

ELS TRASTORNS DEL SON



Imma Lillo Holgueras
CURS: 2008/09
TUTOR: José Luis Puertas

ÍNDEX

1. Introducció	1
2. El son	3
2.1. Què és el son?	3
2.2. Les fases del son.....	4
2.3. Per què hem de dormir?	6
2.4. El son i l'edat	8
2.5. Durant el dia tinc son. ¿Per què em passa?	9
3. Els trastorns del son	11
3.1. Classificació dels trastorns del son	11
3.2. L'insomni	11
3.3. Trastorns respiratoris.....	15
3.3.1. Síndrome d'Apnea Obstructiva del Son	16
3.4. Alteracions del ritme circadiari	21
3.5. Hipersòmnies	24
3.5.1. Narcolèpsia o malaltia de Galineau	25
3.6. Parasòmnies	30
3.6.1. El somnambulisme	31
3.6.2. Bruxisme	32
3.6.3. Terrors nocturns	32
3.6.4. Malsons	33
3.6.5. Somniloquia	33
4. Treball de camp	34
4.1. Enquesta	34
4.2. Entrevista a un pacient	37
4.3. Visita a una Unitat del Son i entrevista a un metge especialitzat	40
5. Conclusió	46
6. Bibliografia i webgrafia	48
7. Annexos	49

1. INTRODUCCIÓ

La veritat és que el tema dels trastorns del son no va ser el primer que em vaig plantejar per realitzar el treball de recerca. Estic segura que molts dels alumnes estaran d'acord amb mi si dic que des que et comuniquen que has de començar a plantejar-te de què anirà el treball fins que finalment arribes a l'elecció del tema definitiu passes per nombroses opcions. Aquestes opcions sovint queden descartades per la complexitat del tema o perquè alhora de realitzar el treball de camp les possibilitats queden molt limitades. Concretament això és el que em va passar a mi.

En un principi em vaig proposar realitzar un treball de recerca relacionat amb la interpretació dels somnis, un tema que encara em segueix semblant molt interessant. Però un cop vaig començar a investigar em vaig adonar que aquest treball seria molt teòric i la part pràctica quedaria molt reduïda. Llavors és quan vaig llegir una notícia¹ al diari *La Vanguardia* que em va ajudar a l'elecció definitiva. La notícia tractava sobre els trastorns del son, com que no n'havia sentit a parlar mai i semblava que podia ser un tema de profit vaig buscar més informació. Un cop vaig llegir una mica sobre el tema de seguida vaig saber que seria l'escollit.

El treball està estructurat bàsicament en tres parts. La primera fa referència a aspectes relacionats amb el son en general, com les fases del son o la necessitat de dormir. Aquesta primera part m'ha semblat adient introduir-la en el treball perquè tot i què sabem que dormir és essencial per aguantar el dia a dia la majoria no coneix els processos que es duen a terme mentre dormim ni la seva importància. A continuació hi ha una segona part que tracta essencialment sobre els trastorns de son. En aquesta segona part, primerament, trobem una classificació dels trastorns del son i en els següents capítols desenvolupo cada tipus de trastorn. Dins de cada trastorn del son he cregut oportú esmentar i explicar la malaltia més comuna. Finalment la tercera part, que està formada pel treball de camp. Aquesta última part consta, d'una banda, dels resultats i de les conclusions extretes d'una enquesta per determinar el grau de somnolència d'un grup d'estudiants. D'una altra banda, de l'entrevista realitzada a un pacient que pateix síndrome d'apnea obstructiva del son, un trastorn respiratori. I per últim, aquesta tercera part, està formada per l'entrevista a un metge especialitzat i la visita a una Unitat del Son. Cal afegir que el treball consta a més a més, d'una

¹ Veure annexos pàgina 61.

introducció on explico quines han estat les meves motivacions i com he realitzat el treball, una conclusió i els annexos on adjunto fotografies i notícies d'interès.

Ahora de realitzar aquest treball els meus objectius principals van ser des d'un principi aprendre sobre el tema, perquè crec que realitzar el treball no només ha de servir perquè t'avaluïn la teva capacitat d'expressió o la manera d'organitzar les idees, sinó que sobretot ha de servir a un mateix per aprendre del tema que s'ha estat tractant de plasmar tant de temps. També un dels meus objectius era tenir l'ocasió de poder entrevistar personalment a algun metge especialitzat i a algun pacient que patís un trastorn del son per poder comparar la informació extreta de l'entrevista amb la part teòrica.

Per acabar podria dir que estic molt satisfeta amb el resultat del treball, perquè tot i que mentre elaborava la redacció m'anaven sorgint dubtes a poc a poc els he anat resolent, sobretot amb l'ajuda del tutor i del doctor entrevistat, que va mostrar molt d'interès, i perquè he pogut aconseguir tots els objectius proposats.

2. EL SON

2.1. Què és el son?

La idea bàsica predominant fins fa pocs anys consistia en considerar el son com una interrupció dels mecanismes que ens mantenen desperts. Aquest concepte va canviar a principis de segle amb el descobriment de l'electroencefalografia², que va demostrar com el son està constituït per una sèrie de processos actius i que no és una desconexió passiva de la vigília sinó que és un estat de consciència dinàmic on podem arribar a tenir una activitat cerebral tan activa com en la vigília, i en el que ocorren grans modificacions del funcionament de l'organisme; canvis en la pressió arterial, la freqüència cardíaca i respiratòria, la temperatura corporal, la secreció hormonal, entre d'altres.

En la nostra societat, un de cada quatre individus pateix les conseqüències del mal son en alguna de les seves múltiples manifestacions. En cap cas es tracta de malalties aïllades sinó més aviat de l'avís sobre una prèvia irregularitat d'origen físic o psíquic. La ciència i l'experiència han demostrat que dormir és una activitat absolutament necessària per a l'ésser humà, ja que permet restablir les funcions físiques i psicològiques essencials per a un ple rendiment. Sense dormir prèviament no podríem estar desperts.

Des de sempre han existit persones amb problemes relacionats amb el son, però només durant les últimes dècades s'han considerat les alteracions del son com una distorsió de la salut que modifica i condiciona la nostra existència. Milions d'individus en el món viuen enmig d'una somnolència i fatiga contínues. Altres es veuen obligats a treballar quan el seu cervell està "programat" per dormir.

Estudis recents demostren que al voltant del 25% de la població pateix freqüents o esporàdiques anomalies relacionades amb el seu son i que les esmentades alteracions condicionen la prescripció o ús de fàrmacs en una proporció superior a qualsevol altra patologia. Per tant, el fet de dormir poc, dormir malament o dormir massa, pot arribar a ser una tortura. No aconseguir un son seguit i profund és causa d'un dels malestars més insofribles que poden afectar a l'individu al llarg de la seva

² Estudi de l'activitat cerebral mitjançant petits elèctrodes que se situen en el cap i recullen el funcionament de les neurones.

vida. La persona que es desperta sense voler-ho o no pot iniciar el son és víctima d'un greu trastorn que pot provocar-li importants repercussions psíquiques.

2.2. Les fases del son

El son no és una situació passiva ni una falta de vigília, sinó un estat actiu en el qual tenen lloc canvis de les funcions corporals, a més d'activitats mentals d'enorme transcendència per a l'equilibri psíquic i físic dels individus. També es produeixen modificacions hormonals, bioquímiques, metabòliques i de temperatura, imprescindibles per al bon funcionament de l'ésser humà durant el dia.

Per comprendre el procés del son, podem imaginar que descendim per una escala. Al tancar els ulls, estem donant un primer pas cap a la primera fase del son³, denominada també somnolència. En ella, el cos inicia una distensió muscular, la respiració es torna uniforme, i en el EEG (electroencefalograma) s'observa una activitat cerebral més lenta que la que existia en la vigília, similar a l'observada en la fase REM.

Després d'uns minuts en aquesta fase, seguim el descens cap a la denominada fase II⁴, on les ones cerebrals s'alenteixen una mica més. La segona fase dura aproximadament vint minuts i es caracteritza perquè, tot i que també pot passar a les altres fases, sovint durant aquesta és quan diem que “parlem en somnis”. Encara que estem adormits, durant la fase II, se'ns pot despertar fàcilment.

Posteriorment ens endinsem en una etapa de transició que dura pocs minuts, l'estadi III⁵. A continuació, seguim avançant cap a un son més profund, que rep el nom de son lent o estat IV⁶, en el qual les ones cerebrals (ones delta) són ja molt lentes, es precisen forts estímuls acústics o tàctils per despertar-nos. Aquesta última etapa sol durar uns trenta minuts i curiosament és quan els nens mullen el llit o comencen a caminar adormits. Un 20% dels nens entre tres i dotze anys experimenten almenys un episodi de somnambulisme, que normalment dura uns deu minuts. Tot aquest procés sol durar aproximadament una hora.

³ Veure annexos figura 1, pàgina 49

⁴ Veure annexos figura 2, pàgina 49

⁵ Veure annexos figura 3, pàgina 50

⁶ Veure annexos figura 4, pàgina 50

Encara que estem profundament adormits el cervell segueix processant estímuls. Donem voltes pel llit, però aconseguim no caure. El so dels cotxes del carrer no interromp el son, en canvi el plor d'un nen ens desperta amb un sobresalt.

Passada aquesta hora en lloc de seguir amb un son profund ascendim de nou cap a la fase II i III, per entrar en una nova situació fisiològica que denominem fase REM⁷. La característica d'aquesta fase són els moviments oculars ràpids. Durant aquest estat el ritme cardíac augmenta, la respiració s'accelera i es torna irregular, i cada trenta segons, aproximadament, l'ull gira ràpidament cap a darrere les parpelles. Es estrany que la ciència no descobrís l'estat REM fins 1952, ja que el moviment dels ulls en aquesta fase és fàcilment visible si s'observa a una persona dormint. És durant aquest estadi quan el genitals s'exciten i es produeix una erecció, en el cas dels homes, i augmenta la lubricació vaginal, en el cas de les dones. L'habitual "erecció matinal" s'origina durant l'últim període REM que té lloc just abans de llevar-nos. Els ràpids moviments d'ulls que es produeixen a la fase REM anuncien el començament d'un somni. Fins i tot les persones que afirmen que mai somien podrien recordar un somni el 80% dels cops, si es despertessin durant un estat REM. A diferència de les imatges efímeres que es veuen durant l'estadi I, els somnis de la fase REM acostumen a tenir un contingut emocional i articular-se en forma d'història.

El conjunt d'aquestes quatre fases, I, II, III, IV i REM, es denomina cicle, i sol tenir una durada total de noranta a cent minuts. Aquests cicles es repeteixen en quatre o cinc ocasions durant tota la nit, de manera que la fase REM se succeeix unes cinc vegades i això comporta que podem arribar a somiar cinc cops en una nit encara que al dia següent no ho recordem.

És important conèixer l'existència de petits despertars, de sis a vuit, durant tota la nit. Aquests són de molt poca durada, en el nen i en l'adult, no superen els trenta segons, i més llargs i freqüents en els ancians, de dos a cinc minuts.

Durant la nit, la profunda fase IV es fa progressivament més breu i acaba desapareixent, mentre que el períodes de fase REM s'allarguen. Al despertar entre el 20% i el 25% del nostre son, uns cent minuts, ha sigut en estat REM. Això significa que aquells que afirmen que mai somien, en realitat passen sis-centes hores a l'any experimentant uns mil cinc-cents somnis.

⁷ Veure annexos figura 5, pàgina 51. En anglès REM significa Rapid Eye Movement.

A manera de resum podríem dir que les peculiaritats que caracteritzen un son normal són:

- Sempre ens adormim en fase I. No podem entrar directament a una fase REM o a un son molt profund.
- Les fases I, II, III, IV i REM configuren el que es coneix com un cicle, que es repeteix amb una periodicitat d'uns noranta a cent minuts.
- El son més profund succeeix sempre en el primer terç de la nit, i està sempre lligat a l'inici d'un somni.
- La fase REM predomina cap al final de la nit. Si ens despertem en ella, existeix la possibilitat de recordar els somnis.
- Durant el son nocturn, entrem en vigília, és a dir ens despertem, prop d'un 2% del temps total, el que normalment no recordem l'endemà.

2.3. Per què hem de dormir?

De manera resumida podríem dir que dormim per poder estar desperts pel dia i com que estem desperts i actius durant el dia necessitem dormir.

El son és una necessitat bàsica de l'organisme i la seva satisfacció ens permet la supervivència. El cos humà manté un equilibri, i si falla aquest equilibri l'organisme intentarà per tots els mitjans tornar a recuperar-lo. Gràcies als experiments de privació de son s'ha comprès que quan s'elimina completament la possibilitat de dormir en un organisme, sobrevé la mort. Quan se'l priva de son temporalment o parcialment, és a dir, no se'l deixa dormir un dia, o no se'l permet tenir alguna fase concreta de son, l'organisme produeix en resposta un augment de la fase que s'ha anul·lat. Això confirma que l'organisme intentarà conservar el seu equilibri recuperant allò del que se l'ha privat.

Aquests mateixos estudis han servit per comprendre les funcions del son i de les seves diferents fases. Tot i que estem molt lluny d'obtenir respostes clares respecte a aquest fenomen, sembla ser que les fases del son no REM tenen una funció relacionada amb la reparació de teixits corporals i la conservació i recuperació d'energia. Mentre que durant la fase REM predominen els processos de reparació cerebral, és dir reorganització neuronal, consolidació i emmagatzematge de records rellevants i l'eliminació dels quals no ho són.

D'aquesta manera podríem explicar que quan un individu està aprenent alguna cosa, augmenta la seva fase REM, per exemple els nens tenen més estat REM que adults i ancians, i que d'altra banda, quan està sotmès a un fort desgast físic augmenta la fase no REM, per exemple durant la pràctica d'exercici físic.

Una de les funcions més importants del son és la seva contribució en la regulació de la temperatura corporal, funcionant com un termòstat que manté la temperatura que l'organisme necessita en cada moment en funció de les activitats que es porten a terme en ell per facilitar processos metabòlics, hormonals, etc. Sense aquest important termòstat, l'organisme moriria.

A mesura que augmenta la supressió de son, veiem com es produeix un clar deteriorament en el funcionament diürn; es produeix una disminució del rendiment intel·lectual amb dificultats de concentració i utilització de la memòria, així com de la capacitat d'abstracció i raonament lògic. Disminueixen els reflexos produint un augment del temps necessari per reaccionar a un estímul, el que pot afavorir el risc d'accidents de trànsit, domèstics i laborals. Augmenta la probabilitat de desenvolupar trastorns psiquiàtrics, ja que es produeixen alteracions en l'estat d'ànim augmentant els nivells d'ansietat i irritabilitat. La privació severa de son, pot precipitar l'aparició d'al·lucinacions, alteracions neurològiques i atacs epilèptics.

Les necessitats bàsiques de son per mantenir les funcions i supervivència de l'organisme se situen sobre una mitjana de 4 o 5 hores de son cada 24 hores. La resta d'hores que dormim contribueixen a millorar el nostre benestar i major qualitat de vida, estimant que en una mitjana de 8,3 hores podria trobar-se el punt òptim de descans.

No obstant això, és important matisar que les necessitats bàsiques i opcionals de son per aconseguir un rendiment i benestar òptim durant el dia varien en cada persona, i fins i tot una mateixa persona no té les mateixes necessitats en tots els moments de la seva vida. Com hem repetit, l'organisme intenta mantenir l'equilibri, i és precisament això el que determina la necessitat de son de cada individu en cada moment. Les hores necessàries de son són aquelles que ens permeten estar bé durant el dia, sense sentir somnolència fins a la nit següent.

2.4. El son i l'edat

Durant els primers anys de vida la majoria de les persones s'adormen ràpidament i profundament. A l'inici de la vida, el son està repartit al llarg del dia en diversos cicles de curta durada, la fase REM ocupa la major part de la nit ja que és essencial per al creixement i desenvolupament cognitiu de l'aprenentatge del nen.

Aviat, la vigília i el son es van delimitant en dues fases clarament diferenciades al llarg de les vint-i-quatre hores del dia, encara que els nens necessiten dormir més hores a la nit i almenys en la primera infància dormir una migdiada al dia.

Al llarg de la vida adulta es van limitant les hores de son i es redueix significativament la fase REM, a expenses d'un augment de les ones lentes o son profund. A mesura que envellim podem tenir més dificultats per començar a dormir i aconseguir un son reparador, continu i profund, ja que els despertars nocturns es tornen més freqüents i de major durada. Durant el dia, augmenta la somnolència diürna, donant com a resultat petites migdiades involuntàries en situacions de repòs que contribueixen a augmentar el problema de son nocturn.

Una creença popularment estesa és que els ancians tenen menor necessitat de son que adults i nens, la qual cosa no és del tot cert. El que passa realment és que disminueix la nostra capacitat per mantenir-nos adormits, de la mateixa manera que la nostra capacitat per mantenir-nos desperts. És a dir, els mecanismes que regulen la vigília i el son perden part de la seva eficàcia.

D'altra banda, en la tercera edat les oportunitats de quedar-se adormit durant el dia augmenten com a resultat de la disminució d'activitat física i l'increment de les activitats sedentàries, contribuint a una major alteració dels patrons son-vigília. Encara que les persones grans passen la mateixa quantitat de temps en fase REM que els joves, es produeix a expenses d'una disminució del son profund, d'ones lentes, donant com a resultat despertars més freqüents i prolongats. Amb l'edat, es produeix així mateix un augment de malalties i del problemes físics, que requereixen tractaments farmacològics, que poden agreujar les dificultats per dormir. Les malalties cròniques, de freqüent aparició en la tercera edat, són en si mateixes un dels factors més importants que poden alterar el son, malalties doloroses com: l'artritis, la fibromialgia, etc., i malalties respiratòries com: l'asma, l'apnea, etc.

Malgrat aquests patrons generals, les circumstàncies i condicions personals són determinants. De manera que podem, i no és infreqüent, trobar persones de la tercera edat sense problemes de son. Per prevenir aquests problemes, és molt important tenir una vida activa evitant el sedentarisme i son diürn, deixant exclusivament la nit com període de descans. D'aquesta manera, facilitem un cicle son-vigília més clar i diferenciat.

2.5. Durant el dia tinc son. ¿Per què em passa?

La somnolència és un estat fisiològic bàsic que pot ser comparat amb la fam o la set i que constitueix una necessitat essencial per a la supervivència dels éssers vius. La presència i intensitat de l'esmentat estat es veurà condicionat pel nombre d'hores de son nocturn i per la seva qualitat. L'aparició de somnolència en moments inapropiats pot considerar-se un fenomen patològic. Des de finals dels anys seixanta, es considera que la Somnolència Excessiva Diürna (SED) pot ser un símptoma indicatiu d'una important alteració mèdica.

