

Dificultad para conciliar el sueño y despertares nocturnos como motivo de consulta pediátrica

Dres. Francisco Milberg* e Ingrid Gerold*

Resumen

El objetivo de este estudio fue describir algunos de los trastornos del sueño como la dificultad para conciliarlo y los despertares nocturnos durante la infancia, sus asociaciones causales, evaluar la respuesta a un tratamiento conductual y establecer pautas de prevención y manejo.

Población, material y métodos. Se estudiaron 56 niños sanos, de 6 a 60 meses de edad, durante el período comprendido entre enero de 1996 y enero de 1998, con la presencia de ambos padres durante las consultas. La valoración fue interdisciplinaria entre Pediatría y Psicopatología. Se realizó un diario de sueño de 15 días durante la etapa diagnóstica y se estableció una estrategia de tratamiento.

Resultados. El sexo de los niños, el número de paridad y la ubicación del paciente dentro de su familia no constituyeron un factor predisponente para la aparición de estos trastornos. Tampoco se relacionaron con los antecedentes perinatales, patológicos (bronquitis obstructiva recidivante, otitis media aguda a repetición, reflujo gastroesofágico, etc.) ni con el antecedente de cólicos del lactante. Constituyeron factores condicionantes la falta de rutina y de rituales de sueño asociados a inadecuada percepción y a falta de conocimientos maternos acerca de algunas necesidades de los hijos. La edad también fue determinante como factor pronóstico (a menor edad del niño mayor capacidad de adaptación a las diferentes pautas, tanto de prevención como de tratamiento).

Conclusión. La dificultad para conciliar el sueño y los despertares nocturnos constituyen motivos frecuentes de consulta en pediatría. En los niños sanos, los antecedentes personales y las enfermedades previas no tendrían relevancia en la aparición de estos trastornos. La inadecuada información de los padres respecto a las distintas etapas madurativas del sueño es el factor más determinante en la generación o perpetuación de la dificultad para conciliar el sueño y los despertares nocturnos, como trastornos del sueño en los menores de 5 años. Cuanto más temprana sea la intervención por parte de los pediatras como educadores respecto de la maduración del sueño y sus distintas asociaciones a lo largo de los primeros años de la vida de un niño sano, mayores serán las posibilidades de los padres para actuar de manera exitosa, fundamentalmente en la prevención y eventualmente en el tratamiento de estos trastornos del sueño.

Palabras clave: trastornos del sueño, factores condicionantes, niños.

Summary

Objective. To describe the sleep-onset difficulties and nighttime wakings in infants, their associated

relations; to evaluate the response to conductual treatment and establish preventive patterns and the way to handle them.

Population, material and methods. Fifty six healthy children were studied, from 6 to 60 months of age (mean: 23.8), between January 1996 and January 1998, with both parents present, through an interdisciplinary pediatric and psychopathology evaluation, as well as carrying out a 15 day sleep diary during the diagnostic stage.

Results. The gender of the children, number of children in the family, the patient's chronological position within the family, did not constitute influencing factors of these disorders. Neither was their previous history of recurrent obstructive bronchitis, recurrent acute otitis media, gastroesophageal reflux, nor infantile colics. Important factors were, however, the lack of sleep routine and rituals associated with maternal misperception and lack of knowledge of the actual needs of their children. Age also constitutes a key-point as a prognostic factor (the younger the patients, the greater the adaptability to different patterns, wether preventive or therapeutic).

Conclusion. Sleep onset difficulties nighttime wakings are frequent complaints in the pediatric consultation. In healthy children, personal and pathological background shows no relationship with the appearance of these disorders. Parent's inadequate information regarding the different stages of maturation of sleep and its positive associate relationship are the most important factor in the generation/perpetuation of SOD and NW as a sleep disorder in children under five years old. The sooner pediatricians intervene as educators regarding the maturation of sleep and its different associations throughout the first years of life of a healthy child, the greater the possibilities for parents to successfully prevent and eventually treat these sleep disorders.

Key words: sleep disorders, conditioning factors, children.

* Centro Infantil de Trastornos del Sueño. Montes de Oca 1100. (1648) Tigre, Buenos Aires.

