



**NOMBRE DE ESTUDIANTE:**  
**Adly Candy Vázquez Hernández**

**DOCENTE:**  
**Dr. Ricardo Acuña Del Saz**

**MATERIA:**  
**Medicina Paliativa**

**TEMA:**  
**“Insomnio”**

**CARRERA:**  
**Medicina Humana**

**SEMESTRE:**  
**6°**

**Tuxtla Gutiérrez, Chiapas**  
**11/06/2021**

## 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. 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.

CIENCIAS BÁSICAS

Las hormonas y los neurotransmisores digestivos como la colecistocinina (CCK) modulan muchos efectos autonómicos y conductuales, incluido el sueño. La CCK tiene dos subtipos de receptores: CCKb, que abunda en diferentes regiones cerebrales, y CCKA, que se localiza principalmente en el aparato digestivo. Ambos son estimulados por el éster sulfato del octapéptido colecistocinina (CCK-8-SE). La inyección de CCK-8-SE desencadena respuestas conductuales y autonómicas como la interrupción de la ingesta, la disminución de la conducta exploratoria, el retraimiento social, el sueño, aumento del sueño NREM e hipotermia.

### FISIOPATOLOGÍA

Dos teorías propuestas para explicar el insomnio idiopático implican una hiperalerta tanto fisiológica como cognitiva respecto a los individuos normales. Los que se definían 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. 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 "f-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. 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 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 (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).

El insomnio también debería diferenciarse de las muchas otras entidades patológicas. 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. **BIBLIOGRAFÍAS:** Declan Walsh, MD. (2010). Medicina Paliativa. Barcelona, España: Elsevier saunders.