El fenomen de "tenir son durant el dia" no és una situació normal sinó la conseqüència d'un mal descans, ja sigui perquè s'ha dormit poques hores o perquè les hores dormides són de baixa qualitat. Aquesta situació de somnolència diürna apareix quan hi ha una absència d'estímul externs, que normalment serveixen per mantenir en vigília a la persona.

La somnolència excessiva és un símptoma clau d'alteracions mèdiques importants, com la Síndrome d'Apnea Obstructiva del Son (SAOS), l'insomni o els canvis severos en els horaris de son.

La somnolència durant el dia pot arribar a ser molt intensa i ocasionar greus problemes que interfereixen en les relacions laborals i familiars. En els pacients més joves que pateixen aquest símptoma, s'han descrit fracassos escolars i trastorns de conducta.

No obstant això, el major perill que entranya la somnolència excessiva diürna és l'alt risc de patir accidents de trànsit i laborals. Nombrosos estudis han confirmat aquest fenomen.

Els accidents de trànsit deguts a fatiga, cansament o son, són més abundants en les hores de màxima somnolència, entre les 2 i 6 de la matinada i entre les 2 i 4 de la

tarda. En un estudi realitzat l'any 1986 al Regne Unit es va constatar que el 27% dels accidents de trànsit ocorreguts eren deguts a son o fatiga excessius, i que d'aquests, el 87 % eren mortals.

De la mateixa forma, el descens del grau d'alerta diürn ocasiona un augment dels accidents laborals i una pèrdua de productivitat. Entre els pacients que acudeixen a una unitat del son, el 20% ho fa amb queixes de somnolència excessiva diürna. Gairebé la meitat d'ells ha patit accidents de circulació, alguns, molt greus. Entre el 4% i 9% de la població adulta pateix SED (Somnolència Excessiva Diürna) com símptoma d'un trastorn del son.

Les repercussions de la somnolència excessiva sobre la salut pública són enormes, i les despeses econòmiques derivades d'aquesta patologia, molt importants.

3. ELS TRASTORNS DEL SON

3.1. Classificació dels trastorns del son

Els trastorns del son constitueixen un grup molt nombrós i heterogeni de processos. Hi ha nombroses malalties que inclouen algun trastorn del son com un més dels seus símptomes. De fet, és difícil trobar alguna malaltia que no alteri el son nocturn o la tendència a dormir durant el dia. Per això, els trastorns del son es classifiquen com malalties pròpies i no només com símptomes.

La classificació actual dels trastorns del son es basa en el símptoma principal de la malaltia, facilitant la seva identificació. D'aquesta manera obtenim la següent classificació, que serà objecte d'estudi al llarg del treball:

- Insomni
- Trastorns respiratoris: síndrome d'apnea obstructiva del son (SAOS)
- Hipersòmnies: narcolèpsia
- Alteracions del ritme circadiari
- Parasòmnies: el somnambulisme

Encara que cada persona és un món, és possible afirmar que les dones majors de quaranta anys són qui experimenten, amb més freqüència, trastorns del son.

En els següents apartats descriu detalladament les característiques de cada trastorn, amb els trets més significatius de cada un. A més a més, també incloc, en alguns casos, el diagnòstic i el tractament més adient per tractar la malaltia.

3.2. L'insomni

L'insomni és el més freqüent de tots els trastorns del son en la població general, afecta actualment a un terç de la població mundial, majoritàriament a les dones. Per insomni s'entén la dificultat per a la conciliació o el manteniment del son, despertar-se freqüentment durant la nit, o un son poc reparador; a més, per al diagnòstic de l'insomni, cal que tals dificultats produeixin en el pacient almenys una de les següents molèsties diürnes: fatiga o sensació de malestar general, dificultat de concentració, disminució en el rendiment laboral o escolar, alteracions de l'ànim o del caràcter,

somnolència, símptomes somàtics, com tensió muscular o cefalea, i preocupacions o pors en relació amb el son.

Classificació de l'insomni

La durada de l'insomni és el factor més important per a la seva avaluació i tractament. Segons la durada de l'insomni en diferenciem dos tipus: l'insomni transitori i crònic.

- **L'insomni transitori:** les causes més freqüents són l'estrès i les alteracions ambientals, com un examen, la pèrdua d'un ésser estimat, una hospitalització o la presència de dolor, el soroll, la calor, etc. També pot ser induït pel consum de determinades substàncies com per exemple cafè, nicotina, alcohol o drogues. L'insomni apareix com a resposta a l'estímul estressant i quan aquest desapareix es soluciona el problema de l'insomni. Aquest tipus d'insomni augmenta amb l'edat i s'ha de tractar per evitar que es transformi en un insomni crònic.

És més freqüent en dones que en homes, i encara que pot presentar-se a qualsevol edat, apareix amb més freqüència en adults que en joves.

- **L'insomni crònic:** l'insomni crònic no es desenvolupa de la nit al dia. Pràcticament sempre està precedit per un insomni transitori. La valoració que fem sobre la dificultat inicial per dormir és un factor determinant perquè l'insomni esdevingui crònic. Així, per exemple, la persona que dorm malament durant diverses nits, però continua la seva rutina diària sense preocupar-se per això, és poc probable que desenvolupi un insomni persistent. Contràriament, una persona que després d'algunes nits de son alterat comenci a preocupar-se excessivament per no poder dormir, té probabilitats d'entrar en un cercle viciós d'insomni i més alteracions del son. Tenir excessius pensaments reiteratius sobre l'insomni es converteix en una preocupació per a la persona i a mesura que s'acosta l'hora de ficar-se al llit l'horror a ser incapaç d'adormir-se augmenta.

Tot i això, l'insomni crònic sovint és degut a altres malalties que provoquen malestar o dolor i que impedeixen que el son sigui de qualitat. Algunes de les malalties més significatives que poden provocar insomni són: reumàtiques, com la fibromiàlgia, cardíques, endocrines i metabòliques, com l'hipertiroïdisme,

infeccioses, neurològiques, com el Parkinson o l'Alzheimer, digestives, com l'esofagitis, i finalment psicològiques, com la depressió.

Tractament de l'insomni

Com ja hem vist anteriorment l'insomni és la símptoma d'una altra dolença. Per això, alhora de combatre'l cal centrar-se en la dolença que el provoca, és a dir, el tractament de l'insomni ha de ser etiològic.

La medicina del son considera dues classes de tractament per a l'insomni: el farmacològic, amb medicaments sintètics, i el denominat no farmacològic, on s'utilitzen teràpies psicològiques, mesures d'higiene del son, ioga, plantes medicinals, etc.

Segons la gravetat i les característiques de cada cas, s'utilitzarà un mètode o un altre, i hi ha ocasions en les quals és recomanable la combinació de tots dos.

- **Tractaments no farmacològics:** una de les principals causes de l'insomni és l'acumulació d'ansietat i d'estrès durant el dia. En aquests casos seguint unes senzilles mesures es millorarà la qualitat del son combatent l'ansietat i l'estrès. Alguns dels consells per combatre l'estrès i l'ansietat són:

Per a un millor dia

- Manteniu horaris i rutines regulars.
- Feu exercicis suaus al migdia o a la tarda.
- Busqueu temps per reflexionar sobre la vostra vida actual.
- Apreneu a no estar sempre disponible.
- Organitzeu el vostre temps i feu una llista de prioritats.
- Reserveu-vos petits períodes de temps (dos vegades al dia durant cinc minuts) per respirar i relaxar-vos.

Per a una millor nit

- Lleveu-vos cada dia a la mateixa hora, però aneu a dormir només quan tingueu son.
- Banyeu-vos amb aigua calenta abans d'anar al llit.
- Eviteu els estimulants, com el cafè, el cacau o els refrescos de cola.
- No beveu alcohol almenys sis hores abans d'anar al llit.
- Eviteu el soroll i la llum excessiva.

- No feu servir el llit per activitats alienes al son com treballar, estudiar, menjar o veure la televisió.

Recomanacions higièniques per a la vida quotidiana

- Lleveu-vos cada dia a la mateixa hora.
- Feu sempre les mateixes rutines després de llevar-vos.
- Feu exercici suau almenys tres dies per setmana.
- Talleu el vostre trepidant ritme de vida amb petites interrupcions de cinc minuts de duració per relaxar-vos, respirar profundament i pensar en altres coses.
- Dediqueu trena minuts diaris a alguna tasca que us agradi realment: llegir, escoltar música, pintar, etc.

A més a més de seguir aquests consells és recomanable tractar l'ansietat amb sedants naturals. Les teràpies naturals estan indicades per al tractament de les alteracions ocasionades per l'ansietat. Algunes herbes tenen el poder tranquil·litzant, com per exemple la camamilla, la til·la o la valeriana. L'ús exclusiu d'aquestes herbes abans d'anar a dormir pot ser insuficient per ajudar a agafar el son, de manera que és recomana prendre infusions d'una manera esglaonada durant el dia.

- **Tractaments farmacològics:** els medicaments hipnòtics. Anomenem hipnòtics tots aquells fàrmacs que ens ajuden a iniciar, a mantenir i a disminuir els episodis de vigília durant el son.

Els primers medicaments emprats amb eficiència per combatre l'insomni van ser els anomenats barbitúrics. Tenien una excel·lent capacitat per "fer adormir", però el pacient solia despertar-se amb mal de cap. A més a més si es passava amb la dosi, hi havia serioses possibilitats de patir una intoxicació, que en casos extrems comportava la mort.

La majoria de metges que tracten pacients insomnes consideren que l'eficàcia és un factor de vital importància a l'hora d'escollir un hipnòtic. Per tant, necessiten un fàrmac que no actuï sobtadament després d'haver-lo pres i que els efectes es mantinguin durant els temps necessari per mantenir el son nocturn.

La ciència mèdica actual considera que els hipnòtics més segurs i efectius són les antigues benzodiacepines, psicofàrmacs tranquil·lizants amb efectes anxiolític, miorelaxant, anticonvulsiu i hipnòtic, segons la dosi, i les recentment descobertes ciclopirrolones. Aquestes últimes presenten menys efectes secundaris i es caracteritzen per la ràpida absorció i una bona eliminació de l'organisme. A més a més a diferència dels barbitúrics, en cas de sobredosi hi ha un compost que n'anul·la els efectes. Són molt eficaces si són receptades i controlades per un metge.

3.3. Trastorns respiratoris

En aquest grup s'inclouen aquells trastorns del son que es caracteritzen per una alteració de la respiració durant el son. Alguns dels trastorns inclosos dins d'aquest grup són:

- **Síndrome d'hipoventilació alveolar.** Es caracteritza per un deteriorament en el control de la ventilació que determina nivells arterials d'oxigen anormalment baixos, agreujats sobretot durant el son, hipoventilació sense apnees o hipoapnees. Es tracta d'un trastorn que sovint es presenta en persones amb sobrepès i es pot associar a la somnolència excessiva, i així mateix a l'insomni.
- **Síndrome d'apnea central del son.** Es caracteritza per interrupcions episòdiques de la ventilació durant el son, apnees o hipoapnees, sense que existeixi obstrucció de les vies respiratòries. És més freqüent en persones de major edat i sobretot com a conseqüència d'afeccions cardíques o neurològiques que incideixen sobre la regulació de la ventilació. En general es tracta de roncadors lleus, que solen consultar més aviat pels habituals despertars sobtats en el son nocturn.
- **Síndrome d'apnea obstructiva del son.** Es caracteritza per episodis repetits d'obstrucció de les vies respiratòries superiors, apnees o hipoapnees, durant el son. En general sol produir-se en persones amb sobrepès i condueix fins un estat de somnolència excessiva. Els roncs indiquen el pas de l'aire per vies parcialment obstruïdes i en els períodes de silenci respiratori es produeixen les apnees o hipoapnees, és a dir, la cessació de la respiració a causa d'una obstrucció total de les vies superiors. Aquestes persones solen ser roncadores fins i tot des de la infantesa i els seus roncs acostumen a ser prou intensos

com per pertorbar les persones properes. La majoria de les persones que el pateixen no són conscients d'aquests símptomes, encara que les seves parelles es veuen obligades a canviar de llit o fins i tot d'habitació.

La síndrome d'apnea obstructiva del son és la forma més freqüent dels trastorns relacionats amb la respiració. Es produeix entre l'1 i el 10% de la població adulta, encara que sol ser més elevada a la tercera edat. En general apareix entre els 40 i 60 anys i les dones tenen més probabilitat de patir-la després de la menopausa. Per aquests motius cal aprofundir en l'estudi d'aquest trastorn.

3.3.1. Síndrome d'Apnea Obstructiva del Son

La presència d'un ronc intens i mig tallat és freqüentment motiu de comentari jocós o mofa entre els familiars, amics o coneguts del roncador. Tanmateix, la persona que té somnolència o s'adorm durant el dia, pot ser acusada de "falta d'interès" pel seu entorn, despistat o fins i tot de vague. Normalment, els afectats deuen defensar-se al·legant que "estic molt cansat", que "treballo massa" o que " passo una temporada d'excessiu estrès". Res d'això és cert.

L'únic que succeeix és que aquestes persones amb ronc intens seguit de parades respiratòries durant el son, apnees, i somnolència diürna pateixen una Síndrome d'Apnea Obstructiva del Son (SAOS).

Moltes d'aquestes persones tenen problemes socials deguts a aquesta malaltia. En el seu treball rendeixen poc, perden memòria, els costa més concentrar-se, tenen son durant les reunions o s'adormen conduint. A casa, s'adormen al sofà abans de dinar o sopar, presten escassa atenció pel seu entorn i hi ha un evident descens de l'interès sexual.

El terme *apnea* significa absència de respiració. Mèdicament, aquest terme, s'utilitza per definir la falta d'entrada o sortida d'aire dels pulmons durant deu segons o més.

La presència de cessis en la respiració dona com a conseqüència la falta d'oxigen en l'organisme i l'augment de diòxid de carboni en la sang, amb les consegüents repercussions negatives per la circulació, el cervell i el cor.

Aquestes aturades poden ser totals, llavors les anomenen apnees, o parcials, en aquest cas s'anomenen hipoapnees. Per considerar-se patològiques han de tenir una durada igual o superior a deu segons i presentar-se amb una freqüència d'almenys 5 cops per hora de son. El número d'apnees o hipoapnees per hora es denomina índex d'alteració respiratòria nocturna i és el predictor de la gravetat de la síndrome. Els episodis apneics van seguits freqüentment per un despertar arousal, és adir, un canvi brusc des d'una fase de son profund a una fase més superficial que condueix a un despertar.

A què es deguda l'apnea?

La causa de l'apnea s'ha de buscar en la pèrdua del to muscular del coll i de la faringe. Encara que es desconeix l'origen exacte d'aquesta anomalia, es considera que podria ser una disfunció neurològica en el control motor d'aquests músculs. A pesar d'aquesta incògnita podem afirmar que hi ha una clara predisposició genètica, ja que tots els pacients que pateixen aquesta síndrome tenen familiars que ronquen o roncaven intensament.

L'alteració únicament apareix mentre es dorm i, fins fa relativament poc temps, no havia rebut l'atenció mèdica i social que requereix la seva freqüència el 22% de les persones que acudeixen a un especialista del son ho fan per posar remei a aquesta síndrome.

Els símptomes de la SAOS

El cessament repetit de la respiració provoca nombrosos símptomes. L'hipotonia, falta de força, de l'orofaringe, part mitjana de la faringe, és la responsable de la dificultat per respirar, donant lloc a un ronc sorollós i mig tallat, que pot variar en intensitat segons la posició en què s'estigui dormint.

La presència d'apnees dona lloc a una disminució d'oxigen en la sang que pot anar acompanyada d'alteracions del ritme cardíac, taquicàrdia si augmenta i bradicàrdia si disminueix, i d'una posterior sobrecàrrega del cor amb la consegüent hipertensió pulmonar. Fins i tot, en casos extrems, pot ser l'origen d'algunes morts inexplicables que es produeixen mentre es dorm.

L'oxigenació insuficient dels teixits, hipòxia, i l'excés d'anhídrid carbònic en la sang, hipercàpnia, són les responsables de les cefalees matinals dels qui pateixen aquesta síndrome, com també de la disminució de concentració i memòria, la pèrdua de l'apetit sexual i la hipertensió arterial.

Al final de cada apnea, la falta d'oxigen dona lloc a una resposta de despertar que permet superar l'episodi. Els qui pateixen aquesta síndrome es queixen d'un son inquiet i fraccionat, que ells atribueixen a la necessitat "d'anar al lavabo", sequedat de boca i sudoració excessiva. Aquests despertars provoquen que el son no pugui ser profund, per això el pacient només pot dormir de manera superficial, en fase I i II, amb la consegüent seqüela de somnolència durant el dia. Aquesta necessitat de dormir durant el dia varia en intensitat i està relacionada al nombre d'apnees. Pot arribar a ser molt incapacitant, encara que al principi el pacient la justifiqui per excessiu treball o estrès.

Quan és més intensa la síndrome?

Es pot avaluar la severitat de la síndrome d'apnea obstructiva del son mitjançant l'anomenat *índex d'alteració respiratòria nocturna*, que comptabilitza el nombre d'apnees i hipoapnees per hora.

De totes maneres, convé tenir en compte que existeixen una sèrie de circumstàncies que augmenten la intensitat d'aquesta dolença.

- Causes mecàniques: la severitat dels símptomes s'agreuja si l'aire troba algun obstacle en el seu pas per les vies respiratòries altes, una desviació de l'envà nasal, pòlips, una úvula "campaneta" gran o un paladar tou. L'excés de pes, sobretot en les persones que no han patit obesitat de nens, es manifesta en la musculatura abdominal i en la musculatura del coll. Per això, al guanyar pes, el greix s'acumula sobretot a la nostra faringe i augmenta la dificultat del pas de l'aire.
- Alteracions cranio-facials o esquelètiques: la forma de la cara, sobretot les dimensions del maxil·lar inferior i la longitud del coll influeixen en el procés. Una mandíbula inferior retreta o un coll gruixut i curt seran gairebé amb tota seguretat causa d'una síndrome d'apnea del son.