Correspondencia: Dr. Francisco Milberg. Pasaje Tupiza 3973 1° "2"

(1425) Ciudad de Buenos Aires. fmilberg@intramed.net.ar

INTRODUCCIÓN

Desde el advenimiento del electroencefalograma (EEG) en 1929 han sido llamativos los progresos suscitados en el campo de la medicina del sueño. Así, en pediatría pudo establecerse una clara correlación entre los cambios electrofisiológicos y la maduración del sueño (desde el sueño polifásico del recién

nacido hasta el monofásico de los adultos). El sueño madura conforme los niños crecen y los despertares constituyen un evento fisiológico y a la vez protector.¹⁻⁶

Una vez que comienza a establecerse un patrón circadiano de sueño, será responsabilidad de los padres, en primer lugar, y luego de los pediatras, el promover y proteger este desarrollo. Cualquier conducta que se oponga a esto generará un trastorno en el niño y en la familia, cuya resolución será más difícil cuanto mayor sea la edad del niño.

Entre los problemas asociados al sueño, la dificultad para conciliarlo (DCS) y los despertares nocturnos (DN) constituyen probablemente el motivo de consulta más frecuente en los menores de 5 años y más aún, en los menores de 3 años.⁷⁻¹⁷

Este trabajo intenta describir estos trastornos, sus asociaciones causales, evaluar la respuesta a un tratamiento conductual y establecer pautas de prevención y manejo.

Población

Se incluyeron para este estudio niños sanos de 6 a 60 meses de edad que consultaron en un centro infantil de trastornos del sueño, por presentar DCS y DN. Se excluyeron aquéllos cuyos trastornos del sueño se asociaban con alguna patología de base (enfermedades neurológicas, genéticas, etc.), los que padecían alguna intercurriencia infecciosa (otitis media aguda, bronquiolitis, etc.), los que consultaron por trastornos durante el sueño que respondían a otra etiopatogenia (enuresis, fobias), los mayores de 5 años y también, los menores de 6 meses.

MATERIAL Y MÉTODOS

Este es un trabajo descriptivo, realizado entre enero de 1996 y enero de 1998 en el que se evaluaron la DCS y los DN de la población en estudio. La DCS se definió como la dificultad del niño para conciliar el sueño solo, necesitando la presencia de los padres para hacerlo. Los DN se definieron como llanto o levantarse durante la noche, requiriendo la presencia de alguno de los padres para volver a dormir. La valoración comprendió tres etapas. En la primera, se confeccionó una historia clínica detallada para recabar datos sobre las características demográficas, composición de la familia, nivel socioeconómico (aplicando el método de Graffar), anteceden-

tes personales perinatales y antecedentes familiares referidos a trastornos del sueño. En la anamnesis se investigaron principalmente los hábitos diurnos y nocturnos en cuanto a alimentación, rutinas, rituales y colecho. Ambos padres debían acudir a las consultas.

Durante la segunda etapa, en aquellos niños mayores de 15 meses, el equipo de psicopatología infantil realizó una valoración que consistió en una entrevista a los padres y valoración del juego del niño (hora de juego diagnóstica). Los menores de 15 meses pasaban directamente a la última etapa diagnóstica que consistió en la realización de un diario de sueño durante dos semanas. En el mismo se detallaban todas las rutinas desplegadas por el niño durante 24 horas: horarios para acostarse, para conciliar el sueño, para levantarse por la mañana, de siestas y de despertares nocturnos (describiendo sus características en cuanto a llanto, sudoración, grado de conexión con el medio, forma y tiempo en que retomaban el sueño); así como los rituales directamente relacionados, actividades previas al momento de acostarse y durante los despertares nocturnos.

Luego el equipo de salud discutía cada caso en particular, estudiaba los diarios de sueño y finalmente, a los 15 días de la primera consulta y con el diagnóstico establecido, se realizaba una segunda entrevista. En ésta se comunicaba el diagnóstico a los padres y por último, el plan terapéutico.

La base del tratamiento consistió en la educación de los padres, suministrándoles información sobre el sueño normal de un niño y lo que es esperable para su edad (*Tabla 1*), remarcando en cada caso en particular el motivo de las dificultades para conciliar el sueño, tanto al acostarse como en los sucesivos despertares. Todos los padres recibieron esta información durante la segunda consulta en una entrevista no menor de 45 minutos. Luego de ella se le indicaba diferentes métodos conductuales de tratamiento:

- Extinción total (ET): en estos casos, una vez que los niños eran colocados a dormir, los padres debían retirarse de la vista de ellos, dejándolos llorar.
- Extinción gradual (EG): implicaba dejar al niño conciliar el sueño solo, acudiendo sistemáticamente a intervalos cada vez más largos (Por ejemplo: cada 10', 15', 20',

25' y 30') tan sólo para pesquisar que el niño se encontrara fuera de peligro, evitando todo tipo de estímulo.

