



ADMINISTRACIÓN – GESTIÓN - CALIDAD

EL SUEÑO EN EL ANCIANO. ATENCIÓN DE ENFERMERÍA THE DREAM IN THE ELDER. ATTENTION OF NURSING

***Fernández Conde, A., Vázquez Sánchez, E.**

*Enfermeras. Complejo Hospitalario Ourensán.

Palabras clave: sueño, anciano, enfermería

Key words: ream, elder, nursing.

RESUMEN

La inadecuada cobertura de la necesidad de sueño se puede considerar un problema de salud de especial repercusión en la población anciana.

Para tratar los problemas del sueño tenemos tres alternativas: tratamiento farmacológico, técnicas psicológicas y medidas de higiene del sueño.

Como profesionales de la salud que somos, tendremos que respetar y tener en cuenta las necesidades del paciente de forma individualizada, contemplando siempre a la persona desde un punto de vista holístico que nos permita actuar de la forma más personalizada posible. La educación sanitaria debe ir enfocada a informar sobre los cambios normales de sueño que aparecen como consecuencia del envejecimiento, así como promover medidas básicas de higiene del sueño.

El cuidado de la higiene del sueño es la alternativa terapéutica meneos agresiva y a su vez la más cercana a la labor de enfermería.

SUMMARY

The inadequate coverage of the need of dream can be considered to be a problem of health of special repercussion in the elderly population.

To treat the problems of the dream we have three alternatives: pharmacological treatment, psychological technologies and measurements of hygiene of the dream.

As professionals of the health that we are, we will have to respect and bear in mind the needs of the patient of individualized form, contemplating always to the person from a physical, psychic and social point of view that allows us to act of the as personalized as possible form. The sanitary education must go focused to informing about the normal changes of dream that they appear as consequence of the aging, as well as to promote basic measurements of hygiene of the dream.

The care of the hygiene of the dream is the least aggressive therapeutic alternative and in turn the most nearby to the labor of nursing.

INTRODUCCIÓN

*La enfermedad en que el sueño deja al doliente más quebrantado es mortal; si el sueño le alivia, no lo es.
(Hipócrates)*

La ciencia y la experiencia han demostrado que el dormir es una actividad absolutamente necesaria para el ser humano. Durante el sueño tienen lugar cambios en las funciones corporales y actividades mentales de enorme trascendencia para el equilibrio psíquico y físico de los individuos.

Nos pasamos durmiendo una tercera parte de nuestras vidas. El cuerpo y la psiquis se regeneran durante las distintas fases del sueño, creando así las condiciones de salud para las actividades del día siguiente. La falta y la privación del sueño repercuten en nuestra capacidad de concentración y en nuestra creatividad¹.

La inadecuada cobertura de la necesidad de sueño se puede considerar un problema de salud de especial repercusión en la población anciana. Los cambios biológicos propios del envejecimiento en el ser humano tienden, en general, a reducir la intensidad, duración y continuidad de sueño y los síntomas con que esto se manifiesta incluyen dificultad para conciliar el sueño, frecuentes despertares, escaso tiempo total de sueño, sueño no reparador y aumento de la fatiga y somnolencia diurna. La frecuencia de las dificultades para dormir aumenta con la edad, más del 50% de las personas mayores de 65 años refieren tener problemas habituales con el sueño; incluso hay autores que afirman que el 100% de la población presenta insomnio cada noche a los 95 años de edad^{2,3,4}. Este aumento de la dificultad para dormir en los ancianos es especialmente significativa cuando éstos están institucionalizados (en asilos, hospitales...). Allí ven condicionada la hora de comer, la de levantarse, y la de acostarse por lo que permanecen en cama un número de horas excesivo para el número de horas que dicen dormir lo que puede hacerles sentir que el sueño es poco eficaz².

Para tratar los problemas del sueño tenemos tres alternativas: las medidas de higiene del sueño, el uso de técnicas psicológicas y el tratamiento farmacológico. En la actualidad la terapia farmacológica es la más utilizada, así los ancianos son el grupo de población que más hipnóticos consume y de forma más continuada.

