

**XVIII Curso de Actualización
para Médicos Generales
La Visión del Residente**

***INSOMNIO.
Un abordaje sencillo desde el consultorio***

Dr. Juan Camilo Aguirre Cardona
Residente de 3 año de Psiquiatría
Universidad CES



Regional Antioquia

*¿Por qué es importante que
hablemos del insomnio?*



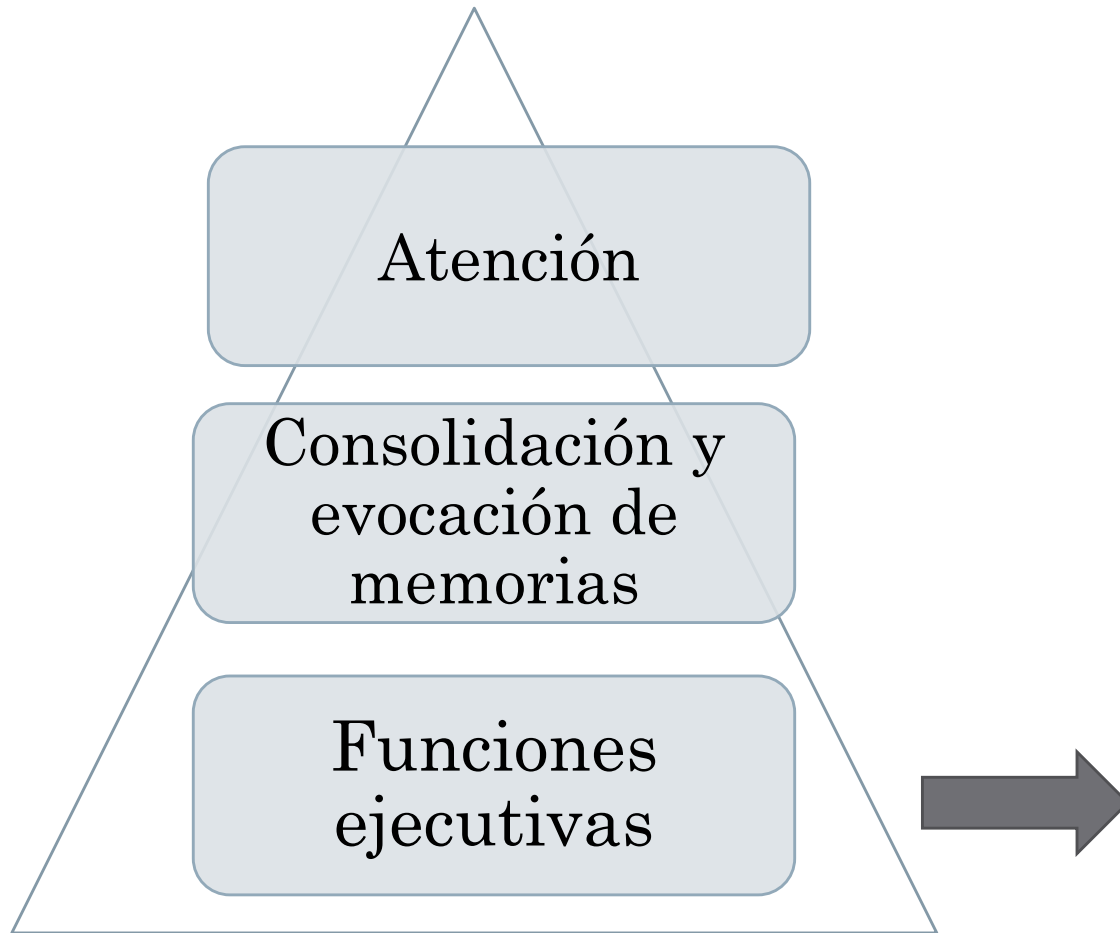
Insomnio

Trastorno de hiper-alertamiento

Incremento en la activación cortical

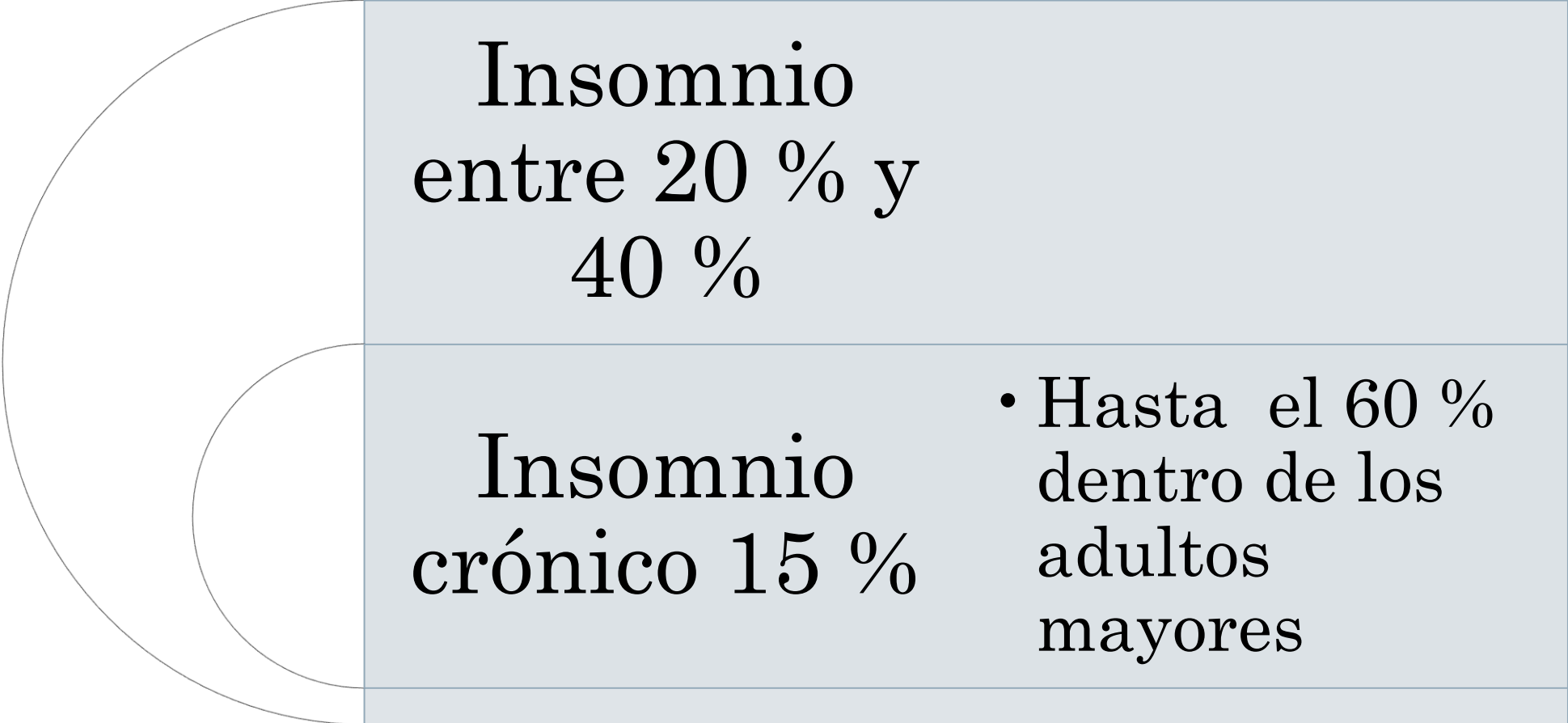
Se define como la *Insatisfacción por la cantidad o la calidad del sueño*

¿Qué se afecta cuando no dormimos bien?



- Memoria de trabajo
- Planificación
- Flexibilidad
- Monitorización
- Inhibición

