

Manifestaciones clínicas y diferenciación de los tipos de insomnio. Segunda parte

Marcela Anzures¹, Jasina Kassab², Raúl Alvarado^{2,3}

RESUMEN

El insomnio es la alteración más frecuente del sueño. Provoca repercusiones en todas las esferas del individuo y tiene múltiples causas. Recién, se reportó la Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño en su segunda edición, la cual permite distinguir los diversos trastornos del sueño con base en la descripción de las características clínicas, datos demográficos, factores predisponentes, inicio, curso, complicaciones, criterios diagnósticos y diferencial, entre otros aspectos. En este trabajo se han seleccionado y revisado las principales manifestaciones clínicas del insomnio, así como las características esenciales para diferenciar clínicamente sus tipos. Con la finalidad de difundir de manera práctica aspectos fundamentales para realizar un diagnóstico acertado del tipo de insomnio. Se presenta esta revisión en dos secciones, en especial dirigida a los profesionales de la salud relacionados con el área clínica de las neurociencias y la salud mental. A continuación se presenta la segunda sección de esta revisión.

Palabras clave: insomnio, sueño, trastornos del sueño, clasificación internacional.

Clinical manifestations and differentiation of insomnia types. Part two

ABSTRACT

Insomnia is the most frequent alteration of sleep. It impacts all areas of the individual and has multiple causes with many origins. The second edition of the International Classification of Sleep Disorders was recently reported. This classification allows us to distinguish the various sleep disorders based on a description of the essential clinical characteristics, demographic data, predisposing factors, onset, course, complications, diagnosis criteria, and differential diagnosis, among others. Aiming to disseminate in a practical way the basic diagnostic criteria for various types of insomnia, this review is presented in two sections especially targeted for health professionals related with the clinical areas of neuroscience and mental health. This is the second part of the review.

Key words: insomnia, sleep, sleep disorders, international classification.

Esta revisión es la parte complementaria de la primera sección, reportada en un artículo anterior¹, en la cual se presentaron las manifestaciones clínicas de los siguientes tipos de insomnio: por desajuste (insomnio agudo), psicofisiológico, paradójico, idiopático y debido a un trastorno mental. En esta segunda sección, se presentan las manifestaciones del resto de los tipos de insomnio que ocurren en la población adulta, por lo cual se exceptuó el insomnio conductual de la infancia. El objetivo es difundir las manifestaciones primordiales del insomnio y de cada

uno de sus tipos en forma concreta, para permitir que el profesional de la salud tenga un acceso práctico para mejorar el entendimiento del tema.

Recibido: 29 septiembre 2009. Aceptado: 3 noviembre 2009.

¹Universidad Intercontinental, ²Hospital Ángeles Pedregal y Lomas, ³Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. Correspondencia: Raúl Alvarado. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. Unidad de Investigaciones Cerebrales. Insurgentes Sur 3877, Col. La Fama C.P. 14269 México, D.F. E-mail: dr_raul_alvarado@hotmail.com

Higiene de sueño inadecuado

Manifestaciones clínicas esenciales

La característica esencial de la higiene inadecuada del sueño es el insomnio asociado a las actividades diarias que son contrarias al mantenimiento de la buena calidad del sueño y vigilia durante el día^{2,4}. Un elemento común en las diversas presentaciones de esta condición, es el efecto nocivo sobre el sueño de las prácticas que están bajo control conductual del individuo. Los comportamientos específicos se pueden clasificar en dos categorías generales: prácticas que producen aumento del despertar y disruptivas del sueño.

Las sustancias comúnmente utilizadas como la cafeína y nicotina pueden producir despertares. El consumo de alcohol puede interferir con el sueño produciendo despertares durante el periodo de sueño. La tensión, excitación, actividades mentales exigentes, y actividades físicas excesivas pueden conducir al despertar e interrumpir el sueño cuando ocurren cerca del tiempo de acostarse^{4,5}.

Debido a la interdependencia entre sueño y vigilia, las prácticas pueden interferir con el horario y duración regular de los periodos de sueño y de vigilia pueden perturbar la estabilidad y la cantidad de los dos estados. El sueño puede interrumpirse o variar cuando se pasan demasiadas horas en cama, cuando hay gran variación en el horario del sueño-vigilia, y cuando se toman siestas durante el día^{4,5}. Por lo general, los clínicos no tienen problemas para identificar el tiempo excesivo en cama y la variabilidad noche a noche de los horarios para acostarse y levantarse, pero la influencia de cambios sutiles puede pasar desapercibida. Por ejemplo, una sola siesta diurna no necesariamente interfiere con el sueño nocturno, se requiere juicio para determinar si la frecuencia, duración y proximidad al tiempo de acostarse, o el tiempo variable de la siesta pueden sugerir un efecto disruptivo sobre sueño.

