REVISIÓN

ACTA PEDIÁTRICA

Acta Pediatr Esp. 2010; 68(4): 00-00

Medidas preventivas de los problemas del sueño desde el nacimiento hasta la adolescencia

Informe del Grupo Pediátrico de la Sociedad Española de Sueño (SES) y del Grupo de Sueño de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPAP)*

**Los miembros de los grupos de trabajo y los autores del texto se citan al final del artículo. El texto ha sido presentado en la XVIII Reunión Anual de la SES, celebrada en A Coruña del 21 al 23 de mayo de 2009 (comunicación-póster)*

Resumen

El sueño es una necesidad fisiológica fundamental para nuestra salud. La infancia es la etapa en la que el sueño adquiere mayor relevancia porque el niño pasa la mayor parte del día durmiendo. El sueño, como toda conducta humana, es susceptible de cierta modificación para aprender a dormir bien. Y este proceso debe ser adaptativo, porque el sueño de los bebés y de los niños se encuentra sometido a una lenta maduración. Para ello, es fundamental que los padres tengan un conocimiento profundo de los patrones del sueño del bebé, del niño y del adolescente. En los niños, la clave está en establecer rutinas, proporcionando al menor los denominados «objetos de transición», que facilitan la asociación del entorno al sueño y fomentan su capacidad de conciliar y mantener el sueño de forma autónoma. En los adolescentes, mantener una disciplina respecto al sueño, restringiendo el uso de los ordenadores y el móvil por la noche, son medidas útiles para mejorar el sueño.

Palabras clave

Sueño, lactancia, adolescente, rutinas, apego, despertares nocturnos, siesta, conducta, síndrome de muerte súbita del lactante

Abstract

Title:

Keywords

Introducción

La conducta de los niños durante el sueño está condicionada en gran medida por el modo en que son educados y por las relaciones que establecen con el entorno inmediato durante el día. Una relación de apego tipo inseguro-resistente ocasionada por unas pautas educativas inexistentes o variables dificulta el desarrollo de la autonomía del niño y puede favorecer la aparición de problemas durante el sueño[1,2].

Desde este punto de vista, es importante tener en cuenta algunos aspectos:

1. Desde las primeras etapas de la vida los cuidados que recibe el niño modulan la organización de su conducta y los procesos de autorregulación. Por tanto, en cuanto a la regulación del sueño, 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, especialmente a partir de los 3-4 meses de vida[3,4].

2. Los contactos y las aferencias de todo tipo entre la madre y el niño se producen tanto durante el día como por la noche. Así pues, las relaciones madre-hijo durante el día son importantes para desarrollar las situaciones o hábitos relacionados con el sueño[5].

3. Debido a que el sueño en nuestro ámbito sociocultural implica tradicionalmente la separación del cuidador del niño, deben valorarse las separaciones progresivas durante el día en función de las creencias familiares sobre los cuidados que se deben proporcionar a los niños, el estilo de educación y el tipo de apego. Siendo el sueño una función evolutiva, debe evaluarse tanto en el contexto del desarrollo como de temperamento del niño y su entorno.

Fecha de recepción: 16/12/09. Fecha de aceptación: 24/12/09.

Correspondencia: G. Pin Arboledas. Unidad Valenciana del Sueño. Hospital Quirón. Avda. Blasco Ibáñez, 14. 46010 Valencia. Correo electrónico: gpa@comv.es

4. En realidad, que los diferentes modelos de acostar a los niños (solitario, compartir habitación con los hermanos, compartir habitación con los padres, compartir lecho con los padres...) sean beneficiosos o perjudiciales a una determinada edad no depende únicamente de la localización y el modo en que el sueño se desarrolla, sino, fundamentalmente, del significado social y psicológico que tiene para las relaciones intrafamiliares el modelo elegido por los padres (no obligado por la conducta del niño). El modelo o tipo de hábito de sueño *per se* es una pequeña parte de un todo, y a la hora de proponer estilos es ese «todo» el que debe ser evaluado, siempre teniendo en cuenta la seguridad física (ahogamiento, síndrome de muerte súbita del lactante...) que implican en las primeras etapas de la vida los diferentes modelos elegidos.

