



ABORDAJE DE LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO

Dra. María Jesús Salles S.
Médica Psiquiatra
Psicoterapeuta Psicoanalítica Focal

Clusters sintomáticos

Inestabilidad
/disregulación
anímica

Percepción del
placer

Angustia/temor

Impulsividad/
agresividad

Alteración
ritmos
cronobiológicos

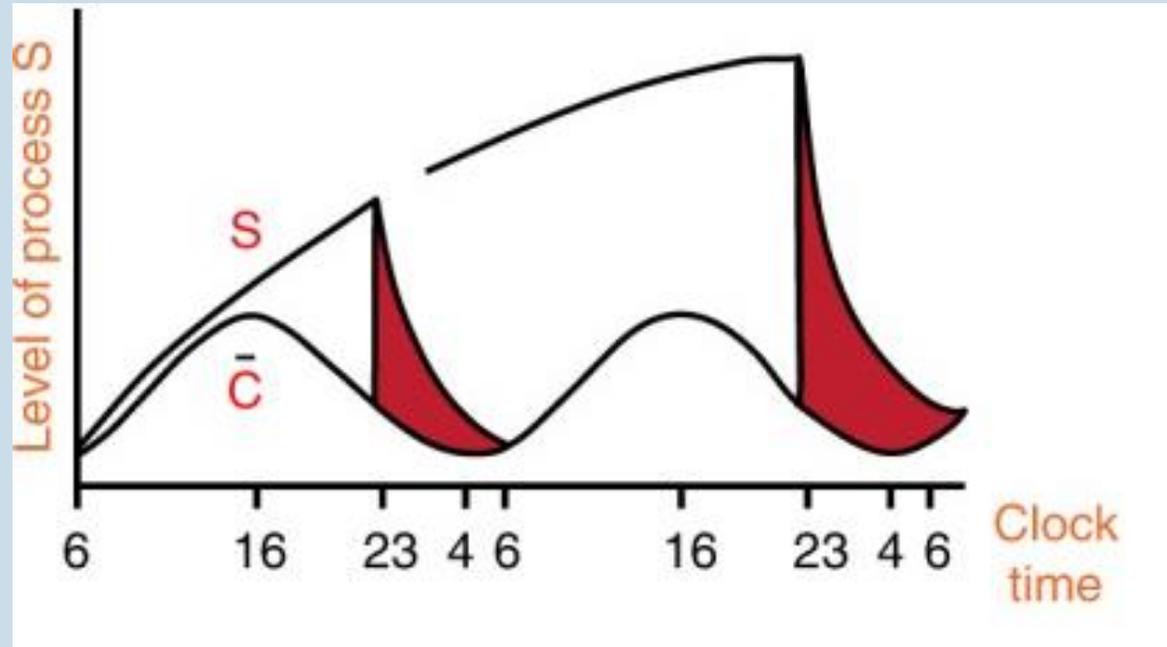
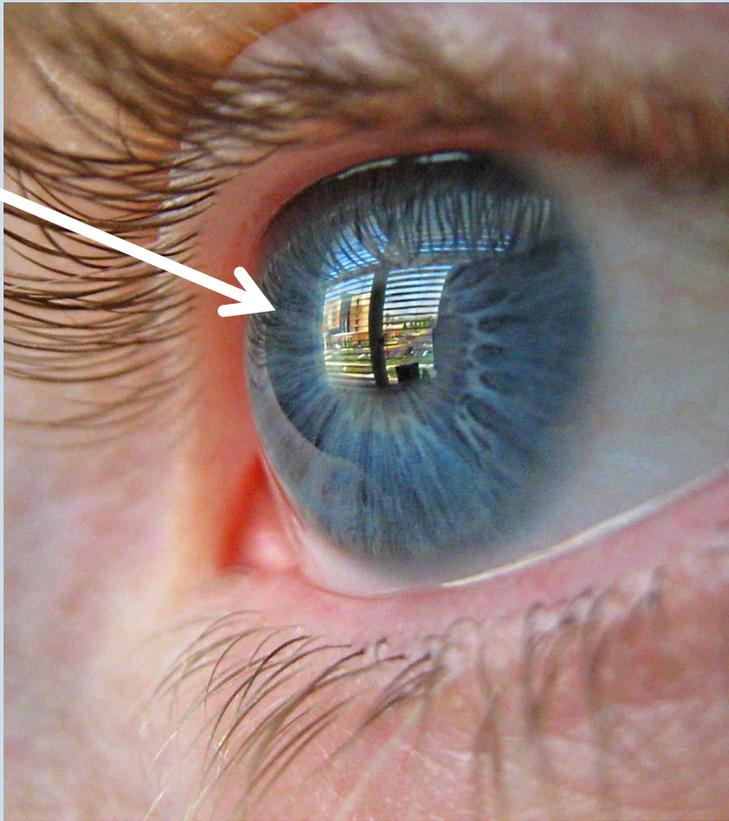
Síntomas
dolorosos y
neurovegetativos