- Alteracions neurològiques o musculars: existeixen algunes rares malalties que donen lloc a un deficient control motor o falta de to muscular en les estructures del coll. Són la *siringomièlia*, caracteritzada per la proliferació de cavitats plenes de líquid en la medul·la espinal, la *miastènia gravis*, un trastorn de l'impuls nerviós a les fibres musculars que provoca una gran debilitat en la cara i el coll, i la distròfia muscular i algunes miopaties, malalties degeneratives del sistema muscular. És freqüent que les persones amb alguna d'aquestes malalties pateixin al mateix temps una síndrome d'apnea del son.
- Alteracions metabòliques: s'han descrit casos d'apnea obstructiva del son en pacients que pateixen alteracions metabòliques com: hipertiroidisme, una falta de secreció hormonal de la glàndula tiroïdes, acromegàlia, una producció anormal d'hormones del creixement que provoca deformacions en les extremitats, amiloïdosi, una acumulació d'una substància proteica en diversos teixits i òrgans que augmenten el seu volum, Síndrome de Prader Willy, una malformació congènita produïda per un excés d'hormones i que pot donar lloc a obesitat, malformacions i diabetis.
- Substàncies relaxants: el consum de substàncies amb un cert poder relaxant també és un factor que agreuja la malaltia. Està demostrat que qualsevol substància que produeixi un cert grau de relaxació muscular augmenta la freqüència d'apnees, com per exemple l'alcohol i els medicaments ansiolítics. Els qui ronquen habitualment ho fan amb més intensitat, per exemple, després d'un àpat copiosament acompanyat d'una beguda alcohòlica. No s'ha d'oblidar que encara que un ronc sigui més intens, la qualitat de son serà menor.

¿Com diagnosticar l'apnea?

Sovint, la història clínica permet diagnosticar l'existència d'una síndrome d'apnea obstructiva del son. No obstant, per confirmar aquesta sospita sempre és necessari practicar una polisomnografia, és a dir, observar a la persona durant tota una nit de son. Per poder dur a terme aquest estudi és necessari que el pacient acudeixi a una unitat de trastorns del son.

Estudiant la respiració nocturna, la intensitat del ronc, el nombre de parades respiratòries, el ritme cardíac, la profunditat del son, el nombre de despertars i

l'oxigenació de la sang, grau d'hipòxia, es possible determinar l'abast de les alteracions de l'organisme que tenen lloc durant les hores de son.

Per completar el diagnòstic, és recomanable comprovar l'estat de les vies respiratòries mitjançant una revisió otorrinolaringòloga. Avui en dia existeixen tècniques molt sofisticades que faciliten aquests tipus d'exàmens, com la fibroscòpia o la ressonància nuclear magnètica, una tècnica d'exploració que permet obtenir imatges de qualssevol zona del cos.

Com afrontar el problema?

Determinar el tractament més efectiu per a la síndrome depèn dels resultats de l'estudi del son, de la severitat del cas, de les condicions anatòmiques de qui la pateix i, sobretot, de la seva col·laboració.

En tots els casos, ja siguin més lleus o severos, s'ha de seguir una sèrie d'hàbits que alleujaran les símptomes. Les recomanacions bàsiques són:

- Pèrdua de pes. Aprimar-se ha de ser el primer objectiu de qui pateix aquesta síndrome, ja que el sobrepès agreuja les símptomes.
- Eliminar el consum d'alcohol. L'alcohol provoca la relaxació de la musculatura faríngia, per això convé evitar el seu consum.
- No prendre fàrmacs depressors del sistema nerviós central (sedants, ansolítics...). Aquest tipus de fàrmacs també produeixen flacciditat muscular.
- Evitar dormir en posició supina, és a dir cap a dalt, ja que en aquesta postura augmenta la intensitat dels roncs.

Si amb l'adopció d'aquest hàbits encara persisteixen les símptomes, potser caldrà recórrer a una intervenció quirúrgica. El pacient haurà de ser examinat per un especialista en otorrinolaringologia, que examini amb detall les seves vies aèries. El tipus d'operació dependrà de les anomalies trobades.

Quan no existeix cap de les situacions anteriors, cosa que passa en la majoria de casos, calen altres tractaments.

Un dels més utilitzats és el dispositiu de CPAP⁸, de l'anglès *continuous positive airway pressure* o respiració a pressió positiva contínua. És un dispositiu que s'encarrega de que l'aire arribi als pulmons a major pressió que l'ambiental, és a dir, a pressió positiva contínua.

Aquest equip està format per una màscara nasal, un tub i un compressor o ventilador. L'aire entra pel compressor, passa pel tub, connectat a la màscara, fins arribar al nas. La pressió que exerceix serveix per incrementar l'aire inspirat sense augmentar el treball de la respiració.

El CPAP⁹ soluciona totalment el problema mecànic que ocasiona la síndrome de l'apnea obstructiva del son i les símptomes. No obstant, cal destacar, que aquest dispositiu no cura la malaltia, sinó que únicament la corregeix.

3.4. Alteracions del ritme circadiari

Tots necessitem dormir diverses hores al dia. El cicle de son-vigília que es repeteix com una constant en les nostres vides està regit per un "rellotge biològic" intern que ens dicta quan despertar i quan dormir. A aquest cicle se'l denomina ritme circadiari (del llatí *circa dies*, que significa aproximadament un dia). El cicle circadiari abraça vint-i-quatre hores, dividides en vuit per al son i setze per a la vigília.

Els trastorns del cicle circadiari es caracteritzen per la pertorbació del patró de son com a conseqüència d'una falta de sincronització entre el patró son-vigília

Encara no es coneix amb exactitud el mecanisme que regula el ritme circadiari, encara que es pensa que és l'hipotàlem, una regió localitzada en l'encèfal. A més, s'ha comprovat que la llum influeix en aquest cicle, a través d'una substància, anomenada melatonina, secretada per la glàndula pineal, ubicada en el cerebel. Recentment, també s'ha localitzat un gen que controla el ritme circadiari, l'hPer2.

Com a conseqüència d'aquesta alteració del patró son-vigília distingim entre diferents alteracions del ritme circadiari:

- **Síndrome de la fase del son endarrerida.** Es caracteritza, com el seu propi nom indica, per un retard, habitualment més gran de dues hores, en els temps

⁸ Veure annexos figura 6, pàgina 51.

⁹ Veure annexos pàgina 62.

de conciliació del son i despertar, en relació amb els horaris convencionals o socialment acceptats. Els individus afectats per aquesta alteració tenen la impossibilitat d'adormir-se i despertar-se a una hora raonable, fent-ho més tard de l'habitual. L'estructura del son és normal, destacant únicament en els estudis polisomnogràfics un important allargament de la latència del son o el temps que tarden a adormir-se els pacients. Aquests tenen amb freqüència problemes socio-laborals, ja que les seves hores de major activitat solen ser les de la nit. En aquests individus estan també endarrerits altres cicles biològics circadianis, com són el de la temperatura i el de la secreció de melatonina.

És més freqüent entre adolescents i adults joves, sent la seva prevalença del 7 al 16%. Encara que s'han descrit casos d'inici en la infància, l'edat mitjana d'inici dels símptomes són els 20 anys.

- **Síndrome de la fase del son avançada.** És menys freqüent que la síndrome de la fase endarrerida. Els períodes de conciliació del son i de despertar són molt precoços respecte als horaris normals o desitjats. Els individus que pateixen aquesta síndrome solen queixar-se de somnolència durant la tarda i tenen tendència a ficar-se al llit molt aviat, i es desperten espontàniament també molt aviat al matí. Quan es fiquen al llit molt tard, per factors exògens, pateixen un dèficit de son, ja que el seu ritme circadiari els desperta igualment aviat. No es coneix la seva prevalença, però s'estima al voltant a l'1% en els adults i ancians, i augmenta amb l'edat, probablement perquè amb l'edat s'escurça el ritme circadiari. Afecta als dos sexes per igual.
- **Ritme son-vigília lliure.** El ritme son-vigília no coincideix amb el patró típic de 24 hores. El fet més freqüent és que el ritme sigui més llarg que el típic de 24 hores, però també pot ser més curt o variable. Aquesta alteració és molt freqüent en individus completament cecs, degut a la pèrdua de l'estímul lluminós, que serveix com a guia per a un correcte ritme circadiari. Es presenta també en subjectes amb retard mental, demència i trastorns psiquiàtrics.
- **Jet Lag o alteració del son per viatges amb canvi de fus horari.** Es caracteritza per un desajust entre el ritme circadiari endogen de son-vigília i el patró exogen de son-vigília d'una zona geogràfica determinada, derivat d'un desplaçament de gran distància, que comporta l'encreuament de diversos meridians terrestres, en un curt període de temps. En aquests desplaçaments,

el ritme circadiari segueix ancorat a l'horari del punt de partida, i s'ajusta lentament a l'horari del punt d'arribada. Es tracta d'un procés autolimitat, que pot durar fins a 6 dies. La gravetat dels seus símptomes (insomni, somnolència, astènia, baix rendiment intel·lectual, etc.) depèn del nombre de meridians terrestres que es travessen, i és més greu en individus d'edat més avançada. En els desplaçaments cap a l'est, l'alteració és similar a un retard del son, el desajust sol ser més gran que en els desplaçaments inversos, quan es viatja cap a l'oest, en els que predomina una alteració similar a la síndrome d'avançament de la fase de son.

- **Alteració del treballador nocturn.** En aquesta alteració del ritme circadiari, els símptomes d'insomni o hipersòmia són conseqüents de jornades o torns laborals que se solapen amb el període normal de son, el treballador ha d'estar alerta en un moment inadequat del seu cicle son-vigília. Aquest desordre d'horaris provoca grans trastorns, ja que per arribar a tenir un son reparador és quasi indispensable seguir unes rutines, i per aquestes persones sovint és impossible seguir un horari regular. Habitualment, totes aquestes condicions de treball comporten una reducció de les hores de son amb un desajust del ritme circadiari de son-vigília.

La reducció de son oscil·la entre 1 i 4 hores normalment, afectant principalment a la segona meitat de son.

Entre el 60% i 70% dels treballadors nocturns es queixen de problemes de son. Aquests treballadors dormen entre 5 i 7 hores menys per setmana, reduint la fase II i REM.

- **Alteració del ritme circadiari degut a un procés mèdic.** És el trastorn del ritme circadiari en relació amb una malaltia. En general, l'ingrés en un hospital, especialment en individus d'edat avançada, és suficient per produir un canvi del ritme son-vigília. Els ingressos prolongats, les intervencions quirúrgiques, prendre fàrmacs sedants o hipnòtics, les estades en unitats de cures intensives, en les que hi ha una activitat continuada les 24 hores del dia, gairebé sense interrupció d'estímulsonors i lluminosos, i els processos metabòlics i infecciosos, són factors que faciliten aquesta alteració.

3.5. Hipersòmnies

Aquesta secció inclou un grup de malalties caracteritzades fonamentalment per somnolència diürna. S'entén per somnolència diürna la incapacitat per mantenir-se despert i alerta durant la majoria de les situacions del dia. Aquesta ocorre amb major probabilitat en situacions monòtones que no requereixen una participació activa. Moltes vegades comporten un augment en el temps total de son diari, sense que això suposi una sensació de son reparador.

La somnolència excessiva és un símptoma que ha de ser estudiat sempre que per la seva freqüència o intensitat faci sospitar a la persona afectada o als que conviuen prop d'ella que no és proporcional al descans nocturn. És molt diferent adormir-se de manera esporàdica, en el sofà per exemple, que adormir-se en situacions que poden arribar a posar en perill la vida d'un mateix, com per exemple conduint, treballant, de peu, etc.

És fonamental veure la història del pacient i corroborar l'existència d'altres símptomes que puguin donar indicis sobre l'existència d'una malaltia precisa. La hipersòmnia sol anar acompanyada d'altres símptomes, i rarament és l'únic símptoma.

En conseqüència, cal estudiar a fons la hipersòmnia o somnolència excessiva quan per si mateixa produeix molèsties clares en la vida quotidiana del pacient, per la seva repercussió en la vida personal, laboral o social, o quan fa sospitar l'existència d'una malaltia.

Com es diagnostica?

La somnolència excessiva és relatada pel pacient i/o la família. Hi ha escales d'avaluació de la somnolència. La més utilitzada és l'escala de Epworth¹⁰, en la qual es puntuen diverses preguntes segons es produeixi el son en certes circumstàncies de forma esporàdica, habitual o permanentment. Un cop referida pel pacient i els observadors, cal confirmar la magnitud d'aquesta hipersomnolència. El mètode més habitual és realitzar l'estudi de Test de Latències Múltiples per conèixer el temps requerit per a entrar en son en 5 migdiades separades dues hores, durant un mateix dia; aquest test serveix a més a més per saber si el pacient entra en fase REM. Amb

¹⁰ Veure annexos, pàgina 52.

aquest test de son es realitza el diagnòstic d'hipersòmnia si la latència d'entrada en son és menor de 5 minuts; i si entra en fase REM en dos o més migdiades el diagnòstic més probable és el de narcolèpsia.

Causes

La somnolència excessiva pot estar provocada per diverses malalties sistèmiques, per malalties neurològiques o malalties pròpiament del control del ritme son-vigília. A més la ingesta de determinats fàrmacs pot alterar l'estat normal de vigilància i produir la sensació anormal de somnolència diürna. Per tant la hipersòmnia pot classificar-se com a secundària a un altre procés o primària-idiopàtica, quan és la malaltia en si.

Un cop confirmada la hipersòmnia el primer pas és eliminar els fàrmacs que la poden produir. Després cal buscar, per la presència d'altres signes, si existeix una malaltia associada que pugui produir aquest símptoma.

El ventall de malalties que poden provocar hipersòmnia és amplíssim; des de malalties respiratòries, endocrí-metabòliques, hipotiroidisme per exemple, encefalopaties difuses per malalties renals o hepàtiques, insuficiència cardíaca o tumors. A més molts quadres infecciosos, com la malaltia del son transmesa per la mosca Tsé-Tsé, produeixen somnolència, especialment si la febre és alta i si es tracta d'infants o persones d'edat avançada.

Si es descarta que existeixi una malaltia causant de la hipersòmnia ens trobem davant d'una malaltia primària, pròpiament del son. En aquest camp els quadres més habituals seran la narcolèpsia o malaltia de Galineau i la hipersòmnia idiopàtica.

3.5.1. Narcolèpsia o malaltia de Galineau

El terme narcolèpsia significa atac o crisi de somnolència, prové del vocable *narco* "somnolència o sopor" i *lepsia* "atac o crisi". Va ser utilitzat per primera vegada el 1880 per Galineau per designar un estat patològic caracteritzat per episodis irresistibles de son de curta durada que ocorrien entre petits intervals de temps. Encara que Galineau no va descriure tots els símptomes característics d'aquesta malaltia, si que s'adonà de que els atacs de son sobtats podien provocar caigudes o crisis de cataplexia, com diríem avui en dia.

La narcolèpsia és una patologia crònica, un cop es presenta perdura tota la vida, que afecta a entre dos i set persones de cada deu mil, la majoria homes. Es pot manifestar des de la preadolescència fins als seixanta anys, però el més freqüent és que es detecti entre els vint i trenta anys. El 88% de les persones que la pateixen desenvolupen els primers símptomes abans dels trenta-cinc anys.

Encara es desconeixen les causes d'aquesta malaltia. No obstant, els estudis més recents revelen que pot existir relació entre la narcolèpsia i l'alteració del sistema monoaminèrgic, que regula la transmissió dels impulsos cerebrals.

D'altra banda, el que sí s'ha demostrat clarament és que, en la meitat dels casos, existeix una predisposició genètica a patir aquesta síndrome. Acostuma a haver persones en la família amb la mateixa malaltia o, almenys, amb algun dels seus símptomes característics, normalment somnolència excessiva. De fet, entre els metges especialitzats s'accepta que els germans dels pacients narcolèptics tenen entre seixanta i dues-centes vegades més probabilitats de desenvolupar la malaltia que la resta de la població.

Aproximadament en el 50% dels casos, alguna circumstància estressant o un canvi en els horaris que generi una important falta de son actua com desencadenant dels símptomes. Malgrat això, freqüentment no es detecta cap circumstància especial que pugui relacionar-se de forma clara i evident amb l'inici de la malaltia.

La paraula narcolèpsia fa referència a una síndrome d'origen desconegut i que forçosament implica una disfunció de la fase REM. Això significa que aquesta important fase del son apareix en un moment inapropiat. Això explicaria el fet que aquests malalts solen recordar molt els somnis.

Com es manifesta la narcolèpsia?

Els símptomes fonamentals de la narcolèpsia són la somnolència excessiva diürna i la cataplexia, encara que també són relativament freqüent l'aparició d'al·lucinacions i paràlisis del son.

De fet, la somnolència excessiva diürna afecta a tots els narcolèptics; la cataplexia, al 70%; les al·lucinacions, a penes al 25% i les crisis de paràlisis del son, només al 10%. Els quatre símptomes junts es detecten únicament en el 10% dels narcolèptics.

Al llarg dels anys els símptomes de la narcolèpsia solen disminuir en intensitat, però mai arriben a desaparèixer.

- Somnolència excessiva diürna

De manera inesperada i incontrolada els pacients amb aquesta alteració senten la necessitat imperiosa de dormir uns minuts, sobretot quan es donen circumstàncies ambientals monòtones que afavoreixen la relaxació.

Més de la meitat dels pacients narcolèptics que acudeixen a una consulta ja han patit un accident de cotxe.

La primera reacció dels familiars, quan desconeixen totalment la malaltia, és la incomprensió. Els afectats, quan la malaltia comença a manifestar-se, tampoc saben què els passa i encara que tracten de dissimular la situació i d'excusar-se davant dels altres, no poden evitar angoixar-se.

Els episodis poden durar des d'uns minuts a una hora, depenent de la posició en què es trobi l'afectat. Si està estirat o amb possibilitat de fer-ho el pacient s'adormirà ràpidament. Si per contra intenta no adormir-se, perquè es troba en una situació que li impedeix fer-ho, la sensació de somnolència persistirà fins que pugui dormir uns minuts. Després de dormir es notarà viu, sentint-se una altra vegada actiu i amb ganes de realitzar les seves tasques.

En despertar-se pel matí es troba en disposició d'iniciar el dia, tot i que el seu son nocturn és fraccionat, amb diversos i curts despertars. Després d'algunes hores despert comença a notar la sensació de sopor, son profund o somnolència, que persistirà si no aconsegueix dormir alguns minuts. Aquest sopor és el responsable del baix rendiment laboral o escolar i de lapsus de memòria.

- Cataplexia

És la pèrdua brusca i reversible del to muscular durant la vigília desencadenada per una causa emocional (alegria, por, sorpresa, etc.). Pot afectar a alguns grups musculars o a tota la musculatura esquelètica. La intensitat i extensió de la cataplexia varia segons el grau de musculatura afectada. La cataplexia és el segon símptoma de la narcolèpsia i es presenta tres o quatre anys més tard que els atacs de son.

Aquest episodis ocorren normalment entre les 10 del matí i les 9 de la nit, duren escassos segons i no provoquen pèrdua de la consciència. Excepcionalment, poden durar fins a trenta minuts, en aquest cas van seguits d'un atac de son.

