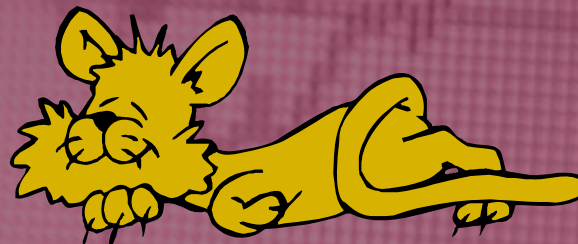




Trastorns del Son a l' A P: “L' Insomni”

Enric Zamorano Bayarri

Cap Sant Antoni de Vilamajor – ABS “Alt Mogent”



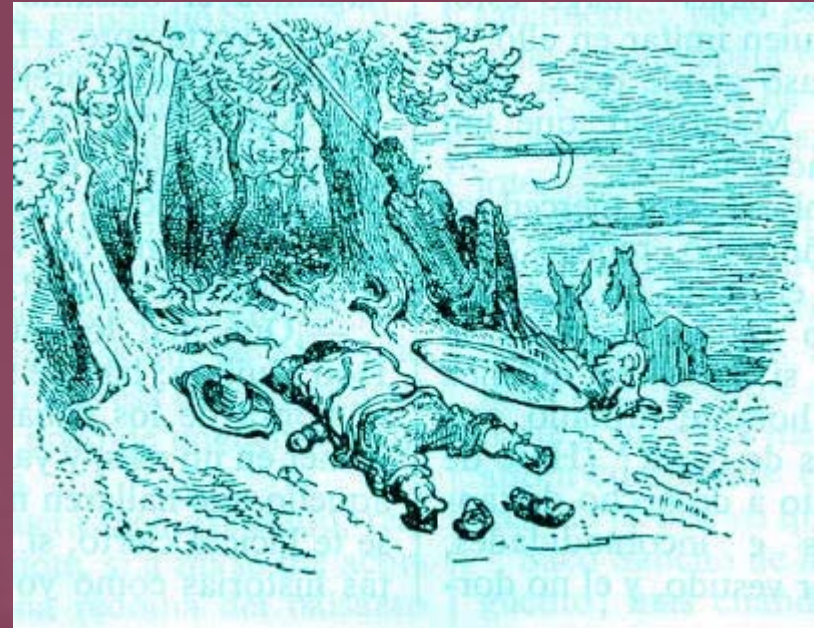
Full de ruta

- Què és el son?
- Formes de presentació
- Insomni i les seves característiques
- Avaluació
- Tractament
 - Farmacològic
 - No farmacològic
 - Higiene del son
- Casos clínics



Què és el son?

“Bien haya el que inventó el sueño, capa que cubre todos los humanos pensamientos... manjar que quita el hambre, agua que ahuyenta la sed... Y finalmente moneda general con que todas las cosas se compran... Sólo una cosa de malo tiene el sueño, según he oído decir, y es que se parece a la muerte ”



Cervantes: “D. Quijote”

Què és el son?

- Procés vital cíclic, complex i actiu
- compost per varies fases
- posseeix una estructura o arquitectura interna característica
- amb interrelacions amb diversos sistemes hormonals i nerviosos
- Ocupa 1/3 de la vida
- Tots els animals dormen

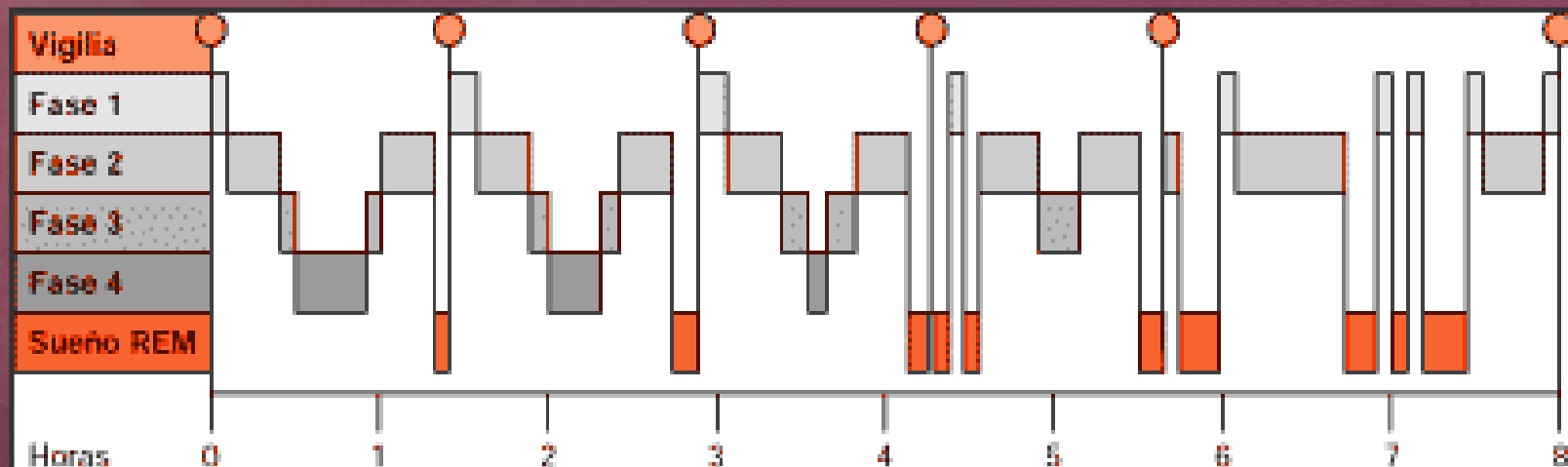
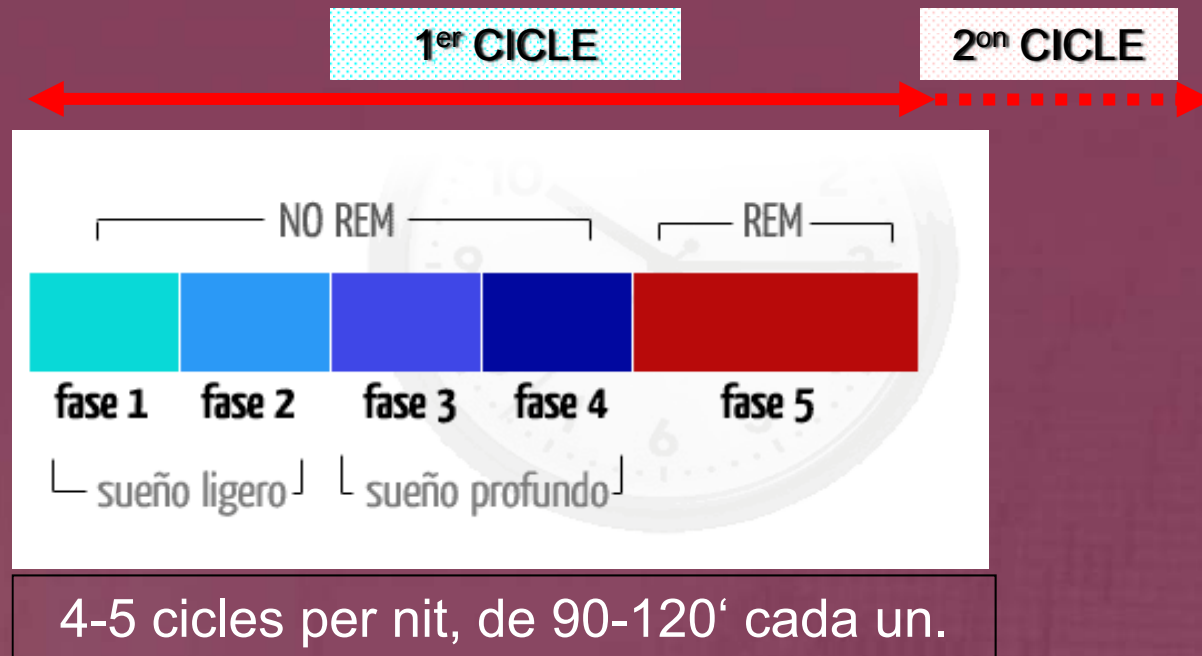