5. Para educar en cualquier área, en general, no hay sistemas buenos o malos, sino diferentes. El mejor sistema es el que se acopla más armónicamente a cada unidad familiar y sigue los criterios culturales dominantes. En la cultura occidental el niño es sentido como algo interno a la familia, que debe iniciar una vida independiente, por lo que se considera que es más adecuado que el niño duerma solo en su habitación, mientras que en Oriente, en general, los niños son entendidos como algo externo que debe ser integrado en la familia, por lo que se potencia culturalmente que duerman con los padres.

6. Este Grupo de Trabajo considera que, durante los primeros meses de vida, el alimento ideal para el niño es la leche materna administrada a demanda, según las recomendaciones del Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría y de la European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. Sólo cuando esto no sea posible, se recurrirá al uso de formulas lácteas adaptadas, sin que ello suponga ninguna alteración en las recomendaciones sobre higiene de sueño establecidas para los niños lactados al pecho.

Consejos sobre el sueño en los primeros 2 meses de vida

Hay ciertos aspectos que cabe remarcar sobre los temas relacionados con el tipo de sueño propio de los niños[6].

El recién nacido duerme mucho, pero no puede hacerlo de forma seguida. Cada 3-4 horas se despierta. Necesita comer, pero también que le cambien y hablen con él. Este intercambio de afecto es muy importante cuando el bebé está despierto.

Después de comer inicia lo que llamamos «sueño activo»: mueve los globos oculares, hace muecas con la barbilla, respira irregularmente, emite algún quejido y realiza pequeños movimientos con las extremidades. Aunque parezca que el niño está inquieto, este tipo de sueño es totalmente normal y no debemos interrumpirlo bajo ningún concepto.

Si los papás o las personas que están a cargo del niño no conocen esta situación, es muy probable que lo toquen, lo cojan o lo acunen, con lo cual rompen su sueño normal y dificultan su maduración. Después de unos 30-40 minutos en esta situación, el bebé entra en el sueño más profundo, que denominamos «sueño tranquilo». Está totalmente relajado, y respira suave y profundamente.

El bebé va alternando estos dos tipos de sueño (activo y tranquilo) hasta que, al cabo de 3-4 horas, se despierta. Esta forma de dormir persiste hasta casi los 2 meses.

Recomendaciones prácticas

1. Amamantar a un bebé de forma correcta también puede ayudar. Los recién nacidos tienen el llamado reflejo de succión, que es un reflejo innato que comienza dentro del útero y dura como mínimo hasta el primer año de edad, lo que permite que el bebé se alimente, reconforte y calme. Para desarrollar una actividad que es natural en su crecimiento bastan los dedos, el pezón, el biberón o la tetina. El reflejo de succión permite estimular el pezón, y este estímulo envía al cerebro la orden para producir prolactina, una hormona que ayuda a que el pecho siga funcionando un tiempo después del primer impulso de la subida de la leche, por lo que es muy importante que se vacíe frecuente y completamente para poder seguir generando más leche. La capacidad de succión de un bebé puede variar en función del estado de los pezones y la postura que adopte a la hora de mamar. Por esta razón es muy recomendable darle de mamar adecuadamente y que los pezones estén perfectamente cuidados. Gracias al reflejo de succión del bebé, toda la cadena funciona adecuadamente para que la mamá produzca la cantidad de leche necesaria para el buen desarrollo del niño. Pero no hay que malinterpretar el reflejo de succión. Muchas familias creen que si el niño succiona es porque tiene hambre. Esto hace que le ofrezcan el pecho más a menudo y de forma inadecuada. El bebé puede succionar independientemente de si tiene hambre o no. Por ello puede ser útil la utilización de un chupete después de que el niño se amamante bien y una vez establecida la lactancia, esto es, a partir de las 4 semanas de vida aproximadamente. Eso calmará al bebé y le permitirá esperar mejor la próxima toma[7].
2. Es muy importante que el bebé permanezca despierto mientras come, ya que así empezará a asociar la comida con la vigilia. También conseguiremos que coma más y mejor. Sin embargo, es bastante difícil mantener al bebé despierto porque tiende a quedarse dormido. Los padres tienen que hablarle, hacerle pequeñas caricias y estimularle suavemente para que mantenga una cierta vigilia. Es recomendable que los padres alimenten al niño, siempre que puedan, en el mismo lugar, con luz, música ambiental suave y temperatura agradable. Si el niño come más, tardará más tiempo en pedir la próxima toma. Así ira adecuando un ritmo de comidas, sobre las 3-4 horas. Es muy normal que algún intervalo entre las tomas sea más corto o más largo. No importa. Se deben seguir siempre las mismas rutinas.
3. Después de cada comida es importante tener al bebé despierto en brazos durante unos 15 minutos. Esto facilitará la

