



Cartas al director

Hablemos de la melatonina, aunque sea para mal

Ramón Ugarte Líbano

Pediatra. Excoordinador del Grupo de Sueño de la AEPap. Vitoria-Gasteiz. España.

Publicado en Internet:
5-febrero-2024

Ramón Ugarte Líbano:
rugarte@gmail.com

Creo no equivocarme si afirmo que la melatonina es la hormona que concita más artículos en la prensa generalista dentro del ámbito de la Pediatría. Está claro que hablar de ella, aunque sea mal, siempre proporciona beneficios a la industria farmacéutica.

La última oleada en prensa nacional se generó a raíz de un artículo publicado el pasado mes de noviembre en JAMA Pediatrics¹ en el que se comparaba el consumo actual de melatonina en niños estadounidenses con el del bienio 2017-2018. Si en 2017-2018 el 1,3% de los padres comunicaba que sus hijos consumían melatonina, en la actualidad lo hace el 5,6% de los niños preescolares (1-4 años), el 18,5% de los escolares (5-9 años) y el 19,4% de los preadolescentes (10-13 años). Desconozco el consumo de esta hormona en España y será imposible hacerlo de fuentes oficiales porque se vende como suplemento nutricional sin requerir prescripción médica, pero no sería de extrañar que haya sufrido también un notable incremento de consumo, como ocurre con todas las modas nocivas que vienen del otro lado del Atlántico.

No es momento de hablar en profundidad de lo que es la melatonina, pero conviene recordar que es una neurohormona con receptores en prácticamente todos los tejidos del organismo y que, en lo referente al sueño, presenta un marcado efecto cronorregulador y un débil, si alguno, efecto hipnótico.

Me parece conveniente hacer un repaso cronológico para conocer cuál ha sido la postura de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap) en este asunto. En septiembre de 2011 se publicó la *Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos del Sueño en la Infancia y Adolescencia en Atención Primaria*² (en adelante, GPC), presentada el 26 de septiembre de 2012. En ese cometido participaron varias sociedades pediátricas, incluida nuestra asociación, pediatras de Atención Primaria y hospitalarios, enfermeras de Pediatría, neurofisiólogos, psicólogos, familiares de pacientes con trastornos y enfermedades del sueño y otros especialistas, incluido expertos en metodología. En esta GPC se revisaron 430 documentos, sin bien es cierto que era escasa la bibliografía con alto nivel de evidencia sobre población pediátrica sin patología subyacente afecta de trastornos del sueño.

Cómo citar este artículo: Ugarte Líbano R. Hablemos de la melatonina, aunque sea para mal. Rev Pediatr Aten Primaria. 2024;26:109-11. <https://doi.org/10.60147/999c6838>

Respecto al uso de melatonina se marcaron dos recomendaciones claras, algo que se ha venido a llamar “líneas rojas”: no uso de melatonina en lactantes de menos de 6 meses y falta de evidencia para recomendar el uso de la melatonina en niños menores de 6 años.

En menores de seis meses no se han promocionado tratamientos con melatonina. Así, por ejemplo, nadie se ha atrevido a recomendar melatonina en lactantes con cólicos del primer trimestre pese a que hace más de 30 años se pensó en la posibilidad de que la ausencia de ritmo circadiano de melatonina en el primer trimestre de vida, ritmo que se empieza a establecer no antes de las primeras ocho semanas de vida³, y la posible dependencia de niveles elevados de melatonina vespertina, que le proporcionó la madre durante la gestación, estén en la génesis de tan prevalente trastorno⁴. Tampoco parece que hayan tenido mucho éxito las leches disociadas en las que se incrementaba el aporte nocturno de triptófano, precursor de la melatonina, para mejorar el sueño del lactante.

Por el contrario, en lactantes mayores de 6 meses y en niños menores de 6 años sí se ha promocionado el uso de melatonina. En abril de 2013, una empresa farmacéutica comercializadora de melatonina (Humana Spain, S. I.) propició un consenso mediante una beca no condicionada para abordar el tratamiento del niño con dificultades de inicio del sueño (insomnio, síndrome de retraso de fase y síndrome de piernas inquietas) al que se invitó a participar a varias sociedades pediátricas nacionales, entre ellas a la AEPap. En la elaboración final del consenso surgieron una serie de discrepancias que hicieron que nuestra asociación no apoyara ese documento. De entrada, la imagen de cabecera del material editado era un lactante, de apariencia normal, sano, que dormía plácidamente, algo de una elocuencia tal que vulneraba las recomendaciones de no tratamiento con melatonina de la GPC. Otra discrepancia, no menos importante, era una referencia confusa sobre grupos etarios, donde todos eran niños, sin distinguos entre lactantes, preescolares o escolares, o mayores o menores de seis años y, finalmente, en el documento distribuido

a pediatras, las citas bibliográficas relativas a insomnio infantil hacían referencia a niños con TDAH o alteraciones del neurodesarrollo, no a población infantil sana. Consultado el grupo de medicina basada en la evidencia (MBE) de la AEPap, se decidió no suscribir el consenso⁵, que se publicó en noviembre de 2014. Como era lógico, en mi condición de coordinador del Grupo de Sueño de la AEPap y como participante en la elaboración del borrador del consenso, envié una Carta al Editor de *Anales de Pediatría* exponiendo mi criterio⁶.