Tots els animals dormen



Arquitectura del son

- No-REM 75%:
 - Fase 1 (5%)
 - Fase 2 (45%)
 - Fase 3 (12%)
 - Fase 4 (13%)
- REM 25%



Fases del son

Son no REM

Fase 1: Transició vigília-son. Son lleuger. Entres i surts del son i pot ser despertat fàcilment. Els ulls es mouen lentament i disminueix l'activitat muscular.

Fase 2: Son superficial. Els moviments dels ulls s'aturen i les ones cerebrals es tornen més lentes, amb ràfegues ocasionals d'ones ràpides anomenades fusos de son.

Son delta:
profund i

Fase 3: Apareixen ones cerebrals molt lentes, anomenades ones delta, barrejades amb ones més petites i més ràpides.

Fase 4: El cervell produeix principalment ones delta. No hi ha moviments dels ulls ni activitat muscular.

Son REM

Fase 5: Son paradoxal: El cos està immòbil amb els músculs paralizzats, areflèxics i flàccids, al temps que hi ha un augment del pols, la TA, la pressió intracranial, i el flux sanguini cerebral - i també, en els homes, ereccions - i hi ha major incidència d'infarts de miocardi i accidents vasculars cerebrals isquèmics -. Els ulls es mouen ràpidament. La respiració es torna més ràpida, irregular i superficial. Es produeixen els somnis.

Per a què serveix el son?



SON: essencial per mantenir l'equilibri físic i psíquic de les persones.

No REM: Recuperació corporal

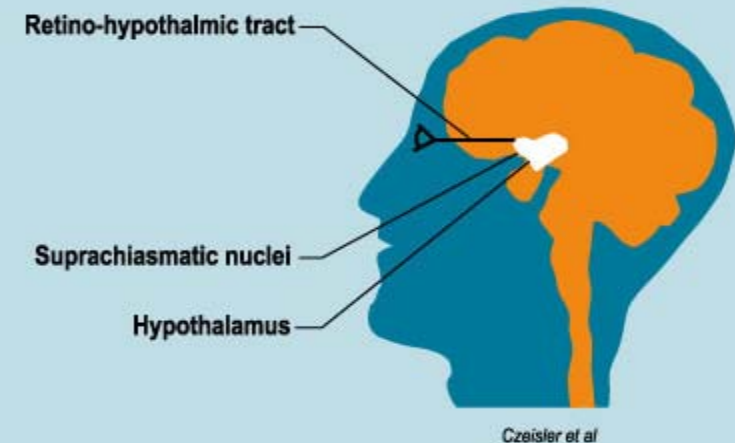
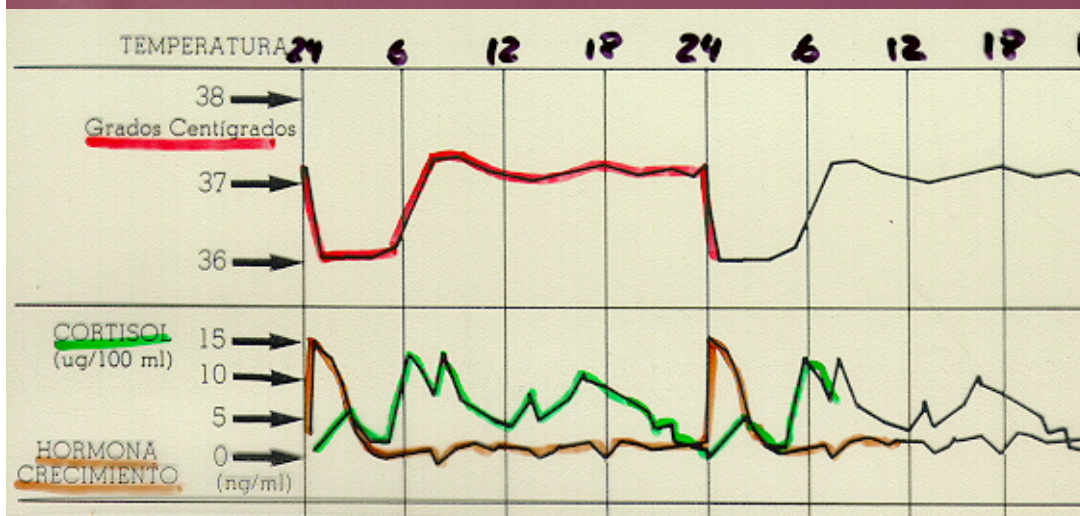
- Restauració tissular
- Paper en el creixement (GH)
- Conserva energia per al dia ($\downarrow T^{\circ}$)