Manifestaciones clínicas asociadas

La higiene inadecuada del sueño puede contribuir a disturbios motivacionales, del humor, atención y concentración disminuida, fatiga y somnolencia diurna. La preocupación por la dificultad del sueño es común⁴. Aunque los efectos disruptivos del sueño a causa de la mala higiene de sueño pueden ser distinguidos de otros, muchos pacientes con higiene inadecuada del sueño muestran poco conocimiento del efecto de estas prácticas sobre su sueño⁵. Los individuos intolerantes a las consecuencias diurnas de la pérdida de sueño pueden recurrir con rapidez a prácticas inadecuadas de higiene del sueño, que mejoran momentáneamente la alerta y el humor pero contribuyen a la inestabilidad del ciclo sueño-vigilia resultando en insomnio.

Esta condición se puede desarrollarse en la adolescencia y puede comenzar en cualquier momento en la edad adulta⁶.

Criterios diagnósticos de la higiene inadecuada del sueño²

- A. Los síntomas del paciente reúnen los criterios para el insomnio.
- B. El insomnio está presente por lo menos durante un mes.
- C. Las prácticas inadecuadas de la higiene de sueño son evidentes según lo indicado por la presencia de por lo menos uno de los siguientes criterios:
 - i. Horario de sueño incorrecto que consiste en siestas diurnas frecuentes, variación del tiempo de acostarse y levantarse o pasar cantidades excesivas de tiempo en cama.
 - ii. Uso rutinario de productos que contienen alcohol, nicotina o cafeína, en especial antes de acostarse.
 - iii. Estimulación mental, activación física o disgustos emocionales cerca del tiempo de acostarse.
 - iv. Uso frecuente de la cama para actividades ajenas al sueño (ver televisión, leer, estudiar, comer, pensar o planear).
 - v. Falla en el mantenimiento de un ambiente cómodo para dormir
- D. El disturbio del sueño no es mejor explicado por otro trastorno del sueño, desorden médico o neurológico, desorden mental, uso de medicación o desorden por uso de sustancias.

Diagnóstico diferencial

Ya que los hábitos disruptivos de sueño se encuentran en muchos subtipos de insomnio, es preferible elegir un diagnóstico de insomnio más específico sobre la higiene inadecuada del sueño cuando sea posible. A diferencia de los pacientes con insomnio psicofisiológico, la mayoría con higiene inadecuada no reporta mejoría en un ambiente de sueño nuevo para dormir ni muestra despertar fisiológico condicionado en respuesta al ambiente usual del sueño. Las prácticas de la higiene del sueño pueden variar con el tiempo, los pacientes con mala higiene muestran incremento y decremento de su dificultad de sueño y son menos propensos a la persistente e invariable interrupción del sueño mostrada por pacientes con insomnio idiopático. Adicionalmente, a diferencia del insomnio idiopático, la higiene inadecuada de sueño no es típicamente diagnosticada en niños jóvenes. Por último, mientras que algunos pacientes con mala higiene de sueño pueden mostrar una

tendencia a subestimar su tiempo de sueño, no muestran el alto nivel de subestima de sueño mostrado por los pacientes con insomnio paradójico.

El despertar debido a factores ambientales puede resultar de temperatura ambiental excesiva, presencia nocturna de mascotas y luz excesiva en el dormitorio. Cuando estos factores son la causa primaria del insomnio, es apropiado el diagnóstico de desorden del sueño ambiental.

La higiene inadecuada del sueño se puede confundirse con otros trastornos del sueño primarios^{3,6}. Los pacientes con trastornos respiratorios relacionados al sueño de severos a moderados o el síndrome de piernas inquietas pueden tener dificultad para evitar siestas diurnas o adherirse a un horario de sueño-vigilia estándar debido a la somnolencia excesiva y persistente. La higiene inadecuada del sueño también puede ser confundida con ciertos trastornos del sueño por alteración del ritmo circadiano, ya que estas condiciones, igual que la higiene inadecuada del sueño, pueden dar lugar a un tiempo excesivo consumido en cama. Sin embargo, a diferencia de los desórdenes circadianos, las quejas asociadas del sueño con higiene inadecuada no son suprimidas simplemente alterando el horario del sueño para ajustar el ritmo endógeno del ciclo sueño-vigilia⁷. Además, aquellos con desórdenes circadianos muestran preferencias decididas por horarios de sueño atípicos.