La causa emocional que precipita la crisi no coincideix en tots els narcolèptics. En algunes persones és l'alegria o el riure inesperat que provoca un acudit; en altres, l'emoció de competir practicant un esport, l'ira o la por. Algunes situacions capaces de generar ansietat també poden desencadenar els atacs de cataplexia, com parlar amb un desconegut. Per això, sovint, aquestes persones acaben sentint-se inferiors als altres i intenten evitar qualsevol situació incòmoda.

Quan la crisi és parcial sol afectar als músculs cervicals i als de la cara, a més de provocar una respiració irregular. És molt habitual veure com la cara dels narcolèptics, quan s'emocionen per alguna circumstància, es "descompon", és a dir, és com si tots els seus músculs facials perdessin força.

D'altra banda, també pot afectar a músculs del tronc i braços impedit, quan es produeix l'atac, realitzar un moviment amb precisió. Una situació típica és la del jove jugador de bàsquet que nota la sensació de pèrdua de força dels seus braços en l'instant que intenta encistellar. L'emoció de marcar punts li provoca l'atac de cataplexia.

Quan l'afectació dels músculs és total la persona pot fins i tot caure a terra, de manera brusca, causant fractures i cops. En ocasions aquestes caigudes es confonen amb atacs epilèptics.

- Paràlisis del son

La paràlisis del son afecta al 10% de qui pateix narcolèpsia. Es tracta d'un fenomen molt desagradable que, en els narcolèptics, acostuma a presentar-se diversos cops al dia, a l'inici o al final del son.

Qui pateix una paràlisis del son no pot moure's, ni parlar, ni tan sols respirar profundament, a pesar d'estar despert i de intentar-ho desesperadament.

Aquesta sensació cessa espontàniament passat un instant, que pot durar des d'uns segons fins a deu minuts, excepcionalment. La força que fa l'individu apareix de forma brusca i incontrolada, i si la persona està intentant moure's pot arribar a caure del llit.

Si durant l'episodi de paràlisi es parla o es toca a la persona, que es troba aparentment adormida, l'atonía, falta de força, cedeix a l'instant. El problema és que quan pateixen aquest atac no poden avisar-nos de cap manera perquè els ajudem a cessar la situació.

En estudis realitzats en situacions de paràlisi, s'observa que el cervell "es desperta" des d'una fase REM, mentre que la força muscular segueix encara "adormida" com si encara es trobés en aquesta fase.

- Al·lucinacions

Aquest fenomen consisteix en somiejos que es produeixen en el moment d'adormir-se inesperadament.

Durant les al·lucinacions, que no són res més que un somni normal, el narcolèptic creu contemplar imatges desproporcionades, incoherents i de caràcter fantasmagòric. Per això encara que siguin somnis normals es consideren al·lucinacions.

Com diagnosticar la narcolèpsia?

El diagnòstic d'aquesta malaltia es realitza amb facilitat quan els símptomes bàsics, somnolència excessiva diürna i cataplexia, es presenten junts.

A més de per la història clínica, el diagnòstic es realitza mitjançant un estudi del son nocturn i un test de latències múltiples, la latència és el temps que tardem en adormir-nos:

- Els estudis del son dels narcolèptics revelen que comencen a dormir-se en fase REM, quan el normal és fer-ho amb un son superficial, fases I-II, continuar amb un son profund, fases III-IV, i acabar en fase REM.
- A pesar que la somnolència acumulada durant el dia hauria d'ajudar-los a descansar bé durant la nit, es constata un son fraccionat per despertar-se.
- El test de latències múltiples revela que aquestes persones s'adormen abans de cinc minuts, això demostra un important grau de somnolència diürna. A més,

es comprova que almenys en dos de quatre migdiades que es realitzen durant la prova, inicien el son en fase REM.

Com es tracta la narcolèpsia?

Encara que no existeix cura per a la narcolèpsia, el seu tractament intenta controlar els símptomes que condicionen la vida familiar, social, laboral o escolar del pacient.

El tractament és individualitzat, depèn de la gravetat dels símptomes i de les característiques del pacient. Així com els símptomes de la narcolèpsia varien d'una persona a una altra, la resposta a la medicació també varia.

Tant les medicines que el metge recepti com l'estil de vida del pacient són molt importants. El principal tractament per la somnolència excessiva són els estimulants del sistema nerviós central. Per a la cataplexia i altres símptomes relacionats amb el son REM, es recepten antidepressius.

Un programa de migdiades curtes durant el dia ajuden a controlar el son diürn, encara que aquestes no han de reemplaçar el son nocturn.

La comunicació fluïda entre el metge, el pacient i la seva família sobre la resposta al tractament és necessària per assolir i mantenir el control dels símptomes, així com per evitar o reduir els efectes secundaris del tractament.

3.6. Parasòmnies

Les parasòmnies són fenòmens que tenen lloc durant la nit i que pertorben el son dels qui conviuen amb els afectats.

Encara que les persones que les experimenten no estan despertes, es comporten com si ho estiguessin. Les parasòmnies són habituals en els nens, encara que els adults també les pateixen, és el cas del somnambulisme.

A pesar de que són situacions no gaire greus en general, resulten aparatoses i provoquen preocupació si no es coneixen del tot les seves característiques. Aquesta desconegença fa que sovint les persones amb qui es troba l'afectat el despertin. Per sort, la majoria de les parasòmnies cessen espontàniament o poden ser tractades.

Algunes de les parasòmnies més freqüents són els somnambulisme, el bruxisme o els terrors nocturns.

Com es diagnostica?

El diagnòstic de les parasòmnies es fa fonamentalment gràcies a la història narrada pels acompanyants, i pel que pugui afegir el propi pacient. Com la majoria són lleus i benignes no solen anar al metge, i es queda com un fenomen familiar. Quan ocorren en adults sol tenir més transcendència, i acudeixen al metge. En aquests casos el primer és diagnosticar exactament els episodis. Per això cal observar-los, registrant si és possible l'EEG, electroencefalografia, i altres variables durant la nit i la imatge en vídeo.

L'estudi d'EEG i vídeo servirà per conèixer en quina fase del son ocorren els episodis, i com són. També serveix per descartar que es tracti d'altres fenòmens, com l'epilèpsia que és la malaltia que cal excloure en aquests pacients.

3.6.1. El somnambulisme

El somnambulisme és una parasòmia que pot afectar a ambdós sexes. Encara que és més freqüent en els nens.

Són episodis de despertar brusc que es produeixen durant la primera meitat de la nit. Tenen un component motor, és a dir, el pacient pot seure al llit, caminar o córrer per l'habitació o per la casa. En els casos més lleugers només s'observen petites incorporacions al llit i tornen a anar a dormir. En els casos més violents poden refugiar-se al lavabo o una altra habitació, fins i tot es poden quedar adormits en un altre lloc.

Aquests episodis més espectaculars poden anar acompanyats de somniloquia, és a dir, parlar amb frases incoordinades o que tenen a veure amb un perill que només existeix gràcies a la seva imaginació. Criden o acusen a terceres persones imaginàries amb les quals mantenen suposades converses a base de crits o amenaces.

Els que estan al seu voltant poden, habitualment, reconduir al llit al pacient però moltes vegades, si es tracta de joves, exerceixen tal violència que fins i tot poden agredir a la persona que els acompanya. En algunes ocasions, els pacients que pateixen aquests episodis poden patir autolesions que es fan evidents al dia següent, en forma de

rascades i fins i tot inflamacions, per cops contra la paret, mobles o altres objectes. Els casos més lleus solen passar desapercebuts ja que són poc aparatosos i al dia següent no es troben senyals que indiquin la situació esdevinguda la nit anterior.

Normalment, els pacients no solen recordar els episodis encara que en ocasions i de forma vaga poden relatar un cert fil conductor de la història que "han viscut" la nit anterior. Poden explicar que fugien d'una cosa o que algú estrany s'havia introduït a casa.

Sol afectar a ambdós sexes encara que amb una certa predominança en homes, dels 18 als 35 anys. La freqüència pot ser irregular, variant molt d'un individu a un altre.

El més normal és que aparegui relacionat amb alguna situació d'estrès viscuda o previsible encara que també es sol donar sense cap causa desencadenant. Per això, no és habitual, que abans es relacionés aquesta situació amb problemes anímics o fins i tot psiquiàtrics. Encara que ocasionalment pot ser cert, el més habitual és que es presenti en pacients totalment sans, des del punt de vista psicològic i psiquiàtric.

Sol ser més freqüent durant la primera meitat de la nit encara que en alguns pacients es presenta en qualsevol moment de son.

3.6.2. Bruxisme

És un fenomen freqüent en els nens durant el son. Es produeix per una contractura excessiva dels maxil·lars donant lloc a un típic soroll que sol preocupar els pares encara que no desperta als nens. Si la contractura és molt important pot provocar alteracions en les peces dentals que poden ser evitades amb pròtesis de protecció utilitzades durant la nit. No està associat a cap fase del son en especial ni s'associa a cap activitat mental específica. És molt freqüent en nens amb malformacions maxil·facials i amb mala oclusió dental especialment en la Síndrome de Down.

3.6.3. Terrors nocturns

Els terrors nocturns són episodis que succeeixen també durant la primera meitat de la nit, durant un son profund i es caracteritzen pel plor inesperat del nen, amb una expressió de por intensa a la cara i suor freda. És molt difícil despertar al nen, perquè està profundament adormit i si s'aconsegueix, el nen es pot sorprendre ja que no

entendrà per què se l'ha despertat. Acostumen a aparèixer al voltant dels 2-3 anys i cessen en arribar a l'adolescència.

3.6.4. Malsons

Són fenòmens semblants als terrors nocturns encara que es diferencien per dos fets concrets: sempre es produeixen en la segona meitat de la nit, a la fase REM, i el nen explica clarament què és el que ha somiat i l'ha despertat. Normalment relata fets angoixants relacionats amb por, animals que l'ataquen o conflictes amb altres nens.

En general els episodis duren unes setmanes i estan relacionats amb algun fenomen extern que ha causat inquietud al nen. A mesura que disminueix l'ansietat diürna els episodis també disminueixen en intensitat i freqüència. Cessen espontàniament abans de l'adolescència.

3.6.5. Somniloquia

És molt freqüent i innocu. Es presenta durant el son, preferentment a la matinada.

Consisteix en expressar sons verbals amb poc contingut semàntic, relacionats normalment a somnis. Poden arribar a ser intensos amb crits, plors, riures o comentaris sense importància. Solen ser paraules aïllades o frases molt curtes, que el nen no recorda al dia següent.

En adolescents joves poden arribar a ser veritables discursos en qualsevol moment de la nit i no comporten cap patologia específica. Solen despertar als germans que dormen amb ells encara que rarament es desperten a si mateixos.

No existeix un tractament específic que faci desaparèixer el fenomen. En estats febrils poden ser més evidents. Són molt típics quan el nen comença la guarderia o l'escola.

4. TREBALL DE CAMP

4.1. Enquesta

Vaig decidir realitzar una enquesta¹¹, entre els alumnes del centre, bàsicament per determinar si dormien suficients hores, què els impedia dormir més hores i si coneixien la importància de dormir correctament.

Abans de realitzar l'enquesta ja suposava que un alt tant per cent dels enquestats probablement no dormirien suficient, degut a la vida que portem, ja que des del meu punt de vista sovint és massa estressant perquè a vegades volem fer massa activitats alhora.

L'enquesta està destinada als estudiants, concretament l'han realitzat un grup de cinquanta alumnes del centre compresos entre setze i divuit anys, és a dir, primer i segon de batxillerat.

El qüestionari consta de dues parts diferenciades. La primera part està formada per divuit preguntes curtes en les quals s'ha de contestar cert o fals, únicament.

Aquesta primera part està extreta del llibre Myers, David G. (Madrid 1999), *Psicología*, editorial Médica Panamericana. El psicòleg James Beryl Mass, reconegut pel seu treball en la investigació del son, treballa a la Universitat de Cornell, a Ithaca, Nova York. Aquest afirma que si es contesta quatre o més cops cert a les preguntes del qüestionari probablement no es dorm suficient.

La segona part de l'enquesta està formada per quatre preguntes a desenvolupar. Aquestes preguntes estan destinades a descobrir quins són els motius principals que impedeixen als estudiants allargar l'horari de son, si consideren que l'haurien d'allargar i, finalment, si han sentit a parlar dels processos que es duen a terme mentre es dorm, i la seva importància.

Després d'analitzar la primera part del qüestionari la mitjana de les respostes dels alumnes en tant per cent són les següents:

¹¹ Veure annexos, pàgina ----

	Cert (%)	Fals (%)
1. Necessito un despertador per llevar-me a l'hora correcta.	77,5	22,5
2. Em costa molt llevar-me pel matí.	78	22
3. Quan em llevo pel matí em fa mal el cap.	17,5	82,5
4. Reprogramo el despertador per poder dormir uns minuts més.	45	55
5. Em sento cansat, irritable i nerviós durant la setmana.	47,5	52,5
6. Tinc problemes amb els amics, família o companys de feina .	7,5	92,5
7. Em costa reflexionar, resoldre problemes i ser creatiu.	17,5	82,5
8. Em costa concentrar-me i recordar-me'n de les coses.	42,5	57,5
9. Sovint em quedo adormit mirant la televisió.	47,5	52,5
10. Sovint em quedo adormit en reunions, en discursos avorrits i en les habitacions calentes.	22,5	77,5
11. Sovint em quedo adormit després de dinars pesats o si bec petites quantitats d'alcohol.	27,5	72,5
12. Sovint em quedo adormit si em relaxo després de sopar.	67,5	32,5
13. Quan em fico al llit, passats cinc minuts ja estic adormit.	45	55
14. Dormo més hores els caps de setmana.	80	20
15. Necessito fer la migdiada per aguantar la resta del dia.	7,5	92,5
16. Tinc ulleres ("ojeras").	22,5	77,5
17. No tinc un horari de son estable, és a dir, no vaig a dormir sempre a la mateixa hora.	72,5	27,5
18. Considero que no dormo suficients hores.	82,5	17,5

Si observem les respostes minuciosament les conclusions que podem extreure són les següents:

Hi ha una gran diferència entre els alumnes que utilitzen el despertador per llevar-se a l'hora correcte i els que no el necessiten, predominant els que en fan ús. No obstant són minoria alhora de reprogramar-lo per poder dormir uns minuts més, un 45% respecte el 55% que no el reprograma.

A un alt percentatge dels enquestats els costa llevar-se pel matí, un 78%. Encara que el tant per cent que els fa mal el cap just després d'aixecar-se és només d'un 17,5%, això indica que la majoria dels alumnes encara que els costi aixecar-se han tingut un son reparador i de qualitat.

Respecte la sisena, la setena, la quinzena i la setzena pregunta, cal destacar que el tant per cent que ha contestat cert és molt inferior al que ha contestat fals. Aquests percentatges demostren que les hores de son dels alumnes enquestats són, en la majoria de casos, les adequades.

Un altre percentatge que indica que la majoria dels enquestats no pateixen somnolència excessiva diürna és el de les preguntes 10 i 11, tot i que les respostes de la dotzena pregunta revelen que després de sopar si els alumnes es relaxen, és a dir, quan hi ha una absència d'estímuls externs, gran part d'ells es queden adormits.

Per últim, les preguntes clau per determinar si els alumnes dormen suficients hores són la qüestió 14 i l'última. En ambdues preguntes el percentatge que ha contestat cert és molt superior, 80% i 82,5% respectivament, al que ha contestat fals, 20% i 17,5%. Per aconseguir un son de qualitat i reparador és quasi indispensable seguir unes rutines i un horari, la majoria del enquestats dormen més hores el cap de setmana creient que així recuperen les hores perdudes, cosa que és totalment falsa.

Si fem el balanç de l'enquesta el tant per cent que ha contestat cert quatre o més cops és d'un 82%, que probablement hauria d'allargar l'horari de son, enfront al 18% que dorm suficients hores. Per posar remei a aquesta manca de son la millor solució és allargar l'horari de son fins que sentir-se completament despert tot el dia. Com ja he comentat anteriorment, cap al final de l'apartat 1.3. Per què hem de dormir?, el punt òptim de descans podria trobar-se en una mitjana de 8,3 hores, tot i això les hores necessàries de son poden variar segons la persona.

En la segona part de l'enquesta trobem quatre preguntes a desenvolupar. Aquestes quatre preguntes són:

- Consideres que hauries d'allargar el teu horari de son? Per què?
- Quins són els motius que t'impedeixen allargar el teu horari de son?
- Creus que allargant l'horari de son milloraria la teva qualitat de vida? Per què?
- Coneixes la importància dels processos que es duen a terme duran les hores de son?

Respecte a la primera pregunta la majoria dels enquestats consideren que definitivament haurien d'allargar el seu horari de son, ja que afirmen que sovint es senten cansats o no rendeixen suficient. Els principals motius que impedeixen allargar els seus horaris de son són bàsicament els estudis, activitats extraescolars, mirar la

televisió, l'ordinador (jugar a videojocs o xatejar) i en alguns casos els costa agafar el son.

Ahora de reflectir la resposta de la tercera pregunta m'he trobat amb un problema ja que no existeix una única resposta, sinó que esta dividida equitativament entre un grup que creu que allargant l'horari de son milloraria la seva qualitat de vida perquè es trobarien més descansats i més actius per realitzar totes les activitats al llarg del dia, i d'altra banda un altre grup que creuen que dormen suficient i que incrementant l'horari de son perdrien temps per fer altres activitats que consideren més importants.

L'última pregunta d'aquesta segona part és de gran importància per donar sentit a l'enquesta. Quasi el 100% dels alumnes no coneixen els processos que es duen terme mentre dormim, és per això que no donen importància al fet de dormir. Només una persona ha estat capaç de contestar aquesta pregunta més o menys correctament, i concretament aquesta persona en el primer apartat només ha contestat cert dos cops, això significa que dorm suficients hores. Probablement el fet de conèixer la importància de dormir ha condicionat a aquest alumne a intentar aconseguir un son reparador. Per tant si es conscienciés o informés sobre la necessitat de dormir als estudiants, i a la població en general, possiblement prendrien nota i incrementarien el seu horari de son per tal de millorar la seva qualitat de vida.

4.2. Entrevista a un pacient

A partir d'aquesta entrevista, realitzada a un pacient de seixanta-tres anys que pateix apnea obstructiva del son, podem corroborar quins son els símptomes d'aquest trastorn, quines proves es realitzen per determinar el diagnòstic, quin és el tractament més adient i per últim si aquesta síndrome és prou coneguda perquè el pacient abans d'acudir a l'especialista es pugui fer una idea de què pateix.