REM: Recuperació psíquica

- Processament de la informació
- Estímul per al desenvolupament i preservació de les vies nervioses

Ritme vigília/son

- **Ritme circadià:** Hi ha una alternança periòdica (24 h) del son (8 h) i la vigília (16 h)
- **Relotge intern:** Al nucli supraquiasmàtic de l'hipotàlem. Té un ritme de 25 h
- **Marcadors externs (“zeitgeber”):** Ajusten el rellotge intern a les 24 h astronòmiques. Són el patró llum/fosc, activitat / repòs, temperatura ...
- **Hormones reguladores:** Melatonina, cortisol, H. del creixement



Dades del son

- $>1/3$ dels adults pateixen d'insomni
- La majoria de gent té problemes de son alguna vegada
- L'insomni es pot donar a totes les edats
- L'insomni és més freqüent en:
 - dones (climateri)
 - gent gran
- Els que pateixen apnees, cames neguitoses, etc., no saben a qui acudir



Forma de presentació del pacient:

1. Per iniciativa pròpia

- El pacient es queixa de:
 - **Son subjectivament no reparador:**
 - Dificultat per agafar el son
 - Dificultat per mantenir-se adormit
 - Despertar-se massa d'hora
 - Somni de mala qualitat
 - **Repercussions diürnes:**
 - Somnolència excessiva
 - Fatiga, pesadesa mental, dificultat de concentració, manca de reflexos, etc.



Forma de presentació del pacient:

2. Per iniciativa familiar

- En casos de:
 - Trastorns durant el son:
 - Roncs, pauses respiratòries
 - Son inquiet, moviments anormals
 - Malsons, somnambulisme, etc.
 - La parella no pot dormir. Pels roncs o moviments excessius del pacient durant el son.



“Els seus roncs em tornen boja. I encara és pitjor quan està dormint!”

Estudi d'un cas



- *És un matí tranquil a la consulta, i entra una dona de mitjana edat.*
- *És una client habitual. Et demana una recepta de 'diazepam 5 mg comp.'*
- *Explica que és per a la seva sogra, i diu: "La seva germana acaba de morir i necessita una mica d'ajuda per dormir".*
- *Està molt preocupada per que prengui això – "No és Valium?" No vol que s'enganxi a qualsevol cosa.*

Insomni: Paràmetres

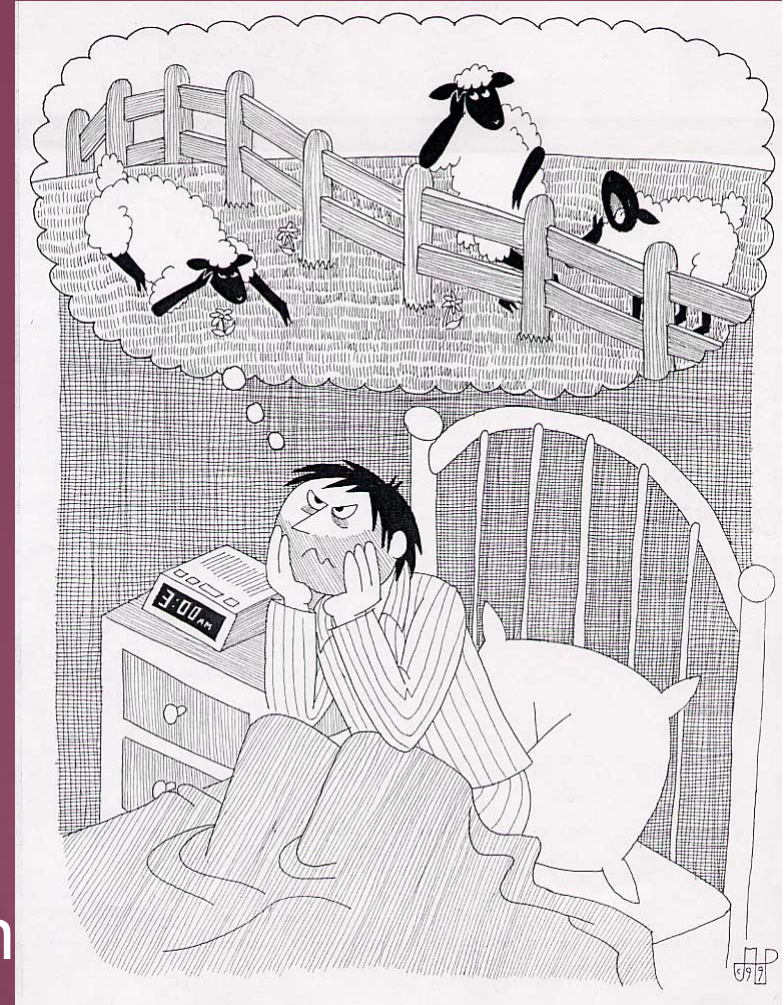


- **Latència del son** (temps que es triga a adormir-se) ≥ 30 minuts
- Temps que passa despert després d'iniciat el son (**Waso**) ≥ 30 minuts
- **Eficiència del son** (relació entre el temps dormit i el temps total romàs al llit) $\leq 85\%$
- **Freqüència i durada de l'alteració del son:** ha d'estar present durant 3 nits o més per setmana

L'insomni no es defineix pel temps total de son, sinó per la sensació subjectiva d'insatisfacció amb la quantitat i/o qualitat del son.