El insomnio por desorden mental y por drogas o sustancias se deben de distinguir de la higiene inadecuada de sueño. Las diversas formas de depresión pueden producir una variabilidad marcada de sueño o conducir a los individuos a pasar tiempo excesivo en cama para retirar los estresores cotidianos. Los pacientes que sufren sólo de higiene inadecuada del sueño no sufren los síntomas adicionales relacionados al afecto ni los vegetativos que distinguen a diversos síndromes depresivos. Los pacientes con higiene inadecuada del sueño, igual que aquellos con problemas de dependencia a sustancias, pueden mezclar inadecuadamente sustancias como el alcohol, que interfiere con el sueño normal. Sin embargo, aquellos con higiene inadecuada de sueño típicamente no muestran dependencia, tolerancia o síntomas de abstinencia común a los desórdenes por abuso de sustancias. Finalmente, los pacientes con ciertas condiciones médicas dolorosas pueden tener patrones de sueño y siestas diurnas variables en función de aumentar o disminuir su dolor. En contraste, los pacientes con higiene inadecuada del sueño varían sus horarios de sueño y utilizan siestas diurnas sólo como un medio para compensar el sueño y no en reacción de algún síntoma médico.

La higiene inadecuada del sueño es común entre diversas formas de disturbios del sueño, este diagnóstico puede ser considerado como secundario si las prácticas de higiene del sueño son vistas como productores de una

contribución independiente o adicional de las dificultades de sueño-vigilia. Se espera que la mejoría de la higiene del sueño por sí sola resulte en una mejoría significativa del sueño⁷.

Insomnio por drogas o sustancias

Manifestaciones clínicas esenciales

La característica esencial del insomnio por drogas o sustancias es la supresión o interrupción del sueño causada por el consumo de alguna medicación prescrita, droga recreacional, cafeína, alcohol, alimento o por la exposición a un tóxico ambiental^{3,8-10}. El desorden del sueño puede ocurrir durante periodos de uso, exposición o supresión de la sustancia¹⁰.

La interrupción del sueño puede presentarse a partir del uso de sustancias que actúan como estimulantes o depresores del sistema nervioso central. Entre los estimulantes que comúnmente conducen a las dificultades del sueño están: cafeína, anfetaminas y cocaína. El consumo de bajas dosis de cafeína varias horas antes de acostarse puede tener poco o ningún efecto en el sueño. Sin embargo, la cafeína con una vida media de tres a siete horas y con efectos sobre el sueño dependientes de la dosis, puede causar dificultades al inicio del sueño o en la continuidad de éste si se consume durante la última parte del periodo de vigilia o en altas dosis durante el día. La somnolencia diurna puede aparecer en personas que consumen cafeína de manera crónica debido a noches repetidas de sueño fragmentado. Asimismo, el uso de anfetaminas y cocaína típicamente causa insomnio durante los periodos de intoxicación y eleva los periodos de somnolencia en la etapa de retiro^{3,8-10}.

El insomnio puede presentarse como un efecto colateral secundario a la prescripción de medicamentos incluso cuando se toma en dosis terapéuticas usuales. El insomnio puede ser un efecto secundario de ciertos antidepresivos, varios agentes antihipertensivos, hipolipidémicos, corticoesteroides, antiparkinsonicos, teofilina, agentes anoréxicos y algunos medicamentos antiepilépticos. La pseudoefedrina y otras preparaciones comúnmente vendidas como descongestionantes nasales pueden generar problemas de sueño. La prescripción de medicamentos estimulantes para tratar el trastorno de déficit de atención/hiperactividad o supresión de medicamentos sedantes pueden causar insomnio¹⁰.

Las bebidas alcohólicas y medicamentos sedantes son los que comúnmente deprimen al sistema nervioso central y contribuyen al insomnio. El alcohol se utiliza comúnmente para inducir el sueño. Los individuos que utilizan alcohol para inducir el sueño pueden experimentar reducción en la latencia al sueño pero son los más propensos

a experimentar sueño fragmentado y agitado. Si se utiliza alcohol de forma prolongada para inducir sueño, este puede perder su efecto debido al desarrollo de tolerancia. Después que el alcohol se ha consumido de manera prolongada, el retiro de este puede dar lugar a disturbios exagerados del sueño^{9,10}.