Segons el pacient la síndrome d'apnea obstructiva del son es caracteritza per parades respiratòries durant el son (apnees) i somnolència diürna, tot això acompanyat d'un ronc intens. Els primers símptomes que van delatar al trastorn van ser els roncs, el cansament que sentia durant el dia i els despertars durant la nit, per aquests motius va decidir acudir a l'especialista.

El pacient va acudir a l'hospital Josep Trueta de Girona amb el doctor Obrador. El doctor per determinar el diagnòstic el va sotmetre a una polisomnografia completa,

aquesta prova consisteix en col·locar diferents elèctrodes pel cap, per saber en cada moment en quina fase del son et trobes, sensors que determinen l'entrada del flux d'aire, i altres per determinar diferents paràmetres. Un cop realitzat aquest estudi del son van diagnosticar-li apnea del son. Quasi immediatament el doctor va recomanar-li el dispositiu CPAP. Aquest aparell proporciona oxigen a major pressió que l'aire perquè arribi als pulmons. El pacient va haver d'acudir a la consulta per determinar el nivell de pressió necessària i seguidament ja va poder utilitzar el CPAP a casa.

D'aquesta manera va millorar notablement la seva qualitat de son i de vida, ja que des d'aleshores el seu son és reparador i sense despertars provocats per apnees. Actualment el pacient només ha de fer una visita anual a l'especialista per comprovar que el dispositiu CPAP funciona adequadament i compleix la seva funció.

Finalment segons l'entrevistat no hi ha gaire informació sobre aquest trastorn, i des del seu punt de vista, que el comparteixo, creu que si la gent n'hagués sentit a parlar, potser, alguns d'ells es sentirien identificats de tal manera que acudirien a l'especialista per tractar la malaltia, ja que en molts casos la persona que pateix aquesta síndrome creu que el cansament, els roncs, i els despertars són deguts a l'estrès o a algun altre fet que en realitat no influeix. A continuació adjunto l'entrevista realitzada.

Edat: 63

Sexe: home

1. Quin trastorn pateix?

Apnea obstructiva del son.

2. Podria descriure les característiques d'aquesta síndrome?

Aquesta síndrome impedeix que dormis bé. Mentre estàs dormint deixes de respirar uns segons, just després et despertes per agafar aire. Això fa que no puguis dormir bé, i que al dia següent estiguis canat. A més a més és típic roncar.

3. Havia sentit a parlar d'aquest trastorn?

Sí, ja que tenia coneguts que també patien aquest trastorn.

4. Quins van ser els primers símptomes?

Doncs no podia respirar bé, ni descansar bé per la nit perquè em despertava sovint i també roncava.

5. L'ha visitat un especialista? Què el va empènyer a visitar-lo?

Sí, no descansava correctament i per això vaig decidir anar-hi.

6. Creu que si hagués tingut més informació a l'abast, sobre la síndrome que pateix, hagués acudit abans a l'especialista?

Sí, segur. Perquè l'apnea del son no és gaire coneguda i si hi hagués més informació la gent que no descansa bé i que es desperta sovint per la nit potser acudiria a l'especialista al saber que es traca d'una malaltia. Tot i que s'ha de dir que anys enrere no hi havia metges especialitzats aquí a Girona.

7. A quin centre mèdic va recórrer?

A l'hospital Josep Trueta de Girona, perquè sabia que hi havia una unitat del son.

8. A quin tipus de prova va estar sotmès abans de determinar el diagnòstic?

Vaig anar un dia a l'hospital i vaig passar una nit dormint mentre em feien una polisomnografia. Aquesta prova determina el nombre d'apnees i la intensitat. Després d'aquesta prova ja em va assegurar que es tractava d'apnea del son.

9. Quin tractament li van proposar? Està satisfet amb els resultats?

Em van proposar que utilitzés un CPAP per dormir. És un aparell amb un tub i una màscara que regula la pressió de l'oxigen i et permet respirar bé. Vaig haver d'anar a l'hospital per regular la pressió que necessitava i després ja podia fer-lo servir a casa. A més va caldre afegir-me un humidificador perquè la gola i la boca se'm quedaven molt seques.

Sí, molt satisfet perquè ara dormo sense interrupcions.

10. Creu que la malaltia havia arribat ha repercutir en la seva vida quotidiana?

Sí, ja sempre em trobava molt cansat i endormiscat. Durant el dia dormia petites estones però per la nit no aconseguia dormir correctament.

11. Actualment, segueix visitant a l'especialista per controlar la malaltia?

Sí, faig un seguiment en el qual m'han anat disminuint la pressió del CPAP, perquè no era necessari que fos tant elevada. Així tinc més qualitat de vida. Ara ja fa aproximadament tres anys que em van diagnosticar apnea del son. Durant el primer any les visites eren cada tres mesos, durant el segon any van disminuir i eren cada sis mesos i actualment les visites són anuals.

12. Informació addicional.

No podia respirar bé perquè l'aire notava un obstacle al passar, per això em van operar de carnots i de l'envà nasal.

El segon any d'utilitzar el CPAP vaig reduir el pes a causa de que descansava millor.

4.3. Visita a una Unitat del Son i entrevista a un metge especialitzat

Les Unitats del Son estan destinades a l'avaluació, al diagnòstic i al tractament dels trastorns del son. La visita a una Unitat del Son era quasi obligatòria, des del meu punt de vista, per acabar de realitzar un bon treball de recerca.

Primerament em vaig plantejar anar a la Unitat del Son que hi ha a l'hospital Josep Trueta de Girona. Aquesta inquietud em va sorgir després de llegir una notícia¹² al diari *La Vanguardia*, que tractava sobre els trastorns del son, concretament de l'apnea obstructiva del son. Tot i que ja fa uns anys que aquesta Unitat del Son està en marxa era notícia perquè recentment s'havien començat a fer proves a nens, cosa que no se solia fer fins aleshores.

Posteriorment, quan ja m'havia posat en contacte amb l'hospital de Girona, em van confirmar l'existència d'una Unitat del Son a l'hospital de Figueres. Per diverses raons vaig decidir visitar la unitat del son de Figueres enlloc de la de Girona, com per exemple la proximitat o les facilitats que em van donar, ja que per visitar la Unitat del Son de Girona em demanaven diverses autoritzacions, per part de l'escola i de la família, i l'aprovació per part de l'hospital. Llavors és quan vaig posar-me en contacte amb l'hospital de Figueres per poder concertar una visita, de seguida em van citar.

En la primera visita vaig tenir l'ocasió de poder parlar amb el doctor Marc Bonnin Vilaplana, pneumòleg. En tot moment va ser molt agradable i atent. En aquesta primera visita podríem diferenciar dues entrevistes, per així dir-ho. En la primera vaig ser jo l'entrevistada, perquè el doctor volia saber què m'havia motivat a escollir aquest tema, si havia sentit a parlar del trastorns del son, com havia estructurat el treball, etc. Finalment em va confessar que no havien rebut mai una visita d'aquest tipus i que per això estava tan intrigat.

¹² Veure annexos, pàgina 63.

Després d'aquesta petita introducció sobre el meu treball, ja vam començar a parlar concretament de la Unitat de Son. Primer de tot em va aclarir que aquesta Unitat del Son està majoritàriament destinada a tractar trastorns respiratoris, com l'apnea obstructiva del son, "Per aquest motiu estàs parlant amb un pneumòleg" va dir.

Segons el doctor, en aquests últims anys, ha augmentat considerablement el nombre de pacients que acudeixen a la Unitat del Son queixant-se de dificultats per conciliar o mantenir el son. Anys enrere la informació sobre aquests trastorns era quasi inexistent, i és des de fa relativament poc que es comença a sentir a parlar. Per això abans de sotmetre als pacients a proves més específiques cal fer alguns tests per determinar si es tracta d'una malaltia que requereix un tractament especialitzat o simplement seguint unes mesures higièniques, com les esmentades en l'apartat 3.2. L'insomni, Tractament de l'insomni (pàgina 13), es pot solucionar el problema. Si no és així el pacient haurà de tornar a la unitat del son per sotmetre's a una polisomnografia, prova que es realitza a la nit mentre el pacient dorm, que ajudarà a determinar la malaltia.

A continuació vaig començar a realitzar la següent entrevista:.

1. Per què hem de dormir?

Perquè el son és un procés necessari a diari, alternat amb la vigília, per a recuperar la força i l'energia gastada durant el dia.

2. Quins són els símptomes que delaten que no descansem adequadament?

El principal símptoma és la somnolència diürna, i en el cas concret de la SAOS, síndrome d'apnea obstructiva del son, sovint va associat al ronc i les apnees visualitzades. Altres símptomes menys freqüents són el mal de cap sobretot matutí, la necessitat d'orinar durant la nit, la irritabilitat i la falta de concentració.

3. Com funciona el son? Quines són les seves fases?

El son consta de cinc fases que es van alternant durant la nit i que es van repetint cada cent minuts aproximadament.

La primera fase s'inicia quan comencem a quedar-nos adormits i dura escassos minuts. Seguidament la fase II de major duració però encara es tracta d'un son superficial. La fase III, que ja és de son profund i reparador, dura molt poc. A continuació arriba la fase IV, de son encara més profund, i finalment la fase REM de son totalment reparador. En aquesta última fase els músculs es troben totalment

relaxats i tenim un moviment ràpid i involuntari dels ulls. Aquest esquema es repeteix al llarg de la nit.

No sempre una fase va a continuació de l'altre, sinó que petites alteracions o despertars ens poden fer passar d'una fase a l'altre.

4. Arriben moltes persones amb situació de risc a la seva consulta?

Habitualment els trastorns del son observats a la consulta no són de risc vital. Però el que sí està demostrat és la relació entre un nombre d'accidents de trànsit més elevat en la gent que pateix una SAOS no tractada.

5. Quin és el símptoma del qual es queixen més els pacients?

Referent a la SAOS els acompanyants probablement es queixen del ronc, i el propi afectat es queixa més del cansament i de la somnolència durant el dia.

6. Quin és el trastorn més diagnosticat? Quines són les causes que el provoquen i quins són els seus símptomes?

El trastorn més freqüent és provocat probablement per uns mals hàbits nocturns (canvis d'horari, hores insuficients...) i en segon lloc la SAOS.

7. Quines són les proves més freqüents per determinar el diagnòstic?

La millor prova per fer el diagnòstic de SAOS és fer una polisomnografia completa (es miren paràmetres electroencefalogràfics i variables respiratòries) que permet veure les apnees i hipoapnees, la posició en què es produeixen, la freqüència cardíaca i l'oxigenació de la sang i en quina fase del son es produeixen.

També es pot fer el diagnòstic amb una poligrafia respiratòria que només permet veure variables respiratòries (FC, O₂, posició, moviment caixa toràctica i abdomen i flux d'aire).

Pot ser d'utilitat per sospitar una SAOS, encara que no ens dóna el diagnòstic, realitzar una polysioximetria nocturna que mesura l'oxigenen en sang durant la nit.

8. En què consisteix el tractament?

El tractament consisteix en unes mesures higiènic-dietètiques: perdre pes, dormir de costat, evitar pastilles per dormir, evitar begudes amb alcohol i el tabac. Tenint el pes un paper de major importància.

En els casos més severos o amb molta somnolència s'hi afegeix el tractament amb CPAP nasal (aparell que administra una pressió d'aire continua positiva i obre les vies respiratòries evitant les apnees).

9. Patir un trastorn del son influeix molt negativament en la vida quotidiana del pacient?

La influència en la vida quotidiana pot ser important: des de molta somnolència, cansament, manca de concentració, irritabilitat...

10. Què ha de fer una persona que sovint té dificultats per descansar bé?

Primer de tot tenir una bona higiene del son, amb uns hàbits regulars i sense canvis d'horari. Complir amb les mesures higièniques ja comentades i en cas de no ser suficient, consultar al seu metge de capçalera per a valorar la necessitat de derivació per realitzar un estudi del son.

11. Què és una unitat del son i quina funció té?

La Unitat del Son és el lloc físic on es realitzen els estudis nocturns, amb els aparells, les habitacions correctament adequades. La seva funció es resoldre els possibles problemes relacionat amb el son que tingui el pacient.

12. Quin tipus d'especialistes treballen en la Unitat del Son?

En el nostre cas una part del personal està format per diferent personal d'infermeria que està instruït per a la col·locació dels aparells per realitzar estudis nocturns, i l'altre part del personal mèdic està format per pneumòlegs, com és el meu cas, i una electrofisiòloga, aquests interpreten els estudis realitzats i fan el seguiment del pacient ambulatoriament.

Els pacients amb tractament de CPAP també són seguits pel personal d'infermeria per a la comprovació del bon ús, la correcta col·locació i el bon funcionament de l'aparell.

13. Creu que hi ha poca informació sobre els trastorns del son? És a dir, creu que existeix molta gent que pateix algun trastorn del son sense saber-ho?

La SAOS és una patologia cada vegada més coneguda i de fàcil diagnòstic però encara molt infradiagnosticada. Tot i això estic segur que encara hi ha molta gent que pateix apnea del son i no ho sap.

14. Creu que la gent és conscient de la importància que té descansar adequadament?

Crec que hi ha poca conscienciació de la importància d'un bon descans nocturn i la repercussió que això té en les activitats bàsiques de la vida diària.

Al finalitzar l'entrevista, el Dr. Bonnin em volia ensenyar les habitacions on es realitzen les proves per determinar el diagnòstic però en aquell precís moment hi havia un pacient. Llavors vaig proposar-li la possibilitat de tornar un altre dia per poder veure les habitacions i els aparells que utilitzen, i sense cap problema va acceptar.

En la segona visita vaig estar acompanya de la infermera¹³, Eloisa, encarregada d'efectuar les polisomnografies i les proves necessàries relacionades amb el son. La infermera em va ensenyar tots els aparells i el material utilitzat.

Ahora de realitzar una polisomnografia completa cal mesurar diferents paràmetres mitjançant sensors i elèctrodes. Tos els sensors i elèctrodes col·locats per diferents parts del cos van connectats a un amplificador¹⁴ o transductor que tradueix els estímuls creant gràfics a l'ordinador¹⁵. Segons la intensitat de cada ona del gràfic¹⁶ podem saber en la fase del son en què es troba el pacient, cal recordar que aquesta prova es realitza mentre es dorm durant la nit. També gràcies a aquest sistema que tradueix els estímuls i diferents paràmetres podem veure les alteracions que pateix cada pacient en les fases del son i així determinar el diagnòstic, és més a la pantalla de l'ordinador podem llegir la paraula¹⁷ "apnea" en el moment en què s'està produint.

Alguns dels sensors o dispositius que utilitzen a la Unitat del Son de l'hospital de Figueres són:

- Termistor¹⁸, sensor que serveix per determinar el flux d'aire que entra o surt per la boca i el nas. En el moment en què es produeix una apnea aquest sensor no enregistra cap moviment ja que el pacient deixa de respirar un segons.
- Pulsímetre¹⁹, dispositiu que mesura la quantitat d'oxigen en sang, normalment es col·loca a la punta d'un dit.
- Elèctrodes EEG²⁰, aquests es col·loquen pel cap i enregistren les ones cerebrals que permeten saber la fase del son en la qual es troba el pacient.

¹³ Veure annexos figura 7, pàgina 54.

¹⁴ Veure annexos figura 8, pàgina 54.

¹⁵ Veure annexos figura 9, pàgina 55.

¹⁶ Veure annexos figura 10, pàgina 55.

¹⁷ Veure annexos figura 11, pàgina 56.

¹⁸ Veure annexos figura 12, pàgina 56.

¹⁹ Veure annexos figura 13, pàgina 57.

²⁰ Veure annexos figura 14, pàgina 57.

- Elèctrodes EOG²¹, són dos elèctrodes que es col·loquen al costat del ulls, són més grans que els anteriors i mesuren el moviments del ulls especialment durant la fase REM.
- Sensor del ronc²², simplement es tracta d'un sensor que es col·loca a prop de la boca i enregistra la intensitat del ronc.
- Banda toràcica i abdominal²³, aquestes bandes es col·loquen, com el seu nom indica, al tòrax i a l'abdomen. Quan el pacient està en plena apnea les vies respiratòries impedeixen la sortida de l'aire, per tant el ventre s'infla. Aquest és un altre dispositiu que ajuda a diagnosticar la SAOS.
- Banda a les cames²⁴, aquestes bandes es col·loquen a les cames i permeten enregistrar si el pacient les mou. Aquest dispositiu serveix per diagnosticar la síndrome de les cames inquietes.
- Sensor de posició, serveix per determinar si el pacient dorm de costat o en posició supina, cap munt.
- CPAP Auto-Set²⁵, es tracta de l'aparell de pressió positiva contínua esmentat anteriorment però aquest en concret serveix no tan sols per subministrar-la sinó que també calcula la pressió necessària, perquè el pacient posteriorment ajusti el seu CAPAP a casa.

Gràcies aquesta segona visita vaig poder conèixer de primera mà tots els aparells, amb l'explicació de la seva utilitat, emprats per a realitzar una polisomnografia completa i les habitacions on es realitzen, com a peculiaritat podria dir que la sala on es realitzen els estudis del son està insonoritzada.

²¹ Veure annexos figura 15, pàgina 58.

²² Veure annexos figura 16, pàgina 58.

²³ Veure annexos figura 17, pàgina 59.

²⁴ Veure annexos figura 18, pàgina 59.

²⁵ Veure annexos figura 19, pàgina 60

5. CONCLUSIÓ

Bàsicament podria resumir l'experiència de realitzar aquest treball com molt positiva i reconfortant. En un principi s'ha de dir que no estava gaire segura ni motivada pel tema escollit, ni tampoc per realitzar el treball de recerca. Però progressivament va anar creixent el meu interès i la meva motivació, segurament pel fet de veure que el treball començava a agafar forma, una forma que al final s'ha convertit en un treball d'allò més complet, des del meu punt de vista. Recordo perfectament el primer dia que vaig decidir començar a redactar, tenia la informació i l'empenta necessàries però no sabia per on començar. Per aquest motiu, potser, en un principi estava una mica desmotivada i quan realment vaig començar a veure el reflex del què es convertiria en el meu treball de recerca és quan veritablement vaig començar a sentir satisfacció per tot l'esforç que m'estava suposant.

Com ja he dit anteriorment el tema dels trastorns del son no el vaig tenir en ment des del primer moment, sinó que podríem dir que va sorgir sobre la marxa. D'aquest tema, al igual que del son i les seves funcions, en coneixia ben poc, per no dir res. Després de realitzar el treball ja puc afirmar amb fermesa que deixo de ser una ignorant respecte el contingut del meu treball. Fins i tot em veig amb cor d'identificar les característiques dels trastorns esmentats, com em va passar a la visita a l'hospital. La infermera quan em va mostrar i explicar les utilitats dels aparells emprats en la Unitat del Son també volia fer-me un petit resum dels diferents trastorns més tractats, al començar l'explicació va veure, per les meves intervencions, que coneixia perfectament el tema així que va desistir. Amb tot això el que m'agradaria reflectir és que el treball sobretot m'ha servit per aprendre i conèixer profundament, de manera autodidàctica, els trastorns del son i el son en general.