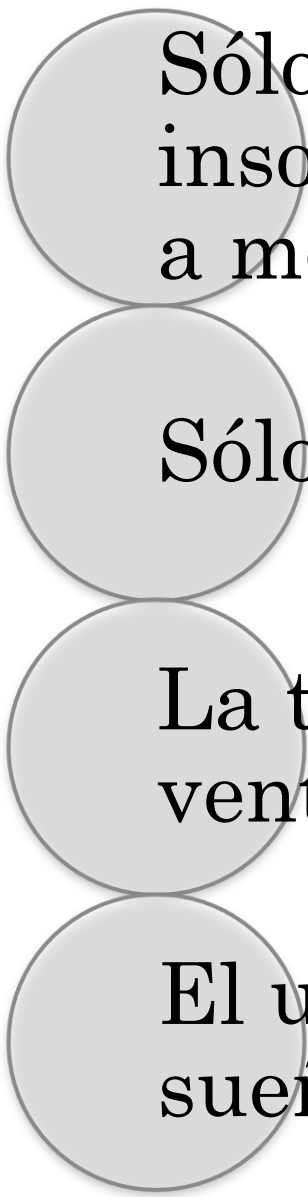
Prevalencias



Insomnio
entre 20 % y
40 %

Insomnio
crónico 15 %

- Hasta el 60 % dentro de los adultos mayores



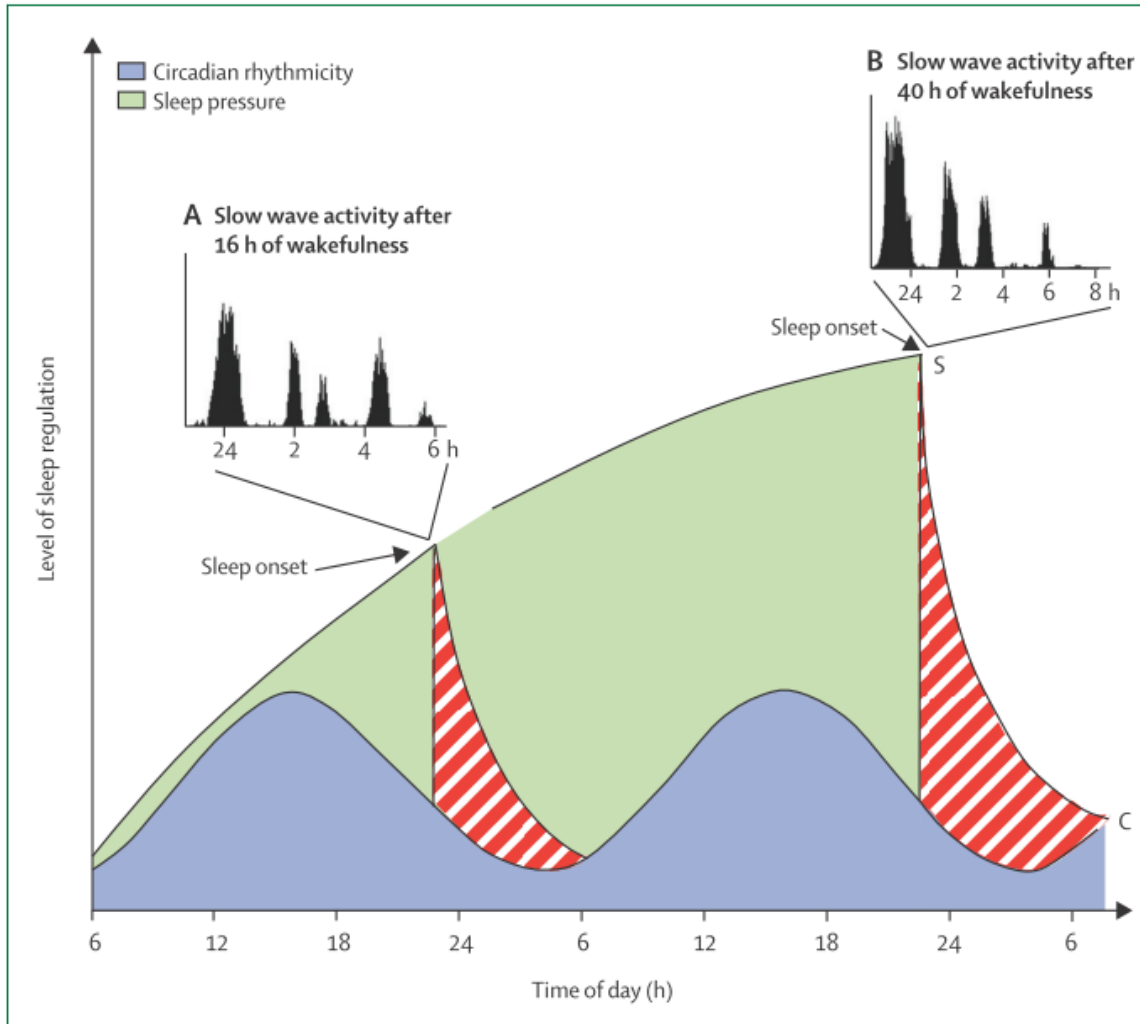
Sólo el 21% de las personas con insomnio informó el problema de sueño a médico