Efectos similares de tolerancia y efectos de rebote pueden aparecer con algunos hipnóticos sedantes o ansiolíticos si son utilizados para inducir el sueño.

El rebote de insomnio aparece por interrupción de las sustancias y puede contribuir a la continuidad de su uso, incluso cuando el individuo reporta pérdida de eficacia inicial.

La exposición prolongada a toxinas ambientales puede inducir insomnio. Esto puede resultar por envenenamiento crónico debido a la exposición repetida de bajas dosis de toxinas desconocidas por largos periodos de tiempo, a pesar de la presencia de insomnio y otros síntomas de toxicidad⁸. Alergias comunes a los alimentos también pueden ocasionar dificultades para iniciar o mantener el sueño o ambas, en individuos susceptibles. El insomnio puede desaparecer cuando el alérgeno es reconocido y removido de la dieta^{10,11}.

Manifestaciones clínicas asociadas

Los síntomas que acompañan al insomnio por drogas o sustancias varían en función del agente específico responsable. El insomnio resultante del uso excesivo de cafeína puede acompañarse por ansiedad, nerviosismo y somnolencia diurna elevada. Los síntomas mentales son predominantes en personas que abusan de manera crónica de anfetaminas y cocaína. Altas dosis de estas sustancias a menudo producen síntomas muy parecidos a los vistos en la esquizofrenia paranoica. Además, aparecen síntomas neurológicos. En los casos que implican la administración intravenosa de estos estimulantes ilícitos, las enfermedades infecciosas pueden complicar el cuadro clínico^{3,9,10}.

El uso crónico de medicamentos hipnóticos sedantes pueden desarrollar tolerancia, dependencia y pérdida de eficacia para algunos individuos. Algunos pacientes pueden aumentar la dosis del medicamento para compensar la disminución de su eficacia y como consecuencia experimentar efectos diurnos de sobredosificación, incluyendo somnolencia excesiva, lentitud, mala coordinación, concentración reducida, lenguaje lento y arrastrado, problemas visumotores, inquietud o nerviosismo vespertino¹⁰. La suspensión abrupta del medicamento, en especial los de vida corta, puede ser asociada con el insomnio de rebote caracterizado por empeoramiento repentino del insomnio. Los síntomas diurnos a causa del retiro incluyen náusea, tensión muscular, dolores, irritabilidad, agitación, inquietud y nerviosismo. Estos síntomas diurnos pueden conducir nuevamente al uso de hipnóticos. En general, la tolerancia, dependencia,

rebote y síntomas indeseables durante el día son menos comunes con los nuevos agentes hipnóticos¹⁰.

El uso de alcohol a largo plazo como apoyo para conciliar el sueño en algunos casos puede conducir a la tolerancia, dependencia y ansiedad por su retiro. Ya que el alcohol suprime el sueño R (fase REM de acuerdo a la nueva nomenclatura)¹², aquellos que utilizan alcohol por períodos prolongados para inducir el sueño, a menudo experimentan rebote de sueño R, caracterizado por sueños vívidos y perturbadores al dejar de consumirlo. Los individuos que han consumido alcohol de manera crónica, pueden presentar sueño ligero y fragmentado a pesar de que han tenido un período prolongado de abstinencia^{9,10}. El retiro precipitado del alcohol o de ciertos tipos de medicamentos hipnóticos sedantes en individuos dependientes puede ser potencialmente peligroso para la vida pudiéndose convertir en una emergencia médica.

Muchas formas de prescripciones médicas que tienen efectos en el sistema nervioso central, pueden tener efectos disruptivos del funcionamiento diurno independientemente de los trastornos de sueño que causan. Estos efectos pueden ser causados por subconjuntos de agentes antihipertensivos y medicamentos anticolinérgicos. En el caso del insomnio por alergia a alimentos, se pueden observar otros síntomas de alergia¹¹. En contraste, los que desarrollan insomnio por exposición a toxinas pueden desarrollar pérdida de la memoria, cambios en el estado mental, problemas respiratorios o síntomas cardíacos. Además, puede aparecer inflamación gastrointestinal, náuseas, vómito y diarrea⁸.