El cuidado de la higiene del sueño es la alternativa terapéutica menos agresiva y a su vez la más cercana a la labor de enfermería. Consiste en mejorar los aspectos de la vida diaria que puedan afectar al descanso nocturno. Es por tanto muy importante que el profesional de enfermería asuma el papel que le corresponde en la educación sanitaria a las personas mayores para favorecer su descanso óptimo. Esta educación debe ir enfocada a informar

sobre los cambios normales del sueño que aparecen como consecuencia del envejecimiento, así como promover medidas básicas de higiene del sueño. Se podrá evitar así el uso indiscriminado de fármacos en el tratamiento del trastorno del sueño.

EL SUEÑO

También los dormidos son obreros que coadyuvan a lo que en el mundo se está haciendo.

(Heráclito)

El sueño es un estado fisiológico de aparición periódica caracterizado por la supresión casi completa de la actividad consciente y de relación y la depresión de las funciones vegetativas.

No es una situación pasiva, ni la falta de vigilia, sino un estado activo con cambios hormonales, metabólicos, de temperatura y bioquímicos imprescindibles para el buen funcionamiento del ser humano⁵.

El adulto necesita 7-8 horas como promedio de sueño al día, con la edad disminuye la necesidad de dormir. El ritmo de sueño-vigilia sigue el ritmo de oscuridad-claridad de la naturaleza pero la necesidad de sueño varía de una persona a otra. Habitualmente se duerme una sola vez al día por la noche pero algunas culturas (como la mediterránea) dividen el sueño entre una siesta a mediodía y un sueño nocturno más corto¹.

ESTRUCTURA Y FASES DEL SUEÑO

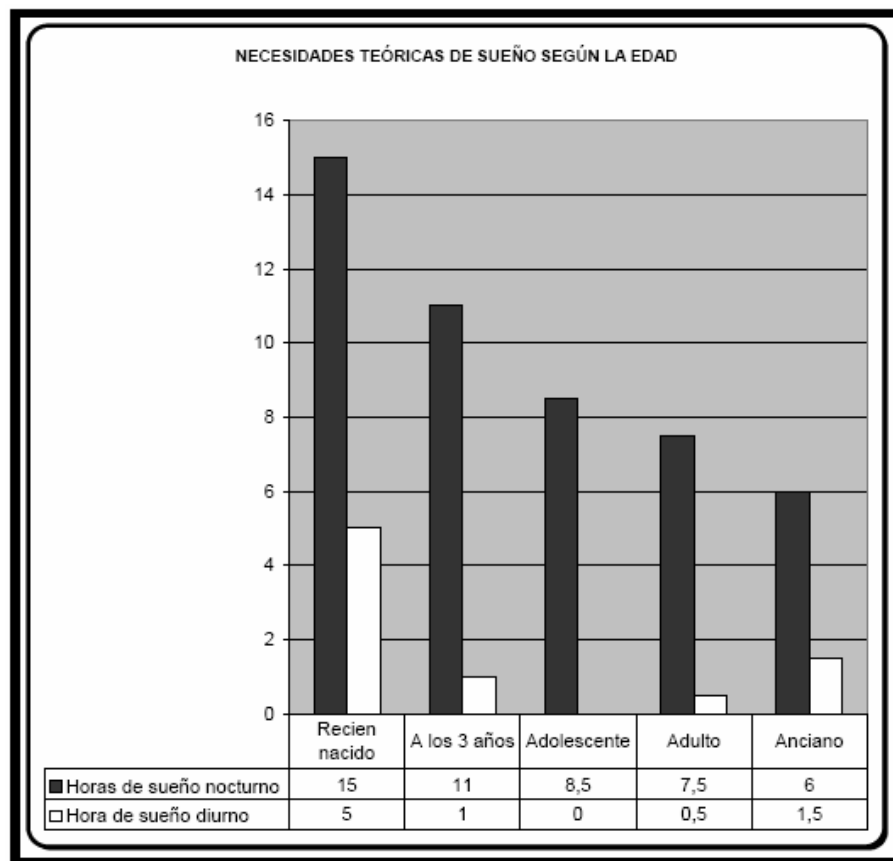
Mediante la polisomnografía (figura 1) se objetivan seis patrones en el sueño del individuo normal (figura 2). Estos patrones son bastante uniformes entre diferentes grupos de edades, con ciclos de REM y NREM aproximadamente cada 90 minutos toda la noche^{2,4,6}.



