos electrónicos o el móvil antes de acostarse le ayuda a dormir

Realidad. En un mundo cada vez más 'electrónico' es cada vez más común utilizar el móvil o ciertos juegos electrónicos como distracción para el niño. Sin embargo, esta costumbre no es

muy recomendable en el momento previo a acostarse, dado que la luz de la pantalla 'estimula' el cerebro y 'bloquea' la melatonina, impidiéndole conciliar el sueño.

Mito 15: Dejar ver la tele al niño un rato antes de dormir puede ayudarle a relajarse

Realidad. Se debe ir con cuidado con esta costumbre ya que se recomienda que se haga de forma muy razonable, poco tiempo y no más allá de las 21 horas. También dependerá de lo que vea el niño en la TV, dado que ciertos programas pueden excitarle en lugar de relajarle.

Mito 16: Darles un vasito de leche caliente con miel ayuda a los niños a dormir

Realidad. Esta afirmación es cierta, ya que la leche y la miel tienen efectos relajantes sobre el niño y pueden ayudarle a conciliar el sueño.

Bibliografía

1. McNamara P, Belsky J, Fearon P. 'Infant Sleep Disorders and Attachment: Sleep Problems in Infants with Insecure-Resistant Versus Insecure-Avoidant Attachments to Mother. Sleep and Hypnosis' (2003; 5(1):7-16).
2. Sheldon SH, Ferber R and Kryger M. 'Principles and Practice of Sleep Medicine in the Child'. Philadelphia, WB Saunders (2005).
3. American Academy of Pediatrics 'Sleep Problems'. Em, Guidelines for Health Supervision II. American Academy of Pediatrics (1988).
4. Ferber R. 'Solve Your Child's Sleep Problems'. New York, Simon & Schuster (1985).
5. Schaefer CE. 'Clinical Handbook of Sleep Disorders in Children'. London, Aronson J (1995).
6. 'The School of Sleep Medicine'. Palo Alto. Pediatric Sleep Medicine Course Reader (1997).
7. Sheldon SH. 'Evaluating Sleep in Infants and Children'. Philadelphia, Lippincott- Raven (1996).
8. Hauck FR, Omojokun OO, Siadaty MS 'Do Pacifiers Reduce the Risk of Sudden Infant Death Syndrome?' A Meta-analysis. Pediatrics (2005; 116(5):716-723).
9. Ramírez-Backhaus M, Arlandis Guzmán S, García Fadrique G, Agulló M, Martínez García R, Jiménez-Cruz JF 'Nocturnal enuresis. A frequent problem with a difficult estimation of its prevalence'. Actas Urol Esp (2010 May; 34(5):460-6).
10. Hauck FR, Omojokun OO, Siadaty MS 'Do Pacifiers Reduce the Risk of Sudden Infant Death Syndrome?' A Meta-analysis. Pediatrics (2005; 116(5):716-723).

11. Dr. Diego García-Borreguero Díaz-Varela, Director del Instituto de Investigaciones del Sueño, Madrid.

12. Milagros Merino Andreu. Unidad Pediátrica de Trastornos de Sueño, Hospital Universitario La Paz, Madrid.