Funciones
cognitivas

Síntomas
psicóticos

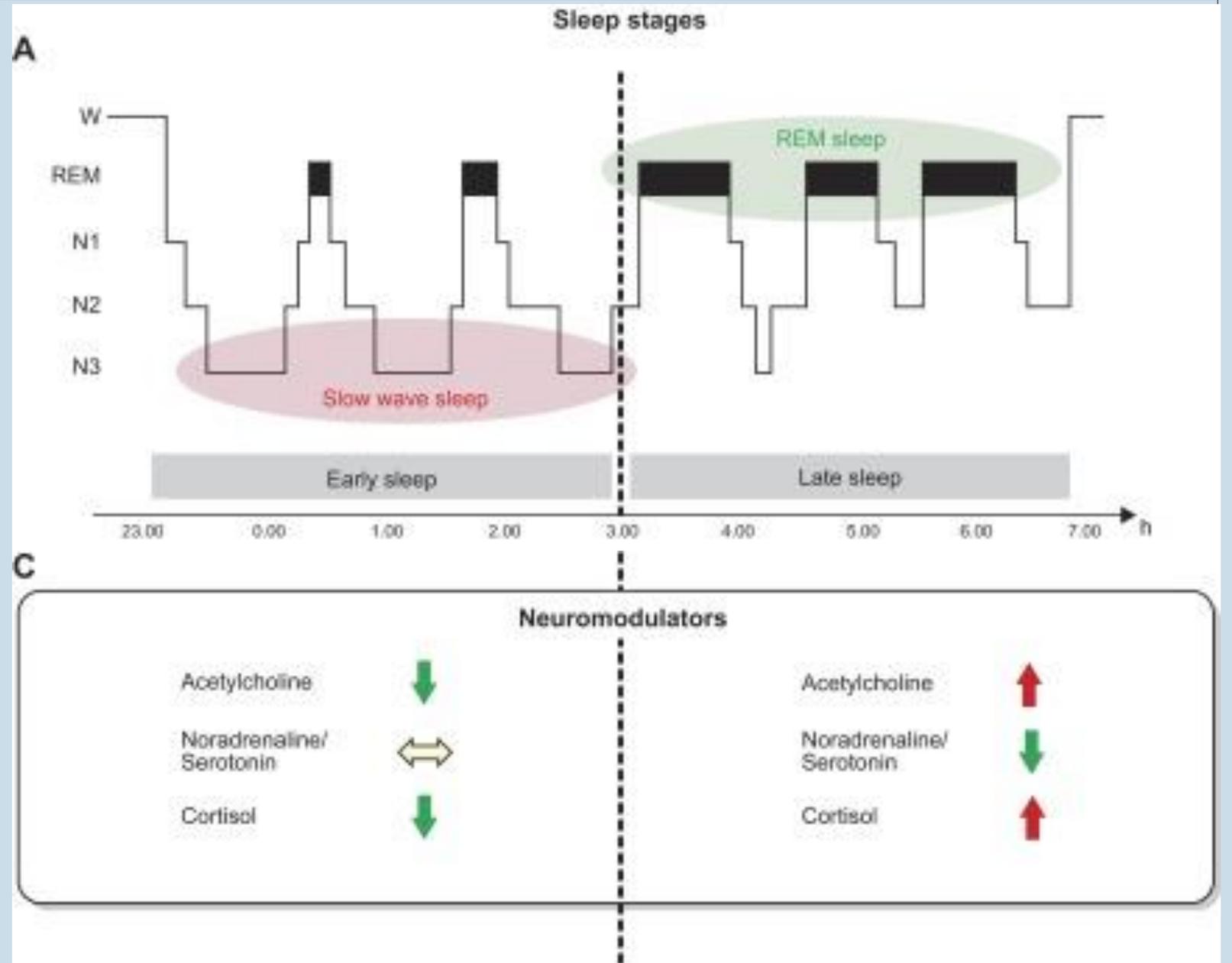
Suicidalidad

Ciclo circadiano y sueño (“presión por dormir”)

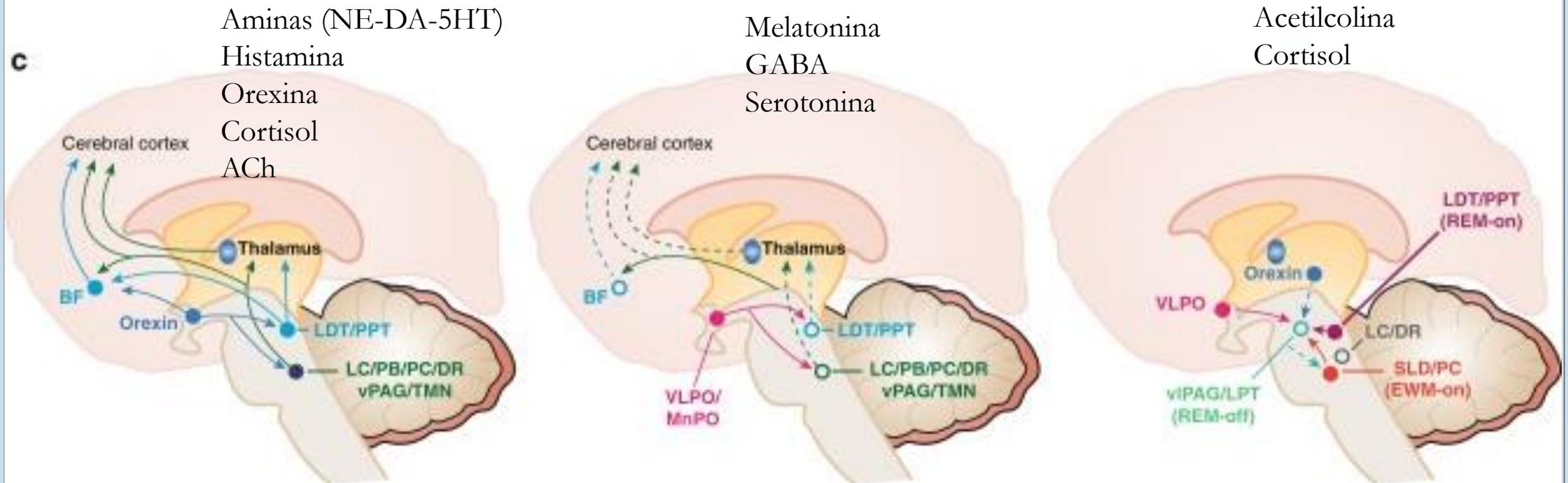


Etapas del sueño en adultos

- Stage W (wakefulness)
- Stage N1 (relaxed wakefulness)
- Stage N2 (light sleep)
- Stage N3 (deep or slow-wave sleep)
- Stage R (REM sleep or dreaming)



Sueño es sistema complejo y multideterminado. The “flip flop switch” model.