- Estado de vigilia.
 - Cuatro fases de sueño:
 - Fase 1: adormecimiento
 - Fase 2: sueño
- } sueño superficial
-
- Fase 3
 - Fase 4
- } sueño profundo: sueño no REM (1ª mitad de la noche) ➡ recuperación física
-
- Sueño paradójico: sueño REM (2ª mitad de la noche) ➡ recuperación psíquica

EL SUEÑO EN EL ANCIANO

La duración del sueño es una función de la edad: disminuye mucho durante el primer año de vida, después más lentamente hasta los 20 años y se estabiliza hasta edades geriátricas en que se comprueba una disminución progresiva⁷ (figura 3).



El ciclo vigilia-sueño del anciano se caracteriza por una disminución del tiempo total de sueño nocturno, un aumento espectacular de la cantidad y duración de los despertares nocturnos, un adelanto en la aparición de la primera fase REM, una disminución espectacular del sueño lento y una mayor somnolencia y fatiga diurna⁸.

Parece que el incremento de la edad disminuye la capacidad para mantener el sueño: cuesta más dormir sin interrupciones y disminuye la capacidad para mantener la vigilia, es decir, cuesta más permanecer despierto⁵.

La “eficacia del sueño” es el concepto resultante de dividir el tiempo total pasado en la cama por el total de tiempo que se está dormido. Es evidente que a medida que aumenta la edad disminuye el tiempo dormido y permanece estable o aumenta el tiempo pasado en la cama, por lo que la “eficacia del sueño” será menor en el anciano que en el adulto. Normalmente el adulto duerme todas las horas que está en la cama, mientras que el anciano pasa muchas horas de vela en ésta.

INSOMNIO

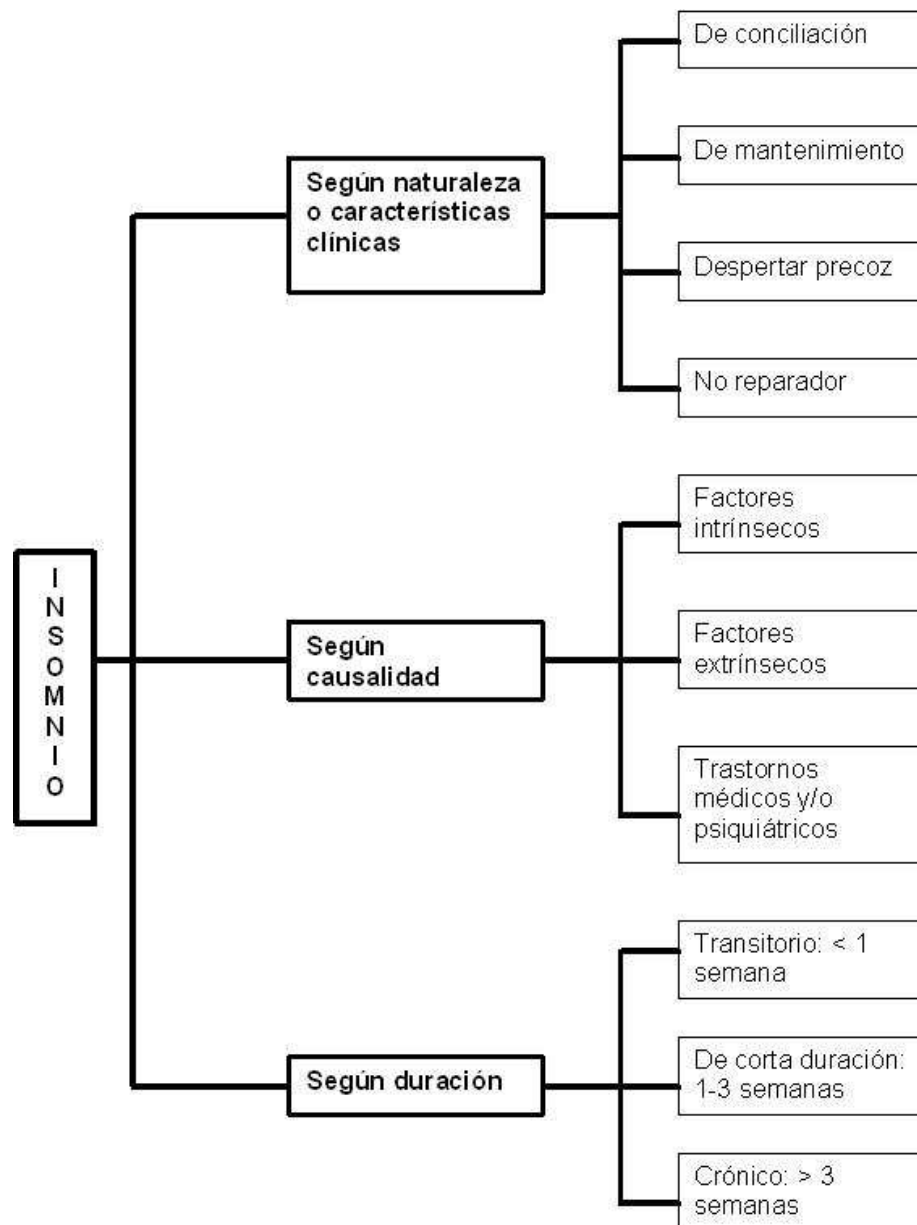
*El sueño alimenta cuando no se tiene qué comer.
(Menandro)*

