
Trastorns del son en la gent gran

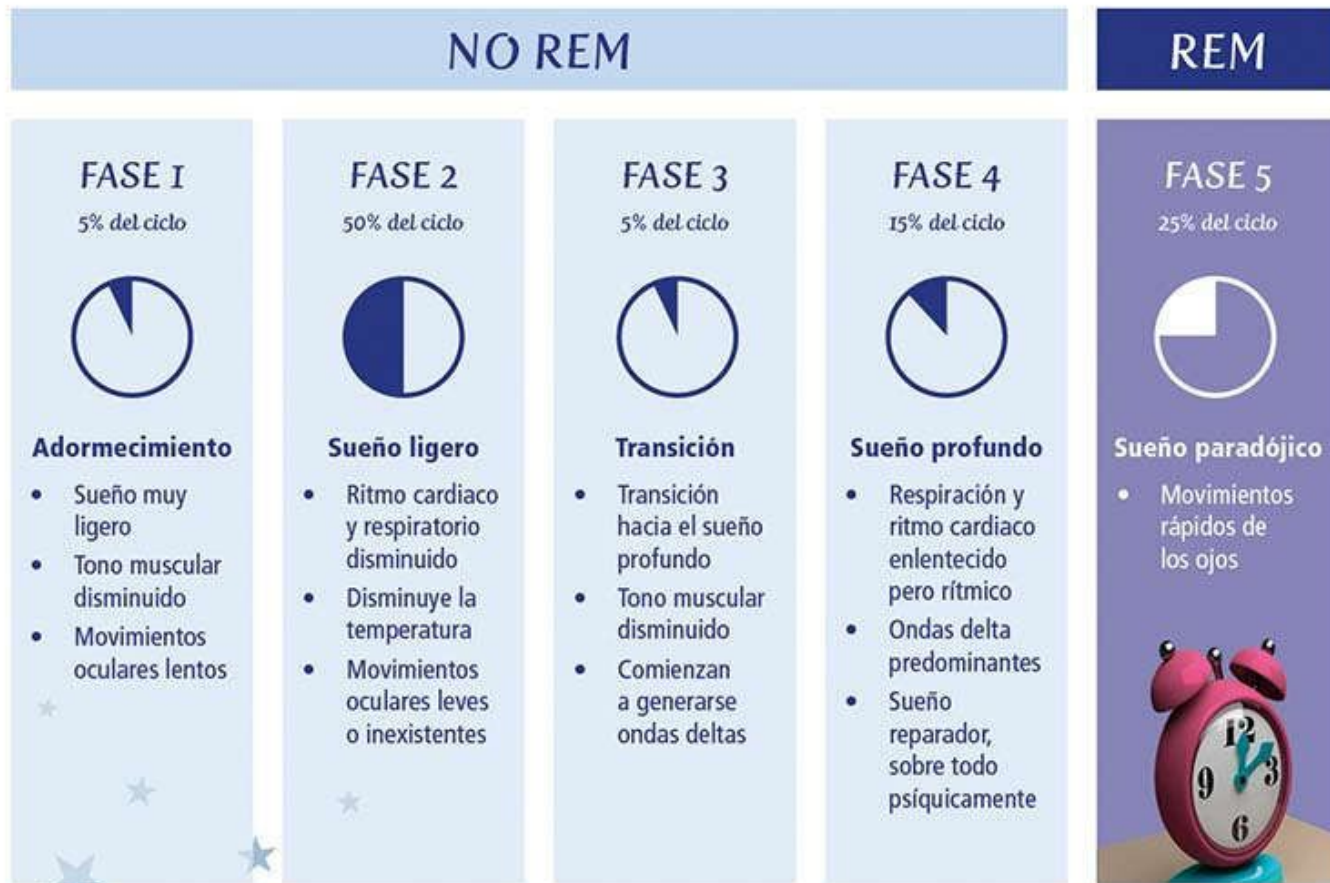
Elisenda Benasco R3 MFiC CAP Sant Cugat
Anna Tarragó R3 MFiC CAP Sant Cugat
Belén Juan R2 MFiC CAP Terrassa Sud
Tutora: Sandra Sabarich