Sólo el 5% recibió tratamiento

La tasa de uso de medicamentos de venta libre varió de 10 a 29%

El uso del alcohol como una ayuda del sueño estaba entre el 10 y el 28%

Regulación sueño-vigilia

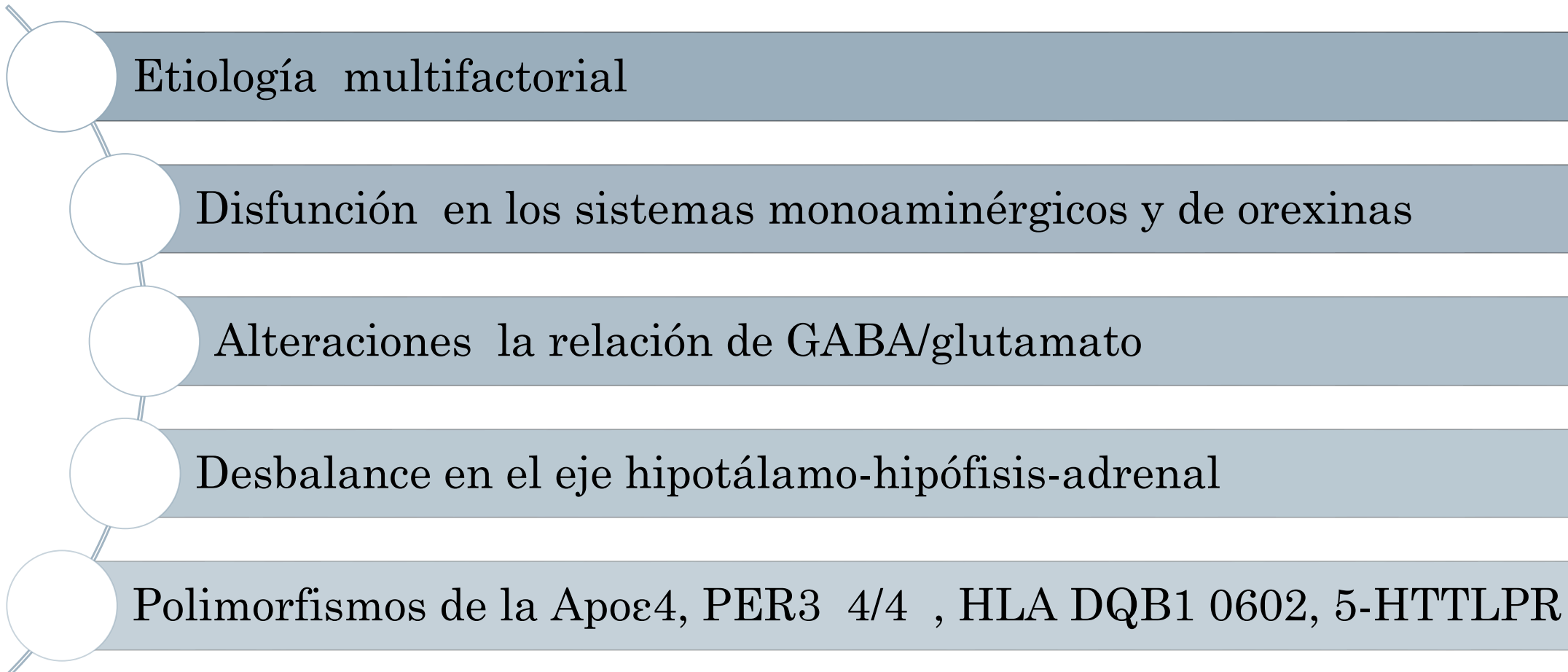


**Proceso
homeostático**
Adenosina



**Proceso
cronobiológico**
Melatonina

Patofisiología



Etiología multifactorial

Disfunción en los sistemas monoaminérgicos y de orexinas

Alteraciones la relación de GABA/glutamato

Desbalance en el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal

Polimorfismos de la Apo ϵ 4, PER3 4/4 , HLA DQB1 0602, 5-HTTLPR

Trastorno de insomnio (DSM 5)

A. Predominante insatisfacción por la cantidad o la calidad del sueño, asociada a uno (o más) de los síntomas siguientes:

1. *Dificultad para iniciar el sueño. (En niños, esto se puede poner de manifiesto por la dificultad para iniciar el sueño sin la intervención del cuidador.)*