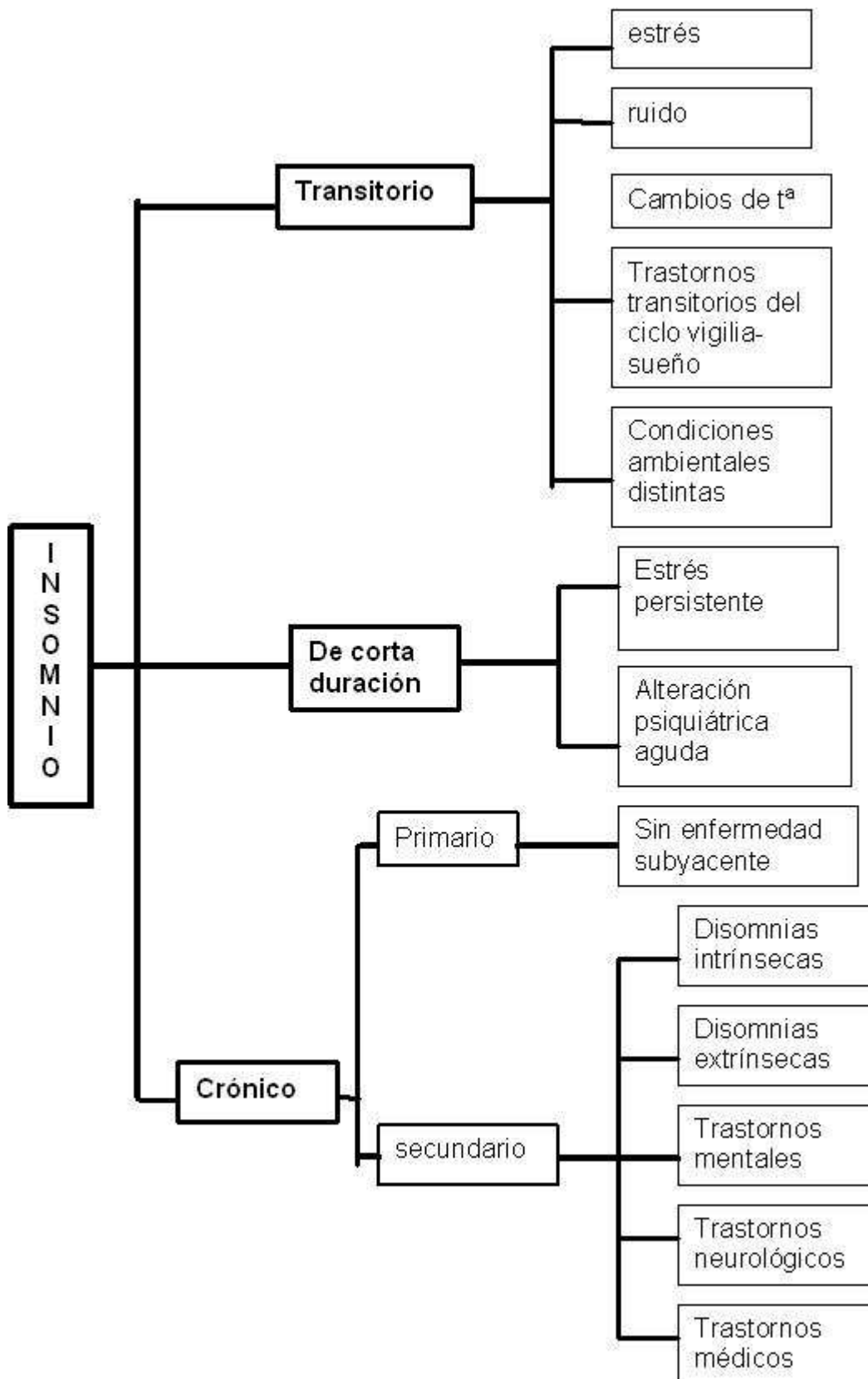
El insomnio siempre es un síntoma y/o entidad nosológico específico que puede ser atribuido a un gran número de procesos patológicos y en la mayoría de los casos es de etiología multifactorial. Puede significar una dificultad para conciliar el sueño y/o para mantenerlo o un despertar precoz acompañado de una sensación de sueño insuficiente o no reparador y que repercute sobre la vigilia diurna⁹.

