

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

DOCENTE: DR. RICARDO ACUÑA DEL SAZ.

SEXTO SEMESTRE.

ASIGNATURA: MEDICINA PALIATIVA.

ALUMNA: YESSICA LIZBETH SANCHEZ SANTIZ.

CUARTO PARCIAL.

TEMA: INSOMNIO



TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS.

INSOMNIO

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 ni 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 ni: 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 (sin movimientos oculares rápidos, non-rapid eye movement). Se caracteriza por una actividad moderadamente sincrónica en el EEG. Por el contrario, el sueño de movimientos oculares rápidos (REM) se caracteriza por la activación en el EEG, atonía muscular y movimientos oculares rápidos. La fase I es sustituida por REM, que se repite a lo largo de la noche y el ciclo dura aproximadamente 90 minutos. En esta fase se producen los sueños, con recuerdos vividos al despertar.

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. El insomnio es un síntoma frecuente en el cáncer. Algunos estudios han utilizado sistemas de cuantificación de la calidad de vida, escalas de valoración

de síntomas y encuestas para determinar los trastornos de sueño, pero pocos han utilizado instrumentos validados. Dos estudios exploraron la prevalencia, las causas más importantes y el tratamiento en los pacientes con cáncer en tratamiento paliativo, pero sólo uno de ellos utilizó un instrumento validado, el Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). 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. La privación de sueño tiene un efecto físico perjudicial sobre la tolerancia al dolor, la función inmunológica, el estado de ánimo y la resistencia física. El sufrimiento psicológico es la consecuencia más destacada del insomnio (o el sueño insuficiente), pero existen escasos datos de que puedan producirse también anomalías fisiológicas sutiles, como la alteración de las respuestas inmunes o de la función autonómica.

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 pesadillas⁵. El dolor se correlaciona significativamente con dificultad para dormirse; el cansancio, con la dificultad para dormirse y mantener el sueño y con menos horas de sueño; la depresión, con despertar precoz, y la ansiedad, con dificultad para dormirse y mantener el sueño y con sueño no reparador.

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

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, los benzodiazepinas son los fármacos más utilizados. Sin embargo, deberían considerarse los fármacos de otras clases, así como los tratamientos no farmacológicos.

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).

Bibliografía: Dilara Seyidova Khoshknabi. (2010). Insomnio. En Medicina Paliativa de Walsh (965-970). España: Elsevier.