D'altra banda la visita a la Unitat del Son de l'hospital de Figueres, les entrevistes realitzades, al Dr. Bonnin i al pacient que pateix apnea del son, i els resultats de l'enquesta m'han servit per adonar-me'n de que la importància del son avui en dia encara està molt infravalorada. Personalment em sorprèn donat que ens passem un terç, aproximadament, de la nostra vida dormint crec que hauria de ser un tema tractat amb més serietat.

Segons l'enquesta realitzada al grup de cinquanta alumnes de setze a divuit anys entre les seves preferències no es troba allargar l'horari de son, tot i que el 82% dels estudiants haurien de dormir més segons l'enquesta i només el 18% dorm les hores

adequades. Un alt percentatge creu que dur terme altres activitats és més important que obtenir un descans de qualitat. Si coneixessin algunes de les funcions del son com per exemple que durant la fase REM predominen els processos de reorganització neuronal i la consolidació dels records o que durant les fases no REM es produeix la reparació i conservació dels teixits corporals, potser tindrien més consideració alhora d'establir un horari de son.

En definitiva crec que la informació que es facilita als estudiants sobre la manca de son i les seves repercussions en el dia a dia és molt pobre, al igual que la proporcionada sobre el son i els seus trastorns a la societat en general, perquè segons el Dr. Bonnin segurament una gran part de les persones que pateixen algun tipus d'aquests trastorns creuen que és una característica pròpia del seu cos, és a dir, no ho relacionen amb cap malaltia.

Un altre aspecte de crítica és que tot i la gran innovació tecnològica que hi ha hagut en aquests últims anys, el camp dels trastorns de son ha quedat en un segon pla i fins fa relativament poc no s'havia començat a investigar.

De manera resumida podria dir que aquest treball ha anat evolucionant de manera progressiva, primer no sabia per on agafar el tema ni per on començar i poc a poc l'he anat polint fins arribar a la feina que acabeu de llegir. Crec que un dels aspectes més difícils és fer el treball entenedor, l'autor ha llegit tant sobre el tema que pot entendre'l fàcilment però es tracta de que la persona que llegeixi el treball per primer cop pugui arribar a comprendre el que s'està exposant. Aquest aspecte l'he tingut en compte alhora de redactar i crec que he aconseguit plasmar clarament el que volia explicar.

Finalment m'agradaria encoratjar-vos a que després d'haver llegit el treball tingueu present que el son és més que una obligació, el cos manté un equilibri i si milloreu aquest aspecte possiblement l'equilibri optimarà.

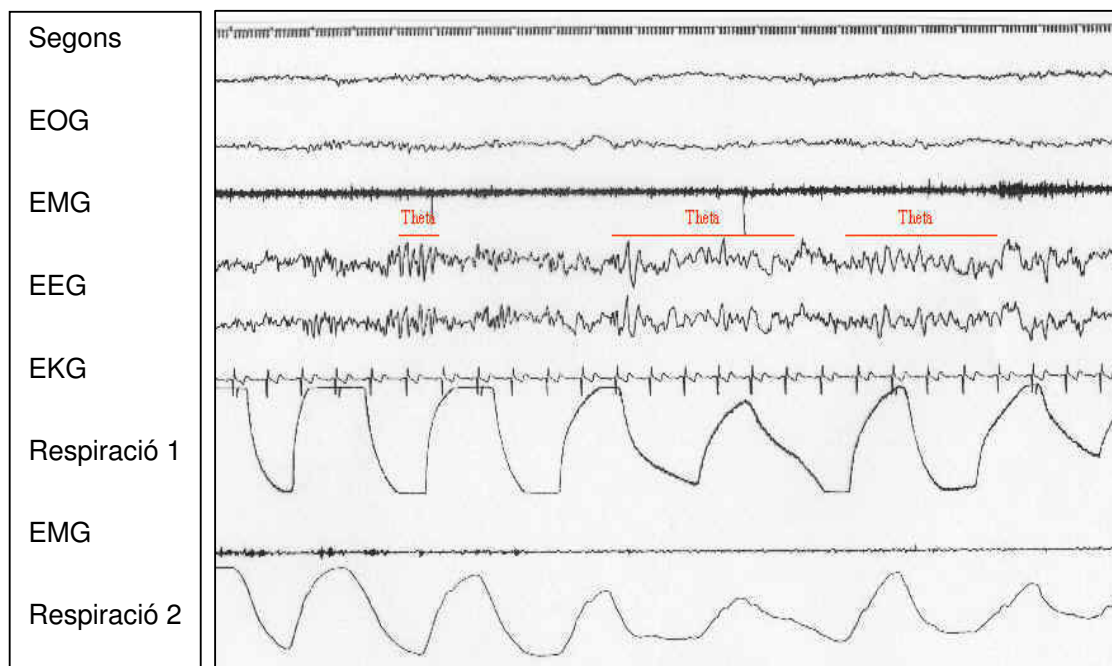
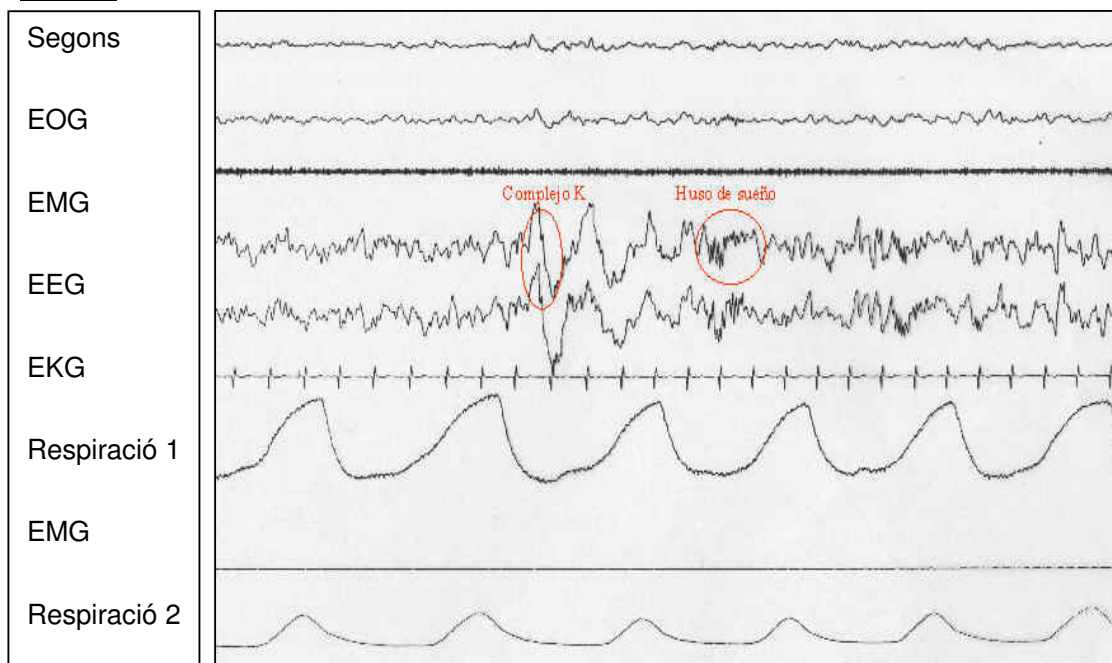
6. BIBLIOGRAFIA I WEBGRAFIA

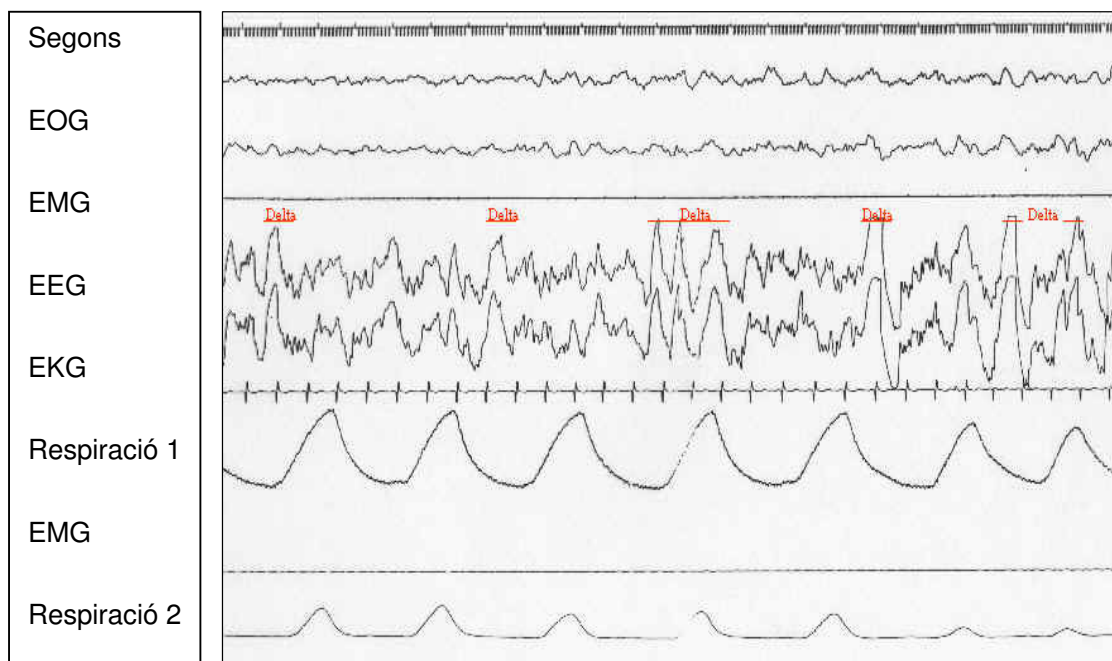
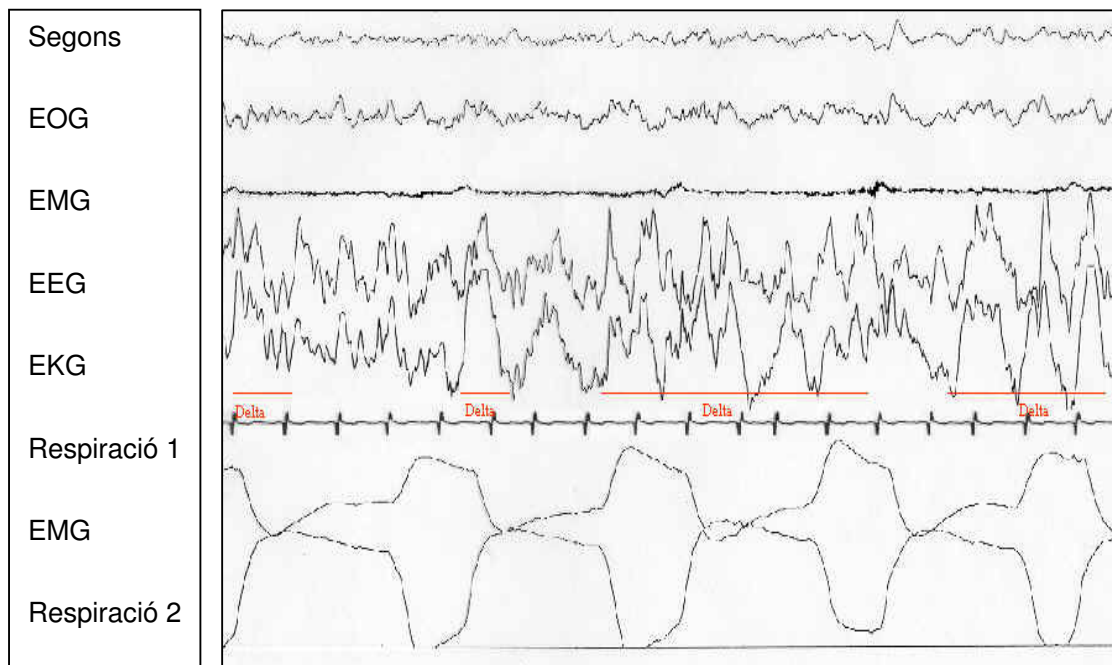
Llibres consultats:

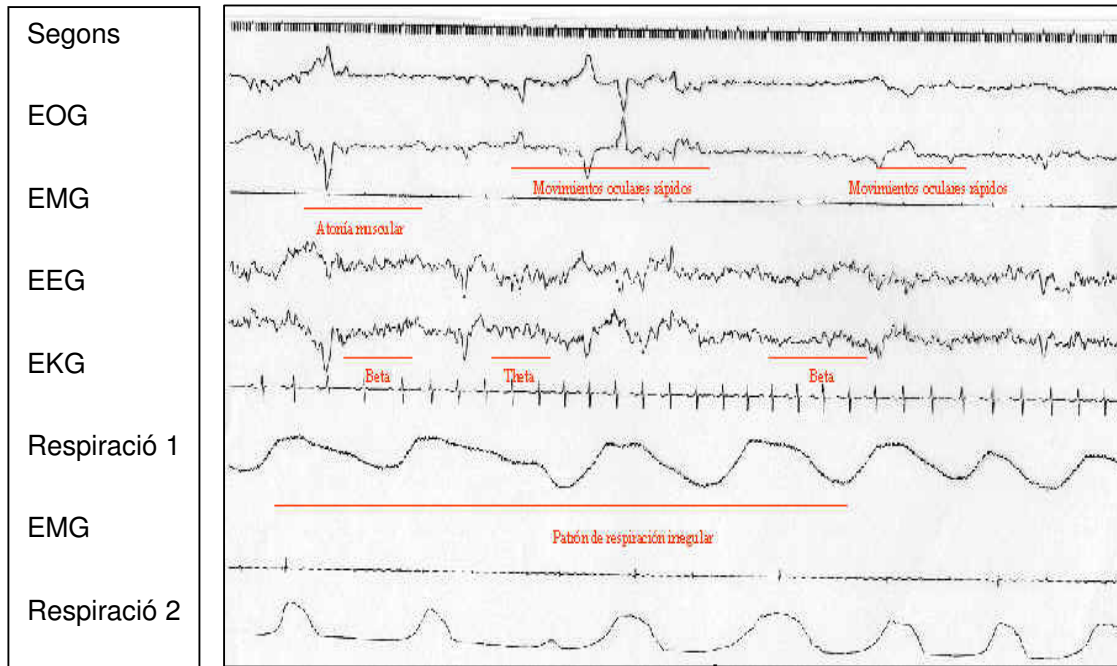
- ESTIVILL SANCHO, EDUARD. *Dormir si descanso; Trastornos del sueño*, editorial Oceano.
- Dr. ESTIVILL, EDUARD; Dra. AVERBUCH, MIRTA. *Receptes per dormir bé; ideas pràctiques perquè res no us tregui el son*, editorial Rosa dels vents.
- MYERS, DAVID G. *Psicología*. Madrid 1999: editorial Médica Panamericana

Pàgines web consultades:

- <http://www.doctorestivill.net/>
- <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol30/sup1/PDFs/02-Clasificac%20de%20los%20trast.pdf>
- <http://www.iis.es/index.php>
- <http://www.noah-health.org/es/sleep/>
- <http://medlineplus.gov/spanish/>

7. ANNEXOS**FASE I****Fig. 1****FASE II****Fig. 2**

FASE III**Fig. 3****FASE IV****Fig. 4**

FASE REM**Fig. 5****Fig. 6. CPAP col·locat**



La somnolencia diurna es un síntoma que refleja una mala calidad de sueño nocturno o bien, en algunos casos, un problema neurológico. Las consecuencias de su padecimiento van desde la incomodidad del afectado, hasta el riesgo de accidentes. Pero no tendría que ser así. Después de descansar las horas pertinentes, el organismo debe funcionar correctamente durante la vigilia, sin problemas para estar despierto y atento en cualquier actividad. Por ello, a continuación le proponemos un breve cuestionario en el que podrá evaluar su grado de somnolencia diurna.

Por favor, díganos cual sería la probabilidad que le cogiera sueño o se quedase dormido en cada una de las siguientes situaciones. Responda según su experiencia previa en situaciones como estas o similares.

Utilice la siguiente escala para escoger el número adecuado para cada situación:

0 - *Nunca tengo sueño* o bien la probabilidad de tener sueño es *baja*

1 - *Ligera* probabilidad de tener sueño

2 - *Moderada* probabilidad de tener sueño

3 - *Alta* probabilidad de tener sueño

SITUACIÓN	Probabilidad de tener sueño
Sentado y leyendo	
Viendo la TV	
Sentado, inactivo en un lugar público (ej: cine, teatro, conferencia, etc.)	
Como pasajero de un coche en un viaje de 1 hora sin paradas	
Estirado para descansar al mediodía cuando las circunstancias lo permiten	
Sentado y hablando con otra persona	
Sentado tranquilamente después de una comida sin alcohol	
En un coche, estando parado por el tránsito unos minutos (ej: semáforo, retención,...)	

Enquesta

CURS: _____

EDAT: _____

James Maas, psicòleg de la Universitat Cornell, afirma que la majoria dels estudiants pateixen les conseqüències de la falta d'hores de son. Per descobrir si et trobes entre aquest grup d'estudiants, respon a les següents preguntes:

	Cert	Fals
19. Necessito un despertador per llevar-me a l'hora correcta.		
20. Em costa molt llevar-me pel matí.		
21. Quan em llevo pel matí em fa mal el cap.		
22. Reprogramo el despertador per poder dormir uns minuts més.		
23. Em sento cansat, irritable i nerviós durant la setmana.		
24. Tinc problemes amb els amics, família o companys de feina .		
25. Em costa reflexionar, resoldre problemes i ser creatiu.		
26. Em costa concentrar-me i recordar-me'n de les coses.		
27. Sovint em quedo adormit mirant la televisió.		
28. Sovint em quedo adormit en reunions, en discursos avorrits i en les habitacions calentes.		
29. Sovint em quedo adormit després de dinars pesats o si bec petites quantitats d'alcohol.		
30. Sovint em quedo adormit si em relaxo després de sopar.		
31. Quan em fico al llit, passats cinc minuts ja estic adormit.		
32. Dormo més hores els caps de setmana.		
33. Necessito fer la migdiada per aguantar la resta del dia.		
34. Tinc ulleres ("ojeras").		
35. No tinc un horari de son estable, és a dir, no vaig a dormir sempre a la mateixa hora.		
36. Considero que no dormo suficients hores.		