Insomni: Definició

- ▶ Queixa de dificultat (persistent) per dormir tot i l'oportunitat i les circumstàncies adequades per al son
- ▶ Es caracteritza per una o més de les següents:
 - dificultat per iniciar el son
 - dificultat per mantenir el son
 - despertar-se massa d'hora, o
 - son crònicament no reparador o de mala qualitat
- ▶ Produeix deteriorament diürn



Insomni a la població general

Símptomes d'insomni

- Prevalença total: 30-48%
- Freqüència: (sovint o sempre) 16-21%
- Intensitat: (de moderat a greu) 10-28%

Símptomes d'insomni +

Conseqüències diürnes
9-15%

Insatisfacció qualitat i/o
quantitat de son
8-18%

**Insomni
diagnosticat**

6%

30-50%



9-15%



6 %

Conseqüències de l' Insomni



- Cansament i somnolència diürna
- Deteriorament de l'atenció, concentració o memòria
- Disminució de la qualitat de vida
- Deteriorament de la salut mental (depressió, ansietat)
- Cefalea tensional i/o símptomes GI
- Disminució de la qualitat del treball
- Augment d'utilització dels serveis de salut
- Propensió a patir accidents laborals o de circulació
- Dificultats a les relacions interpersonals familiars, socials, etc.

PERSONALS



SOCIALS

DURADA DE L' INSOMNI

- Insomni transitori: episòdic
 - Malaltia aguda
 - Jet lag
 - Canvi de torn
- Insomni de curta durada: d'uns dies a 3 setmanes
 - Esdeveniments importants de la vida
 - Abús de substàncies
- Insomni crònic: més de 3 setmanes
 - Malaltia crònica
 - Malaltia psiquiàtrica



NHLBI working group on Insomnia.
Bethesda, Md: NHLBI; 1998. NIH
Publication 98-4088

El pacient té insomni: Què fer?

Problema de son



Què fer?



*L'insomni és un **síntoma** no un diagnòstic*



Quina és la causa?



Factors de Risc de Insomni¹⁻³

Edat/ Gènere	Mèdics	Psiquiàtrics	Socials	Estil de vida	Entorn de Son
<ul style="list-style-type: none"> • Vells • Femení 	<ul style="list-style-type: none"> • T. primari del son • Obesitat • Dolor • Artritis • Alzheimer • Parkinson • Cardiopatia • M. gastrointestinal • Apnea del son • Cames neguitoses • Trastorn tiroïdal • Menopausa 	<ul style="list-style-type: none"> • Depressió • Ansietat • Tensió • Abús de substàncies o alcohol • Mania o hipomania • Estrès • Preocupació • Condicionament 	<ul style="list-style-type: none"> • Separació matrimonial • Divorci • Mort del cònjuge • Atur • Males condicions de treball • Baixa condició social 	<ul style="list-style-type: none"> • Fumar • Consum d'alcohol o begudes amb cafeïna a la tarda o la nit • Fer exercici prop de l'hora d'anar a dormir • Horari irregular • Treballar al torn de nit 	<ul style="list-style-type: none"> • Temperatura • Il·luminació • Soroll • Interrupcions • Hàbits de son de la parella

1. Buscemi N, Vandermeer B, Friesen C, et al. (Prepared by the University of Alberta Evidence-based Practice Center, under Contract No. C40000021.) AHRQ Publication No. 05-E021-2. Rockville, Md: Agency for Healthcare Research and Quality. June 2005. Available at: <http://www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/insomnia/insomnia.pdf>. Accessed January 29, 2008.

2. Doghramji PP. *J Clin Psychiatry*. 2004;65(suppl 16):23-26.

3. Doghramji PP. *J Clin Psychiatry*. 2001;62(suppl 10):18-26.

Avaluació de l' Insomni

- **Entrevista al pacient i/o parella o cuidadors**
 - Història clínica general
 - Història del son
 - Consum de fàrmacs i drogues
 - Avaluació psiquiàtrica
- **Exploració física**
- **Agenda o diari de son**
- **Qüestionaris de son:** Test de Epworth, índex de qualitat de son de Pittsburg
- **Laboratori del son** (si és necessari): PSG, Actigrafia, Test de Latències Múltiples del Son, Test de Manteniment de la Vigília



Història del Son

- **Identificar la naturalesa del problema de son**
 - Quantes hores dorm?: **mala percepció del son.**
 - Té dificultats per adormir-se?: **insomni de conciliació.**
 - Es desperta durant la nit?: **insomni de manteniment**
 - Es desperta molt d'hora?: **despertar precoç**
 - El son no és reparador?: **son de mala qualitat**
- **Determinar la freqüència del problema**
 - 2-3 nits/setmana: **insomni crònic**
- **Durada:** Quant de temps fa que no pot dormir?
 - Menys d'1 setmana: **insomni transitori**
 - Entre 1 i 3 setmanes: **insomni de curta durada**
 - Més de 3 setmanes: **insomni crònic**



Actituds sobre el son i adaptació al problema

- **Conductes associades:**
 - Hiperactivitat física, emocional o cognitiva abans del son
 - Conducta vigil nocturna (prolongat temps al llit sense dormir)
 - Ingestió de menjar o substàncies just abans de dormir
- **Pensaments relacionats amb el son:**
 - Expectatives negatives (“Mai no podré dormir”)
 - Distorsions: suposicions errònies sobre les necessitats de son
 - Creació d’escenaris catastròfics entorn a la pèrdua de son



Anamnesi mèdica i de consum de medicaments

- **Trastorns psiquiàtrics:** trastorns de l'estat d'ànim, ansietat u altres
- **Consum de drogues o medicaments:** broncodilatadors, esteroides, diürètics, estimulants, antihipertensius, antidepressius activadors, rebot d'hipnòtics
- **Malalties mèdiques/neurològiques:** dolor crònic, cefalea nocturna, MRGE, MPOC, angina nocturna, insuficiència cardíaca congestiva, malaltia renal terminal, càncer, VIH/SIDA, menopausa, demències, ictus
- **Trastorns del son:** apnea obstructiva del son, comes neguitoses i altres trastorns del moviment



Diari del Son (2-3 setmanes)



	Dilluns	Dimarts	Dimecres	Dijous	Divendres	Dissabte	Diumenge
hs totals al llit							
hs totals de son							
hora que es fica al llit							
hora que s'adorm							
nombre de despertars							
hora que s'aixeca							
símtomes nocturns							
qualitat gral del son							
nombre de becaines							
dormir en situacions inacceptables							