- Extinción total alimentaria nocturna (ETAN): suspensión de la alimentación nocturna. Cabe aclarar que la alimentación nocturna aprendida (ANA) de leche sola o espesada con cereales se re-

fiere a aquella situación en la que el alimento dejó de constituir una necesidad nutricional para transformarse en una necesidad conductual.

El análisis estadístico se realizó a través del EPI 5, utilizando la prueba de Chi cuadrado.

RESULTADOS

Entre enero de 1996 a enero de 1998, consultaron al centro infantil de trastornos del sueño, 67 niños. De este grupo, 60 (33 varones y 27 niñas) lo hicieron por DCS y DN, 4 no regresaron a la segunda consulta; por lo tanto, sólo 56 niños fueron incluidos en este estudio. La edad promedio fue de 23,8 meses (rango de 6 a 60 meses). Más de la mitad de los pacientes (51,8%) fueron derivados por su pediatra de cabecera y el resto consultó en forma espontánea.

En la *Tabla 2* se observan las características de la población estudiada.

Veinticinco familias tenían más de un hijo, pero sólo en 7 casos las consultas correspondieron al primero. El 46,4% de las madres había suspendido la lactancia materna exclusiva antes del 4º mes.

Después de la evaluación clínica, ningún paciente requirió estudios complementarios de laboratorio, radiológicos o electrofisiológicos específicos para evaluar el sueño.

En el 33,9 % de los niños se registró el antecedente de cólicos del lactante; en ningún caso éstos fueron referidos por los padres como severos, de acuerdo con la clasificación de Wessel.²³

En la población estudiada, el 19,6% de los niños había recibido cisapride, sugiriendo indirectamente la presencia de reflujo gastroesofágico.

El 53,5% había recibido algún tipo de infusión (té de tilo, camomila, etc.) como calmante. Los padres de la mitad de estos niños habían probado instituir tratamientos conductuales. Además, 9 recibieron algún tipo de droga sedante indicada en todos los casos por el pediatra de cabecera (las más utilizadas fueron difenhidramina, fenobarbital o pentobarbital, solos o asociados a anticolinérgicos).

En la *Tabla 3* se observan los resultados de la evaluación del diario de sueño. En cuanto a rutinas de sueño, 18 niños (32,1%) utilizaban un objeto transicional para dormir. En 66% de los casos se informó colecho,

TABLA 1. Cambios madurativos del sueño

Edad	Características del sueño
Recién nacido	Se alimenta y duerme anárquicamente. Total horas de sueño: 16 horas. Porcentaje de sueño REM: 50%. Duración ciclos REM/NREM: 50-60'. Concilia en sueño REM.
4 meses	En condiciones de dormir 10 horas corridas por noche. Concilia en sueño NREM.
6 meses	Se alimenta sólo de día. Total horas de sueño: 14 horas. Nº de siestas: 2 o 3.
1 año	Total horas de sueño: 13 horas. Nº de siestas: 1 (2 horas por la tarde).
3-5 años	Total horas de sueño: 11-12 horas. Desaparece la siesta.
6-12 años	Total horas de sueño: 9 ^{30'} -10 ^{45'} horas.
Adolescencia y adultez	Total horas de sueño: 8-9 horas. Duración ciclos REM/NREM: 90'. Porcentaje de Sueño REM: 20%.

REM: rapid eye movement.
NREM: No REM.

TABLA 2. Características de la población estudiada

Características	Nº de pacientes (n=56)	(%)
Sexo masculino	33	58,9
Hijo único	31	55,3
Recién nacido de término con peso adecuado	53	94,6
Internación neonatal > 5 días	4	7,1
Reflujo gastroesofágico	11	19,6
Otros antecedentes patológicos (*)	20	35,7
Cólicos del lactante	19	33,9
Lactancia materna exclusiva durante 4 meses	30	53,5
Trabajo materno (>4 horas)	28	50
Parejas inestables/madres solteras	7	12,5
Antecedentes familiares de trastornos del sueño	2	3,5

(*) Otros antecedentes patológicos: 7 (12,5%) BOR, 5 (8,9%) OMAR, 3 (5,3%) convulsiones febriles y los 5 (8,9%) restantes: 2 hernioplastias, evento de aparente amenaza a la vida (ALTE), infección urinaria y traumatismo de cráneo.