Si has contestat "cert" quatre o més cops, probablement no dorms suficient. Per determinar les teves necessitats del son, James Maas recomana anar-te'n a dormir quinze minuts abans aquesta setmana i que vagis afegint quinze minuts més successivament, fins que et despertis sense necessitat de despertador i et sentis despert tot el dia.

Consideres que hauries d'allargar el teu horari de son? Per què?

Quins són els motius que t'impedeixen allargar el teu horari de son?

Creus que allargant l'horari de son milloraria la teva qualitat de vida? Per què?

Coneixes la importància dels processos que es duen a terme duran les hores de son?



Fig. 7. Infermera



Fig. 8. Amplificador



Fig. 9. Amplificador connectat a l'ordinador

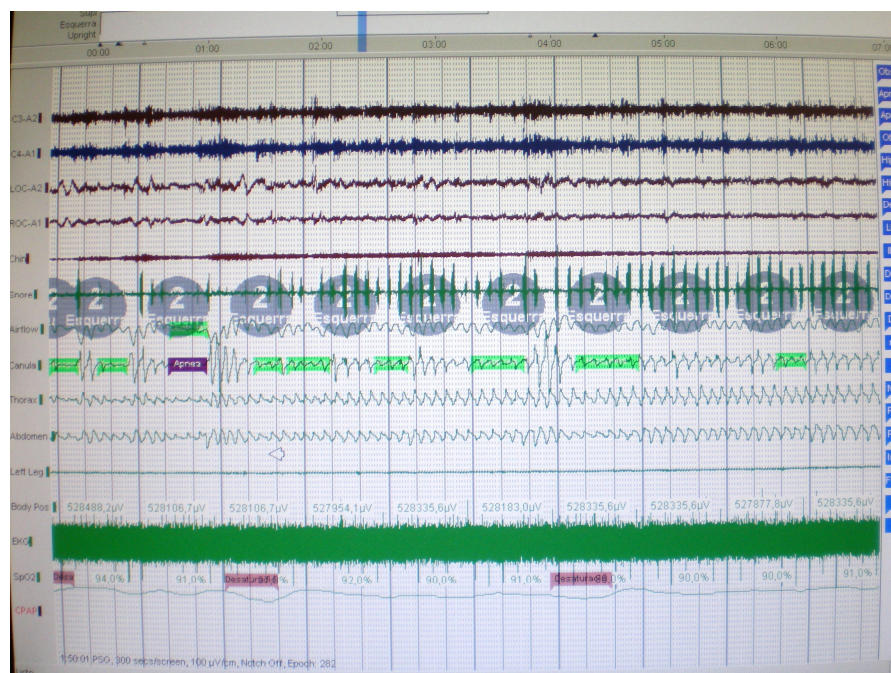


Fig. 10. Gràfic creat a l'ordinador



Fig. 11. Paraula apnea a la pantalla

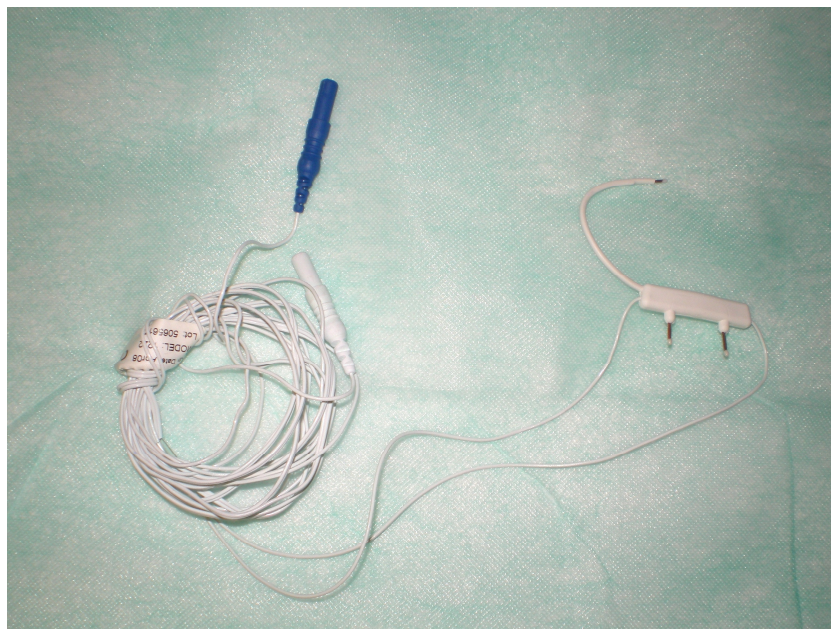


Fig. 12. Termistor



Fig. 13. Pulsioxímetre

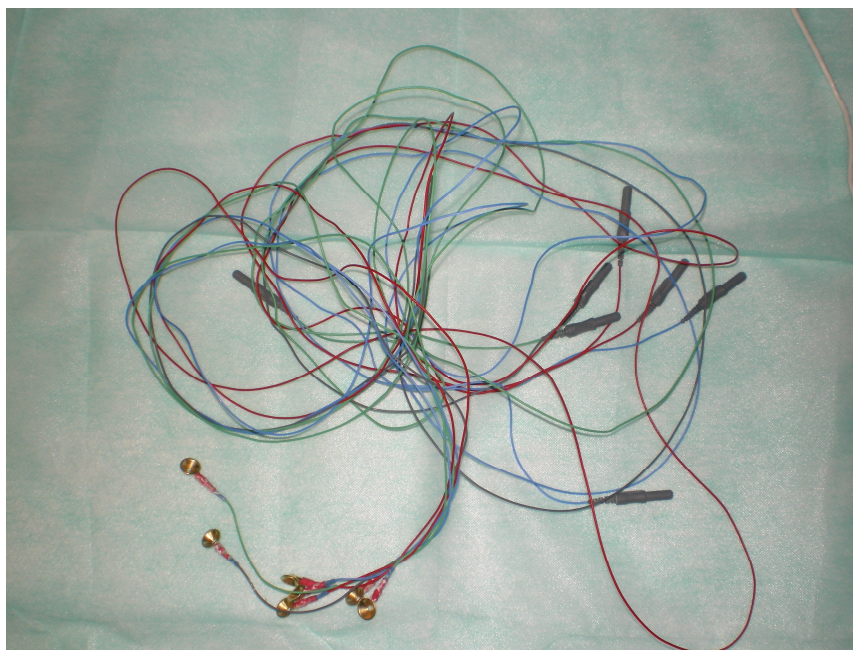


Fig. 14. Elèctrodes EEG



Fig. 15. Elèctrodes EOG

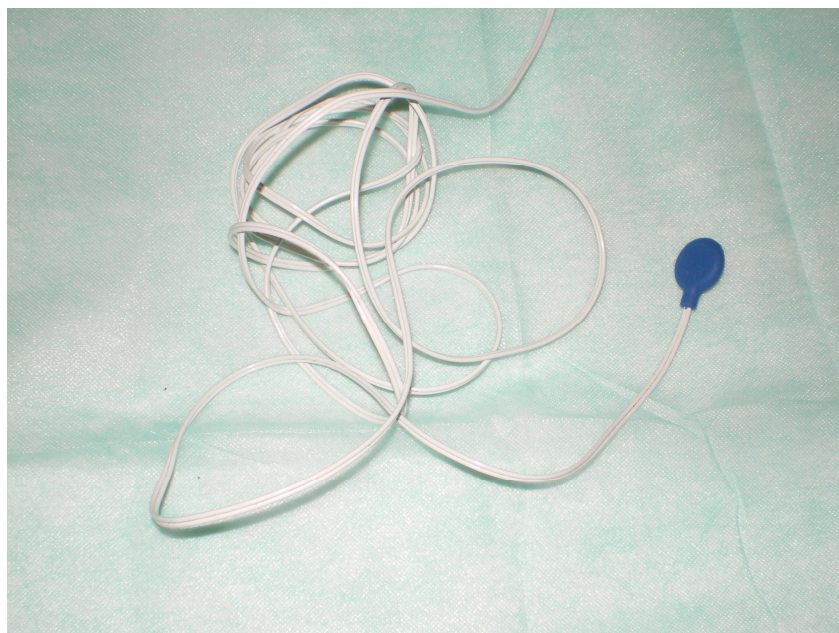


Fig.16. Sensor del ronc



Fig. 17. Banda toràctica i abdominal

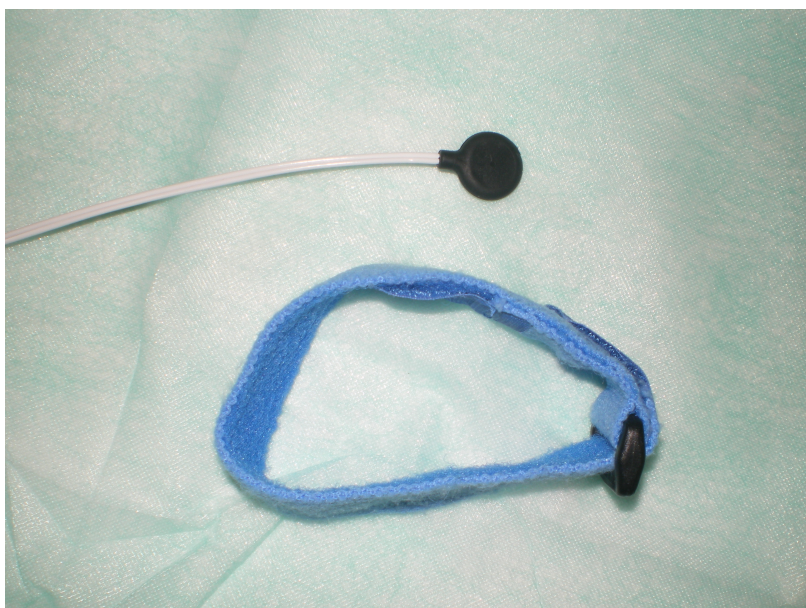


Fig.18. Banda a les cames



Fig. 19. CPAP Auto-Set



Descansar bien se ha convertido en un reto para casi la mitad de las personas. Las consecuencias son nefastas y el mal humor crece. Además, contar ovejas ya no ayuda a conciliar el sueño. Pero no se desesperen todavía, que esto tiene remedio

DORMIR

SIN CONTAR OVEJAS

Texto Jordi Jarque

Contar ovejas ya no sirve. "Me levanto cansado, y eso que he estado en la cama más de ocho horas. ¿Es normal?", pregunta un amigo. Desgraciadamente sí para el 40% de la población según los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), sea consecuencia de la crisis o no. Además, un 10% duerme mal prácticamente cada día. Si vive en España, el 30% incluso sufre insomnio, tal como recogen los estudios que realizó hace tres años la unidad de trastornos del sueño de la Sociedad Española de Neurología y Cirugía Torácica. Al otro lado de Atlántico no lo pasan mejor. Según publicó hace dos años la *Gaceta Médica*, entre el 46% y el 69% de los pacientes que acuden a la consulta de atención primaria en Estados Unidos presenta síntomas de insomnio transitorio. No sólo eso, en el año 2000 en ese país hubo 810.000 accidentes de tráfico relacionados con alteraciones del sueño. Vaya panorama. ¿Cómo evitar esa catástrofe que afecta al área de la vida íntima y tiene una repercusión social?

Los expertos consultados coinciden en que en

EL 40% DE LA POBLACIÓN TIENE TRASTORNOS DEL SUEÑO, SEGÚN LA OMS

zo para concentrarse, tiene consecuencias para la salud y cuesta controlar las reacciones ante estímulos negativos. Según Antonio Vela, neurofisiólogo, profesor en el departamento de Psiquiatría de la facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid y director del Laboratorio de Sueño Humano y Cronobiología aplicada, dormir mal no sólo provoca estrés, fatiga diurna, hipertensión, depresión y ansiedad, enfermedades cardiovasculares o trastornos metabólicos, sino que además produce efectos parecidos a los del envejecimiento.

gran parte se debe al actual estilo de vida, que acelera los ritmos y provoca estrés y ansiedad. Según las últimas investigaciones, hoy se duerme menos que hace unas décadas. Resultado: la gente está de más mal humor, se requiere más esfuer-

¿Qué hacer? Primero de todo, dormir, señala Vela. El principal problema es que no se duermen las horas necesarias, así que la primera medida será dormir más. Es verdad que hay personas que no tienen que dormir tanto como otras, pero el cuerpo tiene unas mínimas necesidades de reposo según las edades. Los bebés deberían dormir entre 16 y 18 horas; de 2 a 4 años, 12 horas más la siesta; de 4 a 6 años, 12 horas; de 6 a 11 años, entre 10 y 11 horas; de 11 a 14 años, 9 horas; a partir de 15 años el cuerpo pide entre 7 y 8 horas. Y en los ancianos puede bajar a seis horas. A todo eso hay gente que teme engordar si duerme mucho porque se supone que no quema calorías. Pues no. Shahrar Taheri, endocrinólogo y psicólogo, realizó una investigación en la Universidad de Bristol (Gran Bretaña) donde concluye que hay una relación entre dormir menos y el incremento de la obesidad. Junto con otros investigadores de Stanford y Wisconsin estudió a casi mil individuos bajo las condiciones de vida real, y llegaron a la conclusión de que el aumento de la obesidad podía ser debido a la reducción del tiempo que se ▶

Entrevista: Francisco Marruecos, responsable de Terapia CPAP

“La apnea es un problema serio que conviene diagnosticar y tratar adecuadamente”

Terapia CPAP es una empresa especializada en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la apnea del sueño. Para conocer más detalles acerca de esta enfermedad y de los servicios que ofrece la compañía, hablamos con su responsable, Francisco Marruecos.

¿Qué es el síndrome de apnea-hipoapnea del sueño?

● El síndrome de apneas-hipopneas durante el sueño (SAHS) se caracteriza por la presencia de episodios repetidos de obstrucción completa (apneas) o parcial (hipopneas) de la vía aérea superior debido a que las partes blandas de la garganta se colapsan y ocluyen durante el sueño. Los pacientes con SAHS suelen dejar de respirar por espacio de diez segundos hasta más de un minuto, con frecuencia hasta cientos de veces en una noche. Estas obstrucciones provocan una reducción

La apnea del sueño puede provocar accidentes y problemas vasculares

Entre el 5 y el 10% de la población padece esta enfermedad

importante de la cantidad de oxígeno disponible en la sangre y múltiples despertares no conscientes, que dan lugar a un sueño no reparador que es el causante de la excesiva somnolencia durante el día y el cansancio que padecen estos enfermos.

El SAHS es una enfermedad muy frecuente que afecta al 4-6% de los hombres y al 2-4% de las mujeres en las edades medias de la vida y su frecuencia aumenta con la edad. De igual forma, el SAHS también ocurre entre el 1-3% de los niños. Se ha demostrado que el SAHS reduce la calidad de vida, puede causar hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, aumentando el riesgo de muerte y favoreciendo la aparición de accidentes de tráfico, laborales y domésticos. En la población infantil se ha relacionado con dificultades de aprendizaje y trastornos de conducta. Por todo ello el SAHS se considera un problema de salud de primera magnitud que obliga al médico a identificar los pacientes subsidia-

rios de tratamiento. Sin embargo, y a pesar de disponer de tratamientos muy eficaces, tan sólo se ha diagnosticado y tratado entre el 5-9 % de los 1.200.000 a 2.150.000 de sujetos afectados que se calcula existen en España.

¿Qué ofrece Terapia CPAP en este campo?

● Nuestra labor se basa en un principio de servicio integral que comienza con el diagnóstico, sigue con el tratamiento mediante los equipos que comercializamos y finaliza con el seguimiento posterior del uso que de ellas hacen los pacientes durante un período largo de tiempo. Naturalmente, todo este proceso está supervisado por personal médico especializado.

¿A qué perfil responden sus clientes?

● Por regla general, los pacientes que acuden a nuestro centro vienen derivados por su médico. Nosotros asumimos el diagnóstico y proponemos un tratamiento para, posteriormente, devolver al médico la información que extraemos de nuestros equipos. No obstante, cada vez son más las personas que acuden directamente a nuestro centro porque son conscientes de su problema de apnea.

¿Qué ventajas ofrecen los equipos que comercializan?

● Hasta ahora, las pruebas de diagnóstico y



Equipo de tratamiento

tratamiento se realizaban siempre en los centros especializados. Sin embargo, nuestra avanzada tecnología permite el diagnóstico y el tratamiento en su domicilio, de un modo cómodo y eficaz. De hecho, hoy estamos prestando servicio a personas residentes en todo el territorio nacional.

¿Cuáles son los objetivos de futuro de la empresa?

● Somos una empresa pionera en España en este tipo de tratamientos, que hasta ahora se ofrecían casi en su totalidad en el ámbito de la salud pública. Nuestro objetivo es seguir tratando a cada paciente de un modo personalizado, analizando su caso y proponiéndole la mejor solución posible. Para ello contamos ya con un centro abierto al público en Barcelona y pronto inauguraremos otro en Sant Cugat del Vallés, aunque la idea a largo plazo es ir extendiendo nuestra presencia en todo el país.

TERAPIA CPAP USUARIOS
Travesera de les Corts, 188
08028 BARCELONA
Tel. 93 409 14 30
www.terapiacpap.com



Equipo de skrining

SALUD



Ainhoa, con su inseparable muñeco Nene, al que también se le aplican electrodos para que la pequeña encuentre más natural la situación

Cuando Morfeo se resiste

La ausencia de respiración apnea durante el sueño, la apnea, es estudiada en la unidad del sueño del hospital Josep Trueta de Girona

SILVIA OLLER
Girona

Ainhoa tiene apenas dos años y medio y desde hace algunos meses ronca mientras duerme. Una alteración que sufren el 9% de los niños, aunque solamente entre un 1% y un 3% de éstos dejan de respirar durante el estado de somnolencia. Es lo que se conoce como apnea infantil, el trastorno del sueño más común entre los ni-

ños. Ainhoa, acompañada por sus padres, Carles y Anna, acude a las diez de la noche, puntual, a la cita que tiene en la unidad del sueño del hospital Josep Trueta de Girona para que puedan realizar un estudio del sueño.

Entre otros parámetros, el equipo del doctor Anton Obrador, neumólogo y coordinador de la unidad, observará durante toda la noche los periodos en los que la pequeña ronca, si en algún momento deja de respirar, los latidos de su corazón o la cantidad de oxígeno en sangre mientras duerme. Unos datos que servirán para determinar el diagnóstico final de la niña, aunque los problemas de amígdalas que sufre Ainhoa dan ya alguna pista de cuál puede ser el resultado final. "En estos casos, el problema se solventa con una operación", explica el doctor Obrador.