2. *Dificultad para mantener el sueño, que se caracteriza por despertares frecuentes o problemas para volver a conciliar el sueño después de despertar. (En niños, esto se puede poner de manifiesto por la dificultad para volver a conciliar el sueño sin la intervención del cuidador.)*
3. *Despertar pronto por la mañana con incapacidad para volver a dormir.*

B. La alteración del sueño causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral, educativo, académico, del comportamiento u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. La dificultad del sueño se produce al menos tres noches a la semana.

D. La dificultad del sueño está presente durante un mínimo de tres meses.

E. La dificultad del sueño se produce a pesar de las condiciones favorables para dormir.

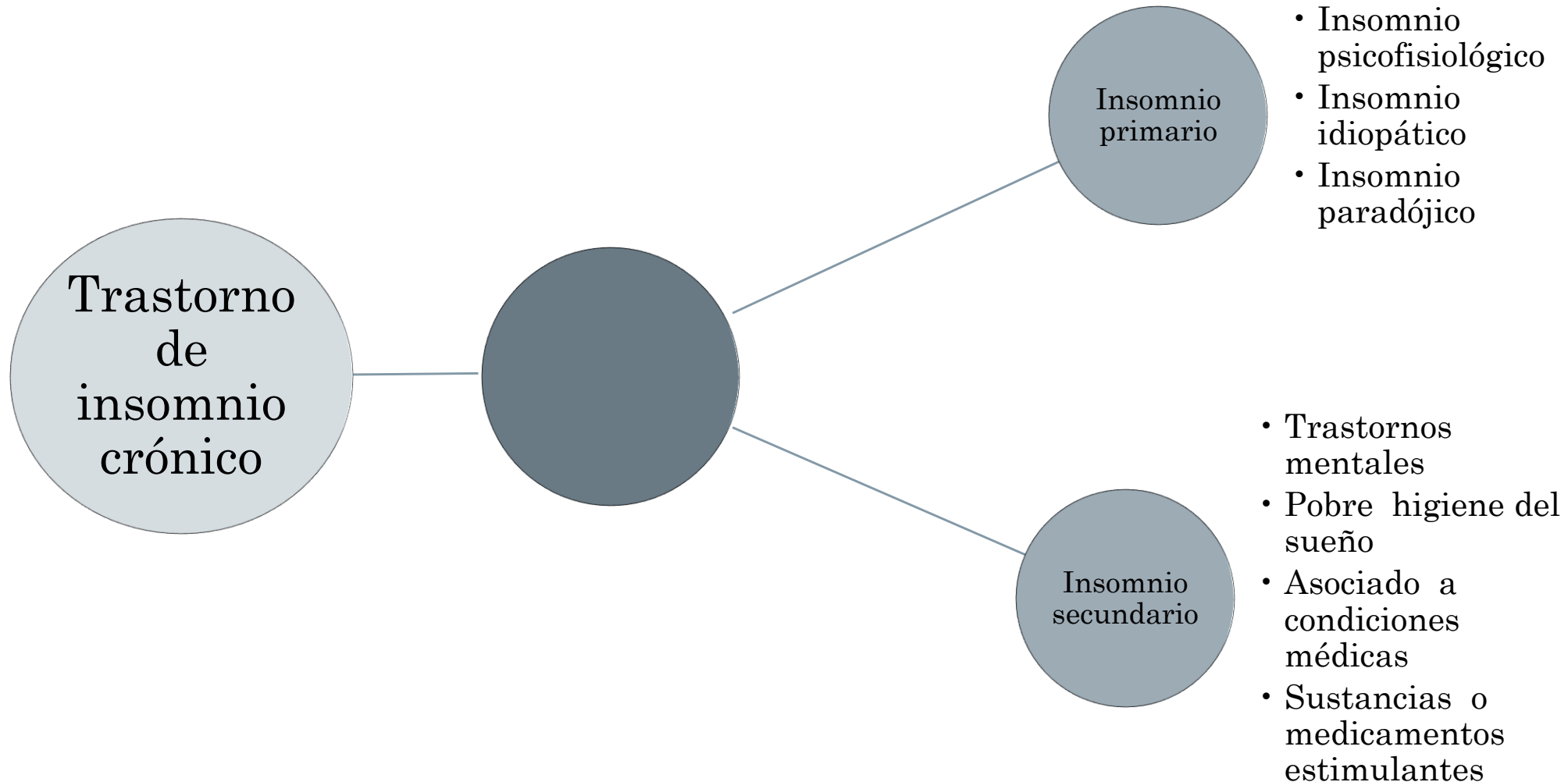
F. El insomnio no se explica mejor por otro trastorno del sueño-vigilia y no se produce exclusivamente en el curso de otro trastorno del sueño-vigilia (p.ej., narcolepsia, un trastorno del sueño relacionado con la respiración, un trastorno del ritmo circadiano de sueño-vigilia, una parasomnia).