(81% en forma ocasional y 19% durante toda la noche). Es de destacar que tanto el colecho ocasional, el colecho total, así como el requerimiento de alguno de los padres u otro allegado para conciliar el sueño, se repetían durante las siestas.

El promedio de DN semanales referidos por interrogatorio fue de 25,7, mientras que el número de DN semanales promedio registrados por los diarios de sueño fue 14,8; sólo 6 superaban los 5' de duración.

Todas las familias recibieron el mismo tratamiento, que consistió en educación para padres y técnicas conductuales. Sólo a los mayores de 18 meses se les indicó la consulta psicológica para determinar la necesidad o no de apoyo de este tipo.

Cuarenta y nueve pacientes (87,5%) fueron tratados mediante extinción gradual.^{24,25} De este grupo, 33 (67,34%) requirieron concomitantemente extinción total alimentaria nocturna y uno requirió, además, apoyo psicológico.

A todos los menores de 1 año (15 pacientes) se les indicó extinción total.²⁶ De los 56 pacientes incluidos en este estudio, 4 no cumplieron con el tratamiento indicado, generalmente debido a la falta de decisión de alguno de los padres por temor a las repercusiones que sus conductas pudieran tener en el niño.

Entre quienes cumplieron con la totalidad del tratamiento indicado, 38 (73%) manifestaron una mejoría completa (sueño nocturno continuo de 10 horas o más) antes de los 7 días de iniciado el tratamiento (Gráfico 1). Este grupo incluye al 100% de los menores de 18 meses (28 pacientes). Otros 11 pacientes también experimentaron una mejoría completa, pero después de los 15 días de iniciado el tratamiento. Es de destacar que en este grupo de mayor edad aparecieron, en algunos casos, nuevos trastornos conductuales o de sueño luego de comenzado el tratamiento, entre ellos, pesadillas, aparición de miedos y fobias, etc.

Tres pacientes presentaron una mejoría parcial, o sea un mayor número de horas de sue-

ño corridas, sin llegar al ideal para la edad. Esta mejoría parcial estaría relacionada con el cumplimiento parcial del tratamiento.

CONCLUSIONES

La DCS y los DN se presentan en forma conjunta.

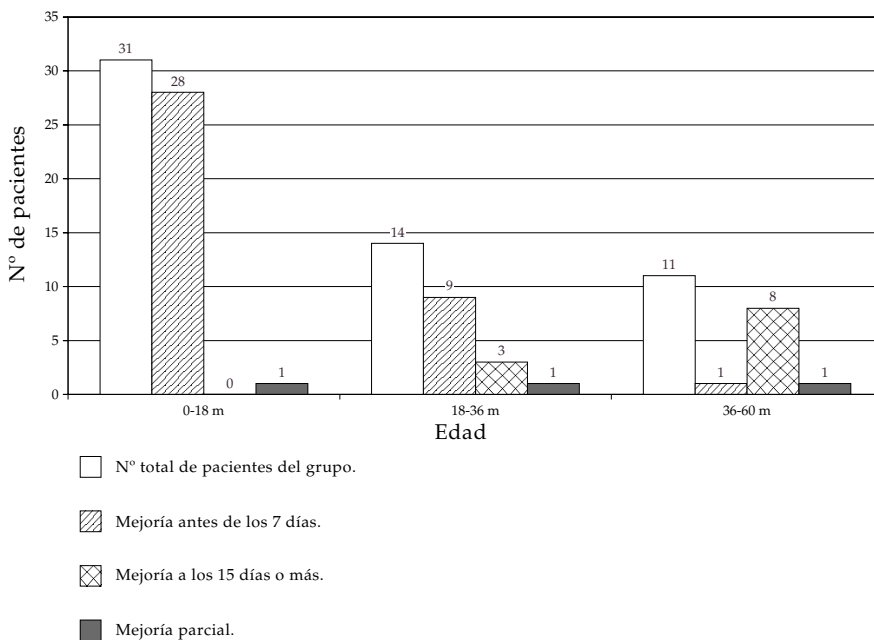
Los antecedentes personales y familiares no mostraron ser factores predisponentes a padecer trastornos del sueño.

La respuesta al tratamiento conductual, en nuestra población, fue mayor cuanto más pequeños eran los niños en el momento de la intervención.

