

Uso de la melatonina. Respuesta de los autores



Use of melatonin. Response by the authors

Sr. Editor:

Agradecemos las observaciones y estimamos que todas las sugerencias son enriquecedoras¹.

La melatonina es un fármaco con efectos significativos sobre la vigilia-sueño que requiere indicaciones precisas establecidas por médicos especialistas. Nuestro objetivo es la divulgación de indicaciones claras y concretas de uso, y modo de utilización debido al uso creciente de fármacos en niños con problemas del sueño ofreciendo, al médico pediatra, una herramienta que facilite el uso correcto y adecuado en el tiempo, y el momento de administración de un producto comercializado habitualmente como «suplemento nutricional», sin ficha técnica que especifique indicaciones, contraindicaciones, dosificación, modo de administración y precauciones.

Coincidimos en ello con Piñeiro et al.² que concluyen... «es prioritario continuar con la realización de documentos de consenso y guías de práctica clínica para ampliar la información sobre la eficacia y seguridad de los usos *off-label* en niños, y poder incorporarlos a las fichas técnicas autorizadas».

Son muchos los estudios a largo plazo que demuestran la escasez de efectos secundarios en niños menores de 6 años con trastornos del neurodesarrollo². En menores de 6 años sin trastornos del neurodesarrollo también se ha demostrado eficacia y seguridad¹. Estudios a largo plazo han demostrado su seguridad en tratamientos de hasta casi 4 años de duración³. Además, la melatonina está siendo usada en recién nacidos con encefalopatía hipóxico-isquémica,

displasia broncopulmonar o sepsis por su poder antioxidante y neuroprotector^{4,5}.

El consenso indica que el abordaje de las dificultades de inicio del sueño debe ser resultado de un acto médico con un adecuado diagnóstico basado en la anamnesis, exploración y agenda de sueño con una adecuada higiene de sueño y terapia cognitivo-conductual. Cuando el resultado de estas medidas no es el esperado y el médico considera necesario el uso de melatonina en niños mayores de 6 meses, el consenso pretende ser una ayuda para un adecuado manejo basado en la evidencia científica disponible.

Bibliografía

1. Ugarte Libano R. Insomnio, melatonina y prudencia. *An Pediatr (Barc)*. 2014.
2. Piñeiro Pérez R, Ruiz Antorán MB, Avendaño Solá C, Román Riechmen E, Cabrera García L, Cilluero Ortega MJ, et al. Conocimiento sobre el uso de fármacos *off-label* en Pediatría. Resultados de una encuesta pediátrica nacional 2012-2013 (estudio OL-PED). *An Pediatr*. 2014;81:16-21.
3. Appleton RE, Jones AP, Gamble C, Williamson PR, Wiggs L, Montgomery P, et al. The use of Melatonin in children with neurodevelopmental disorders and impaired sleep: A randomised, double-blind, placebo-controlled, parallel study (MENDS). *Health Technol Assess*. 2012;16:i239.
4. Sánchez-Barceló EJ, Mediavilla MD, Reiter RJ. Clinical uses of melatonin in pediatrics. *Int J Pediatr*. 2011;2011:892624.
5. Biran V, Phan Duy A, Decobert F, Bednarek N, Alberti C, Baud O. Is melatonin ready to be used in preterm infants as a neuroprotectant? *Dev Med Child Neurol*. 2014;56:717-23.

G. Pin Arboledas

Correo electrónico: gonzalopin@pinarboledas.es
<http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2014.07.024>

Conflictos éticos en el establecimiento de niveles asistenciales en la trisomía 18



Ethical conflicts in establishing health care levels in trisomy 18

Sr. Editor:

Hemos leído con mucho interés el artículo de García-Muñoz et al. sobre los problemas éticos surgidos en el manejo clínico de una paciente con trisomía 18¹. Dada nuestra experiencia con un caso similar, y de larga supervivencia hasta los 14 años², nos parece oportuno aportar algún comentario al mismo.

El diagnóstico prenatal de trisomía 18 o síndrome de Edwards conduce con frecuencia a la interrupción del embarazo y los niños que nacen vivos tienen una supervivencia muy corta y con importantes limitaciones neurológicas y físicas. En el amplio estudio publicado por Wu et al., la mayoría

de los nacidos vivos con trisomía 18 completa mueren en las primeras semanas de vida, sobreviviendo el 20% a los 3 meses y el 8% al año³. Sin embargo, entre los que superan el año de edad se han descrito también supervivencias prolongadas, en algunos casos de alrededor de 20 años⁴, por lo que los padres deben ser informados de que el pronóstico de supervivencia a partir de ahí es impredecible. Estos últimos casos reciben en muchas ocasiones múltiples procedimientos médicos y quirúrgicos hospitalarios como parte de su tratamiento. Entre ellos, la cirugía cardíaca, que en alguna serie recibe hasta la cuarta parte de pacientes, puede mejorar su supervivencia y calidad de vida en pacientes seleccionados⁵.

Pero puede haber distintas interpretaciones sobre las expectativas de estos niños y su calidad de vida, y lo que realmente es mejor para el paciente. Es importante reseñar que para muchos padres los niños van logrando lentamente algunos avances, una comunicación no verbal e interacción con padres y hermanos, tienen una dignidad y necesidad de cuidados como cualquier otro niño y su existencia mejora la calidad de vida familiar⁶⁻⁸. Además, las asociaciones de afectados y grupos de apoyo frecuentemente sugieren a los