G. El insomnio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p.ej., una droga, un medicamento).

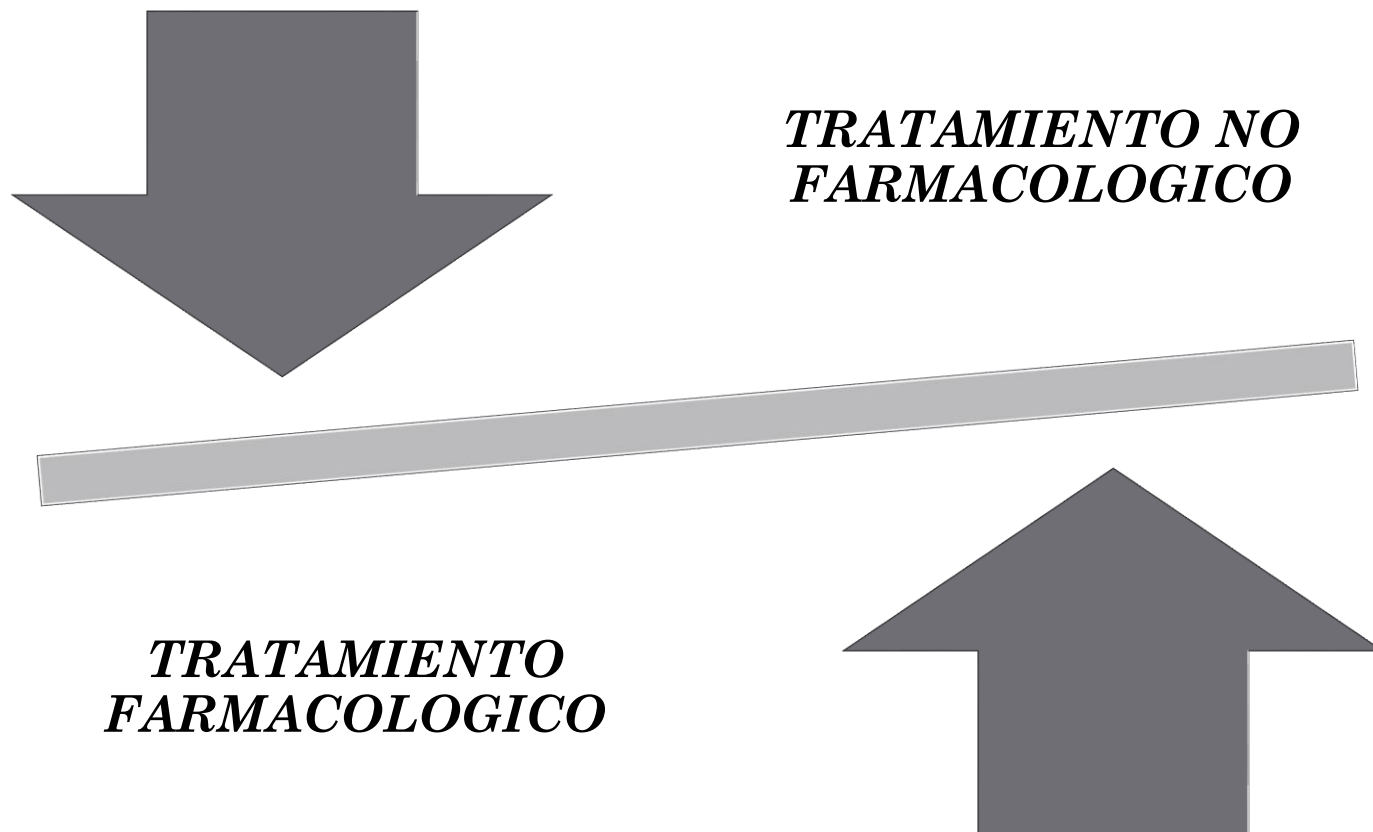
H. La coexistencia de trastornos mentales y afecciones médicas no explica adecuadamente la presencia predominante de insomnio.