TABLA 3. Resultados de la valoración del diario de sueño

Conducta	n	%
Rutina de sueño apropiada	13	22,3
Ritual de sueño apropiado	11	19,6
Requerimiento de la presencia de alguna persona para conciliar el sueño	45	80,3
Colecho ocasional	30	53,5
Colecho total	7	12,5
Alimentación nocturna aprendida	34	60,7

GRÁFICO 1. Respuesta al tratamiento según la edad



En comparación, el grupo de 0-35 meses tuvo una respuesta al tratamiento significativamente más rápida que el de 36-60 meses (p= 0,0000063).

DISCUSIÓN

La DCS y los DN constituyen una consulta pediátrica frecuente y los trastornos del sueño más prevalentes tanto en los niños como en la edad adulta (insomnio).

Si bien la principal limitación de este trabajo fue la ausencia de un grupo de control, de nuestra observación se rescata que los antecedentes familiares, el sexo, el número de paridad y la ubicación de los hijos dentro de la familia no constituyeron factores predisponentes a estos trastornos del sueño durante la primera infancia. Esta última observación no ha sido demostrada por algunos autores que sostienen que el primer hijo de una familia, dada la inexperiencia de los padres, tiene más DCS y mayor número de DN.

En este trabajo, a diferencia de otros,²⁷ los cólicos del lactante no constituyeron un antecedente relevante.

En cuanto al 46,4% de las madres que suspendieron la lactancia materna exclusiva antes del cuarto mes, la mayoría argumentó que el sueño de sus hijos mejoraba con la ayuda del biberón. En relación con el sueño, está comprobado que el lactante alimentado a pecho tiene mayor número de despertares que el alimentado con fórmula.²⁸ Sin embargo, más DN no significa tener un trastorno, por el contrario, implica un mecanismo de seguridad. Por lo tanto, no sería apropiado intentar relacionar la forma de alimentación de un lactante con la génesis de estos problemas asociados al sueño. Sería más adecuado relacionarlos con la actitud/respuesta de los padres frente a los DN.^{13,18,19,29,30}

En relación con la frecuencia de reflujo gastroesofágico, en nuestra población, el 19,6% de los niños había recibido cisapride, haciendo suponer la presencia de reflujo patológico. Esta cifra contrasta con los datos de prevalencia de 5 a 8% citadas por otros autores,³¹ asumiendo que probablemente se trate de un sobrediagnóstico y concomitantemente, la medicación innecesaria de muchos lactantes sanos.

De acuerdo a estos hallazgos, podríamos considerar que la DCS y los DN en niños sanos constituyen un problema adquirido, independiente de los antecedentes personales del paciente.

La utilización de infusiones por parte de las madres y la indicación de drogas

sedantes por parte de los médicos sólo agregan mayor morbilidad potencial al problema, sin obtener ningún beneficio.

Algunos factores evaluados en este trabajo mostraron tener cierta relación predisponente con la aparición de estos trastornos del sueño y su respuesta al tratamiento como, por ejemplo, la edad del niño. Al tratarse de un trastorno conductual resulta coherente pensar que cuanto más temprana sea la intervención por parte del pediatra, mayores serán las posibilidades de éxito y menor el plazo de respuesta al tratamiento. Esta plasticidad de los niños más pequeños ya había sido observada por Ferber y col.³² y otros autores con anterioridad. Asimismo, no fue una arbitrariedad que se excluyeran todos los mayores de 5 años, sino que, aunque todos ellos presentaban antecedentes de DCS y DN en el momento de la consulta, representaban una manifestación de trastornos psicológicos más complejos.

La falta de rutina y rituales de sueño fue comprobada en más del 76% de los casos. Esta carencia dificulta el establecimiento de un correcto ritmo circadiano (patrón vigilia/sueño) conforme a nuestras necesidades biológicas. Además, sin rutinas habrá imposibilidad de crear hábitos de sueño, si se considera que, en general, los hábitos constituyen probablemente la base para la incorporación de pautas conductuales en niños de esta edad.

Respecto de la alimentación nocturna aprendida, presente en el 60% de nuestra población, si bien son extensas las publicaciones sobre el tema,^{12,18,33,34} es importante considerar que por la noche deben respetarse ciertas señales externas e internas. De lo contrario, difícilmente pueda establecerse un ritmo circadiano, vital para el descanso esperado. La alimentación nocturna implica cambios en la temperatura corporal, la actividad intestinal y hormonal y en el ritmo de la diuresis –entre otros– diferentes a los previstos naturalmente durante el sueño para establecer el descanso.