Efectos del insomnio en la salud mental

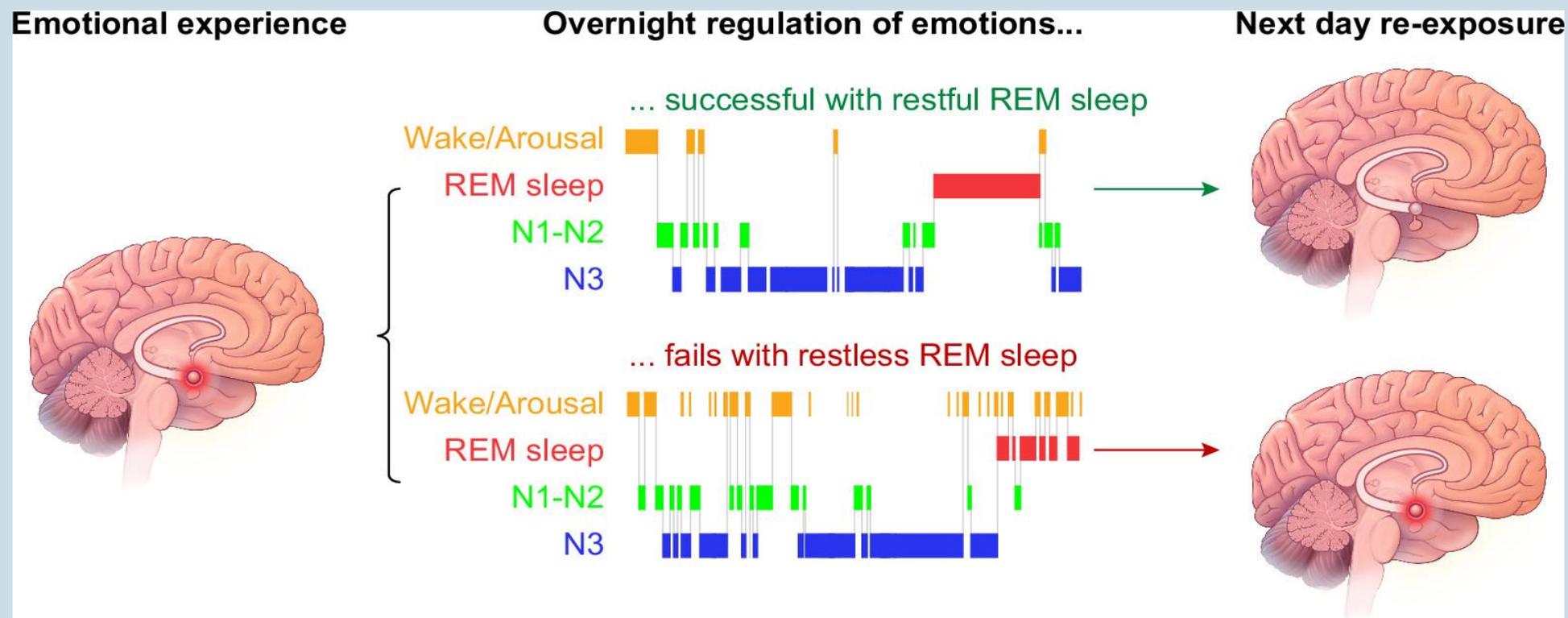
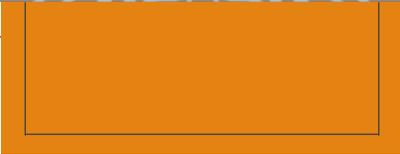


FIGURE 10. Restless rapid eye movement (REM) sleep impedes overnight emotion regulation. Schematic representation of how the amygdala response during an emotional experience changes overnight. Participants were presented with an upsetting stimulus during fMRI scans in the evening and again in the morning. The induced distress was associated with amygdala activation, which decreased overnight in people with consolidated REM sleep. People with restless REM sleep showed insufficient overnight adaptation. Those with the most fragmented REM sleep even showed sensitization of the amygdala response: they might have been better off without REM sleep. [Graphical representation of Refs. 13 and 15 kindly provided by Dr. R. Wassing, University of Sydney, Sydney, Australia.]

Anamnesis en trastornos del sueño

- Desde cuándo (agudo / crónico / agudo sobre crónico)
- Relación con estilo de vida (trabajo/estudio, hábitos)
- Síntomas asociados (ánimo, ansiedad, motores, cognitivos, ronquidos, etc)
- Hora a la que se duerme y hora a la que se levanta
- Rutina
- Latencia de inicio del sueño (insomnio de conciliación)
- Despertares (insomnio de mantención)
- Calidad del sueño (si es reparador)
- Soluciones intentadas (remedios “naturales”, fármacos, drogas /OH, etc)