Con relación al curso temporal, el inicio puede ocurrir a cualquier edad. El insomnio debido a alguna alergia por alimentos comienza típicamente en la infancia y se resuelve aproximadamente a la edad de cuatro años, aunque algunos adultos también pueden presentar insomnio por alergia al alimento¹¹. El insomnio debido a exposición de toxinas puede ocurrir durante la niñez o más adelante, mientras que el insomnio que se presenta por efecto secundario de medicamentos ocurre más a menudo en el adulto⁸. El insomnio debido al abuso de estimulantes por lo general inicia en la adolescencia o edad adulta joven; el insomnio relacionado al consumo de alcohol y uso o dependencia a hipnóticos casi siempre inician después de los 40 años de edad^{3,9,10}.

El uso crónico de sedantes o alcohol en altas dosis también puede aumentar el riesgo de interacción tóxica con otros medicamentos prescritos para condiciones comórbidas médicas o psiquiátricas. La dependencia a medicamentos o alcohol puede desarrollarse por el uso prolongado y puede requerir intervención intensiva de distintos tratamientos. Los individuos que abusan de altas dosis de estimulantes pueden estar en riesgo de incapacidad social y complicaciones médicas. Los individuos que se autoadministran estimulantes

por vía intravenosa están en riesgo de desarrollar o adquirir infecciones. La reacción a toxinas ambientales conlleva complicaciones renales, hepáticas y de la función cardíaca. En los casos más severos, coma y muerte pueden resultar de la exposición repetida a toxinas⁸⁻¹⁰.

Los estimulantes incrementan la latencia al sueño y la frecuencia de los despertares, además disminuyen el tiempo total de sueño. La latencia al sueño R puede ser prolongada y el tiempo total de R puede estar disminuido. Durante la supresión de estimulantes, la latencia al sueño se reduce, el tiempo total de sueño aumenta y puede observarse rebote de sueño R. No se han observado anomalías polisomnográficas específicas relacionadas con la supresión o abstinencia del estimulante a largo plazo. Los estudios de individuos que han utilizado benzodiazepinas a largo plazo, muestran porcentajes relativamente bajos de las etapas N1, N3 y R (de acuerdo a la nueva nomenclatura)¹². También se han reportado alteraciones de la actividad electroencefalográfica incluyendo disminución de complejos K, disminución de ondas delta, aumento de ondas de 14 a 18 Hz, y aumento de ondas alfa y beta. Los movimientos oculares durante el sueño R pueden estar reducidos. La disminución de la fase N3 del sueño junto con la fragmentación del sueño R se asocian al uso prolongado de alcohol. Los despertares frecuentes y transiciones de etapas del sueño son comunes en la última parte del periodo del sueño, ya que el nivel de etanol en sangre declina. El uso crónico de alcohol con abstinencia tardía puede producir patrones de sueño ligero y fragmentado por meses y años después de que el alcohol se ha retirado^{3,8-10}. Existe información limitada sobre los efectos de sustancias en otras pruebas de laboratorio relevantes. Los individuos que consumen altas dosis diarias de cafeína pueden aparecer patológicamente somnolientos en la prueba de latencias múltiples al sueño.

Criterios diagnósticos del insomnio por drogas o sustancias²

- A. Los síntomas del paciente reúnen los criterios para el insomnio.
- B. El insomnio se ha presentado por lo menos durante un mes.
- C. Debe incluir uno de los siguientes criterios:
 - i. Existe dependencia en curso o abuso de droga o sustancia conocida con propiedades disruptivas del sueño durante períodos de uso, intoxicación o durante la supresión de la sustancia.
 - ii. El paciente actualmente usa o se expone a un medicamento, alimento o toxina, que perturba el sueño en individuos susceptibles.

- D. El insomnio se asocia temporalmente con la exposición, uso, abuso o a la supresión aguda de la sustancia.
- E. El disturbo de sueño no es mejor explicado por otro trastorno del sueño, desorden médico, neurológico o desorden mental.

Es importante distinguir aquellos pacientes con y sin síntomas de dependencia o de abuso de sustancias. El listado actual de las sustancias asociadas puede ser útil en la planeación terapéutica. Se requieren pruebas de campo que comparen la utilidad clínica de este diagnóstico global con diagnósticos más específicos.