eliminación de gases y, posiblemente, evitará algunos cólicos. También se favorecen los primeros momentos de su digestión. Hay que hablar continuamente con él, hacerle caricias y sonreírle para estimularle.

4. Después de cambiarlo, se dejará al bebé en la cuna, procurando que esté siempre despierto, para que aprenda a dormirse solito. Hay que ponerle el chupete y, si se le cae, ayudarlo a ponérselo de nuevo. Debe tener, junto a él, un pequeño muñeco de peluche, que sólo usará para dormir. Cuando el niño se despierte para comer, se dejarán los chupetes y el muñeco en su cuna. Para mayor comodidad de la mamá, la cuna puede estar al lado de su cama, en la habitación de los padres o la pareja[8].
5. Estas rutinas se repetirán todas las veces que el niño pida comida durante el día y en la toma que corresponda a la noche, excepto el tiempo que se tenga al niño en brazos despierto después de la toma. Ésta será más corta, sólo de 5 minutos, porque es la toma que poco a poco el niño irá suprimiendo, y podrá dormir más horas seguidas. Es conveniente que los episodios de alimentación durante la noche sean breves y aburridos. Se trata de lanzar el mensaje inicial al niño de que la noche es para dormir. Cuando se despierte durante la noche para comer, no encienda la luz, no le hable ni le arrulle. Aliméntelo pronto y en silencio. Si necesita cambiar el pañal hágalo con el menor estímulo posible.
6. Es muy recomendable que la mamá siga los mismos horarios de sueño que el niño. Así se evitará en parte la depresión posparto. Se ha demostrado que un factor causante de esta depresión es la falta de sueño que sufre la mamá cuando alimenta a su hijo.
7. En relación con el sueño, es importante saber lo siguiente:

- El «llanto no es igual a hambre». Durante los primeros meses, el llanto es el único medio que tiene el bebé de comunicarse; por eso es importante conocer los tipos de llanto para poder atender correctamente al bebé. Cuando el niño tiene hambre, el llanto, es enérgico y, poco a poco, se hace más fuerte y rítmico. En ocasiones, el bebé puede golpearse la mejilla, se muerde el puño o se chupa los dedos. Cuando siente dolor, el primer gemido es agudo y prolongado, seguido de una larga pausa de apnea y jadeos cortos, para luego volver a gritar. Si tiene gases, estira y encoge las piernas y los brazos. Cuando el niño se siente solo, empieza con un «quejido», seguido de una protesta que cesa en cuanto se le coge en brazos. Cuando el bebé está nervioso, llora con fuerza y no responde a los intentos que hacen sus padres para calmarle. Suele deberse a un exceso de estímulos y habitualmente este tipo de llanto aparece por la tarde[9].
- Se debe colocar al niño en la cuna cuando esté despierto pero soñoliento. Su último recuerdo antes de dormirse debe ser la cuna y no la presencia de alimento. Se trata de que acepte la cuna como un espacio familiar nocturno.
- Sin embargo, no es conveniente que se duerma tan pronto la cabeza toque el colchón. Los niños tardan en dormirse unos 20-30 minutos. Los padres deben procurar no estar presentes en ese periodo.
- Debemos saber que, como mínimo, un 6% del tiempo que el bebé está en la cuna permanecerá despierto y que todos los bebés y niños se despiertan por la noche.
- Si llora en el momento de acostarlo, hay que arrullarlo pero tratando de colocarlo en la cuna antes de que se duerma.