Exploració física

- Signes vitals de rutina, IMC
- Observació de l'aparença facial, conducta, i nivell d'energia del pacient.
- Característiques anatòmiques de l'AOS: zona hipofaríngia estreta, amígdales hipertròfiques, macroglòssia, micro i retrognàtia i forma i mida del coll.
- Exploració neurològica en cas de cames neguitoses o un altre síndrome neurològica



Determinar la presència de conseqüències diürnes



- Somnolència excessiva (Escala de Somnolència d'Epworth)
- Fatiga. Manca de motivació
- Disfunció cognitiva: ↓ concentració, ↓ vigilància, pesadesa mental i errors de memòria
- Efectes psicològics: depressió, ansietat i irritabilitat
- Deteriorament del funcionament psicomotor: ↓ rendiment laboral
- Queixes físiques inespecífiques: cefalea, molèsties músculo-esquelètiques o GI
- L'AOS pot donar berrateres de son, cefalea i sequedat de mucoses a l'aixecar-se

Escala de Somnolència d'Epworth

*Amb quina freqüència es queda adormit en las següents situacions?
Utilitzi l'escala de la dreta i triï la xifra adequada per a cada situació.*

Situació	Possibilitat d'adormir-se
1. Assegut i llegint	
2. Veient la TV	0 = mai
3. Assegut , inactiu en un lloc públic (un teatre o una reunió)	1 = escassa
4. Com a passatger d'un cotxe en un viatge d'una hora	2 = moderada
5. Tombat a mitja tarda	3 = elevada
6. Assegut i parlant amb algú	
7. Assegut en silenci després de menjar (sense prendre alcohol)	
8. En un cotxe, aturat durant uns minuts en mig del trànsit	

*Si l'escala suma **10 o més**, és significativa de privació de son o d'un trastorn del son.*

Laboratori de Son



- Sovint no és necessari
- Realitzar quan el tractament no funciona
 - Test de Latències Múltiples del Son (TLMS)
 - Polisomnografia (PSG)

“Ara dormi com ho faria a casa!”



Seguim amb el cas



- *Sembla que la pacient pateix: insomni*
 - *primari (és una dona de 70 anys, habitualment sana, que només pren una estatina per al colesterol)*
 - *de curta durada (el problema va començar només fa 2 setmanes quan va morir la seva germana)*
- *Encara que veu la pèrdua com un alleujament (la germana havia estat a pal·liatiu amb càncer terminal durant varies setmanes), la pacient té dificultat per fer front a les seves activitats normals durant el dia per la falta de son.*

Tractament

- Farmacològic
 - De prescripció:
 - Benzodiazepines / hipnòtics relacionats
 - Antidepressius
 - De lliure dispensació:
 - Fitoteràpia
 - Antihistamínics
 - Melatonina
- No farmacològic
 - Higiene del son
 - Relaxació
 - Control d'estímuls
 - Restricció de son
- Altres: Fototeràpia



Pautes de tractament



- Establiment precoç d'una sòlida relació metge-pacient
- Han de combinar-se les modalitats farmacològiques i no farmacològiques
- L'elecció del tractament ha de ser individualitzada
- L'ús d'hipnòtics no ha d'excedir la fase inicial de tractament
- L'objectiu de l'administració d'hipnòtics és reforçar la sensació de domini del pacient
- Quan l'insomni disminueix, es poden utilitzar tècniques psicoterapèutiques per tractar els factors causals / perpetuants

Normes d'Higiene del Son^{1,2}

Norma	Justificació
1. Restringir el temps al llit	El temps excessiu al llit pot conduir a la fragmentació del son
2. Mantenir un horari de son regular (especialment l'hora d'aixecar-se)	Estabilització dels ritmes circadians, limitar el temps al llit (norma 1)
3. Eliminar el rellotge del dormitori	Mirar el rellotge pot donar lloc a rumiació i preocupació quan s'està despert de nit
4. Fer exercici a principi de la tarda	Pot aprofundir el son i si es programa bé, pot escurçar l'inici del son
5. Evitar cafeïna, nicotina i alcohol	Tots poden impactar negativament en el son. La cafeïna i la nicotina són estimulants. El metabolisme de l'alcohol altera el son
6. Fer un mos abans d'anar a dormir	Evita despertar per la caiguda de la glucèmia durant la nit
7. Dormir en una habitació tranquil·la i fosca	El soroll i la llum causen despertar del son. La llum també afecta els ritmes circadians
8. Millorar l'entorn de son	Temperatura agradable, bon matalàs
9. Evitar "tractar" de dormir	Redueix el desenvolupament d'ansietat/preocupació sobre l'insomni
10. Limitar o evitar les migdiades	Les migdiades redueixen la quantitat de son necessari a la nit

1. Stepanski EJ, Wyatt JK. *Sleep Medicine Reviews*. 2003;7:215-225.

2. Hauri P. *The sleep disorders*. 2nd ed. Kalamazoo, Michigan: Upjohn Pharmaceuticals, 1977.

Benzodiazepines

- Agonistes no selectius del complex receptor GABA
- Acció: ansiolítica, miorelaxant i anticonvulsivant
- Efectes Adversos:
 - Sedació, somnolència, augment risc de caigudes
 - Afectació diürna (cognitiva i psicomotora)
 - Insomni de rebot i síndrome de retirada
 - Risc de tolerància i dependència en tractaments prolongats
- La més utilitzada és el lormetazepam (semivida intermèdia)



Anàlegs de les benzodiazepines: zolpidem, zopiclona i zaleplon

- Semivida curta (zolpidem i zopiclona) o ultracurta (zaleplon)
- Agonistes selectius de receptor omega 1 del complex receptor GABA: perfil hipnoselectiu
- Respecten l'arquitectura normal del son
- No dona efectes a l'endemà sobre memòria i funció cognitiva
- No produeix insomni de rebot, ni síndrome de retirada
- Baix potencial d'abús/dependència
- S'han d'administrar poc abans d'entrar al llit



Antidepressius sedants: Mianserina, Trazodona, Mirtazapina



- Actuen bloquejant els receptors de 5HT_{2A}
- Estan indicats en pacients amb insomni crònic i depressió
- Es poden utilitzar en pacients amb alguns símptomes depressius però que no compleixen criteris del DSM IV per a Episodi Depressiu Major
- Milloren la qualitat del son en dosis més baixes que les utilitzades per al maneig de la depressió
- Poden ajudar a millorar altres símptomes afectius
- També s'utilitzen en la discontinuació de BZD

Medicaments (potencialment) inapropiats per a gent gran*

* Beers, MH et al. Arch Intern Med 151:1825,1991.

