

Diagnosticar la apnea del sueño reduciría un 300% el riesgo de accidente de tráfico

LOS ESPECIALISTAS INCIDEN EN LA IMPORTANCIA DE QUE SE DETECTEN ESTAS ENFERMEDADES EN LAS PRUEBAS DEL CARNÉ «PORQUE CADA CASO DE SUEÑO AL VOLANTE ENTRAÑA UN ENORME RIESGO»

EFE

Los médicos han pedido que los reconocimientos para obtener o renovar el carné de conducir sean más precisos para poder diagnosticar las patologías relacionadas con la somnolencia, como la apnea del sueño, que incrementa el riesgo de tener un accidente hasta en un 300% en las personas que la padecen. Esta petición se plasmará en una nueva directiva europea que entrará en vigor en 2014 y en la que se incluyen las líneas generales de actuación en la prevención de accidente de tráfico por apnea del sueño.

La primera de ellas es la de favorecer la identificación de las personas con esta enfermedad, y no para «retirarlos de la circulación», tal y como ha dicho Juan Carlos González Luque, jefe de la Unidad de Coordinación de la Investigación de la DGT. De lo que se trata, según ha precisado, es de identificarlas para que puedan recibir el tratamiento necesario y conducir así de forma segura.

España, pionera en tratar la somnolencia

España es pionera a la hora de tratar la somnolencia ya que desde 1997 la normativa de tráfico hace referencia a este problema, pero la DGT podría plantearse, según González Luque, realizar algunos ajustes en las pruebas médicas para ahondar en el asunto cuando entre en vigor esta directiva.

El año pasado se hicieron más de cuatro millones de reconocimientos médicos en España que podrían corresponder a unos tres millones de conductores y al 0,22% de ellos se les consideró no aptos o aptos con restricciones por sufrir patologías del sueño. En total, unos 6.600 conductores, la mayoría aptos con limitaciones. Además, unos 3.500 conductores que estuvieron implicados en accidentes podrían sufrir en ese momento alguna patología del sueño, según precisa el portavoz de la DGT.

De ahí que los especialistas, como Joaquín Terán-Santos, jefe de la Unidad de Trastron del Sueño del Hospital Universitario de Burgos, incidan en la importancia de que se detecten estas enfermedades en las pruebas del carné «porque cada situación de sueño al volante entraña un enorme riesgo».

El riesgo de quedarse dormido y sufrir un accidente es similar en todas las edades y géneros, pero existen más riesgos asociados al horario. El más peligroso es entre las cero horas y las ocho de la mañana (53%), aunque existe otro pico de riesgo entre las 14.00 horas y las 19.00. Y el riesgo de sufrir un accidente por somnolencia en horario de ocio (61,5%) es mayor que en horarios de trabajo (38,5%). Pero un accidente por sueño puede producirse en cualquier instante, no es necesario llevar muchas horas conduciendo.

Terán-Santos ha subrayado la importancia de identificar estas patologías, que sufre el 4% de la población, personas que descansan mal, con pausas al respirar, ronquidos, que se levantan por la noche con sobresaltos y por la mañana con la sensación de no haber descansado, lo que le hace sentir una gran fatiga.

INSOMNIO: LAS TEMIDAS NOCHES BLANCAS



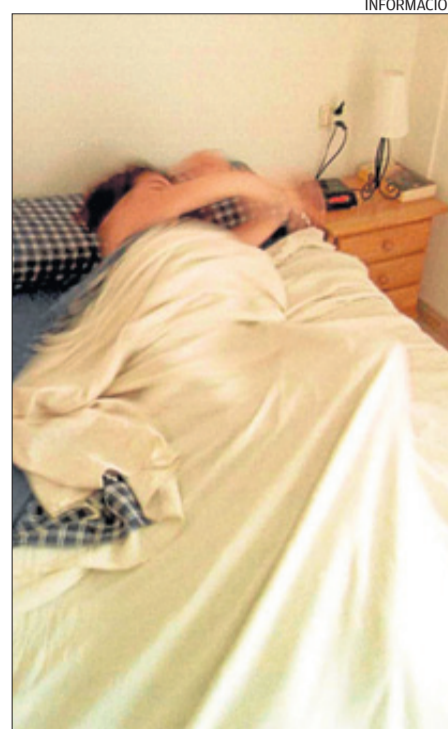
Tribuna

Dr. Javier Brualla

► Neurofisiólogo Clínico. Somnologist (Experto en Medicina de Sueño por la ESRS)
Hospital Internacional Medimar. Alicante

Quién no ha tenido alguna vez la experiencia de una mala noche de sueño? El insomnio es, sin duda, uno de los problemas médicos más conocidos y extendidos; tanto es así que si preguntáramos a cualquier persona al azar «¿sabe usted qué es el insomnio?» tendríamos una respuesta inmediata, casi automática: «que no puedes dormir». No son necesarias muchas más explicaciones porque prácticamente todo el mundo sabe de qué trastorno del sueño estamos hablando y, no sólo eso, sino que probablemente, esa misma persona que acaba de responder a nuestra pregunta termine también por contarnos alguna experiencia personal al respecto: «Sí, yo tengo muchos problemas para quedarme dormido y no paro de dar vueltas y más vueltas... ó... «A mí es que ya me da miedo hasta irme a la cama porque sé que no me voy a poder dormir... todas ellas expresiones que solemos escuchar con bastante frecuencia en la vida diaria.