Introducció

- Sde. geriàtrica amb alta incidència i prevalença (50% gent gran expressa problemes relacionats amb el son)
- Alteració qualitat de vida
- Més freqüent en dones
- 35-45% prescripcions hipnòtics en gent gran → interaccions farmacològiques



Estructura del son



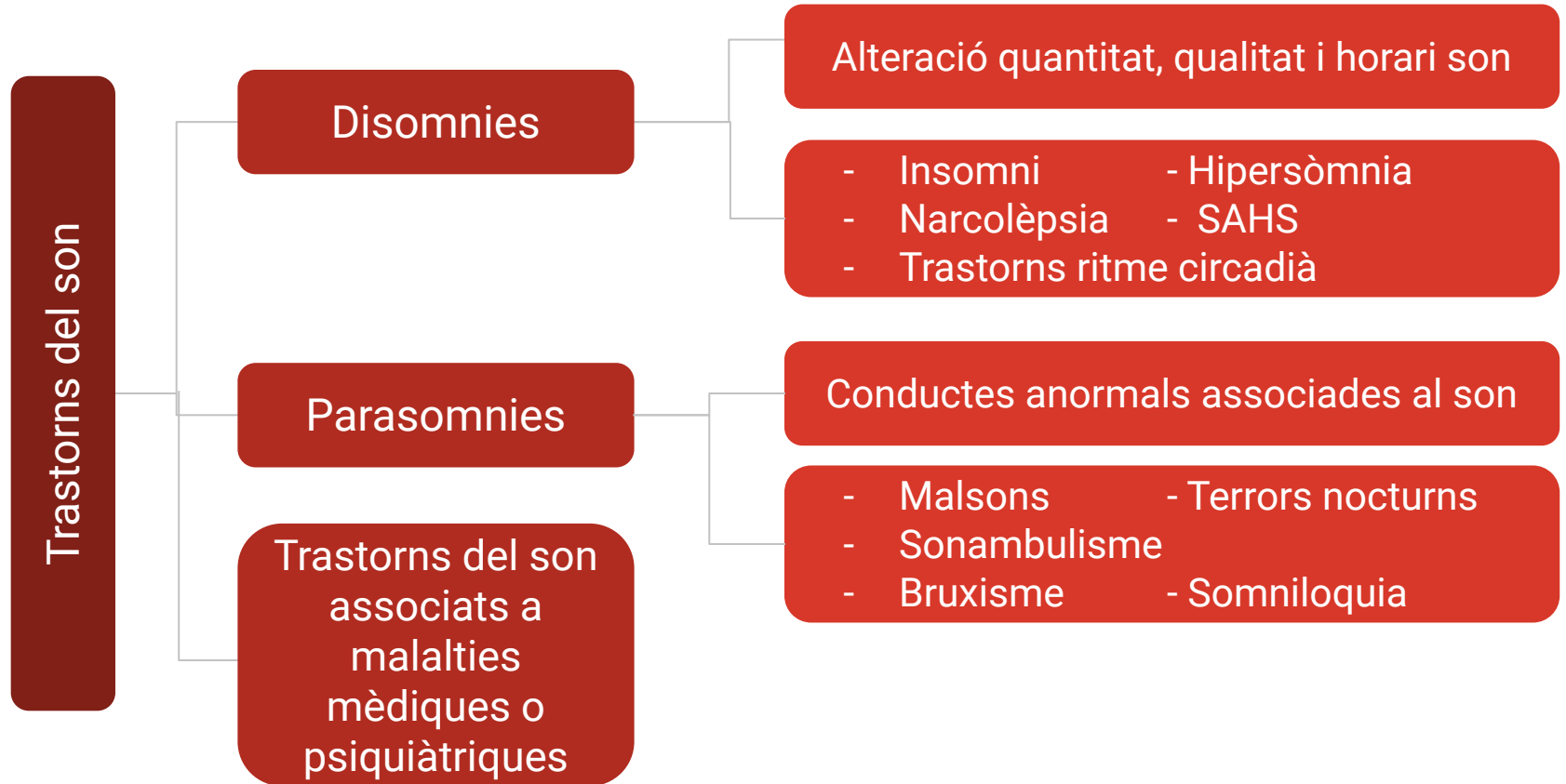
Canvis del son amb l'edat

Tabla 1. Cambios en el sueño con la edad

Patrón del sueño		Estructura del sueño	
Tiempo en la cama	Aumenta	NREM:	
Tiempo total de sueño	Constante	— Fase I	Aumentado.
Tiempo de sueño nocturno	Disminuye	— Fase II	Variable (suele descender).
Tiempo en dormirse	Aumenta	— Fase III y IV	Disminuidos.
Despertares nocturnos	Aumentan	REM	Disminuido, como consecuencia del menor tiempo de sueño nocturno.
Cabezadas diurnas	Aumentan		
Rendimiento del sueño	Disminuye		

Modificado de: González Gil P. Alteraciones del Sueño. En: Geriátria en Atención Primaria (2).

Classificació dels trastorns del son



Insomni

És el trastorn més freqüent, amb una prevalença del 10-15% i augmenta amb l'edat fins a un 25%.

Augmenta el risc de caigudes, disminució de la qualitat de vida, menor productivitat, més risc de deteriorament cognitiu, majors limitacions funcionals.



Diagnòstic de l'insomni

- 1. Queixa subjectiva d'insatisfacció per la quantitat i qualitat del son associat a un (a més d'un) dels següents símptomes:**
 - Dificultat per conciliar el son
 - Dificultat per mantenir el son degut a despertars freqüents o no conciliació després del despertar.
 - Despertar-se massa d'hora al matí amb incapacitat de conciliar el son de nou.
- 2. L'alteració del son causa un malestar significatiu o deteriorament del funcionament social, laboral i/o altres àrees del funcionament.**