Potencialment Inapropiat	Elecció Innòcua en el Vell
Benzodiazepines d'acció prolongada	Benzodiazepines d'acció intermèdia
Diazepam	Lorazepam
Amitriptilina, Doxepina	ISRS
Meprobramat, barbitúrics	Carisoprodol, Metocarbamol
Difenhidramina per al son	Trazodona, Imidazopiridina

Per tant, en el cas de la pacient el diazepam no és un tractament adequat per al seu insomni



Teràpia Cognitiva

- Objectiu: canviar males interpretacions i falses creences respecte al son
- Aborda les males percepcions:
 - Causes de l'insomni
 - Conseqüències del son deficient
 - Expectatives de son irreal
 - Control i predictibilitat de la disminució de son
 - Creences sobre els hàbits de son correctes



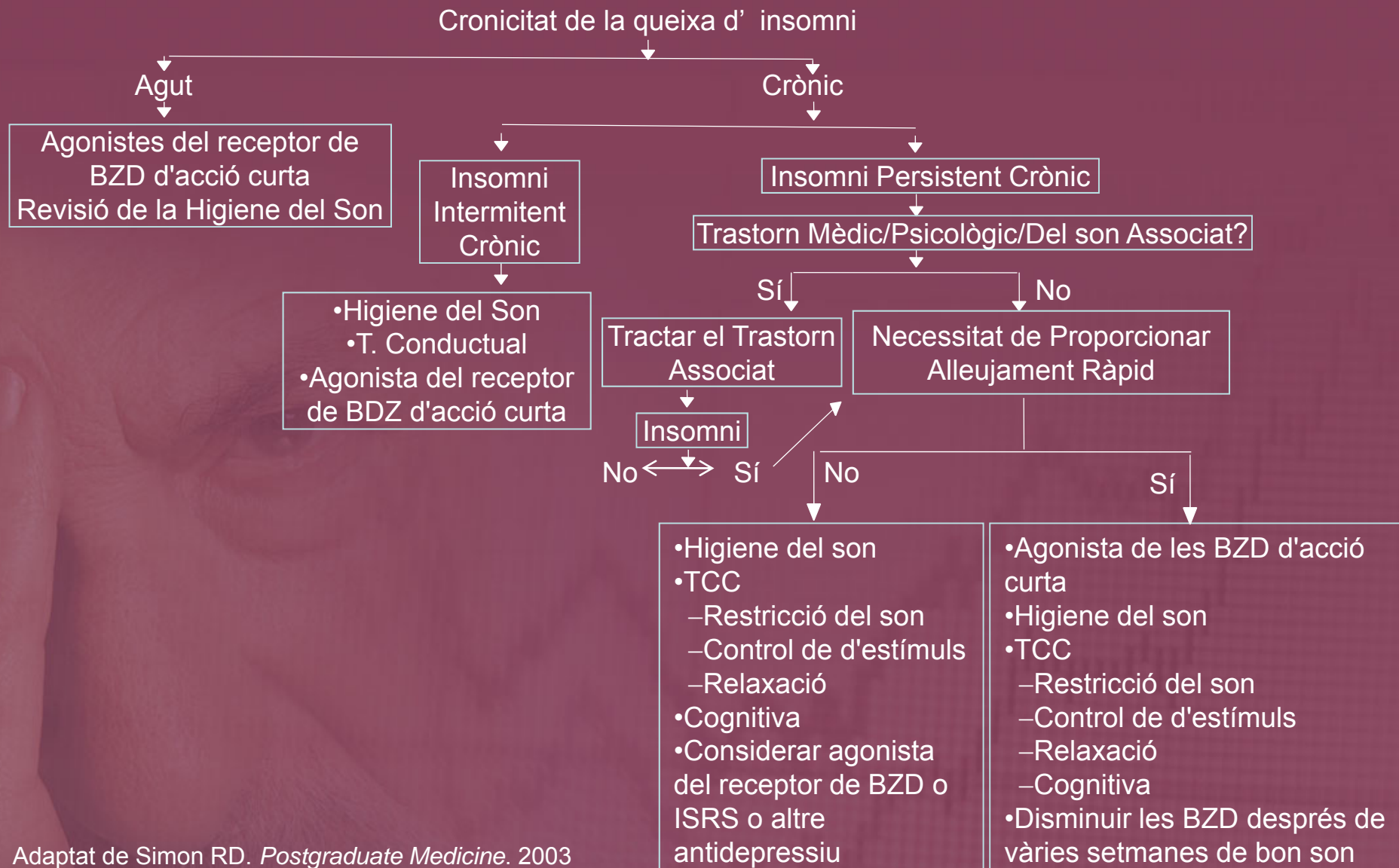
Teràpia conductual

Tècnica	Pautes	Efectes adversos /beneficiosos	
		A curt termini	A llarg termini
Control d'estímuls	Vagi al llit només quan tingui son. Aixequi's de nou si no s'ha dormit després de 20'. Repeteixi el procediment tants cops com sigui necessari. Aixequis cada matí a la mateixa hora	Pot necessitar aixecar-se diverses vegades cada nit. Pot perdre una mica de son	Restableix la connexió entre el moment d'anar a dormir i l'inici del son
Restricció del son	Ajustar el temps de permanència al llit amb les hores de son real. El temps mínim al llit mai és < 4,5 hores. Llevar-se cada matí a la mateixa hora. No es permet cap migdiada durant el dia. Augmentar el temps al llit 15 o 30'cada setmana fins romandre 7 h al llit o fins que l'eficiència del son sigui òptima	Lleu pèrdua de son i augment de la fatiga, irritabilitat i somnolència. El pacient tindrà un son més profund i més consolidat que és constant cada nit	Com el temps al llit s'augmenta sistemàticament, el pacient finalment aconsegeix una quantitat adequada de son eficient
Exercicis de relaxació	Estiri's amb els ulls tancats. Tensi i relaxi els diferents grups musculars	Relaxació lleu	El pacient podrà ↓ l'ansietat i / o la tensió muscular a l'anar al llit
Biofeedback	Ús d'un aparell amb un senyal (llum, so) que varia d'intensitat per indicar el nivell d'un paràmetre fisiològic preseleccionat (p. ex., la tensió muscular del front). El pacient ha de mantenir el senyal que canvia en una certa direcció (p. ex., la llum més brillant)	Es poden necessitar moltes sessions d'entrenament per a desenvolupar el control sobre el paràmetre fisiològic	El pacient aprèn a reduir l'ansietat i / o la tensió muscular i a reforçar els mecanismes del son i promoure un son millor