Hemos de tener en cuenta que el bebé, desde los 5 meses de edad, capta todas las sensaciones que le transmitimos los adultos. Si los padres son tranquilos y le hablan dulcemente, el bebé captará esta sensación y responderá de la misma manera. Por el contrario, si dudan, están inquietos o cambian continuamente de rutinas, el bebé se volverá inseguro y mostrará inquietud[10].

Consejos sobre el sueño al cumplir los 2 meses

Es conveniente recordar que:

- Un sueño de calidad durante el día mejorará el sueño nocturno.
- Antes de cada periodo de sueño conviene tranquilizar al niño.
- Los movimientos durante unos minutos, el contacto cara a cara y las palabras suaves deben servir para tranquilizarlo (o bajar su nivel de activación), pero no para dormirlo.

Para mejorar la calidad de sueño de su bebé le recomendamos lo siguiente:

- Hacer siempre lo mismo a la hora de acostarlo. Utilizar distintas rutinas puede dificultar el desarrollo del hábito de sueño.
- No despertar al bebé para alimentarlo. Si se inquieta, conviene esperar 5 minutos para ver si de verdad tiene hambre. Antes de alimentarlo la mamá debe tratar de arrullarlo durante un periodo breve. Si es preciso alimentarlo, hay que reducir el tiempo que le ofrece el pecho o la cantidad de leche del biberón[8].

Consejos sobre el sueño al cumplir los 5-6 meses

- Durante los primeros 8 meses puede ser habitual y normal que el bebé se despierte por la noche. No se le debe alimentar, pues a esta edad un niño sano ya no lo necesita, y hay que procurar no alterar el ambiente, encendiendo la luz o sacándolo de la cuna. Se debe consolar al niño con caricias y frases cariñosas[11].
- Hay que buscar un peluche que sea su compañero en la cuna.
- Se dejará abierta la puerta del cuarto.

Consejos sobre el sueño al cumplir los 12 meses

- El ambiente debe ser tranquilo y oscuro.
- La hora diaria de levantarse debe ser aproximadamente la misma todos los días.

- La hora diaria de acostarse debe ser aproximadamente la misma todos los días.
- La temperatura de la habitación debe ser confortable: un exceso de calor o frío favorece el despertar nocturno.
- El ruido ambiental será el mínimo posible.
- Hay que evitar acostarlo con hambre. Sin embargo, el exceso de líquidos favorece el despertar nocturno.
- El niño debe aprender a dormirse solo, sin ayuda. Si tiene rabietas, no haga caso; los padres deben salir de la habitación y, si se levanta, deben acostarlo rápidamente, evitando hablar con él. Sobre todo, la actitud de los padres debe ser firme: hay que hacer siempre lo mismo y estar seguros de que eso es lo que hay que hacer.
- Se tiene que transmitir el mensaje de que se le está enseñando a dormir, de manera autónoma, y que no se trata de ningún castigo ni de una disputa entre padres y niño.
- La actividad física vigorosa se evitará 1-2 horas antes de acostarlo.
- Se evitarán ciertos alimentos, como las bebidas de cola, el chocolate, el café o el té.
- Hay que evitar las siestas muy prolongadas o tardías.