Diagnóstico diferencial

Muchos pacientes que experimentan insomnio debido a otras causas pueden utilizar medicamentos hipnóticos en forma ocasional o infrecuente para tratar sus problemas de sueño. En tales casos, puede ser difícil discernir si el diagnóstico de insomnio debido a drogas o sustancias es apropiado. Generalmente, este diagnóstico estaría autorizado si el paciente muestra historia de tolerancia, escalamiento de dosis o insomnio de rebote durante los intentos de suprimir la medicación y miedo a la incapacidad de no poder dormir sin el uso de hipnóticos^{3,9,10}. Los individuos que muestran uso prudente de hipnóticos en ausencia de estos signos de dependencia no deben ser asignados a este diagnóstico. El insomnio debido a drogas o sustancias debe ser diferenciado de la higiene inadecuada del sueño. Los pacientes con este último diagnóstico pueden mostrar uso inadecuado de sustancias como cafeína o alcohol, cercano al momento de acostarse, pero estos pacientes no muestran patrones de uso excesivo o dependencia. Otros diagnósticos de insomnio pueden ser más apropiados cuando el insomnio persiste mucho tiempo después de que el agente que causa el insomnio ha sido suprimido. A menudo en tales casos, los factores psicológicos y conductuales que emergieron durante el curso del insomnio sirven para perpetuarlo. El diagnóstico de insomnio psicofisiológico puede ser más apropiado cuando el insomnio es primariamente mantenido por despertar condicionado o comportamientos aprendidos o ambos; mientras que la higiene de sueño inadecuada puede ser más descriptiva en casos en los cuales la higiene pobre del sueño es el mecanismo perpetuante más obvio.

Para propósitos de codificación, el abuso o dependencia de sustancias se debe enumerar como un diagnóstico separado. La sustancia que causa insomnio debe ser especificada en casos de insomnio relacionado a efectos secundarios por medicación, alergia por alimentos o a la exposición de toxinas².

Insomnio por otra condición médica

Manifestaciones clínicas esenciales

La característica esencial del insomnio debido a condición médica, es el insomnio causado por un desorden médico coexistente o por otro factor fisiológico². El insomnio puede implicar problemas con la iniciación o continuidad del sueño, o caracterizarse por quejas de sueño no reparador o de mala calidad. Aunque las dificultades del sueño pueden ser vistas como síntomas comunes de una condición médica identificada, el diagnóstico de insomnio debido a condición médica debe asignarse cuando el insomnio causa marcada tensión o preocupación que requiere atención clínica separada¹³.

Muchos desórdenes médicos y neurológicos pueden provocar insomnio crónico³. Ya que el sueño normal requiere *confort* durante el período designado para dormir, los desórdenes que causan dolor, problemas respiratorios, limitación al movimiento y síntomas del sistema nervioso central, son elementos frecuentes que causan dificultad para iniciar y mantener la continuidad del sueño. Además, las quejas de sueño no reparador son con frecuencia vistas en pacientes con síndromes de dolor crónico^{14,15}. Ciertos desórdenes pulmonares también pueden provocar quejas de insomnio. La enfermedad pulmonar obstructiva se puede caracterizar por dificultad para iniciar el sueño con frecuentes despertares asociados con alteraciones respiratorias (respiración corta, ahogos, tos nocturna), y sueño no reparador al despertar matutino. Los pacientes con asma relacionada al sueño comúnmente muestran despertares nocturnos con disnea, sibilancias al respirar, tos nocturna, despertar con asfixia o falta de aire (disnea) y/o molestias torácicas asociadas con ansiedad. Muchos desórdenes neurológicos también pueden causar insomnio, las quejas pueden conducir a patrón de sueño fragmentado, quejas de sueño subjetivas y interrupción del ciclo sueño-vigilia¹⁶. Las alteraciones del sueño asociadas a la menopausia son comunes y pueden dar lugar a quejas de insomnio; las mujeres afectadas se quejan tanto de despertares nocturnos repetidos, asociados a *bochornos* o *sudoraciones nocturnas*. El embarazo también puede causar dificultades en el sueño, en particular en el último trimestre. Son comunes los despertares nocturnos frecuentes y pérdida de la fase N3.

Manifestaciones clínicas asociadas

Igual que otras formas de insomnio, el debido a condición médica puede estar asociado con tensión excesiva sobre el sueño, ansiedad por no dormir bien y quejas en el funcionamiento diurno. Las preocupaciones acerca de los

efectos del insomnio sobre el desorden médico causal o sobre la salud en general no son comunes. Con frecuencia, el insomnio puede empeorar la condición médica premórbida. Otros hallazgos asociados varían en función del desorden específico que causa la dificultad en el sueño.

Los estudios epidemiológicos sugieren que el insomnio debido a condición médica se encuentra en cerca de 0,5 % de la población general y en promedio del 4 % de la población de clínicas de sueño¹³. Sin embargo, el insomnio debido a condición médica se asigna como diagnóstico primario, secundario o terciario hasta en un cuarto de todos esos casos. Este diagnóstico es el más común en los grupos de edad avanzada.