Ajust del ritme circadià

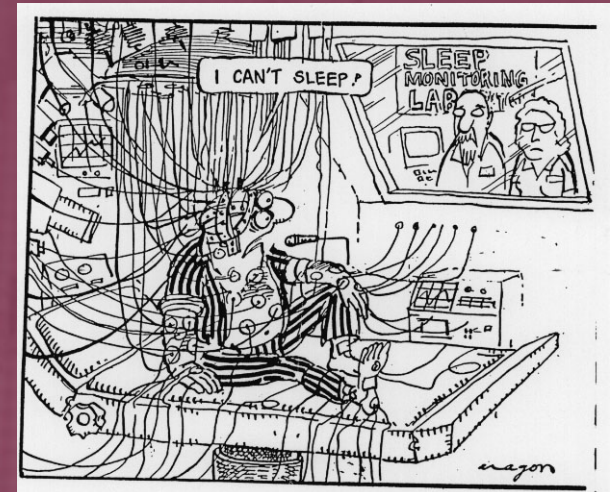
Tècnica	Pautes	Efectes adversos /beneficiosos	
		A curt termini	A llarg termini
Cronoteràpia	Estabilitzi l'horari de son-vigília i calculi l'hora d'inici del son basal i l'hora d'aixecar-se. Retardi l'hora d'anar a dormir i de llevar-se 2-3 h cada dia fins que coincideixi amb l'horari de son desitjat	El pacient necessita una setmana de vacances o de baixa, per seguir els complicats horaris de son-vigília	El pacient podrà seguir l'horari desitjat. Si el pacient no aguanta aixecar-se a l'hora convinguda pot recaure en el patró de son retardat
Fototeràpia	Segueixi un horari de son-vigília regular. Exposis a un focus de llum al matí (per a retardar la fase de son) o per la tarda (per avançar-la) durant 1 hora/dia	Es necessita auto-motivació per seguir l'horari prescrit de son i d'exposició a la llum	El ritme circadià del pacient coincidirà amb el ritme ambiental i, podrà anar al llit i aixecar-se a l'hora correcta