Clasificación

Classification of Sleep Disorders ICSD-3



Tratamiento del insomnio



Tratamiento farmacológico

Agonistas del Receptor de Benzodiacepina

Ocupan receptores alfa complejo GABA_A

Abre canales de cloro y facilita de la acción inhibitoria de GABA

Algunos de estos fármacos tienen una estructura química de benzodiacepina, mientras que otros no (drogas Z)

INDICACIONES

- Las indicaciones de la FDA a las benzodiazepinas son en su mayoría generales, incluyen todos los subtipos de insomnio
- Entre las no benzodiazepinas, la FDA es más específica
 - El zaleplón, el zolpidem y el zolpidem sublingual están específicamente indicados para la inducción del sueño
 - La eszopiclona y el zolpidem CR están indicados tanto para la inducción del sueño como para el mantenimiento del sueño

SEGURIDAD

- Efectos residuales
- Caídas
- Amnesia
- Insomnio de rebote
- Episodios Amnésicos de Parasomnia
- **Potencial de abuso**
 - **Dependencia comportamental y/o física se desarrolla con el uso crónico de BzRAs**

Antidepresivos

Trazodona, amitriptilina y mirtazapina son los mas usados

Por problemas de seguridad se recomienda evitar los ADT

Trazodona

- En dosis de 25 a 150 mg hay Bloqueo receptores H1y $\alpha 1$
- Vida media corta y No produce dependencia
- Trastornos del mantenimiento del sueño

Mirtazapina

- A dosis de 7.5 mg antagonismo de receptores H1, suprime secreción de cortisol
- No hay supresión del sueño REM
- Indicado útil tanto para trastornos de inicio como de mantenimiento del sueño

Antipsicóticos atípicos



Efectos están mediados por su actividad antihistamínica

Pocos estudios

Reportes de mejoría en la calidad del sueño

No hay estudios claros sobre seguridad

Solo se deberían utilizar en presencia de comorbilidad psiquiátrica

Melatonina

- Los receptores MT1 / MT2 median los efectos soporíferos y cronobióticos
- La latencia de inicio del sueño evaluada por polisomnografía disminuyó en un 50%
- Sin afectar negativamente la estructura y la arquitectura del sueño
- No se observaron efectos de abstinencia o rebote

*Tratamiento NO
farmacológico*

Terapia cognitivo conductual para el insomnio (CBT-I)

Recomendada
como primera
línea de
manejo



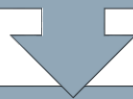
Mejorar
cogniciones y
conductas que
alteran el ciclo
sueño vigilia
normal

Terapia multicomponente

- **Componentes de primera línea**
 - *Terapia de control de estímulos*
 - *Educación en higiene del sueño*
 - *Terapia de restricción del sueño*
- **Componentes de segunda línea**
 - *Terapia cognitiva*
 - *Entrenamiento en relajación*

Terapia de control de estímulos

Controlar estímulos que se asocien a alertamiento



Fortalecer la asociación de cama/habitación/tiempo en cama con sueño rápido y bien consolidado.

Acostarse con la intención de dormirse sólo cuando sienta sueño

Evitar cualquier conducta en la cama o habitación que no sea la de dormir o actividad sexual

Salir de la habitación si permanece despierto más de 15 minutos

Volver a acostarse sólo cuando sienta sueño

Repita los pasos anteriores las veces que sea necesario

Evitar las siestas en el día

Educación en higiene del sueño

1. Dormir solo lo que necesite para sentirse descansado al otro día.

2. Levantarse a la misma hora todos los días.

3. Hacer ejercicio físico con regularidad, máximo 3 horas antes de dormirse.

4. Asegurarse de que la habitación sea cómoda y carezca de luz o ruido

5. Asegurarse que la temperatura de la habitación sea agradable.

6. Hacer comidas regulares y no acostarse con hambre, evitar comidas copiosas en la noche.

7. Evitar el consumo de líquidos en la noche.

Educación en higiene del sueño

8. Reducir o eliminar el consumo de productos con cafeína hasta 6 horas antes de irse a dormir.

9. Evitar el consumo de alcohol, especialmente por la noche.

10. Evitar fumar en horas de la noche y hasta 6 horas antes de irse a dormir.

11. No llevar problemas a la cama.

12. No hacer esfuerzos por dormirse, es mejor salir de la habitación y hacer una actividad no estimulante.

13. Colocar el despertador de modo que no pueda verlo.

14. Evitar las siestas

Terapia de restricción de sueño

Busca aumentar la presión de sueño

Contrarresta factores perpetuadores como pasar mucho tiempo en cama sin dormir

Tiende a restaurar de manera progresiva el ciclo circadiano

Se calculan: el tiempo total en cama, la latencia del sueño, los despertares nocturnos, el tiempo total de sueño