Ainhoa es una de las cuarenta pacientes infantiles que ha acudi-

do a la unidad de sueño del hospital Josep Trueta, que el pasado mes de octubre empezó a realizar estudios a niños de entre 2 y 16 años. Un colectivo que, hasta el momento, debía desplazarse a centros sanitarios de Barcelona

para tratar estos problemas.

En la habitación 425 reposa Nati Valero, una vecina de Sant Gregori, de 71 años. "Me dicen que ronco y, en ocasiones, mientras duermo dejo de respirar. Me cuesta dormir y me despierto



La paciente Nati Valero, antes de ser sometida a la prueba

a menudo", explica esta señora, que acompañada de su hija, pasará la noche en el centro para someterse a un estudio que analizará su respiración. Además, Nati sufre de presión arterial alta. Una alteración, que junto a los ronquidos, son dos de los síntomas de la apnea. "La mitad de los enfermos hipertensos arteriales y que roncan tienen apnea del sueño", indica el doctor Obrador.

La obesidad es otro de los factores determinantes de la apnea, tanto en la edad infantil como adulta. Entre los diez y doce años, la mayoría de pacientes aquejados de apnea son obesos. En estos casos, el problema se puede resolver con dieta. Las con-

Los ronquidos, la presión arterial alta y la obesidad son síntomas de padecer apneas

secuencias de este trastorno en la edad infantil son múltiples: desde rendimiento escolar bajo, más infecciones de oído y nariz o intranquilidad. "Que un niño ronque de forma continua no es normal, y si además presenta estos síntomas es recomendable llevarlo al pediatra", explica el doctor Anton Obrador. La población adulta que sufre apneas durante el sueño tiene más riesgo de sufrir problemas respiratorios, fatiga, somnolencia y accidentes de tráfico. "Un 25% de los accidentes graves que ocurren a primera hora de la mañana y después de comer tienen que ver con problemas de somnolencia y apneas del sueño", señala Obrador.

Al margen de la apnea, que sufren el 90% de los pacientes que acuden a la unidad del sueño del hospital Trueta de Girona, el centro atiende también otras problemáticas. Se trata de trastornos menos frecuentes como la narcolepsia, una alteración neurológica que hace que el enfermo no pueda controlar el sueño, o el síndrome de las piernas inquietas, que la padecen aquellos que pegan patadas mientras duermen.

En los últimos años, el número de pacientes atendidos en la unidad del sueño del hospital Doctor Trueta -en funcionamiento hace siete años- ha aumentado considerablemente. Actualmente se realizan unas 1.300 pruebas, de las cuales 500 son estudios completos del sueño.

Polisomnografía

La prueba del sueño

La polisomnografía es el nombre que reciben los estudios del sueño, capaces de analizar más de diez variables sobre la respiración y el sueño del paciente. Tras la colocación de electrodos en el cuero cabelludo y en el rostro del paciente, así como unas bandas alrededor del tórax para registrar la frecuencia cardíaca y respiratoria, el paciente está preparado para someterse a un examen. La enfermera responsable de la unidad, Judith Morales, ase-

gura que este proceso de preparación es mucho más lento en los niños que entre los adultos. Judith tarda de media una hora en preparar a cada pequeño para la prueba, un trabajo que realiza con esmero como si de un juego se tratara. Cuando el paciente se duerme, un ordenador situado en una habitación contigua recoge los datos que permitirán analizar varios parámetros del sueño: la actividad cerebral, el ritmo cardíaco, el movimiento de los ojos, el tono

muscular, la saturación de oxígeno, el ronquido, el movimiento de las piernas del paciente o la posición de éste en sus diferentes fases del sueño. El ordenador también permite conocer el número de veces por hora que el paciente deja de respirar (entre dos y cuatro, el caso es leve; entre cinco y nueve, moderado; y más de diez, grave) y el tiempo que dura la obstrucción, que en algunos casos puede llegar a un minuto.



El doctor Anton Obrador estudiando los datos en un monitor

SENTIRSE BIEN

El sueño es un elemento esencial para una buena salud. Cuando durante un tiempo prolongado hay dificultad para conciliarlo o para permanecer dormido se puede hablar de que hay un trastorno que debe abordarse

DULCES SUEÑOS

JUDITH MARTÍNEZ
Barcelona

Dormir en una Duxiana, la exclusiva marca de camas sueca elegida por celebridades como Madonna o Angelina Jolie para soñar dulce y confortablemente puede suponer -si el bolsillo lo permite, ya que cuestan entre 7.000 y 14.000 euros- un paso para mejorar nuestra salud a la hora de reposar. Hábitos como acostarse muy temprano, dormir con mucha luz o ruido, consumir alcohol o fumar en exceso pueden ser causa de algún trastorno del sueño.

La dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido, quedarse dormido en momentos inadecuados, dormir demasiado o cualquier otra dificultad relacionada con el hecho de dormir supone un trastorno del sueño, del más de un centenar que existen. El insomnio, uno de los desórdenes más frecuentes, puede ser causado por diferentes motivos, entre ellos: enfermedad física, depresión, ansiedad, estrés, un ambiente inapropiado, consumo de cafeína, alcohol y otras drogas. Este trastorno no viene determinado por el número de horas de sueño ya que -aunque los niños, los jóvenes y aquellos que realizan esfuerzos físicos necesitan más- ello depende de las necesidades de cada persona, si bien lo normal para gozar de una buena calidad de vida oscila en-

tre las siete y las nueve horas.

Desvelarse o despertarse de madrugada puede ocurrir en episodios pasajeros, a corto plazo o crónicamente; al igual que sucede en los casos de excesiva somnolencia (hipersomnia), determinada en ocasiones por la ingesta de fármacos a raíz de una enfermedad, o la narcolepsia -ataques de sueño durante el día, incluso tras haber dormido-. Otras alteraciones comunes son la apnea del sueño, caracterizada por la interrupción repentina de la respi-

INSOMNIO

Entre sus causas están la enfermedad física, la depresión, el estrés o el alcohol

POLISOMNOGRAFÍA

Es un examen en un laboratorio del sueño para conocer su calidad y hacer un diagnóstico

ración, fuertes ronquidos mientras se duerme o el síndrome de las piernas inquietas -sensación incómoda que se suele presentar por las noches y disminuye al moverlas-. El parasomnio o conductas anormales que ocurren durante los sueños -muy comunes en los niños- incluye el trastorno del terror o el sonambulismo. En el apartado infantil, es interesan-

te el método Estivill, desarrollado por el doctor a raíz de la experiencia acumulada de más de tres mil pacientes, que explica cómo tratar los problemas de sueño de los niños.

La dificultad para conciliar el sueño, despertarse con frecuencia por la noche y tener problemas para volver a dormirse, así como despertarse de repente, de madrugada, o sentir que ha habido un sueño profundo y reparador, son todos ellos síntomas de insomnio. Dependiendo del trastorno, otros efectos suelen ser somnolencia o ataques de sueño de día, roncarse estridentemente, ausencia temporal de la respiración, fatiga, estado de ánimo depresivo, ansiedad, dificultad para concentrarse, apatía, irritabilidad y pérdida de memoria.

La polisomnografía es el examen que se realiza en un laboratorio del sueño para conocer la calidad de este y establecer un diagnóstico. Se miden los ciclos y etapas del sueño por medio de las ondas cerebrales (EEG), la actividad eléctrica de los músculos, los movimientos oculares, la frecuencia respiratoria, la presión arterial, la saturación del oxígeno en la sangre y el ritmo cardíaco. Los tratamientos que se llevan a cabo en las clínicas especializadas varían según la causa del trastorno -sea física o psíquica- y muchos de ellos son susceptibles de resolverse por sí solos. Así, uno mismo puede intentar restaurar sus patrones del sueño normales a través de distintas téc-

La melatonina u hormona del sueño

■ La melatonina es una hormona producida por la glándula pineal, situada en el centro del cerebro, cuya secreción se produce durante la noche, en reacción a la oscuridad, para ayudar a nuestro cuerpo a regular los ciclos de sueño, y disminuye por la mañana. En países como Estados Unidos, Italia o Andorra se vende en forma de tabletas -ya sea natural o sintética- para combatir el insomnio o prevenir el jet lag o

alteración del ritmo circadiano. La capacidad natural de nuestro cuerpo de segregar la melatonina disminuye a medida que envejecemos, razón por la cual muchos científicos le atribuyen los problemas para dormir de las personas mayores. Aunque en España no está autorizada su venta, la doctora Gloria Sabater, de Sabater Análisis, señala sus beneficios: "El suplemento de melatonina es una maravilla; es seguro, ya

que no tiene efectos secundarios: es un buen antioxidante, con lo que retrasa el envejecimiento, es un ansiolítico natural". Al contrario que los somníferos, la melatonina induce un sueño profundo, de calidad y no crea hábito ni dependencia. Sin embargo, prosigue la doctora, "nadie debería optar por la automedicación y sólo se debería administrar, siguiendo un criterio, en los casos justificados".



La crisálida de color es un tratamiento holístico que combina cromoterapia

VIERNES, 4 ABRIL 2008

LA VANGUARDIA
TARRAGONA

 EDITA: La Vanguardia Ediciones, S.L.
 Redacció: Diagonal, 477, 7.º (08036) Barcelona
 Tel.: 93 481 22 00

REDACCIÓ TARRAGONA: Sara Sans. Tel.: 977 25 54 00

 ANUNCIOS: Publipress Media, SA.
 C/ Méndez Núñez, 2, 1.º 1.ª (43004) Tarragona
 Tel.: 977 240 136 / 977 243 570. Fax: 977 213 237
 Ejecutivos de ventas: Antoni Corrales, Jaume Angelats,
 Jaume Pinyol, Antoni M. Sánchez

Tengo 49 años y soy vecino de Tarragona ciudad. Soy médico de la Xarxa Sanitària de Santa Tecla. Reconocido por la American Board of Sleep Medicine como especialista en medicina del sueño, una especialidad todavía no acreditada en España, aunque en Estados Unidos ya tiene una larga historia

“Dormir es tan importante como tener un buen trabajo”



Antoni Bové, especialista en medicina del sueño

Directos a la controversia: ¿siesta sí o siesta no?

No es una pregunta sencilla y su respuesta no está aún clara científicamente.

Planteado de otro modo: ¿tienen los médicos claro que la siesta sea tan buena como nos pensamos?

No está nada claro, ésa es la verdad. Y además no hay estudios sobre la siesta y lo que hoy en día sabemos sobre ella es muy poco. Si sabemos que en los países mediterráneos tenemos tendencia a echar la siesta pero, muy proba-

blemente, ello esté relacionado con los horarios que nos llevan a la cama muy tarde y, al mismo tiempo, nos obligan a levantarnos a horas muy parecidas a las de otros países.

¿Dormimos menos horas que los suecos, por ejemplo?

Nosotros dormimos menos que los suecos, sin duda, por razones culturales y sociales. Y como dormimos menos horas de las que nos tocarían, tenemos tendencia a aprovechar el periodo de inactividad diurno después de la comida.

Pero insisto: ¿es saludable o no lo es?

Si una persona no ha dormido lo suficiente, en principio no sería malo que aprovechara para reposarse un poco de la falta de sueño. No obstante, el problema de fondo es otro: ese tiempo debería haber sido dormido por la noche.

¿Y no es lo mismo cuándo cumplas con el sueño, sea mañana, tarde o noche?

No es lo mismo. Para el cuerpo es bueno amoldarse a la tendencia natural. Todos los animales mamíferos tenemos un reloj interno que nos dice a qué hora deberíamos irnos a dormir y a qué hora levantarnos. Y este reloj se en-

cuentra sincronizado con el sol.

Pero de momento no veo en la siesta tragedia alguna...

Sucede que acaban de publicarse algunos artículos científicos que apuntan que hay un índice elevado de mortalidad entre la gente mayor que echa la siesta. Se está estudiando.

¿La siesta como síntoma de que algo falla?

Exactamente. Nos encontramos con que una gran mayoría de personas que hace la siesta padece insomnio o tiene apneas o algún otro trastorno del sueño.

¿Y cuántos trastornos del sueño existen?

Hay un montón. Desde el insomnio o el típico sonambulismo, hasta los ronquidos o que se hable mientras se duerme o el trastorno de la violencia en el sueño.

¿Cómo? ¿Violencia mientras dormimos?

Sí, hay personas que son violentas mientras duermen. Es uno de los trastornos de sueño más curiosos que existen y, afortunadamente, con pocos casos. Pero yo tengo algunos pacientes así.

¿Y en qué consiste?

Cuando dormimos pasamos por diferentes fases de sueño. Una de ellas es la fase REM, que es cuando soñamos. En la fase REM, el cuerpo está en parálisis absoluta, pero los que sufren este trastorno no se quedan paralizados e interpretan físicamente los sueños.

¿Viven los sueños?

Para ellos los sueños son reales y los ponen en escena.

Póngame un ejemplo.

Yo tuve un paciente que soñaba frecuentemente que se tiraba a una piscina, y el problema consistía en que, completamente dormido, se ponía de pie encima de la cama, y se tiraba al suelo de cabeza. Estaba cansado de ir a urgencias y hubo que tratarlo.

¿Y los insomnes, son muchos?

Entre un 30% y un 40% de la población.

Son muchos. Deme algunos consejos para dormir bien...

Hay que seguir lo que nosotros llamamos “las normas de higiene del sueño”.

Primera norma...

Una de las cosas más importantes que hay para dormir bien es, sobre todo, levantarse cada día más o menos a la misma hora.

¿Incluidos también los fines de semana?

Ahí está el problema: sábados, domingos y días festivos. El mejor regulador del cuerpo es la hora de levantarse, no la de irse a dormir.

Más normas.

Váyase a dormir tranquilo, sin pensar en preocupaciones ni en problemas de trabajo. Deberíamos incluir entre nuestras prioridades la de irnos a dormir de la forma más tranquila posible. Para ser feliz es tan importante como tener una casa o un buen trabajo.

Si durmiéramos bien, el mundo iría mejor.

Sin duda. Es probable que no hubiera tantas discusiones ni tanta irritabilidad.

TONI ORENSANZ

NOVES PROMOCIONS A TORREDEMBARRA

cosomar
 PROMOTORA • CONSTRUCTORA • INMOBILIARIA

Lleida 7
 43830 Torredembarra

Tel.: 977 644 722
 696 442 050

Apartaments de 2 i 3 habitacions.

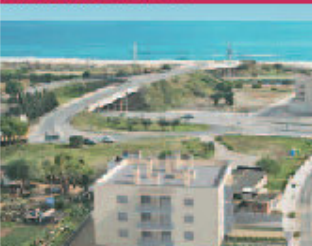
Bany complet amb dutxa

d'hidromassatge.

Aire condicionat per bomba de calor.

Materials i acabats de qualitat.

ZONA PLATJA: MARTINET 1 i 2



ZONA CENTRE: CAMÍ DE L'ERA



El 15% de los niños con hiperactividad tiene en realidad trastornos de sueño

Los pequeños pueden sufrir insomnio y otras patologías, igual que los adultos



JAUME REINA / ARCHIVO

Los hábitos de dormir deben aprenderse desde la cuna: un mal hábito es la primera causa de insomnio

MARTA RICART
Barcelona

El 15% de los niños a los que se atribuye un trastorno de hiperactividad (TDAH), en realidad, padecen trastornos del sueño. Así lo indicaron los especialistas Gonzalo Pin, del hospital Quirón de Valencia, y Milagros Merino, del hospital La Paz de Madrid, que participan en un congreso de medi-

cina del sueño. "Hay una frontera difusa entre la falta de sueño y la hiperactividad", explicó Pin.

El niño que duerme mal, al día siguiente, no tiene somnolencia como el adulto, sino conducta irritable, pérdida de concentración, lo que reduce su rendimiento escolar. Por esos signos, a veces se le clasifica como hiperactivo, porque también son síntomas del TDAH, pero cambiar sus pautas de sueño

corregiría su problema. A la vez, el niño que si sufre TDAH puede notar los efectos cuando duerme: la mitad tiene trastornos de sueño.

El 25%-30% de niños, en general, duerme mal. Algunos tienen problemas respiratorios, se mueven (los hay que sufren el síndrome de piernas inquietas, de causa nerviosa-locomotora); pero el 99% duerme mal, sobre todo en sus primeros años, por un mal hábito de

Si tiene problemas para dormir...

ADOPTÉ HÁBITOS

No recurra a pastillas, intente mantener un horario fijo para dormir. La habitación debe ser tranquila

SIN OBSESIONES

No ponga el despertador al alcance, así evita ir mirándolo si despierta durante la noche (esto dificulta dormirse)



RELAJACIÓN

No hacer ejercicio antes para cansarse sino actividades relajantes (tomar un baño, prepararse un vaso de leche)

LO QUE QUITA EL SUEÑO

Antes de acostarse, hacer un repaso mental o escrito de los problemas, qué hacer..., para no darles vueltas en la cama

sueño, dicen los médicos. Desde los siete meses se les debe enseñar a dormir (a estar solos si se despiertan, a veces se debe a que no siguen horarios fijos de comidas...).

En niños se pueden dar los mismos trastornos del sueño que en adultos, asegura Pin. Aprender a dormir, si se hace mal, también vale para adultos (véase el recuadro). El insomnio es el trastorno del sueño más usual en adultos, apuntan Josep M. Montserrat y Joan Santamaría, coordinadores de la unidad del sueño del hospital Clínic de Barcelona. En mayores de 50 o 60 años afecta al 5%-10% y es crónico; casi siempre va ligado a enfermedades como la depresión (sobre todo entre mujeres), por lo que se debe tratar esa dolencia.

A edad más joven, el insomnio es causado por el estrés, horarios alterados (turnos variables, jóvenes que el fin de semana duermen de día) o por acostarse tarde (incluidos los niños) por ver la televisión o jugar en el ordenador.

Entre los demás trastornos del sueño, la apnea (se deja de respirar unos segundos repetidamente) afecta al 4% de la población y aumenta el riesgo de hipertensión y dolencia cardíaca, pues fuerza el sistema cardiovascular. Se dan también trastornos de conducta en la fase REM (cuando el cuerpo debería estar inmóvil) como el sonambulismo o, sobre todo en hombres a partir de 50 años, movimientos violentos, golpear lo que tienen alrededor... Según Santamaría, en el 40% de estas últimas personas, unos años después se detecta parkinson o demencias. El trastorno del sueño sería en ellos un primer signo de degeneración neurológica. Aún no se sabe cómo tratarlo.●

¿BUSCAS UN HOTEL?

Talonotel



- Más de 2.500 hoteles de 3, 4 y 5 estrellas.
- Más de 1.000 destinos en España y el resto del mundo.

Ahora también
TARJETA TALONOTEL

¡NUEVA TARJETA!



¡MÁS FLEXIBLE!

VIAJES