

Conference Paper

Abordaje farmacológico de insomnio en población pediátrica

Barranco-Rogel, Héctor^{1&}; Garrido-Muñoz, Karen Stefanía^{2#}; Hernández-López, Celso Alejandro^{2*}

¹Médico Residente de Tercer año de Psiquiatría, Centro Médico Nacional "20 de Noviembre", ISSSTE.

[&]Correspondencia: betto.11.24@2gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-6071-9096>

²Médico Residente de Primer año de Psiquiatría, Centro Médico Nacional "20 de Noviembre", ISSSTE.

[#]Correspondencia: drakarengam@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-1332-4116>

^{*}Correspondencia: hlca_21@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-8692-484X>

PALABRAS CLAVE: Insomnio, sueño, melatonina, difenhidramina, mirtazapina, trazodona.

INTRODUCCIÓN

El insomnio se define como una dificultad persistente con el inicio, duración, consolidación o calidad del sueño que ocurre a pesar de las oportunidades y circunstancias adecuadas para dormir, resultando en deterioro durante el día.

El 25% de los niños sufren una patología del sueño clínicamente significativa en algún momento de la niñez. Uno de cada 5 niños pequeños y uno de cada 7 adolescentes, reportan síntomas de insomnio. Es infradiagnosticado tanto por los proveedores de atención como por los padres.

OBJETIVO

Proporcionar información actualizada y eficaz acerca del tratamiento adecuado de pacientes pediátricos ante trastornos de sueño. Criterios para un adecuado diagnóstico, conocer las conductas a seguir con la información del paciente para finalmente la selección adecuada de tratamiento individualizado.

DISCUSIÓN

El insomnio es un padecimiento infradiagnosticado, el cual es necesario identificar con los criterios correspondientes y los factores contribuyentes como personalidad/genética, ciclo sueño-vigilia, ritmo circadiano, mecanismos de copiado, edad; precipitantes como ambiente, médico, psiquiátrico, uso de medicamentos; y perpetuantes como acondicionamiento, abuso de sustancias, ansiedad por el desempeño y mala higiene del sueño. La primera línea de tratamiento es la melatonina, ya que cuenta con buen perfil de tolerancia, propiedades cronobióticas y pocos efectos adversos (pubertad precoz al suspender por la supresión del eje hipotálamo-gonadal) ni de abstinencia a la discontinuación. La dosis es: en lactantes y preescolares dosis entre 1 y 3mg/noche. En niños mayores entre 2,5 y 5mg/noche y en adolescentes entre 1 y 5mg, con un inicio progresivo.



Cita: Barranco-Rogel, EA; Garrido-Muñoz, KS; Hernández-López, CA Abordaje Farmacológico de Insomnio en la población pediátrica, Inno J, 2023, 1(1).

Publicado: Octubre 2023

Como tratamiento de segunda línea se encuentra la clonidina eficaz en jóvenes con trastornos del desarrollo neurológico y TDAH. Dosis de 0.1 mg/día antes de dormir. Otra alternativa es la Difenhidramina, que reduce la latencia del sueño, de los despertares nocturnos, y aumento de la duración del sueño en pacientes de 2 a 12 años. Dosis de 1 mg/kg a la hora de acostarse.


Como últimas alternativas se encuentran los antidepresivos como la Trazodona, 25 a 50 mg antes de acostarse y aumentar según la tolerancia, generalmente a 50-100 mg/día. Es el antidepresivo más sedante porque inhibe la unión de la serotonina y bloquea los receptores de histamina, por lo que se usa en pacientes con depresión comórbida. O en su defecto la Mirtazapina, la cual, aumenta la duración del sueño y reduce la latencia del inicio del sueño en depresión mayor. Se inicia con 15 mg/día, y si no hay respuesta administrar una dosis de 7,5 mg/día.

CONCLUSIÓN

El insomnio es un problema de salud bastante prevalente e infradiagnosticado, desafortunadamente, aún más en la población pediátrica. Es necesario identificar el entorno en el que se desarrollan los pacientes para contemplar cuestiones no farmacológicas que deben ser modificadas, favoreciendo la formación de una correcta higiene del sueño a lo largo de la vida y de ser necesario, únicamente posterior al manejo no farmacológico, apoyarnos de terapia médica con sustancias como la melatonina, primera línea de elección, con propiedades cronobióticas y perfil ampliamente seguro, para lograr los objetivos mencionados anteriormente. Así pues, hacer notar la importancia de la individualización del tratamiento sobre todo en problemas de salud con origen multifactorial, siempre en beneficio del correcto abordaje y diagnóstico para la elección ideal de tratamiento con el mejor desenlace posible para los pacientes pediátricos.

REFERENCIAS

1. Madeline Himelfarb BFA, Jess P. SHatkin MD, MPH. Pediatric Insomnia. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America. Vol. 30, Issue 1, January 2021, Pages 117-129. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2020.08.004>
2. Pediatric insomnia: Treatment. Current Psychiatry. Vol 21, No. 1. doi:10.12788/cp.0200
3. American Academy of Sleep Medicine. International classification of sleep disorders, 3rd ed. Darien, IL: American Academy of Sleep Medicine, 2014.
4. Melatonina en los trastornos de sueño. Sociedad Española de Neurología. Elsevier España, SLU. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2018.08.002>
5. Stahl SM. Guía del prescriptor: psicofarmacología esencial de Stahl. Aula Médica; 2021.



Cita: Barranco-Rogel, EA; Garrido-Muñoz, KS; Hernández-López, CA Abordaje Farmacológico de Insomnio en la población pediátrica, Inno J, 2023, 1(1).

Publicado: Octubre 2023