- 3. El problema es dóna com a mínim 3 nits/setmana ***
- 4. El problema està present mínim 3 mesos ***
- 5. Es dóna malgrat bones condicions per poder dormir.**

*no s'explica per l'ús de substàncies, medicacions ni altres trastorns.

Diagnòstic de l'insomni

Història geriàtrica integral: antecedents, fàrmacs, funcional, socio-familiar, cognitiva...

Història del son: Cronologia, duració, inici, manteniment, afecta al comportament, clínica acompanyant, antecedents familiars, diari del son

Exploració física completa.

Proves complementàries: Polisomnografia, A/S amb tiroides, Rx de torax, EMG...

Classificació de l'insomni

- Segons l'etiologia:
 - Primari: si no s'identifica la causa.
 - Secundari: en el context d'un altre quadre clínic
- Pel temps de durada:
 - Agut o transitori: dies – setmanes.
 - Crònic: >1 mes.
- Segons el moment de la nit:
 - De conciliació: dificultat per iniciar el son (>30 min)
 - De manteniment: problemes per mantenir el son amb >2 despertars o >60 min de vigília
 - Despertar precoç: 2h abans de l'habitual per el pacient o temps total de son <6h

Factors que contribueixen a l'insomni

Enfermedades

Cardiovasculares: coronariopatías, arritmias, insuficiencia cardíaca
Respiratorias: EPOC, asma, fibrosis quística
Neurológicas: migrañas, demencia, Parkinson, tumores del SNC, epilepsia
Gastrointestinales: reflujo gastroesofágico, úlcera, colon irritable
Urológicas: prostatismo
Endocrinas: hipertiroidismo, enfermedad de Cushing o de Addison, DM
Reumatológicas: artrosis, artritis, fibromialgia
Dermatológicas: psoriasis, otras patologías que cursan con prurito
Cáncer: dolor