El inicio puede ocurrir en cualquier edad, usualmente comienza durante los años de la edad media o posterior. La evolución del desorden típicamente varía con el curso de la condición médica causal o condición fisiológica^{3,13,14}. Los medicamentos prescritos para la condición médica asociada pueden exacerbar el trastorno de sueño. Algunos pacientes pueden desarrollar estrategias compensatorias que sirven para perpetuar o incrementar el disturbio del sueño. Otros pacientes pueden desarrollar dependencia a la medicación para dormir que requiere atención terapéutica independiente.

Muchas condiciones médicas o fisiológicas que causan insomnio producen disminución del tiempo total de sueño, aumento en los despertares y disminución de la fase N3. Algunas condiciones médicas pueden producir hallazgos polisomnográficos más específicos. Por ejemplo, husos de sueño ausentes o mal conformados son hallazgos comunes de enfermedades degenerativas cerebrales, mientras que la intromisión de ondas alfa han sido reportadas en pacientes con fibromialgia^{14,15}.

Criterios diagnósticos del insomnio debido a condición médica²

- A. Los síntomas del paciente reúnen los criterios para el insomnio.
- B. El insomnio está presente por lo menos durante un mes.
- C. El paciente tiene una condición médica conocida o coexistente que altera el sueño.
- D. El insomnio está con claridad asociado a la condición médica o fisiológica y aparece cercanamente al tiempo de inicio o con progresión significativa de la condición médica o fisiológica y aumenta o disminuye con las fluctuaciones en la severidad de la condición.
- E. El disturbio del sueño no es mejor explicado por otro trastorno del sueño, desorden mental, por medicación o uso de sustancias.

Con propósitos terapéuticos puede ser útil distinguir subtipos clínicos sobre la base del tipo de condición fisiológica o médica que causa la queja de insomnio. Para propósitos de codificación la condición médica o fisiológica asociada debe ser listada como un diagnóstico separado.

Diagnostico diferencial

Los medicamentos prescritos para condiciones médicas pueden tener propiedades disruptivas del sueño, y puede ser difícil separar los efectos de la medicación sobre el sueño, de los causados por el desorden médico subyacente. El insomnio debido a drogas o sustancias puede ser asignado cuando es claro que el insomnio aparece poco después de la medicación prescrita y remite o mejora cuando se suprime la medicación. En contraste con el insomnio debido a condición médica, podría ser asignado cuando el insomnio aumenta y disminuye cuando la condición médica empeora o mejora. Muchas condiciones médicas conducen a marcada reducción del funcionamiento, y es necesario discernir si el insomnio observado es causado por la enfermedad médica en sí o por el desorden emocional que surge en reacción a la condición médica. Muchos pacientes desarrollan insomnio por la adopción de conductas disruptivas del sueño para combatir el insomnio, o porque están excesivamente ansiosos o se preocupan por su sueño. En algunos pacientes, tal fenómeno puede sumarse al insomnio. En otros pacientes, puede persistir el insomnio mucho después que la condición médica se suprime o se trata efectivamente. En tales casos, un diagnóstico adicional de insomnio como el psicofisiológico o higiene de sueño inadecuada puede ser un diagnóstico apropiado o comórbido. En este último grupo, tales diagnósticos pueden remplazar al insomnio debido a condición médica como diagnóstico de insomnio primario. Con frecuencia los pacientes con insomnio usan medicación sedante o alcohol para mejorar las alteraciones del sueño. Algunos pacientes que desarrollan insomnio debido a condición médica y aquellos que desarrollan dependencia a hipnóticos o alcohol, pueden tener el diagnóstico de insomnio debido a drogas o sustancias como diagnóstico comórbido o primario, si la dependencia a sustancias adiciona substancialmente un mecanismo perpetuante del insomnio primario⁹.

Insomnio no debido a sustancias o condición fisiológica, sin especificar (insomnio no orgánico, otro no especificado)

Este diagnóstico se utiliza para formas de insomnio que no han sido clasificadas con antelación, pero que se sospecha están relacionadas a un desorden mental subyacente, factores psicológicos o prácticas disruptivas del sueño. En algunos casos, el diagnóstico puede ser asignado sobre base temporal cuando un diagnóstico de insomnio parece

ser apropiado, pero se requiere de evaluación futura para determinar la condición mental específica o factores fisiológicos y conductuales responsables de la dificultad en el sueño. En otros casos, el diagnóstico debe ser asignado cuando factores conductuales o psicológicos parezcan contribuir al insomnio, pero los síntomas del paciente no llenan los criterios de otro diagnóstico de insomnio³.