CLASIFICACIÓN

Existen varias clasificaciones del insomnio atendiendo a su naturaleza, a las causas que lo producen y a la duración de éste (siendo ésta última la más utilizada) (figura 4).

En cuanto a las causas que lo producen son múltiples y varían según la duración del insomnio (transitorio, de corta duración o crónico) (figura 5).





INSOMNIO EN EL ANCIANO

La creencia generalizada de que por ser mayor se debe dormir peor es totalmente errónea. El anciano debe ser informado de que su sueño puede ser más fraccionado y que la necesidad de horas de descanso puede ir disminuyendo, con lo que su sueño será distinto a medida que avance en edad. Esto puede ayudar a la valoración subjetiva de la calidad del mismo y evitar quejas sobre insomnios inexistentes⁵.

Es cierto, sin embargo, que el insomnio en todos sus tipos aumenta con la edad. Un tercio de la población mundial padece insomnio, de los cuales un 50% lo padece de forma crónica. Este problema es más prevalente en los ancianos.

La duración del sueño disminuye progresivamente en edades geriátricas. La fase 4 desaparece y la cantidad de vigilia nocturna aumenta con la edad. El anciano se despierta muchas veces y tarda en conciliar el sueño. Los pacientes ancianos con insomnio se quejan más de la falta de continuidad en el sueño (despertares frecuentes) que de dificultad para conciliar el sueño.

El proceso del envejecimiento supone un adelanto del ritmo circadiano que controla los ciclos sueño-vigilia por lo que las personas mayores tienden a acostarse pronto y despertarse más temprano encontrando muchas dificultades para volver a dormir. Al valorar el insomnio en el anciano hay que asegurarse que no están sobreestimando sus necesidades de sueño ya que si se acuestan demasiado pronto, a las 3 de la madrugada puede que ya hayan dormido 7 horas que son la media requerida. Además las siestas diurnas disminuyen la necesidad de sueño nocturno, aunque los ancianos a menudo las necesitan para compensar la fragmentación de éste.