Pero... ¿qué es el insomnio para la medicina del sueño? El término insomnio se define como la incapacidad para dormir cuando existen unas adecuadas condiciones para hacerlo (aunque también solemos hablar de insomnio para expresar la percepción de un sueño corto o poco reparador), unido a una serie de trastornos durante el día, como somnolencia, can-



INFORMACIÓN

Es más frecuente en mayores de 40 años.

sancio, irritabilidad, etc.; y es que no debemos considerar al insomnio como una alteración únicamente del sueño, sino como «un trastorno que va a durar 24 horas». El insomnio se padece por la noche, pero también durante el día, ya que va a afectar de forma directa tanto al grado de alerta como al estado físico y emocional del que lo padece.

Cualquier persona puede sufrir insomnio. No obstante, suele ser más frecuente en mayores de 40 años, sobre todo en personas sometidas a un mayor estrés o que presentan ciertos problemas médicos o mentales.

¿Cómo nos afecta el insomnio? Cuando aparece por primera vez no se le suele dar mayor importancia y se considera un problema temporal («ya se pasará...»). Poste-

riormente, aparecen las quejas por falta de concentración, pérdida de memoria, fatiga, menor capacidad para acometer las tareas diarias, etc. Con el tiempo, de una manera lenta e insidiosa, estos trastornos no sólo van a empeorar sino que además pueden derivar hacia lo que son ya verdaderos problemas de salud. Así, vemos como los pacientes con un insomnio de larga evolución suelen presentar tanto un aumento del número de enfermedades cerebrovasculares, cardiovasculares y de diabetes, como una mayor probabilidad de padecer ciertos trastornos psiquiátricos como ansiedad o depresión.

El insomnio es como «la punta de un gran iceberg». A pesar de su magnitud (se calcula que 1 de cada 3 personas en el mundo ha padecido o padece insomnio) desde nuestra consulta sólo podemos ver una ínfima parte del problema; esto es así porque la mayoría de los pacientes aquejados de insomnio habitualmente no van al médico. Los únicos casos que acaban pidiendo ayuda médica son los insomnios crónicos (los más severos) y, aún así, lo habitual es que tarden varios años en hacerlo. Lamentablemente, por una u otra razón, sólo el 8% acabará por recibir un tratamiento adecuado.

Podemos y debemos tratar el insomnio. La mayoría de los casos requerirán de un tratamiento combinado que incluya tanto medidas farmacológicas como de tipo cognitivo-conductual. Los mejores resultados se obtienen cuando se consigue una perfecta adaptación entre tratamiento-paciente, siempre de forma individual (porque no hay dos insomnes iguales), complementado con la adecuada gestión de un programa de sueño basado en la posible causa del insomnio.

Debemos valorar y cuidar más nuestro sueño. No sólo porque nos da el descanso que necesitamos y mayor calidad de vida sino porque, sobre todo, también es salud.



Tribuna

Jorge Lledó Cano

► Coordinador Nacional Método McKenzie.
Fisioterapia Jorge Lledó S.L. (Sant Joan d'Alacant)

Con mucha frecuencia me encuentro pacientes en la consulta que acuden con problemas lumbares y esa es su pregunta. Es muy común en el ámbito deportivo y a nivel de entrenamiento personal inducir a los clientes con problemas de dolor lumbar a realizar infinidad de abdominales con la finalidad de evitar el problema lumbar. A la pregunta ¿Es bueno hacer abdominales en estas personas? La respuesta sería NO cuando el dolor está presente o hay un fenómeno inflamatorio implícito. Sabemos que la musculatura abdominal es importante que esté en buenas condiciones, pero hacer abdominales no es la solución a un problema mecánico que está provocando dolor lumbar o dolor irradiado a la zona de la nalga y/o incluso el muslo.

Por norma general, si tengo dolor lumbar es muy probable que tenga un

TENGO DOLOR LUMBAR, ¿ES BUENO HACER ABDOMINALES?

origen mecánico y sea consecuencia de un desplazamiento del disco intervertebral a posterior. Este desplazamiento posterior del disco puede estar comprimiendo el nervio y provocar la conocida ciatralgia (ciática) y/o dolor localizado en la zona lumbar. Dicho desplazamiento se produce en los movimientos de flexión que realizamos con mucha frecuencia en nuestras actividades cotidianas: cuando estamos sentados en la oficina estamos en flexión, en el sofá de casa estamos en flexión, en el coche estamos en flexión, haciendo spinning estamos en flexión y, además, si vamos al gimnasio nos sentamos en las máquinas haciendo ejercicios sentados... y para terminar como me duele la espalda hago interminables series de abdominales en Pilates y con mi entrenador personal porque dicen que tengo que tener las abdominales fuertes, así que sigo haciendo más flexiones.

Curiosamente la flexión lumbar está haciendo que se provoquen mis síntomas y sabemos que no debemos flexionar la columna si nos duele la espalda. Si es así ¿por qué intentamos solucionar el pro-

blema haciendo más flexión si, como hemos explicado, este desplazamiento continuo del disco a posterior es el que hace que se perpetúen los síntomas?

Desde mi experiencia pienso que es imprescindible valorar a cada paciente de forma individual para determinar su capacidad de movimiento en relación al dolor que tiene y asegurarse de haber recuperado la movilidad del segmento lumbar antes de la introducción de ejercicios para potenciar la musculatura del segmento afectado, con la finalidad de tener una columna con mayor tolerancia al esfuerzo y al estrés. No hay una receta global para ejercicios que quiten el dolor de espalda pero sí existen ejercicios individuales que ayuden a quitar ese dolor.

Antes de hacer cualquier ejercicio en personas con dolor lumbar debemos asegurarnos que la movilidad del segmento lumbar es libre e indolora. Esta sencilla regla nos permitirá valorar si podemos empezar a hacer abdominales u otro tipo de ejercicios más adecuados con el estado de cada uno.