Insomnio fisiológico (orgánico) no específico

Este diagnóstico se utiliza en formas de insomnio que no pueden ser clasificadas en las anteriores, pero se sospecha que están relacionadas a desorden médico, estado fisiológico, uso o exposición a sustancias. En algunos casos, el diagnóstico puede asignarse sobre una base temporal, cuando el diagnóstico de insomnio es apropiado pero requiere de evaluación futura para determinar la condición médica o exposición al tóxico específico que sea responsable de la dificultad del sueño. Este diagnóstico también puede ser asignado cuando se sospecha insomnio relacionado a dependencia o abuso de sustancias, pero que aún no se ha confirmado. En otros casos, puede asignarse cuando un desorden fisiológico endógeno parezca contribuir al insomnio, pero los síntomas no llenan los criterios para uno de los diagnósticos de insomnio³.

REFERENCIAS

1. Anzures M, Kassab J, Alvarado R. Manifestaciones clínicas y diferenciación de los tipos de insomnio, primera parte. *Arch Neurocién* 2010;2:101-11.
2. American Academy of Sleep Medicine. *International Classification of Sleep Disorders*. 2nd. Ed. Westchester, IL. American Academy of Sleep Medicine, 2005.
3. Buysse DJ, Reynolds CF 3rd, Kupfer DJ, Thorpy MJ, Bixler E, Manfredi R, et al. Clinical diagnoses in 216 insomnia patients using the International Classification of Sleep Disorders (ICSD), DSM-IV and ICD-10 categories: a report from the APA/NIMH DSM-IV field trial. *Sleep* 1994;17:630-7.
4. Brown F, Buboltz W, Soper B. Relationship of sleep hygiene awareness, sleep hygiene practices, and sleep quality in university students. *Behav Med* 2002;28:33-8.
5. Lacks P, Rotert M. Knowledge and practice of sleep hygiene techniques in insomniacs and good sleepers. *Behavioral Res Therapy* 1986;24:365-8.
6. Ohayon MM, Roberts RE. Comparability of sleep disorders diagnoses using DSM-IV and ICSD classifications with adolescents. *Sleep* 2001;24:920-5.
7. Morin CM, Hauri PJ, Espie CA, Spielman AJ, Buysse DJ, Bootzin RR. Nonpharmacologic treatment of chronic insomnia. *Sleep* 1999;22:1134-56.
8. Friedman P. Poisoning and its management. In: Braunwald E, Isselbacher K, Petersdorf R, Wilson J, Martin J, Fauel A, eds. *Harrison's Principles of internal medicine*, 11th ed. New York: McGraw-Hill; 1987.
9. Gillin JC, Drummond S. Medication and substance abuse. In: Kryger MH, Roth T, Dement WC, eds. *Principles and practice of sleep medicine*, 3rd ed. Philadelphia: WB Saunders; 2000.
10. Schweitzer P. Drugs that disturb sleep and wakefulness. In: Kryger

- MH, Roth T, Dement WC, eds. *Principles and practice of sleep medicine*, 3rd ed. Philadelphia: WB Saunders; 2000:1176-96.
11. Kahn A, Mozin M, Casimir G, Montauk L, Blum D. Insomnia and cow's milk allergy in infants. *Pediatrics* 1985;76:880-4.
 12. Iber C, Ancoli-Israel S, Chesson A, Quan SF for the American Academy of Sleep Medicine. *The AASM Manual for the scoring of sleep and associated events: rules, terminology and technical specifications*, 1st ed.: Westchester, Illinois: American Academy of Sleep Medicine, 2007.
 13. Gislason T, Almqvist M. Somatic disease and sleep complaints: an epidemiological study of 3201 Swedish men. *Acta Med Scand* 1987;221:475-81.
 14. Hirsch M, Carlander B, Verge M, Tafti M. Objective and subjective sleep disturbances in patients with rheumatoid arthritis. A reappraisal. *Arthritis Rheum* 1994;37:41-9.
 15. Moldofsky H. Sleep influences on regional and diffuse pain syndromes associated with osteoarthritis. *Semin Arthritis Rheum* 1989; 18(Supp12):18-21.
 16. Prim PN, Vitaliano PP, Vitiello MV. Sleep, EEG and mental function changes in senile dementia of the Alzheimer's type. *Neurobiol Aging* 1982;3:361-70.