El colecho fue referido en el 66% de los casos, en forma ocasional o durante toda la noche. Este hábito es considerado por algunos autores como preventivo del síndrome de muerte súbita del lactante, durante los primeros meses de vida.^{35,36} No obstante, perpetuarlo en plena angustia de separación podría confundir a los niños

obstaculizando su desarrollo emocional.

Creemos que todos estos trastornos tienen su raíz en una percepción inadecuada de las reales necesidades de sus hijos por parte de los padres, quizás fundada en la falta de información acerca de los procesos del desarrollo normales.

Dos hechos surgen de nuestras observaciones que podrán sustentar esta hipótesis. El primero, respecto a la inadecuada percepción, surge del análisis del persistente deseo de acudir ante el menor movimiento del niño. Al respecto, es interesante señalar que el número de despertares mayores de 5 minutos registrados en los diarios de sueño fue cuatro veces menor que el referido por los padres durante la entrevista. En segundo término, creemos que el alto grado de éxito logrado en las familias que cumplieron con el tratamiento se debió, en parte, a la implementación de una charla explicativa acerca del sueño normal en general y de las necesidades de ese niño en particular; aclarando la conveniencia de comenzar el tratamiento sólo cuando ambos padres estuviesen convencidos de cómo y por qué debían tomar tal o cual conducta.

En definitiva y como conclusión final, creemos importante la intervención temprana por parte de los pediatras, tanto en la prevención como en el manejo de problemas relativos al sueño. En primer lugar, incorporando la pesquisa de sueño a la consulta habitual y luego instruyendo a los padres, brindándoles información acerca del sueño normal, sus despertares, su maduración en el tiempo, estimulando las conductas que favorecen esta maduración (rutinas de 24 horas, rituales de sueño, empleo de objetos transicionales, etc.), a los efectos de apoyar el desarrollo integral de estos niños y sus familias.

Agradecimientos

Queremos agradecer muy especialmente al Profesor André Kahn y a la Dra. Mónica Confalone por sus colaboraciones en la lectura crítica de este trabajo. Z

BIBLIOGRAFÍA

- Anders T, Sadeh A, Appareddy V. Normal Sleep in Neonates and Children. En: Ferber, Kryger. Principles and practice of sleep medicine in the child. Philadelphia: WB Saunders, 1995:7.
- Hellbrugge T. The development of circadian rhythms in infants. Cold Spring Harb Symp Quant Biol 1960; 25:311.
- Hellbrugge T. The development of circadian and ultradian rhythms of premature and full-term infants. En: Scheving LE, Halberg F, Pauly J (eds). Chronobiology. Tokyo: IgakuShoin Ltd, 1974:339.
- Samson-Dollfus D, Forthomme J, Capron E. EEG of the human infant during sleep and wakefulness during the first year of life. En: Kellaway P, Petersen I (eds). Neurological and Electroencephalographic Correlative Studies in Infancy. New York: Grune & Stratton, 1964:208-209.
- Coon S. Development of sleep and wakefulness during the first 6 months of life. En: Guilleminault C (ed). Sleep and its disorders in children. New York: Raven Press, 1987:1-15.
- Blanco O. Trastornos del Sueño. En: Sociedad Argentina de Pediatría. PRONAP. Buenos Aires: SAP, 1996. Módulo 2.
- Crowell J, Keener M, Guinsburg N, Anders T. Sleep habits in toddlers 18 to 36 months old. J Am Acad Child Adolesc Psychiatr 1987; 26:510-515.
- Moore T, Ucko LE. Nightwaking in early infancy. Parte 1. Arch Dis Child 1957; 32:333
- Shepherd F. Disturbed sleep in Infants and childhood. Hartfield: England, 1948.
- Bax MCO. Sleep disturbance in the young child. Br Ned J 1980; 280:1177.
- Richman N. Sleep problems in young children. Arch Dis Childh 1984; 56:491.
- Van Tassel EB. The relative influence of child and environmental characteristics on sleep disturbances in the first and second years of life. J Dev Behav Child 1985; 6:81.
- Rickert VI, Johnston CM. Reducing nocturnal awakenings and crying episodes in infants and young children: a comparison between scheduled awakenings and systematic ignoring. Pediatrics 1988; 81:203.
- Adams LA, Rickert VI. Reducing bedtime tantrums: comparison between positive routines and graduated extinction. Pediatrics 1988; 84:756.
- Douglas J, Richman N. Sleep management manual. London: Great Ormond Street Children's Hospital In-House Publication, 1982.
- Ferber R, Boyle MP. Sleeplessness in infants and toddlers: sleep initiation difficulty masquerading as a sleep maintenance insomnia. Sleep Res 1983; 12:240.
- Valman HB. Sleep problems. BMJ 1981; 283:422.
- Ferber RA. Solve your child's problems. New York: Simon and Shuster, 1985.
- Adair R, Zuckerman B, Bauchner H, et al. Reducing night waking in infancy: a primary care intervention. Pediatrics 1992; 89:585.
- Jones DPH, Verduyn CM. Behavioral management of sleep problems. Arch Dis Child 1983; 58:442.
- Ferber RA. Sleep disorders in infants and children. En: Riley T (ed). Sleep disorders for the clinician. London: Butterworths, 1985:113-157.
- Younger JB. The management of night waking in older infants. Pediatr Nurs 1982; 8:155.
- Wessel MA, Cobb JC, Jackson EB, et al. Paroxysmal fussing in infancy, sometimes called "colic". Pediatrics 1954; 14:421-424
- Ferber R. Sleeplessness and sleep disruptions in infants and young children. An Clin Res 1985; 17:227-234.