Más de una década después de la publicación de la GPC y nueve años del mencionado consenso, vemos cómo la melatonina sigue siendo dispensada libremente en oficinas de farmacia y vendida a través de Internet, sin ningún control por tratarse de un suplemento nutricional, y con modalidades de consumo novedosas y atractivas, especialmente para niños, como las gominolas.

La buena tolerancia de la melatonina en niños, en tratamientos cortos y bajo control médico, no debe ser una justificación para un uso sin evidencia suficiente en población pediátrica sana y la bibliografía publicada en la última década sigue sin justificar el uso de la melatonina en lactantes y en niños de corta edad que no padezcan ceguera para la luz o alteraciones del neurodesarrollo. Tampoco debemos olvidar que las presentaciones de melatonina de libre dispensación no garantizan un aporte preciso de esta hormona, siendo enorme su variabilidad. Afortunadamente, las sociedades científicas pediátricas, incluida la AEPap, ya han dado la voz de alarma⁷.

Recomendar la melatonina como recurso fácil y bien aceptado por las familias (Osler dijo que el deseo de tomar medicamentos es una característica que distingue al hombre del resto de los animales) supone un riesgo de intoxicaciones y, en el mejor de los casos, impide o retrasa un enfoque adecuado del problema del insomnio en niños desde una perspectiva general, con modificación de hábitos de sueño y participación de la familia. Es, sin duda, el pediatra de Atención Primaria quien debe asumir con responsabilidad este desafío del tratamiento del insomnio en niños sin alteraciones del neurodesarrollo.

CONFLICTO DE INTERESES

El autor declara no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

ABREVIATURAS

AEPap: Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria • **GPC:** *Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos del Sueño en la Infancia y Adolescencia en Atención Primaria* • **MBE:** medicina basada en la evidencia.

BIBLIOGRAFÍA

- Hartstein LE, Garrison MM, Lewin D, Boergers J, LeBourgeois MK. Characteristics of Melatonin Use Among US Children and Adolescents. *JAMA Pediatr.* 2024;178(1):91-3. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2023.4749>
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre trastornos del Sueño en la Infancia y adolescencia en Atención Primaria. *Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos del Sueño en la Infancia y Adolescencia en Atención Primaria. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Agencia Laín Entralgo;* 2011. *Guías de Práctica Clínica en el SNS: UEtS N.º 2009/8* [en línea] [consultado el 01/01/2024]. Disponible en www.adolescenciasema.org/wp-content/uploads/2015/07/GPC-sobre-Trastornos-del-Sue%C3%B1o-en-la-Infancia-y-Adolescencia-en-Atenci%C3%B3n-Primaria.pdf
- Joseph D, Chong NW, Shanks ME, Rosato E, Taub NA, Petersen SA, *et al.* Getting rhythm: ¿how do babies do it? *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2015;100(1):F50-4. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2014-306104>
- Weissbluth I, Weissbluth M. Infant colic: the effect of serotonin and melatonin circadian rhythms on the intestinal smooth muscle. *Med Hypotheses.* 1992;39(2):164-7. [https://doi.org/10.1016/0306-9877\(92\)90180-k](https://doi.org/10.1016/0306-9877(92)90180-k)
- Pin Arboledas G, Merino Andreu M, De la Calle Cabrera T, Hidalgo Vicario MI, Rodríguez Hernández PJ, Soto Insuga V, *et al.* Consenso sobre el uso de melatonina en niños y adolescentes con dificultades para iniciar el sueño. *An Pediatr (Barc).* 2014;81(5):328.e1-328.e9. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2014.03.011>
- Ugarte Líbano R. Insomnio, melatonina y prudencia. *An Pediatr (Barc).* 2014;81(6):405. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2014.06.014>
- Pediatría denuncia el “abuso” de la melatonina en la población infantil. En: *Redacción Médica*; 8 de noviembre de 2022 [en línea] [consultado el 01/01/2024]. Disponible en <https://www.redaccionmedica.com/secciones/pediatria/pediatria-denuncia-el-abuso-de-la-melatonina-en-la-poblacion-infantil-2761>