

# INSOMNIO Y PESADILLAS

MEDICINA PALIATIVA



ALUMNA: NIDIA GABRIELA VALDEZ CALDERON

El sueño es un comportamiento natural, periódico, altamente estructurado y bien organizado. Define un proceso circadiano esencial que está regulado por un proceso hormonal interno (melatonina) y por la luz y es fundamental para la salud psicofisiológica. El sueño normal consta de varias fases que se caracterizan por diferentes patrones electroencefalográficos (EEG). Los individuos sanos comienzan el sueño en la fase I (sueño tranquilo) y progresan a través de las fases II y III hasta la fase IV:

Fase I: sueño ligero que implica movimientos oculares lentos y relajación muscular.

Fase II: interrupción de los movimientos oculares, ondas cerebrales lentas, con brotes ocasionales de ondas rápidas llamadas husos de sueño.

Fase III: aparecen ondas delta cerebrales extremadamente lentas (0,5 a 4 Hz), intercaladas con ondas más pequeñas y rápidas.

Fase IV: casi exclusivamente ondas delta.

En todas estas fases no existen movimientos oculares ni actividad muscular; por tanto, se define como sueño NREM.

El insomnio puede caracterizarse como un síntoma o como un trastorno clínico. El síntoma insomnio se refiere a una queja subjetiva que puede incluir dificultad para dormirse, problemas para mantenerse dormido, despertares nocturnos prolongados y despertar matutino precoz con incapacidad para retomar el sueño. Como trastorno, el insomnio comprende un síndrome que incluye el síntoma del insomnio junto con una prueba diagnóstica específica (clínica o de laboratorio) y un sufrimiento significativo o una alteración funcional sin presencia de características específicas.

La valoración subjetiva de la calidad del sueño y sus alteraciones es importante, porque la mala calidad del sueño y los trastornos de sueño pueden contribuir a la aparición de trastornos somáticos o psiquiátricos.

## EPIDEMIOLOGÍA Y PREVALENCIA

La incidencia de insomnio varía del 10 al 50% en los adultos. Entre el 10 y el 13% de la población adulta sufre de insomnio crónico y un 25-35% adicionales experimentan un insomnio transitorio u ocasional.

La prevalencia del insomnio en las diferentes poblaciones se asocia a determinados factores de riesgo como los antecedentes de trastornos del sueño, la edad avanzada, el sexo femenino, los trastornos psiquiátricos, los trastornos médicos, la alteración de las actividades de la vida diaria, el uso de ansiolíticos e hipnóticos y el nivel socioeconómico bajo. Las cargas genéticas y ambientales de los trastornos del sueño son independientes de las de la ansiedad y la depresión. Las variables genéticas y del estilo de vida interactúan con los factores genéticos para influir sobre el riesgo de insomnio.

## FISIOPATOLOGÍA

El insomnio del inicio del sueño se caracteriza por un retraso del inicio del sueño sin otras alteraciones de las fases del sueño y con un aumento de la actividad fisiológica antes del sueño. También se asocia a neurosis, ansiedad y preocupaciones. En un estudio no se encontraron diferencias en la duración del sueño tras el ejercicio físico que produce cansancio, comparado con la relajación previa al sueño, incluso a pesar de que la actividad física aumentaba de forma significativa la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria y la temperatura rectal antes del sueño.

Los ciclos del sueño son complejos y están controlados por diferentes neurotransmisores, incluida la noradrenalina, la serotonina, la acetilcolina, la dopamina, la histamina, el ácido  $\gamma$ -aminobutírico, las hormonas hipofisarias y la neurohormona melatonina, que influye sobre la latencia, las fases y la duración del sueño.