25. Lawton C, France K, Blampied M. Treatment of infant disturbance by graduated extinction. *Child Fam Behav Therapy* 1991; 13(1):39-55.
26. France K, Hudson S. Behavioral management of infant sleep disturbance. *J Applied Behav Anal* 1990; 23:91-98.
27. Minde K, Popiel K, et al. The evaluation and treatment of sleep disturbances in young children. *J Psychol Psychiatr Allied Dis* 1993; 34:512-533.
28. Elias MF, Nicolson NA, Bora C, et al. Sleep/wake patterns of breast-fed infants in the first 2 years of life. *Pediatrics* 1986; 77:332.
29. Ferber RA. Assessments procedures for diagnosis of sleep disorders in children. En: Noshpitz JD (ed). *Basic Handbook of Child Psychiatry*. New York: Basic Books, 1987:185-193 [vol 5].
30. Ferber R. Sleeplessness, night awakening and night crying in the infant and toddler. *PIR* 1987; 9:1.
31. Sacre L, Vanderplas et al. Gastroesophageal reflux associated with respiratory abnormalities during sleep. *JPCIN* 1989; 9:28-33.
32. Ferber R. Sleeplessness in children. En: Ferber and Kryger. *Principles and Practice of Sleep Medicine in the Child*. Philadelphia: WB Saunders, 1995:80.
33. Moore T, Ucko LE. Nightwaking in early infancy. Part 1. *Arch Dis Child* 1957; 32:333.
34. Richman N. A community survey of characteristics of one-to two-years-old with sleep disruptions. *J Am Acad Child Psychiatr* 1981; 20:281.
35. McKenna J, Thoman E, Anders T, et al. Infant-parent co-sleeping in an evolutionary perspective: implications for understanding infant sleep development and the sudden infant death syndrome. *Sleep* 1993; 16:263.
36. Mc Kenna J, Mosko S, Dungey 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; 83:33.

CONOCIMIENTOS, TEMORES Y CONDUCTAS DE LOS PADRES Y DE LOS PEDIATRAS FRENTE AL NIÑO FEBRIL DE 1 A 24 MESES DE EDAD

Dres. Ricardo Tomás Straface, Raúl Jorge Blanco, Mirta A. Magariños y colaboradores*

Resumen

Objetivos. Determinar los temores más frecuentes de los padres de niños internados respecto de la fiebre, las prácticas de antipirexia que usan por iniciativa propia o que les son prescriptas. Conocer el pensamiento de los pediatras argentinos sobre el niño febril de 1 a 24 meses y proponer un instrumento educativo para difundirlo desde los consultorios.

Material y método: 1) se diseñó un estudio prospectivo, descriptivo y observacional, que incluyó a 823 niños febriles internados en 23 hospitales durante 1995-1996. Se efectuó muestreo sistemático simple, utilizando prueba de análisis de varianza y chi cuadrado según el tipo de variable. 2) también se realizó una encuesta de 21 preguntas de respuestas cerradas, entre 442 pediatras de todo el país. Los datos fueron procesados en Epi Info 6 y Statistix. Para el último objetivo se aplicaron los resultados obtenidos en armonía con la exploración bibliográfica.