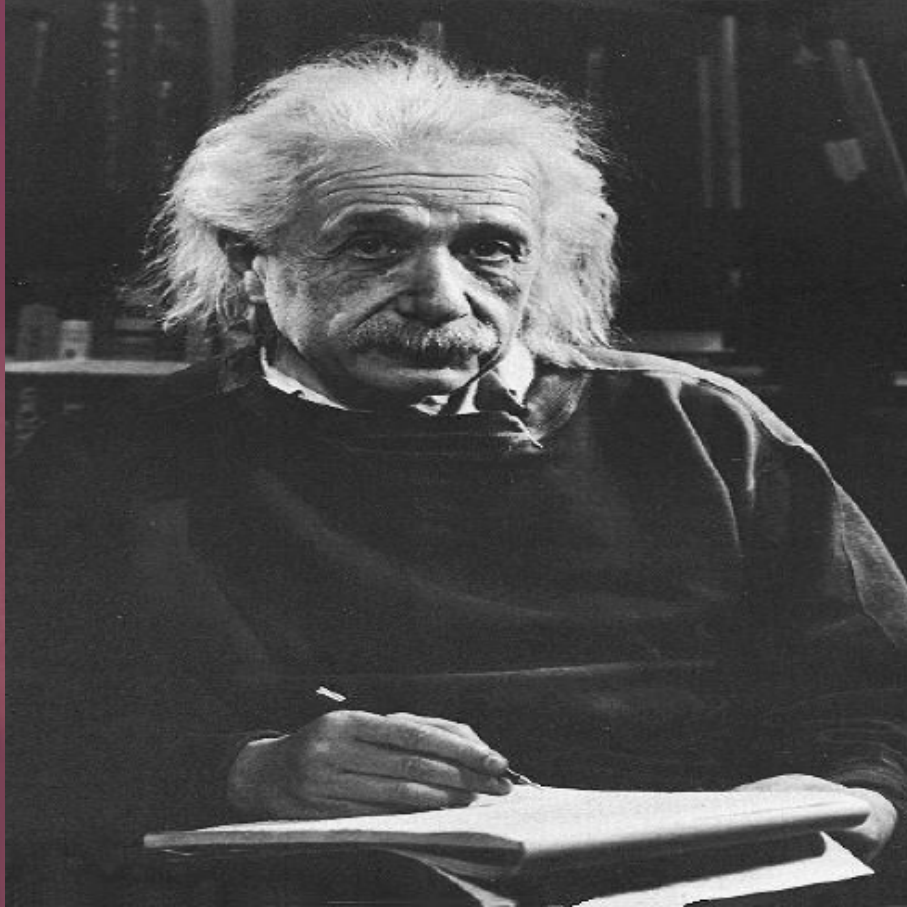
Algoritme de tractament de l'insomni



Derivació a la Unitat de Son

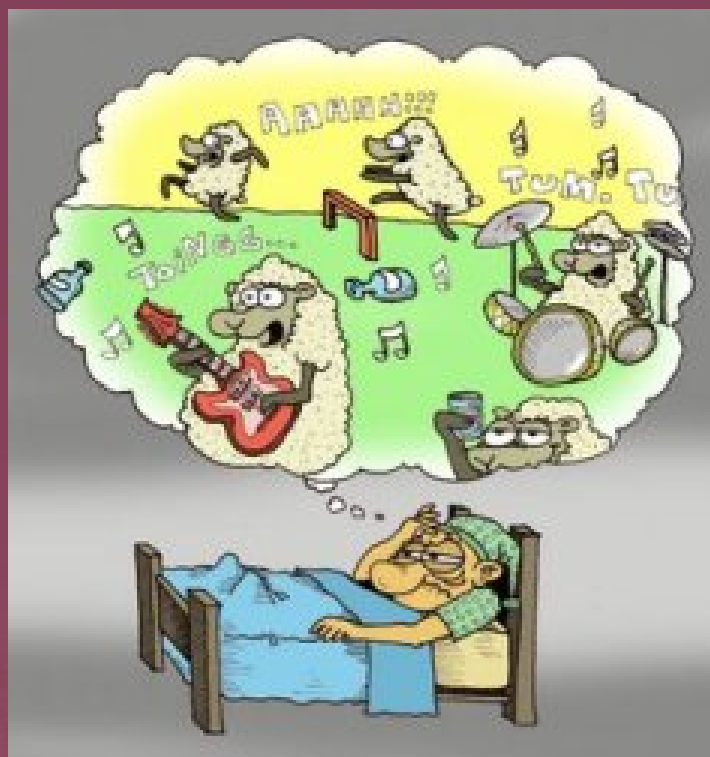
- Casos difícils o complexos
- Sospita de trastorn primari del son
- Episodis de roncs intensos amb apnea del son i somnolència diürna
- Pacients que no responen a la TCC i farmacològica tot i la bona complimentació





“El secret de la
creativitat està en
dormir bé i obrir la
ment a una infinitat
de possibilitats. Què
és un home sense
somnia?”

A. Einstein



Diagnòstic de l' Insomni en AP

CASOS CLÍNICS

Enric Zamorano Bayarri

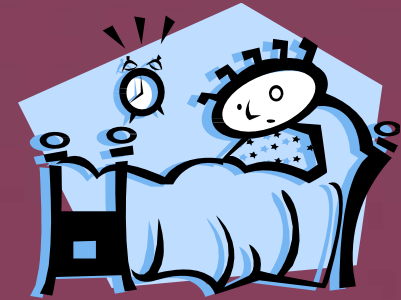
Cas nº 1: El Sr. N vol alguna cosa que l'ajudi a dormir



- † 73 a. Problemes per adormir-se i mantenir-se dormit
- Antecedents Patològics: MPOC, cardiopatia isquèmica, artrosi i MRGE
- Historial de son: Triga 1 hora en adormir-se i es desperta a sovint per dispnea, tos, nictúria, cor agre i dolor al maluc. S'aixeca poc descansat.
- Medicaments: Furosemida 1-0-1, Teofil·lina 1-0-1, Prednisona 0-0-1, Digoxina 1-0-0, Aspirina 1-0-1, Atrovent inh 2p c/12h
- Exploració: Pes = 99 k, ICC lleu, Dolor abdominal, Tremolor lleuger
- Anàlisis: Glucosa = 118. Teofilinèmia = 17. Digoxinèmia = 1,2

Cas 1: Avaluació i Abordatge

- Problemes detectats:
 - Horari inadequat de la medicació
 - Efectes adversos dels medicaments
 - Impacte de les malalties mèdiques sobre el son
- Exemple típic d'insomni secundari
- Actuació:
 - Canviar la medicació:
 - concentrar el diürètic al matí
 - canviar la teofil·lina
 - suspendre l'aspirina
 - maximitzar l'Atrovent
 - si es possible canviar l'esteroide oral a inhalat
 - Abordar: ICC, MPOC, MRGE, artrosi



Cas 2. Rosa S no pot dormir



- Infermera, 66 a, casada, amb problemes per iniciar i mantenir el son
- Des de la seva jubilació, fa 6 m, ha perdut l'interès en les tasques domèstiques, les activitats socials i les relacions sexuals.
- En no poder dormir, a la nit va per l'habitació. Al matí està molt cansada i no s'aixecaria. Es troba millor a mesura que avança el dia.
- Fa 10 a. episodi depressiu tractat amb AD
- Tensa i plorosa, amb la mirada fixa a terra. Parla de manera monòtona i tènue. Descriu la seva necessitat de dormir amb certa hostilitat i nerviosisme. Estat d'ànim depressiu. No evidència idees suïcides.
- No desorientació ni organicitat manifesta.
- E. física i proves complementàries: normals

Cas 2: Avaluació i Abordatge

- **Insomni comòrbid amb depressió major.**
- **Característiques que orienten el diagnòstic:**
 - presència de simptomatologia depressiva actual i
 - existència d'antecedents depressius en la pacient
 - es troba pitjor al matí, millorant a mesura que avança el dia
- **Tractament:** administració d'un **antidepressiu sedant** a l'hora d'anar a dormir (amitriptilina, doxepina, mianserina, trazodona, paroxetina, mirtazapina)



Cas 3: Ve per a seguiment de TDAH

- Universitari, 20 a., diagnosticat fa dos setmanes de TDAH amb i tractat amb metilfenidat d'efecte prolongat.
- Ara presenta millora moderada del dèficit d'atenció.
- En preguntar-li pel son, explica que té problemes per agafar el son des de fa anys.
- S'adorm al voltant de les 2:00 am i s'aixeca a les 8:00 am
- Se sent fluix fins i tot els caps de setmana, que s'aixeca tard
- Té somnolència diürna sobretot durant les seves 2 primeres classes, però també després de dinar.
- El metilfenidat l'ha ajudat una mica, però no gaire
- Antecedents i exploració: res significatiu



Cas 3: Diagnòstic i Tractament

- **Diagnòstic:** El diagnòstic més probable és:
 - Insomni primari
 - Síndrome de fase de son retardada, o
 - Insomni crònic secundari a TDAH
- **Tractament:** Les possibles línees d'actuació són:
 - Reforçament de les mesures d'higiene del son
 - Derivació al psicòleg de la facultat per a teràpia cognitivo-conductual (TCC)
 - Donar metilfenidat d'acció curta varies hores abans d'anar a dormir i/o la prescripció d'un hipnòtic



QUE TINGUEU FELIÇOS SOMNIS!



Em pregunto quant de temps triga en fer efecte, aquest remei natural per al son?