Se establece una hora fija para despertarse cada mañana y Se limita el tiempo en cama a una cantidad igual al tiempo medio de sueño total

Gradualmente se va llevando el paciente a un tiempo de sueño total normal

Terapia cognitiva

Creencias irracionales
acerca del
sueño/insomnio

Cambiar cogniciones,
expectativas, y
atribuciones que
perpetúan el insomnio

Terapia de relajación

Indicada si hay
hiperalertamiento

La técnica
consiste en

Algunos pacientes
pueden presentar
ansiedad
paradójica

Mantener una actitud tranquila

No forzar la relajación.

Hacer una respiración abdominal 5 veces

Body focusing por 5 minutos

Enfocarse en calor y peso de brazos y piernas (2 minutos)

XVIII Curso de Actualización para Médicos Generales

La Visión del Residente



MUCHAS GRACIAS!!!
halconvigilante@gmail.com



Regional Antioquia

Bibliografías

1. Scullin MK, Bliwise DL. Sleep, Cognition, and Normal Aging: Integrating a Half-Century of Multidisciplinary Research. *Perspect Psychol Sci J Assoc Psychol Sci.* enero de 2015;10(1):97-137.
2. Capers PL, Fobian AD, Kaiser KA, Borah R, B.Allison D. A Systemic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials of the Impact of Sleep Duration on Adiposity and Components of Energy Balance. *Obes Rev Off J Int Assoc Study Obes.* septiembre de 2015;16(9):771-82.
3. S. Larcher P-YB. Sleep habits and diabetes. *Diabetes Metab.* 2015;ARTICLE IN PRESS.
4. Hamblin JE. Insomnia: An Ignored Health Problem. *Prim Care Clin Off Pract.* septiembre de 2007;34(3):659-74.
5. Roehrs T, Roth T. Insomnia pharmacotherapy. *Neurother J Am Soc Exp Neurother.* octubre de 2012;9(4):728-38.
6. Riemann D, Nissen C, Palagini L, Otte A, Perlis ML, Spiegelhalter K. The neurobiology, investigation, and treatment of chronic insomnia. *Lancet Neurol.* mayo de 2015;14(5):547-58.
7. Saper CB. The neurobiology of sleep. *Contin Minneap Minn.* febrero de 2013;19(1 Sleep Disorders):19-31.
8. Levenson JC, Kay DB, Buysse DJ. The Pathophysiology of Insomnia. *Chest.* abril de 2015;147(4):1179-92.
9. Pinto Jr LR, Alves RC, Caixeta E, Fontenelle JA, Bacellar A, Poyares D, et al. New guidelines for diagnosis and treatment of insomnia. *Arq Neuropsiquiatr.* agosto de 2010;68(4):666-75.
10. Sateia MJ. International classification of sleep disorders-third edition: highlights and modifications. *Chest.* noviembre de 2014;146(5):1387-94.
11. Huedo-Medina TB, Kirsch I, Middlemass J, Klonizakis M, Siriwardena AN. Effectiveness of non-benzodiazepine hypnotics in treatment of adult insomnia: meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *BMJ.* 17 de diciembre de 2012;345:e8343.
12. Holbrook AM, Crowther R, Lotter A, Cheng C, King D. Meta-analysis of benzodiazepine use in the treatment of insomnia. *CMAJ Can Med Assoc J.* 25 de enero de 2000;162(2):225-33.
13. Licata SC, Mashhoon Y, MacLean RR, Lukas SE. Modest abuse-related subjective effects of zolpidem in drug-naïve volunteers. *Behav Pharmacol.* abril de 2011;22(2):160-6.
14. Stranks EK, Crowe SF. The acute cognitive effects of zopiclone, zolpidem, zaleplon, and eszopiclone: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Exp Neuropsychol.* 2014;36(7):691-700.
15. Winkler A, Auer C, Doering BK, Rief W. Drug treatment of primary insomnia: a meta-analysis of polysomnographic randomized controlled trials. *CNS Drugs.* septiembre de 2014;28(9):799-816.
16. Schoedel KA, Sun H, Sellers EM, Faulknor J, Levy-Cooperman N, Li X, et al. Assessment of the Abuse Potential of the Orexin Receptor Antagonist, Suvorexant, Compared With Zolpidem in a Randomized Crossover Study. *J Clin Psychopharmacol.* agosto de 2016;36(4):314-23.
17. Asnis GM, Thomas M, Henderson MA. Pharmacotherapy Treatment Options for Insomnia: A Primer for Clinicians. *Int J Mol Sci [Internet].* 30 de diciembre de 2015 [citado 15 de octubre de 2017];17(1). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4730295/>
18. Citrome L. Suvorexant for insomnia: a systematic review of the efficacy and safety profile for this newly approved hypnotic - what is the number needed to treat, number needed to harm and likelihood to be helped or harmed? *Int J Clin Pract.* diciembre de 2014;68(12):1429-41.