Resultados. Los padres hacen una interpretación teñida por lo mítico y fatalista en el 63% de los casos, que se distribuyen en temor a las convulsiones 31,1%, al daño cerebral y las meningitis 16% y a la muerte 16%. Para el tratamiento de la fiebre: los padres en un 42% lo negaron, 20% utilizó medios físicos y 37% antitérmicos (43% AAS, 22% dipirona, 22% paracetamol). El 20% reconoció prácticas alternativas, correspondiendo el 10% a curanderismo y el 7% a herboristería. Pediatras: antes de la internación se indicaron medios físicos al 9% de los niños, al 36% no se indicó nada, en tanto que el 42% recibió antitérmicos (17% paracetamol, 14% dipirona, 11% otros). Durante la internación se usaron antipiréticos en el 75% de los casos: paracetamol 31% y dipirona 30% fueron los elegidos. Los padres no usaron antibióticos, salvo prescripción. En la internación el 81% de los niños recibió tratamiento empírico inicial.

Encuesta. Se tomaron y analizaron las respuestas de 442 pediatras de todo el país. El 84,1% trató la temperatura si era mayor a 38°C, el 80,9% tuvo en cuenta la edad y el 70% otros parámetros clínicos para indicar su tratamiento, el antitérmico más usado fue el paracetamol. El 81 deseaba bajar la T° a 37°C o menos, 46% la consideraba peligrosa para el SNC, 47% usaba paños fríos. Las respuestas no difieren de las halladas en la literatura y muestran en algunos profesionales la necesidad de actualizar conocimientos y las conductas impregnadas por ello.

Conclusiones. Los padres mostraron temores de influencia mítica. Los pediatras, compartiendo en parte esas creencias fomentamos la fobia a la fiebre con nuestras conductas y prescripciones.

Al lector:

Los trabajos completos pueden ser consultados en las páginas electrónicas de Archivos Argentinos de Pediatría: <http://www.sap.org.ar/archivos>

EL NIÑO FEBRIL DE 1 A 24 MESES DE EDAD

Dres. Ricardo Tomás Straface, Raúl Jorge Blanco, Mirta A. Magariños y colaboradores*

Resumen

El objetivo de este trabajo fue abordar dos aspectos relacionados con la fiebre en pacientes cuya edad oscilaba entre 1 y 24 meses. Por un lado, se estudiaron las características de las consultas y, por el otro, se evaluó su atención, mediante una investigación clínica, prospectiva y multicéntrica. Se constituyó a los efectos un grupo integrado por pediatras asesores por epidemiólogos y bioestadistas, y se diseñaron 3 protocolos para observar:

- El reconocimiento de los aspectos de la consulta ambulatoria (Protocolo 1).
- Los factores de riesgo, el perfil clínico y los estudios auxiliares obtenidos durante la internación (Protocolo 2).
- La operatividad del flujo de información diseñado para este estudio, multicéntrico y prospectivo (Protocolo 3).

De 65.203 consultas realizadas en guardias y consultorios externos de los hospitales de la región metropolitana (Ciudad de Buenos Aires y Gran Buenos Aires) se detectaron 14.468 casos de niños con fiebre. Además, se estudiaron 823 internados por fiebre para buscar un vínculo significativo en tres variables fundamentales: los diagnósticos finales graves, la incidencia de bacteriemia y las convulsiones febriles.

La gravedad se asoció con hipoimmunidad, patología febril previa, puntuación YOS (Yale Observation Scales) mayor a 10, presencia de petequias fuera del área de Valsalva, hemocultivo positivo, índice cayado/polimorfonucleares totales igual o mayor a 0,14 y pruebas auxiliares para enfermedades focales. A su vez, la bacteriemia determinada por el hemocultivo positivo tuvo las mismas asociaciones.

Las convulsiones febriles se asociaron con enfermedad grave, bacteriemia y en el grupo de convulsivos se realizaron mayor número de punciones lumbares.

Es de suma importancia utilizar las medidas antipiréticas balanceando tanto los efectos beneficiosos de la fiebre al potenciar la respuesta inmune como los adversos: como el catabolismo proteico, las mialgias y el aumento del gasto metabólico. Los paños tibios y el paracetamol son, en la actualidad, la opción más recomendable para dar confort al niño.

Asimismo, se evaluó el uso del tratamiento empírico inicial como una alternativa válida.

Se articularon 6 pasos obligatorios para la atención del niño febril.

Finalmente, se redactaron once conclusiones.

* Región Metropolitana de la Sociedad Argentina de Pediatría.