Consejos sobre el sueño al cumplir los 2 años

Las claves del «buen dormir» a partir de esta edad son las siguientes:

- Cuando tu hijo te esté «dando la noche», reflexiona sobre lo ocurrido durante ese día. No le chilles, dale la seguridad de que tú estarás para tranquilizarlo si lo necesita.
- No te impongas a ti mismo ninguna hora límite para conseguir que el niño duerma bien. Probablemente no se cumplirá y estará todavía más tenso. Limítate a seguir las rutinas.
- No pierdas la calma cuando se despierte a media noche. Debes transmitirle el mensaje de que es capaz de disfrutar durmiendo solo. Si te enfadas, sólo conseguirás que se agite aún más.
- Si ha habido algún cambio reciente en la vida del niño, no esperes que duerma profundamente.
- Permitirle que duerma fuera de la cama no le ayudará en absoluto a aprender a dormirse solo.
- Piensa que, al dormir en la misma cama que los padres, se altera la fisiología del sueño de tu hijo, además de la tuya. El sueño de los niños mayorcitos que duermen con sus padres es menos reparador y con más riesgo de asfixia.
- El pecho, el biberón o el chupete parecen muy útiles para dormirse, pero acabará necesitándolos cada vez que tenga que dormirse, y en cuanto se despierte.
- Túrnate con tu pareja: descansarás más y el niño no «dirigirá» la noche. Si esto no es posible, haz una pausa cuando veas que «pierdes los nervios». Lo importante es trasmitir tranquilidad y seguridad educativa.
- Cada familia tiene su nivel de tolerancia y sus propias creencias: no hay sistemas buenos ni malos, sólo diferentes.

Consejos sobre el sueño de los 2 a los 5 años

- Durante el día, es recomendable que los niños duerman la siesta, como complemento al sueño nocturno.
- Cuando de manera esporádica tu hijo tenga dificultades para conciliar el sueño, reflexiona sobre lo acontecido ese día y no le chilles. Debes transmitirle seguridad y tranquilidad.
- No te impongas ninguna hora límite para que se duerma ese día: le será muy difícil cumplirla y aumentará su angustia y nerviosismo.
- No pierdas la calma. El mensaje que intentamos trasmitir es: eres capaz de disfrutar durmiendo solo.
- Si tú te enfadas, se agitará aún más. Túrnate con tu pareja; si no es posible, abandona la habitación durante unos minutos, descansa, beba agua y, cuando estés más tranquilo, reinicia la tarea.
- A estas edades, dormir fuera de la cama de manera rutinaria no le va a ayudar a aprender a dormirse[5].

Consejos preventivos en la etapa adolescente

Dirigidos a las familias

- Tener información acerca de los cambios en la adolescencia, especialmente sobre el retraso fisiológico del inicio del sueño, las mayores necesidades de dormir y las alteraciones que producen en el sueño el uso de móviles, Internet, etc. inmediatamente antes de acostarse.
- Explicar y enseñar a reconocer los signos de déficit de sueño: irritabilidad-difícil despertar, recuperación durante el fin de semana...
- Recomendar el establecimiento de un diálogo familiar sobre el sueño y su importancia. Sensibilizar acerca de la importancia del sueño.
- Favorecer un ambiente propicio al final de la tarde.
- Resaltar la importancia del ejemplo de hábitos por parte de los padres.

Dirigidos al propio adolescente

- Recomendar la realización de horarios regulares. ¡Incluso los fines de semana!
- Exposición a luz intensa por la mañana. Les ayuda a adelantar la fase de sueño.
- Favorecer las actividades estimulantes en horas con tendencia al sueño diurno.
- Evitar las actividades de alerta (estudio, videojuego...) una hora antes de dormir.
- Desaconsejar los estimulantes (cafeína, bebidas de cola...), especialmente después de la comida del mediodía.
- Regularidad en los horarios de las comidas[12].
- Desaconsejar dormirse con la TV puesta (disminuye la profundidad del sueño). No colocar la TV en la habitación[13-15].
- Prácticar regularmente ejercicio físico.
- Enseñar a relajarse y a expresar adecuadamente las emociones.

Dirigidos al sistema educativo

- Informar a los profesores, y al sistema educativo en general, sobre el sueño y sus problemas.
- Estimular la inclusión de temas relacionados con el sueño en programas educativos.
- Recomendar establecer horarios teniendo en cuenta las peculiaridades del adolescente.
- Evitar incluir en el currículo materias «duras» antes de las 9 de la mañana. Favorecer las actividades al aire libre (educación física) en las primeras horas de la mañana.
- Estimular la inundación de luz en las aulas por la mañana.