MANEJO NO FARMACOLÓGICO

CONSEJOS para *dormir bien*



- Mantenga **horarios estables** para acostarse y levantarse. No prolongue quedarse en la cama en las mañanas cuando ya se ha despertado.
La cama es para dormir.
- Aprenda a **reconocer los signos del sueño** (bostezos, párpados pesados, cabeza pesada = puertas del sueño) y no los deje pasar cuando se corresponden con el horario habitual de dormir. **Diferencie fatiga de sueño.**
- Si se despierta en la noche, **levántese si pasan 20 minutos o más sin lograr dormirse** nuevamente. Vuelva a acostarse cuando sienta los signos del sueño.
- **Evite estimulantes** (café, bebidas cola, nicotina, té, chocolate, vitamina C) en las últimas 4 horas previas a dormir.
- **Elimine siestas.** De hacerla, ésta debe ser sólo una al día y no debe durar más de media hora.
- **Evite la automedicación** como medicamentos para dormir, tranquilizantes, alcohol, etc. Asimismo se debe tener cuidado con ciertas hierbas, infusiones o compuestos naturales para dormir, que pueden producir efectos no deseados.

CONSEJOS para *dormir bien*

- **Evite ver TV en el dormitorio.** En lo posible ubicar el televisor en otro lugar y no ver TV justo antes de dormir.
- Procure dejar **tiempo de “tranquilidad” antes de acostarse.** Tómese unos 30 minutos para ir pasando del ambiente de actividad a uno de tranquilidad, bajando o apagando luces, TV, etc. Ocupe ese tiempo en relajarse o realizar sus rutinas de higiene en el baño, lentamente.
- **Reserve el dormitorio para dormir** y la actividad sexual. Evite trabajo, estudios, leer, comer, juegos de computadora, etc, mientras esté en la cama.
- **Evite el ejercicio físico intenso** en las horas próximas a dormir. Éste debe hacerse a más tardar 3 horas antes del inicio ideal del sueño.
- **Evite cenas abundantes** y excesivamente condimentadas. Sin embargo, no es conveniente ir a dormir sin haber comido nada. Si pasan 2 horas o más desde la última comida que ingirió, es conveniente comer algo liviano antes de dormir (leche, yogurt, postre, galletas, etc.)
- Procure un **ambiente silencioso, oscuro y con temperatura agradable** (18° a 20°C).
- Favorezca **actividades relajantes en la tarde** y respete su propio **ritmo de sueño.**

TABLE 3. Elements of Sleep Hygiene Education^{10,16,80,81}

- Ensure the sleep environment is quiet, pleasant, and at the best temperature for sleeping (15.5°C-19.4°C [60°F-67°F])
- Establish a bedtime routine
- Ensure adequate exposure to sunlight
- Exercise during the day
- Avoid exercise, excessive fluids, alcohol, or nicotine close to bedtime
- Avoid caffeine in the afternoon and evening
- Avoid or limit naps to 30 minutes
- Limit screen time or interactive technology in the 1 or 2 hours before bed

Grupos de fármacos



Fármacos útiles para insomnio

ANTIDEPRESIVOS

Trazodona y
Mirtazapina:
respetan
arquitectura del
sueño

Amitriptilina y
tricíclicos:
inhiben el REM

BENZODIACEPINAS E HIPNÓTICOS

Rápidos, eficaces,
inhiben REM

Pueden perder
eficacia

Potencialmente
adictivos

Contraindicación
en trauma agudo

ANTIPSICÓTICOS

“PINAS”

