



**DOCENTE:** DR. RICARDO ACUÑA DEL SAZ

**ALUMNOS:** CÉSAR ALEXIS GARCÍA RODRÍGUEZ

**LICENCIATURA:** MEDICINA HUMANA

**SEMESTRE:** 5º

**UNIDAD:** 4

**MATERIA:** MEDICINA PALIATIVA

**TITULO DEL TRABAJO:** INSOMNIO



## **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 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. Los problemas para dormir (insomnio) son un síntoma muy frecuente en los pacientes con cáncer. El insomnio es un síntoma multidimensional que implica dificultades para quedarse dormido y para mantener el sueño, despertares precoces por la mañana, problemas para reanudar el sueño, astenia diurna y pesadillas.

**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. Los estudios de pacientes con cáncer recién diagnosticado refieren insomnio en un 30-50%. Los trastornos de sueño persisten en el 23-44% de estos pacientes durante varios años tras el tratamiento.

**FISIOPATOLOGIA.** Dos teorías propuestas para explicar el insomnio idiopático implican una hiperalerta tanto fisiológica como cognitiva respecto a los individuos normales. Los que se definen a sí mismos como malos dormidores tenían niveles más elevados de actividad fisiológica que los «buenos dormidores. 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. Es improbable que sólo el ejercicio físico produzca un retraso en el inicio del sueño. De forma similar, aunque se encuentran datos de aumento de la neurosis, la ansiedad y la preocupación en los insomnes, muchas personas experimentan los mismos síntomas pero no tienen dificultad para dormir.

**MANIFESTACIONES CLINICAS.** 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. 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.

**DIAGNOSTICO 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 y la revisión de los antecedentes médicos, psiquiátricos y familiares. Son valiosos los cuestionarios de cribado y el diario de sueño. Existen varios tipos de insomnio. El insomnio transitorio (duración de varios días) es muy frecuente; puede estar causado por la preocupación anticipatoria por un hecho o puede estar relacionado con una disputa familiar, un ambiente desconocido en el que dormir, una enfermedad breve o la retirada de fármacos 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 por ejemplo, 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.

**TRATAMIENTO.** El tratamiento comprende varios abordajes complejos y requiere una documentación detallada de los patrones de sueño, los antecedentes médicos por ejemplo ,trastornos psiquiátricos o insomnio personales o familiares, fármacos, consumo de drogas y alcohol y factores asociados al trabajo, 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. Sin embargo, deberían considerarse los fármacos de otras clases, así como los tratamientos no farmacológicos. **EFFECTOS SECUNDARIOS DE LOS FARMACOS.** Los efectos secundarios incluyen diferentes alteraciones sistémicas principalmente del sistema nervioso central. Las benzodiazepinas pueden tener efectos adversos significativos como somnolencia diurna, que es más grave con los fármacos de acción larga flurazepam; amnesia anterógrada dependiente de la dosis; alteración de otros aspectos de la función psicomotriz tiempo de reacción, memoria y alerta, y un riesgo aumentado de caídas con lesiones y fracturas de cadera en ancianos, especialmente con fármacos de acción larga, dosis elevadas, múltiples fármacos y alteración cognitiva. Los efectos adversos de los antidepresivos son inquietud, mareo, insomnio, agudización del síndrome de piernas inquietas y de los movimientos periódicos de las extremidades<sup>65</sup>, sedación, astenia, ansiedad, alteración de la función cognitiva, convulsiones, síntomas extrapiramidales, coma, alucinaciones, confusión, desorientación, alteración de la coordinación, ataxia, cefalea, pesadillas e hiperpirexia. Los efectos secundarios de los antihistamínicos son la alteración Cognitiva y funcional. Los efectos anticolinérgicos de los fármacos antihistamínicos son problemáticos en los ancianos debido a la confusión y las caídas. Los efectos adversos de la melatonina comprenden somnolencia diurna. Algunos estudios sugieren que la melatonina afecta al ciclo reproductor en algunas especies de mamíferos. **FARMACOS DE ELECCION.** 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<sup>82-85</sup>. Los fármacos utilizados con frecuencia pero no estudiados adecuadamente son los antihistamínicos, la melatonina, la valeriana y otros ansiolíticos de fitoterapia. Por ejemplo, kava. Los estudios epidemiológicos longitudinales demuestran que el insomnio persistente está asociado a una mayor incidencia de trastornos depresivos y que el insomnio crónico causa varios problemas físicos de salud. El insomnio se asocia a mala salud, estado de ánimo deprimido, enfermedad crónica persistente, incapacidad física y viudez. Los fármacos y el alcohol son los principales factores contribuyentes<sup>93</sup>. Estos hechos sugieren que existe una vulnerabilidad genética al insomnio, pero los factores adquiridos son los principales factores contribuyentes.

**Bibliografía.** Declan Walsh. (2010). Tos, Hemoptisis y Broncorrea. . En Medicina Paliativa (de 965 a la 970). Cleveland, Ohio: Elsevier Saunders.