Trastornos mentales

Ansiedad
Depresión
Trastorno bipolar, trastorno obsesivo-compulsivo, esquizofrenia
Trastorno por estrés postraumático
Abuso / dependencia de sustancias: alcohol, drogas estimulantes

Fármacos

Antidepresivos: bupropión, ISRS, venlafaxina
Cardiovascular: α -agonistas / antagonistas, β -bloqueantes, diuréticos, antagonistas del calcio
Hormonal: levotiroxina
Respiratorio: β -agonistas, ipratropio, teofilina
Estimulantes: anfetaminas, cafeína, descongestionantes, metilfenidato
Otros: anticonvulsivos, corticoesteroides, nicotina, alcohol

Evaluació de l'insomni

1. Dificultad para coger el sueño.
2. Despertarse frecuentemente por la noche.
3. Despertarse demasiado pronto por la mañana.
4. Dormirse con facilidad durante el día.
5. Hablar cuando está durmiendo.
6. Levantarse durante el sueño (sonambulismo).
7. Tener sueños desagradables que le despierten con sensación de ansiedad.
8. Despertarse por dolor de cabeza.
9. Levantarse a orinar durante la noche.
10. Despertarse por molestias de estómago, acidez, etc.
11. Roncar y/o tener pausas respiratorias mientras duerme.
12. No poder dejar de mover las piernas justo antes o cuando se duerme.
13. Otro (describalo por favor):

Ansietat

SAHS

Síndrome de les cames inquietes

Depressió

Nictúria

Parasomnies



Tractament del insomni

OBJECTIU → Aconseguir un augment de la quantitat i qualitat del son per millorar l'activitat i funcionalitat diürna.

Tractament etiològic: si s'ha trobat la causa, tractar-la, si no tractament simptomàtic



NO FARMACOLÒGIC



FARMACOLÒGIC

1era línia de tractament

Mesures higièniques
Teràpia cognitivo- conductual.

Teràpia cognitivo- conductual

Què és? Serveix? La utilitzem al nostre dia a dia a AP?



Estrategia	Objetivo	Indicaciones específicas para pacientes ¹	Efectividad en ancianos ^{1, 12-16}
Control de estímulos	Recuperar la asociación de la cama y dormitorio con la acción de dormir.	Retirar aquellos factores o agentes que puedan ser estimulantes en el dormitorio (p.ej. televisión, teléfonos, ordenadores). Instruir al paciente a levantarse a los 20 minutos de estirarse en la cama si no puede dormir.	De las terapias más efectivas para el tratamiento del insomnio.
Restricción del sueño	Aumentar el deseo de sueño y estabilizar el ritmo circadiano.	Restringir el tiempo que pasa en la cama cada noche, para inducir la aparición de sueño. Vigilar su uso en personas mayores: riesgo de caídas en hacerlo levantar por la noche.	Eficaz en la latencia y mantenimiento del sueño. Mayor eficacia en combinación con otras terapias.
Técnicas de relajación	Reducir la excitación física y psicológica.	Progresiva relajación de la musculatura, ejercicios de respiración o meditación.	Menor efectividad en comparación a la restricción del sueño o control de estímulos.
Terapia cognitiva	Reestructurar falsas creencias en relación al insomnio.	Mantener expectativas razonables del sueño, revisión de episodios previos, cambiar la percepción catastrófica.	No es eficaz de forma exclusiva, siempre realizar en combinación con otras terapias.
Higiene del sueño	Reducir conductas que interfieran con el sueño.	Disminuir el consumo de sustancias estimulantes, aumentar el ejercicio diurno, etc. (véase la tabla 3).	No es eficaz por sí sola. Sí que lo es en combinación con otras intervenciones.