Aumentan REM

Somnolencia
diurna

OTROS FÁRMACOS

Gabapentina y
Pregabalina

Melatonina



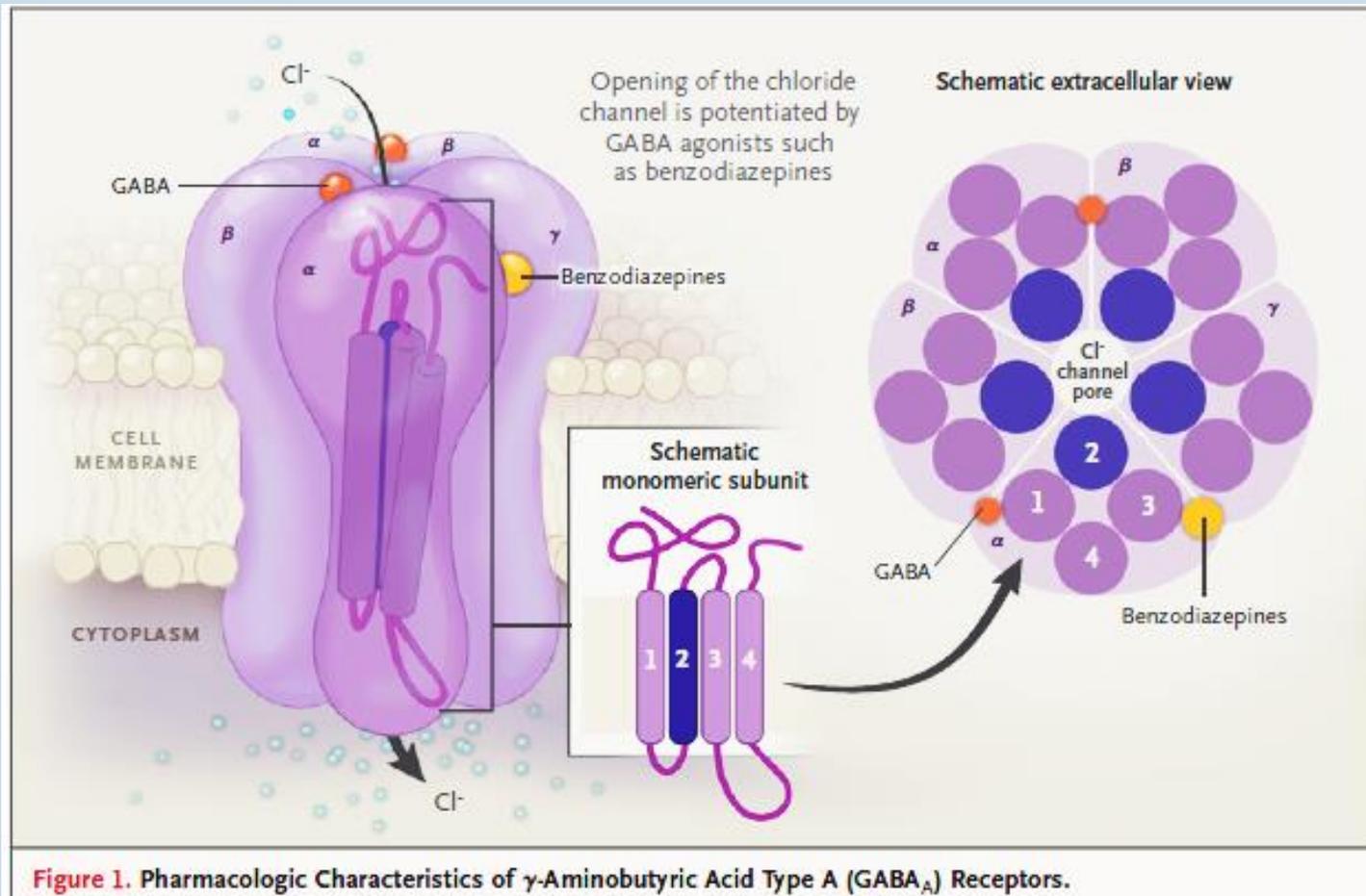
CONVERSEMOS...

-CUÁLES HAN SIDO SUS EXPERIENCIAS CLÍNICAS/
PERSONALES RESPECTO AL SUEÑO/ USO DE FÁRMACOS?
-QUÉ OPINAN DEL ROL DE LAS BENZODIACEPINAS?
-ACLAREMOS DUDAS Y PREGUNTAS ☺

The image features two black paper clips positioned on a dark, textured surface. The clips are arranged symmetrically, with their loops facing outwards. The word "ANEXOS" is written in a white, serif font across the center of the image, overlapping the paper clips. The entire scene is enclosed within a thin white rectangular border.