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 Hypnosis. 2003; 5(1): 7-16.
2. Pin G, Genis R. Durmiendo como un niño. Barcelona: Parramón, 2003; 16-21.
3. Weissbluth M. Sep duration and infant temperament. J Pediatr. 1981; 99: 817-819.
4. Keener MA, Zeanah CH, Anders TF. Infant temperament, sleep organization and nightime parenteral interventions. Pediatrics. 1988; 81: 762-771.
5. Meijer AM, Habekothe RT, Van Den Wittenboer GL. Mental heatlh, parental rules and sleep in pre-adolescents. J Sleep Res. 2001; 10: 297-302.
6. Herman JH. Chronobiology of sleep in children. En: Sheldon SH, Ferber R, Kryger M, eds. Principles and practice of pediatric sleep medicine. Filadelfia: Elservier Saunders, 2005; 85-99.
7. 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.
8. James-Roberts I St, Guillam P. Use of a behavioural programme in the first 3 months to prevent infant crying and sleeping problems. J Paediatr Child Health. 2001; 37(3): 289-297.
9. Pin Arboledas G. ¿Tienen los niños distintas maneras de despertar? Vigilia-Sueño. 2000; 2(1): 66-68.
10. Buela-Casal G, Sierra JC. Los trastornos del sueño. Evaluación, tratamiento y prevención en la infancia y adolescencia. Madrid: Pirámide, 1994; 45-60.
11. Estivill E, De Béjar S. Duérmete niño. Barcelona: Plaza y Janés Editores S.A, 1996; 31-37.
12. Pin Arboledas G, Lluch Roselló A. El sueño en el obeso. Importancia del cribado clínico. Acta Pediatr Esp. 2007; 65(2): 74-79.
13. Owens JA, Maxim R, McGuinn M, Nobile C, Msall M, Alario A. Television-viewing and sleep disturbances in school children. Pediatrics. 1999: 104(3): e27.
14. Johnson JG, Cohen P, Kasen S, First MB, Brook JS. Association between television viewing and sleep problems during adolescence and early adulthood. Arch Pediatr Adolesc Med. 2004; 158(6): 562-568.
15. Van den Bulck J. Television viewing, computer game playing, and internet use and self-reported time to bed and time out of bed in secondary-school children. Sleep. 2004; 27(1): 101-104.

Libros de texto recomendados

Ferber R. Solve your child's sleep problems. Nueva York: Simon & Schuster, 1985.
Cuthberstson J, Schevill S. Helping your child sleep through the night. Nueva York: Broadway Books, 1985.
Schaefer CE. Clinical handbook of sleep disorders in children. Londres: Aronson J, 1995.
Sheldon SH, Ferber R, Kryger M. Principles and practice of sleep medicine in the child. Filadelfia: WB Saunders, 2005.

*Miembros de los grupos de trabajo y autores del texto (por orden alfabético)

Grupo Pediátrico de la SES

Javier Albares Tendero.
Clínica del Sueño Estivill-USP Instituto Universitario Dexeus y Hospital General de Cataluña. Barcelona.

M. Luz Alonso Álvarez.
Unidad de Sueño. Hospital General Yagüe. Burgos.

Teresa Canet Sanz.
Servicio de Neurofisiologia Clínica.
Hospital Virgen de los Lirios. Alcoy, Alicante.

Mónica Cano del Pozo.
Servicio de Neurofisiología Clínica.
Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

Magdalena Cubel Alarcón.
Unidad Valenciana de Sueño. Hospital Quirón. Valencia.

Eduard Estivill Sancho.
Clínica del Sueño Estivill-USP Instituto Universitario Dexeus y Hospital General de Cataluña. Barcelona.

José Luis Gamero Telo.
Unidad de Neurodiagnóstico y Clínica del Sueño.
Hospital Clideba. Badajoz.

Carmen Iznaola Muñoz.
Servicio de Neurofisiología Clínica.
Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Paula Giménez Rodríguez.
Clínica Vistahermosa. Alicante.