Mesures higèniques del son

Hàbits diürns

- Mantenir una rutina, llevar-se a una hora similar, fins i tot cap de setmana.
- Realitzar exercici físic durant el dia, sempre 3 hores abans d'anar a dormir
- Evitar migdiades de més de 30 minuts.
- Eliminar o disminuir consum de substàncies/aliments estimulants.

Condicions que afavoreixen el son:

- Estar al llit només el temps necessari i quan es té son.
- No anar a dormir amb gana o set o després de menjar molt.
- Entorn silencios, fosc i temperatura adequada.
- Evitar TV, telèfons o tablets.
- Si no es pot dormir, llevar-se i realitzar tasques relaxants, evitar mirar el rellotge.



Tractament farmacològic

- Es disposen de diverses opcions
- Cap és adequat a llarg plaç
- Aparició d'efectes adversos i falta evidència de forma crònica
- Contribueix a la polimediació : **Deprescribing**

A tots els pacients?

A quin insomni?

Quin fàrmac i a quina dosis?

Tractament farmacològic

Benzodiacepines:

L'any 2015 a CAT el 6,2% dels majors de 65 anys tenien una prescripció de BZD.

Acció ultracurta: dependència

Acció llarga: en gent gran + S en receptors GABA (ataxia, det.cognitiu, sedació) → caigudes

Prioritzar BZD acció curta-mitja

BZD de acció larga		
Flurazepan	Dormodor; cps 30 mg	15 mg
Diazepan	Diazepan EFG, cp (2, 2,5, 5 y 10 mg) Valium, cp (5 y 10 mg)	5 mg
Clorazepato	Tranxillium, caps. (5, 10 y 15 mg)	5 mg
BZD de acció intermedia		
Lorazepam	Lorazepam EFG; cp 1mg Orfidal, cp 1mg Idalpren, cp (1 y 5 mg) Placinal, cp 1mg Sedizepan, cp 1mg	0,5-1 mg
Ketazolan	Maroen, caps. (15, 30 y 45 mg) Sedotime, caps. (15, 30 y 45 mg)	15 mg
Temazepam		15 mg
BZD de acció curta		
Triazolam	Halció, cp 0,125 mg	0,125 mg
Alprazolam	Alprazolam EFG, cp (0,25, 0,5, 1 y 2 mg) Trankimazin, cp (0,25, 0,5, 1 y 2 mg)	0,25 mg
Midazolam	Dormicum, cp 7,5 mg	7,5 mg



Informar al prescriure sobre la durada del tractament i les pautes de retirada

Tractament farmacològic

Hipnòtics no benzodiacepínic:

- Zolpidem i Zopiclona

Antidepressius d'acció sedant:

- Trazodona
- Mirtazapina

Altres

- Antihistaminics, antipsicòtics, melatonina, triptòfan, valeriana, pasiflora o rosella de Califòrnia, olis per relaxació...

Altres trastorns

- Dissòmnies per moviments durant el son
 - Síndrome de les cames inquietes
 - Moviments periòdics de les cames durant el son
- Hipersòmnies
 - Cicle curt
 - SAHS
 - Narcolèpsia
- Parasòmnies
 - Sonambulisme
 - Terrors nocturns
 - Malsons
 - Bruxisme

Síndrome de les cames inquietes

Es caracteritza per la **presència d'inquietud** en les cames i sensacions desagradables descrites com **agulles, dolor, rampes** o **estirades musculars** que apareixen a la nit i que dificulten el son efectiu.