ANEXOS

BENZODIACEPINAS



- Receptor GABA_A
- Ionotrópico (Cl⁻)
- modulado alostéricamente
- BZD, barbitúricos, etanol
- ↑ efecto GABA
- ↑ entrada de Cl⁻
- hiperpolarización

BENZODIACEPINAS

BENEFICIOS

- Actúan rápido
- Seguras y bien toleradas
- Múltiples usos:
 - Hipnóticos
 - Sedantes
 - Ansiolíticos
 - Anticonvulsivos
 - Miorrelajantes
 - Anestésicos
- Diferente vida media

RIESGOS

- Adicción y tolerancia (ojo especialmente con OH)
- Disminuyen control impulsos
- Deterioro cognitivo, agitación paradójica y caídas. Ojo con AM.
- Uso crónico altera arquitectura normal del sueño. Insomnio de rebote.

Benzodiazepinas

Clonazepam

- Vida media larga, disponible SL
- Buen efecto ansiolítico

Diazepam

- Vida media larga
- Disponible EV

Lorazepam

- Vida media breve, varias vías
- Sin primer paso hepático

Alprazolam

- Vida media breve
- Mayor riesgo adicciones

Midazolam

- Efecto amnésico
- Uso en procedimientos (EV)

Clotiazepam

- Menor somnolencia
- Disponible SL

HIPNÓTICOS (Drogas-Z) (Inductores del sueño)



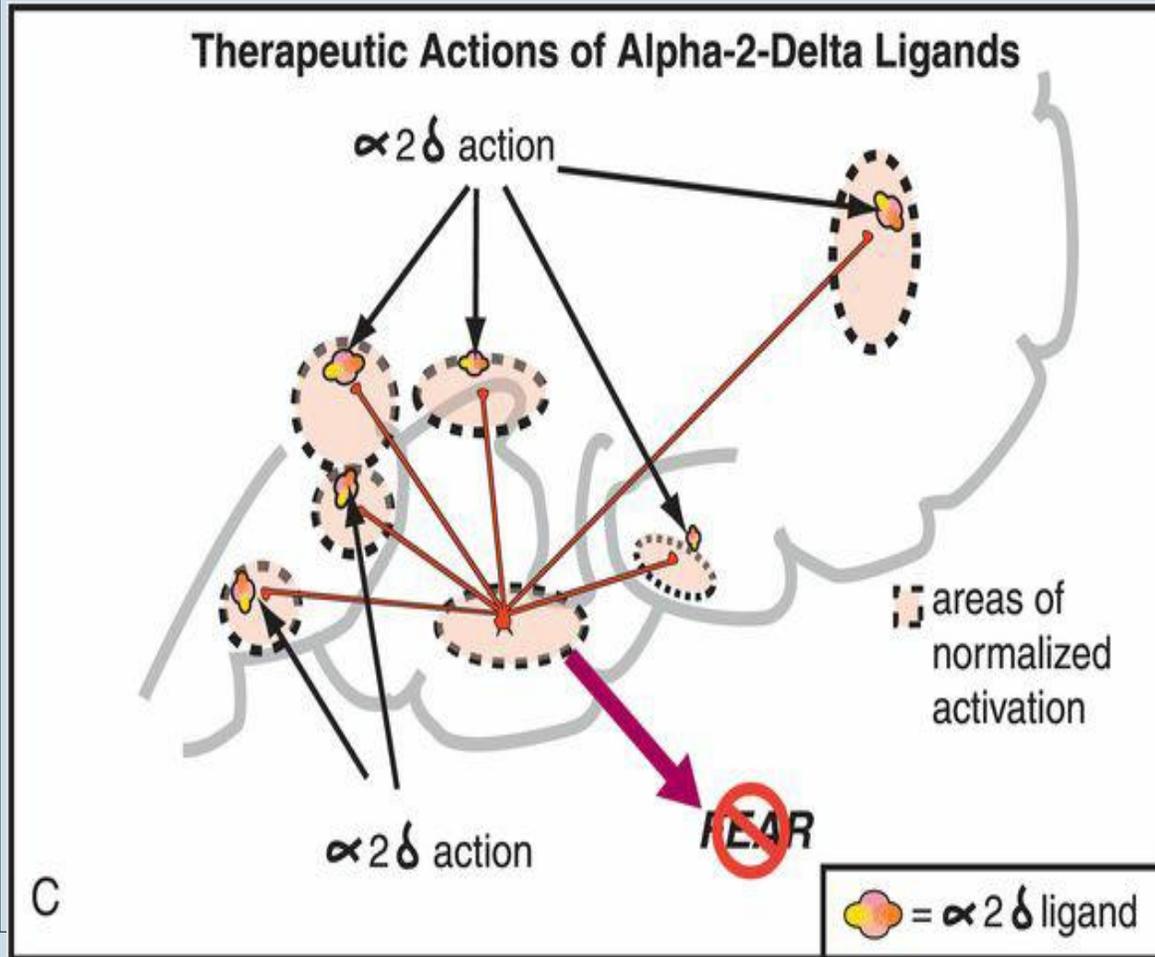
- Derivados de benzodiazepinas
- Conservan principalmente propiedades hipnóticas
 - Zolpidem
 - Zopiclona
 - Eszopiclona
- Guía NICE los considera “indistinguibles” en su comportamiento y efectos adversos de las BZD
- Potencial adictivo
- Modifican estructura del sueño
- Acción inmediata. Tomarlos ya acostados