M. José Jurado Luque.
Unidad de Sueño. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.

Amalia Lluch Roselló.
Centro de Salud Ingeniero Joaquin Benlloch. Valencia.

Francisco Martínez Pérez.
Servicio de Neurofisiología Clínica. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid.

Oriol Mercadé Canals.
Clínica del Sueño Estivill-USP Instituto Universitario Dexeus y Hospital General de Cataluña. Barcelona.

Jesús Paniagua Soto.
Servicio de Neurofisiología Clínica.
Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Gonzalo Pin Arboledas.
Unidad Valenciana de Sueño. Hospital Quirón. Valencia.

Inmaculada Pitarch Castellano.
Servicio de Neuropediatría.
Hospital Universitario de la Ribera. Alzira, Valencia.

M. del Mar Quesada Lucas.
Servicio de Neurofisiología Clínica.
Hospital Universitario Virgen de la Macarena. Sevilla.

Pablo Quiroga Subirana.
Unidad de Neurología y Neurofisiología Clínica.
Hospital Torrecárdenas. Almería.

Emilio Rodríguez Sáez.
Unidad de Sueño. Hospital General de Vigo, Pontevedra.

Francisca Romero Andújar.
Sección de Neumología Pediátrica.
Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.

Nuria Roure Miró.
Clínica del Sueño Estivill-USP Instituto Universitario Dexeus y Hospital General de Cataluña. Barcelona.

Francesc Sanmartí Vilaplana.
Servicio de Neurología. Hospital Universitario San Juan de Dios. Barcelona.

Óscar Sans Capdevila.
Servicio de Neuropediatría. Hospital San Juan de Dios. Barcelona.

Francisco Segarra Isern.
Clínica del Sueño Estivill-USP Instituto Universitario Dexeus y Hospital General de Cataluña. Barcelona.

Joaquín Terán Santos.
Unidad de Sueño. Hospital General Yagüe. Burgos.

Miguel Tomas Vila.
Servicio de Pediatría. Hospital Francisco de Borja. Gandía, Valencia.

Ramón Ugarte Libano.
Servicio de Pediatría. Centro de Salud Aranbizkarra I. Vitoria.

José M. Vergara Ugarriza.
Servicio de Neurofisiología Clínica.
Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Esteban de Vicente Álvarez Manzaneda.
Servicio de Neurofisiología Clínica. USP Hospital San Jaime. Torrevieja, Alicante.

Paloma Villalobos López.
Servicio de Neurofisiología Clínica. Hospital Torrecárdenas. Almería.

Coordinador del Grupo de Trabajo de la SES
Milagros Merino Andréu.
Unidad Pediátrica de Trastornos de Sueño.
Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Grupo de Sueño de la SEPAP
Teresa de la Calle Cabrera.
Centro de Salud Tamames. Salamanca.

M. Dolores García García.
Centro Médico Adeslas. Salamanca.

Reyes Hernández Guillen.
Centro de Salud El Naranjo. Fuenlabrada, Madrid.

Anselmo Hernández Hernández.
Centro de Salud Tacoronte. Tenerife.

Cristina de León Quintana.
Servicio de Pediatría. Hospital José Martín Orosa. Lanzarote.

Amalia Lluch Roselló.
Centro de Salud Ingeniero Joaquin Benlloch. Valencia.

Ramona Mínguez Verdejo.
Centro de Salud Algemesi. Valencia.

Elisa Ortiz Gordillo.
Centro de Salud Montequinto. Sevilla.

Manuel San Pedro Campos.
Centro de Salud Novoa Santos. Ourense.

Gonzalo Pin Arboledas.
Unidad Valenciana de Sueño. Hospital Quirón. Valencia.

Coordinadores del Grupo de Sueño de la SEPAP
Cleofé Ferrández Gomariz.
Centro de Salud La Laguna-San Benito. Tenerife.

M. Inés Hidalgo Vicario.
Centro de Salud Barrio del Pilar. Madrid.