## MANIFESTACIONES CLÍNICAS

El insomnio es desencadenado por diferentes entidades. Las causas médicas varían e incluyen el dolor crónico, los trastornos primarios del sueño como la apnea del sueño, los movimientos periódicos de las extremidades, el síndrome de piernas inquietas, la disnea, el embarazo y el uso o retirada de fármacos. El cáncer es un

factor precipitante potencialmente importante. Los pacientes con cáncer con insomnio clínico (dificultad para dormirse, despertares nocturnos, vuelta al sueño, despertar matutino precoz y pesadillas) duermen significativamente menos horas. La depresión se correlaciona con un menor mantenimiento del sueño, sueño no restaurador, cansancio y pesadillas. La ansiedad causa mayor dificultad para dormirse, sueño menos restaurador y pesadillas. La confusión se asocia a astenia y pesadillas.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Es muy importante identificar causas y no tratar el problema sólo de forma sintomática, porque el tratamiento depende de la causa. La valoración debería incluir una historia clínica completa del sueño (por parte del paciente y también por parte de su compañero de cama o de su familia, si es posible), la exploración del estado mental hipnóticos.

El insomnio a corto plazo (varias semanas) es la consecuencia de una enfermedad más prolongada o una preocupación sobre estar enfermo, problemas económicos o dificultades laborales; del duelo (en cuyo caso puede prolongarse o complicarse), o de un trastorno psiquiátrico; la evolución es fluctuante.

El insomnio crónico (meses o años) se asocia a problemas psicológicos persistentes (especialmente estrés), mala higiene del sueño (p. ej., ambiente de sueño que no induce al mismo, ronquidos, compañero de cama inquieto) y a la ingesta excesiva de cafeína o al uso excesivo de nicotina o de alcohol, especialmente por la noche.

El insomnio condicionado se produce cuando la causa originaria no es ya aplicable, pero la cama se ha asociado ya a estar despierto.

El insomnio familiar fatal (IFF), una de las enfermedades neurodegenerativas por priones heredables (autosómica dominante), debe diferenciarse de los trastornos del sueño. Los síntomas clave de esta enfermedad transmitida genéticamente son el insomnio grave progresivo, «sueño» consciente, alucinaciones, trastornos autonómicos (taquicardia, hipertensión, hiperhidrosis, hipertermia), un aumento en los niveles circulantes de catecolaminas, cambios cognitivos, ataxia y manifestaciones endocrinas con cambios posteriores que simulan una demencia.

Se dispone de diversas pruebas para diferenciar el insomnio primario:

1. Epworth Sleepiness Scale: un cuestionario validado que se utiliza para valorar el sueño diurno.
2. Polisomnografía (PSG) de toda la noche: una prueba que mide la actividad durante el sueño.
3. Actigrafía: una prueba para valorar los patrones de sueñovigilia a lo largo del tiempo (los actígrafos son dispositivos pequeños que se llevan en la muñeca y que miden el movimiento).
4. Exploración mental para descartar depresión, ansiedad u otro trastorno de salud mental: una exploración del estado mental, los antecedentes de salud mental y las evaluaciones mentales básicas pueden ser parte de la valoración inicial.
5. Resonancia magnética u otras pruebas de neuroimagen según estén indicadas, para descartar lesiones estructurales del sistema nervioso central.
6. Pruebas de laboratorio para descartar trastornos médicos.
7. Pruebas variadas: EEG, EMG, electrooculografía, electrocardiografía, flujo aéreo en la nariz y la boca, esfuerzo respiratorio, saturación de oxígeno.

## TRATAMIENTO

El tratamiento comprende varios abordajes complejos y requiere una documentación detallada de los patrones de sueño, los antecedentes médicos (p. ej., trastornos psiquiátricos o insomnio personales o familiares), fármacos, consumo de drogas y alcohol y factores asociados al trabajo (p. ej., cambios de turno), junto con una revisión del ambiente del sueño (diario de sueño) y de las actitudes respecto al sueño. En cuidados paliativos, las benzodiazepinas son los fármacos más utilizados.

### Fármacos de elección

Los antidepresivos y los fármacos antipsicóticos se utilizan con frecuencia para los trastornos del sueño en medicina paliativa. Debido a que el delirium es frecuente en el cáncer avanzado, los fármacos antipsicóticos son los más utilizados para tratar el insomnio con delirium. La mirtazapina es atractiva debido a su seguridad y perfil de

efectos secundarios. Ha ganado el interés de los especialistas en cuidados paliativos como sedante y estimulante del apetito. Los fármacos utilizados con frecuencia pero no estudiados adecuadamente son los antihistamínicos, la melatonina, la valeriana y otros ansiolíticos de fitoterapia (p. ej., kava).