PREGABALINA Y GABAPENTINA (Ligandos α -2-delta)

- Actúan por vía indirecta inhibiendo el exceso de actividad glutamatérgica (se unen a canales de calcio voltaje dependientes)
- Modulan el dolor a través de interneuronas en la médula espinal, relajación muscular y regulación a nivel cerebral
- Contrarrestan efectos adversos en el sueño de los antidepresivos
 - Síndrome de piernas inquietas
 - Mioclonías periódicas nocturnas
- Riesgo de adicción es muy bajo
- Amplio rango de dosis
- Efectos adversos → mareos, náuseas, somnolencia

Mecanismo de acción



Disminuyen la actividad de la amígdala al bloquear la acción del exceso de glutamato

Muchos estudios demuestran su eficacia en la regulación de la ansiedad

Mejoría del sueño independiente de la disminución de la ansiedad

Inicio de acción es más rápido que AD

Utilidad en manejo de efectos adversos de AD

Antipsicóticos (“neurolepticos”)

- Descubiertos 1950s (CPZ antihistamínico)
- Inhiben receptor dopamina D2
- Típicos (antiguos) y Atípicos (nuevos)
- Los atípicos también influyen en el sistema serotoninérgico
- Útiles en síntomas (+) de psicosis al disminuir actividad dopa mesolímbica
- Pueden agravar los síntomas (-) al disminuir aún más la actividad dopa mesocortical
- Muy estudiados, con perfil de seguridad conocido
- Los más antiguos: Haloperidol y Clorpromazina

Antipsicóticos con efecto hipnótico

- “PINAS”
- Fármacos “sucios” con acción en múltiples vías de neurotransmisión
 - Inhiben dopamina en ciertas áreas, estimulan otras.
 - Regulan transmisión de serotonina.
 - Alteran función de la acetilcolina (anticolinérgicos)
 - Efectos sobre histamina y otros sistemas de neurotransmisión.
- Dosis bajas (ej. quetiapina 25-100mg /olanzapina 2,5-5mg)
 - Sedantes/hipnóticos.
 - Distorsiones cognitivas.
 - Reducir reactividad emocional /antiangustiosos.
 - Impulsividad.

Efectos adversos de antipsicóticos



P
R
O
L
A
C
T
I
N
A

P
I
R
A
M
I
D
A
L
E
X
T
R
A

O
B
E
S
I
D
A
D

A
R
R
I
T
M
I
A
S

C
O
N
S
T
I
P
A
C
I
O
N
B
O
C
A
S
E
C
A

S
O
M
N
O
L
E
N
C
I
A

A
M
P
L
U
S
I
A
R

N
E
U
R
O
L
É
P
T
I
C
O
M
A
L
I
G
N
O

Melatonina

- Regula el reloj biológico
- Maneras de regularla no farmacológicas
- Como fármaco:
 - Indicada en corrimientos de fase / jet- lag
 - Cuando todos los demás están contraindicados (niños pequeños, adultos mayores)
 - Muy segura
 - Dosis debe ser 6-10mg
 - Todos los días a la misma hora
 - 1-2 horas antes de dormir