- 5-15% en adults majors de 80 anys
- Diabetis, hipotiroïdisme, insuficiència venosa crònica, neuropatia urèmica, prostatitis, deficiències de ferro i vitamines o al retirar fàrmacs
- Tratamiento: agonistes dopamnergics
- Estudi polisomnogràfic

Tractament no farmacològic

- Suprimir l'alcohol, cafeïna, tabac i reduir l'estrès.
- Suspendre els següents fàrmacs que empitjoren els símptomes:
 - Antidepressius: fluoxetina, paroxetina, sertralina, mirtazapina, mianserina.
 - Neurolèptics: olanzapina, risperidona.
 - Altres: β -bloquejants, fenitoïna, metosuxamida i liti.

Tractament farmacològic

- Agonistes dopaminèrgics
- Levodopa
- Benzodiazepines
- Antiepilèptics
- Opioides

Tratamiento farmacológico		
	Dosis	Efectos
<i>Agonistas dopaminérgicos no ergotamínicos:</i>		
– Pramipexol (Mirapexin®).	0,18*-0,7**.	Somnolencia, digestivos.
– Ropirinol (Requip®).	0,25*-1,5 mg**.	Somnolencia, digestivos.
<i>Agonistas dopaminérgicos ergotamínicos:</i>		
– Pergolida (Pharken®).	0,05*-0,5 mg** (2 h antes de acostarse).	Somnolencia, digestivos.
– Bromocriptina (Parlodel®).	1,25*-7,5 mg**.	GI, somnolencia, hipotensión.
– Carbegolina.	1*-4 mg.	GI, somnolencia, hipotensión.
Levodopa		
– Levodopa/carbidopa	100/25 mg.	Aumento de los síntomas
– (Sinemet plus®).	(1-2 h antes de acostarse).	diurnos.
<i>Benzodiazepinas</i>		
– Clonazepam.	0,5*-2 mg.	Resultados contradictorios en los estudios.
– Temazepam.	15*-30 mg.	Mejora el insomnio.
<i>Antiepilépticos:</i>		
– Gabapentina.	300*-800 mg**.	Somnolencia, mareo, ataxia
– Carbamazepina.	100*-800 mg**.	GI, mareo, ataxia, diplopia.
<i>Opioides:</i>		
– Tramadol.	50*-100 mg**.	Recomendados como última opción.

Moviments periòdics de les cames durant el son

- Contraccions breus i rítmiques dels peus pròpies de les fases 1-2 (no REM) del son
 - molt freqüent (en majors de 65 anys)
 - s'associen amb freqüència a les cames inquietes
 - poden respondre igualment a el tractament amb benzodiazepines o amb agonistas dopaminèrgics

SAHS

- Prevalença de 2-4% en la població de mitjana edat i d'un 25% en la població anciana.
- En edats mitjanes l'apnea de la son és de dos a tres vegades més freqüent en **homes** i després de la menopausa la incidència augmenta en dones.
- La respiració disruptiva característica de la SAOS contribueix a un somni poc efectiu, produint-se un augment de la son diürn
- S'ha objectivat un augment de la morbimortalitat associada a la SAOS

Comorbiditat:

- HTA
- Malaltia vascular cerebral
- Angina nocturna en pacients amb malaltia coronària prèvia,
- Arrítmies cardíaques (bradicàrdia, asistòlia ventricular, recurrència de fibril·lació auricular)
- Mort sobtada
- Accident de cotxe !!!

Classificació

- Obstructiva
- Central (cessament de l'impuls nerviós)
 - Defecte en el control metabòlic respiratori o en el sistema neuromuscular (malalties neurològiques)
 - Fluctuació de l'impuls respiratori: respiració de Cheyne-Stokes, en la fase decreixent apareix un període curt d'apnea
- Mixta (més comú)

Clínica

OBSTRUCTIVA:



Història de roncs i pauses de respiració nocturna



Excessiva somnolència diürna, atacs somni i sensació de son poc reparador. Pèrdua de la libido, impotència, cefalea matutina, trastorns cognitius i de l'humor, canvi de personalitat i depressió

CENTRAL:

- Síndrome d'hipoventilació alveolar
- Hipercàpnia, hipoxèmia diürna
- Clínica d'insuficiència respiratòria recurrent
- Poliglobúlia,
- Hipertensió pulmonar
- Queixes com dormir malament (cefalea, fatiga i hipersòmnia diürna)

Diagnòstic

ESCALA DE EPWORTH (patologic si > o = 12)

- Història clínica
- EF:
 - Constants
 - IMC
 - Cap o coll
 - Tumors
 - AP i AC
 - Neuròlogic
- **Polisomnografia**
- PPCC (hematocrit, ECG, TSH, Rx tòrax)

¿Con qué frecuencia está somnoliento o se queda dormido en cada una de las siguientes situaciones?
Aplice la siguiente escala: 0: nunca, 1:baja frecuencia, 2:moderada frecuencia, 3:alta frecuencia

SITUACION	PUNTAJE			
1.- Sentado y leyendo.	0	1	2	3
2.- Viendo televisión.	0	1	2	3
3.- Sentado en un lugar publico (Ejemplos: cine o reunión).	0	1	2	3
4.- Viajando como pasajero en un auto durante 1 hora.	0	1	2	3
5.- Descansando en la tarde cuando las circunstancias lo permiten.	0	1	2	3
6.- Sentado y conversando con alguien.	0	1	2	3
7.- Sentado en un ambiente tranquilo después de almuerzo (sin alcohol)	0	1	2	3
8.- En un auto, mientras se encuentra detenido por algunos minutos en el tráfico.	0	1	2	3

Tractament

MESURES HIGIÈNIQUES

- Dieta
- Suprimir tòxics
- Dormir de cubit lateral

MÈDIC:

- CPAP (80%)
- BIPAP
- O2
- Dispositius intraorals (70-80%)

QUIRURGIC:

- Uvulopalatofaringoplastia
- Trasqueostomia

Narcolèpsia

Trastorn crònic de la son que es caracteritza per una somnolència extrema durant el dia i atacs sobtats de son:

- Joves (<30 anys) i associat a factors genètics

CLÍNICA:

- Atacs de son incoercible de breu durada
- Cataplexia
- Paràlisi de la son
- Al·lucinacions

DIAGNÒSTIC:

- Clínic
- Polisomnografia

TRACTAMENT::

- Estimulants anfetamínics (metilfenidat)

Parasomnies

SOMNAMBULISME

- FASE 3
- Nens (4-8 anys)
- Desapareix en l'adolescència
- No te tractament específic

TERRORS NOCTURNS

- FASE 3
- Nens
- Desapareix en l'adolescència
- Agitació, vegetatisme, pànic, costa despertar, amnèsia

MALSONS

- REM
- NO agitació
- No costa despertar
- No amnesia

BRUXISME

- FASE 2 (no REM)
- Moviments i cruixir de les dents, trisme)
- Fèrules nocturnes

Conclusions

- Els trastorns del son presenten una alta prevalença en l'edat geriàtrica, sent el **insomni** el trastorn més freqüent.
- L'envelliment provoca canvis en el patró i en l'estructura de la son.
- Millorar la higiene el somni constitueix el primer objectiu a seguir
- Una història de roncs, pauses de respiració nocturna, fragmentació del son, somnolència diürna, obesitat i HTA, hauria fer-nos pensar en **l'apnea del son**.
- En el **síndrome de les cames inquietes** els agonistes dopaminèrgics constitueixen la primera opció de tractament

Bibliografía

- Carro García, Teresa; Alfaro Acha, Ana; et al. Tratado de geriatría. Sociedad española de geriatría y gerontología. Madrid, 2006. Págs. 265-275.
- Maneig del insomni en el pacient ancià. BIT Vol. 28, núm. 1, 2017.
- Recomendaciones de la valoración clínica y tratamiento inicial del insomnio en la Atención Primaria. Grupo de trabajo de Insomnio de la Sociedad Española de sueño.

Moltes gràcies