- Lyseng-Williamson KA. Melatonin prolonged release: in the treatment of insomnia in patients aged ≥ 55 years. *Drugs Aging*. noviembre de 2012;29(11):911-23.
- 20. Lemoine P, Zisapel N. Prolonged-release formulation of melatonin (Circadin) for the treatment of insomnia. *Expert Opin Pharmacother*. abril de 2012;13(6):895-905.
- 21. Roth AJ, McCall WV, Liguori A. Cognitive, psychomotor and polysomnographic effects of trazodone in primary insomniacs. *J Sleep Res*. diciembre de 2011;20(4):552-8.
- 22. Stahl SM. Mechanism of action of trazodone: a multifunctional drug. *CNS Spectr*. octubre de 2009;14(10):536-46.
- 23. Karsten J, Hagenauw LA, Kamphuis J, Lancel M. Low doses of mirtazapine or quetiapine for transient insomnia: A randomised, double-blind, cross-over, placebo-controlled trial. *J Psychopharmacol Oxf Engl*. marzo de 2017;31(3):327-37.
- 24. Croom KF, Perry CM, Plosker GL. Mirtazapine: a review of its use in major depression and other psychiatric disorders. *CNS Drugs*. 2009;23(5):427-52.
- 25. Grosshans M, Mutschler J, Luderer M, Mann K, Kiefer F. Agomelatine is effective in reducing insomnia in abstinent alcohol-dependent patients. *Clin Neuropharmacol*. febrero de 2014;37(1):6-8.
- 26. Taylor D, Sparshatt A, Varma S, Olofinjana O. Antidepressant efficacy of agomelatine: meta-analysis of published and unpublished studies. *BMJ*. 19 de marzo de 2014;348:g1888.
- 27. Quera-Salva M-A, Lemoine P, Guilleminault C. Impact of the novel antidepressant agomelatine on disturbed sleep-wake cycles in depressed patients. *Hum Psychopharmacol*. abril de 2010;25(3):222-9.
- 28. Anderson SL, Vande Griend JP. Quetiapine for insomnia: A review of the literature. *Am J Health-Syst Pharm AJHP Off J Am Soc Health-Syst Pharm*. 1 de marzo de 2014;71(5):394-402.
- 29. Babson KA, Feldner MT, Badour CL. Cognitive behavioral therapy for sleep disorders. *Psychiatr Clin North Am*. septiembre de 2010;33(3):629-40.
- 30. Perlis M [et al]. *Insomnio: Una guía cognitivo-conductual de tratamiento*. Desclée De Brouwer; 2009. 280 p.
- 31. Bootzin RR, Perlis ML. Chapter 2 - Stimulus Control Therapy. En: *Behavioral Treatments for Sleep Disorders [Internet]*. San Diego: Academic Press; 2011 [citado 15 de octubre de 2017]. p. 21-30. (Practical Resources for the Mental Health Professional). Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B978012381522400002X>
- 32. Spielman AJ, Yang C-M, Glovinsky PB. Chapter 1 - Sleep Restriction Therapy. En: Perlis M, Aloia M, Kuhn B, editores. *Behavioral Treatments for Sleep Disorders [Internet]*. San Diego: Academic Press; 2011 [citado 15 de octubre de 2017]. p. 9-19. (Practical Resources for the Mental Health Professional). Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780123815224000018>
- 33. Posner D, Gehrman PR. Chapter 3 - Sleep Hygiene. En: Perlis M, Aloia M, Kuhn B, editores. *Behavioral Treatments for Sleep Disorders [Internet]*. San Diego: Academic Press; 2011 [citado 15 de octubre de 2017]. p. 31-43. (Practical Resources for the Mental Health Professional). Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780123815224000031>
- 34. Morin CM, Bélanger L. Chapter 11 - Cognitive Therapy for Dysfunctional Beliefs about Sleep and Insomnia. En: Perlis M, Aloia M, Kuhn B, editores. *Behavioral Treatments for Sleep Disorders [Internet]*. San Diego: Academic Press; 2011 [citado 15 de octubre de 2017]. p. 107-18. (Practical Resources for the Mental Health Professional). Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780123815224000110>
- 35. Lichstein KL, Taylor DJ, McCrae CS, Thomas SJ. Chapter 4 - Relaxation for Insomnia. En: Perlis M, Aloia M, Kuhn B, editores. *Behavioral Treatments for Sleep Disorders [Internet]*. San Diego: Academic Press; 2011 [citado 15 de octubre de 2017]. p. 45-54. (Practical Resources for the Mental Health Professional). Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780123815224000043>