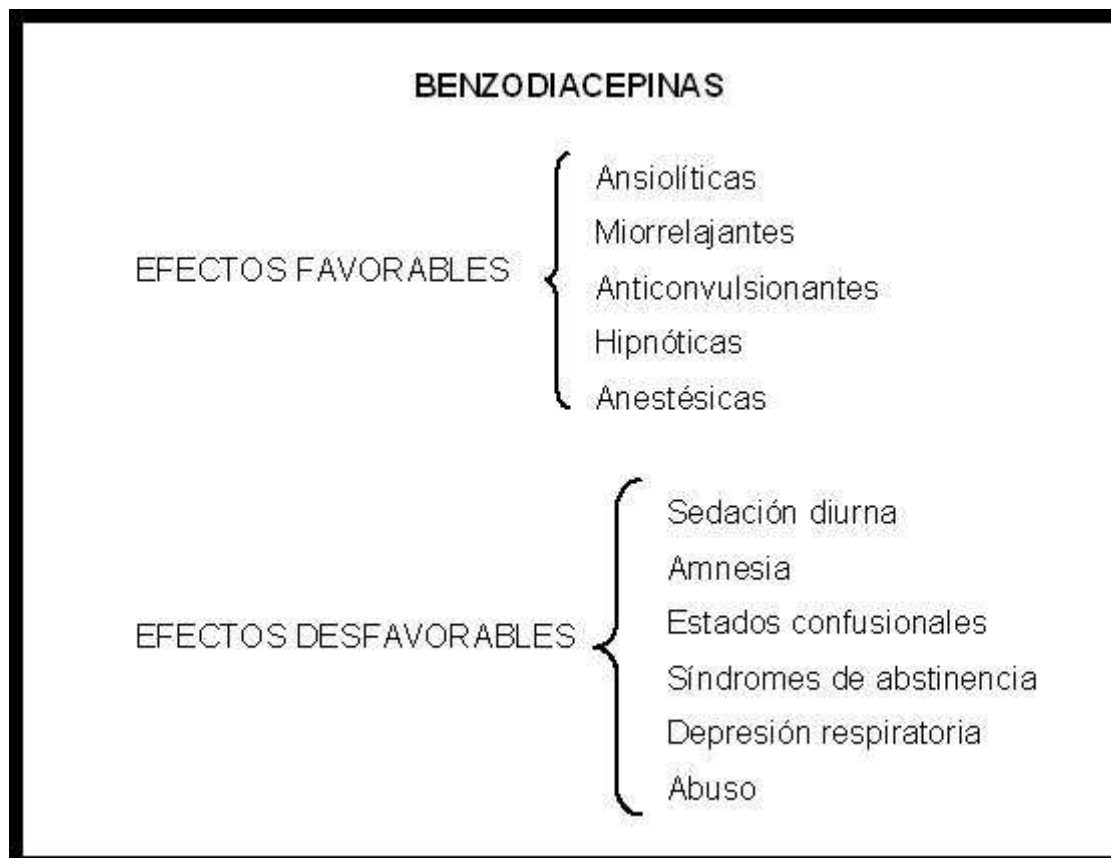
Es importante considerar, además de los trastornos patológicos y los típicos del envejecimiento neuronal, los cambios en los hábitos sociales así como la vivencia subjetiva que el anciano percibe del problema. La transformación de los hábitos sociales del adulto mayor, ocasionada por la jubilación y una responsabilidad laboral y social reducida incide directamente en la higiene del sueño¹⁰.

TRATAMIENTO DEL INSOMNIO

El tratamiento del insomnio debe estar dirigido a la eliminación de la causa que produce el trastorno y a provocar una mejoría sintomática. Puede ser farmacológico o no farmacológico, incluyéndose en este último las medidas profilácticas de higiene de sueño y las intervenciones psicológicas^{5,9,10}.

A) FARMACOLÓGICO: con sustancias hipnóticas.

Deben seleccionarse de forma individualizada según el paciente a tratar y las necesidades clínicas, atendiendo a la vida media del medicamento en sangre y el tiempo de absorción de éste. Los mejores y más seguros fármacos hipnóticos son las benzodiacepinas¹¹ (figura 6)



Aun así estos fármacos pueden presentar efectos adversos que es importante conocer ya que pueden ser fácilmente controlables⁵:

- Adicción: utilización de una sustancia fuera de las normas médicas o sociales que se sigue tomando a pesar de los efectos secundarios que provoca. El riesgo de adicción a las benzodiacepinas es bajo salvo si se asocia a alcohol y/o otras drogas.
- Dependencia: síntomas clínicos conocidos cuando se suprime de forma brusca una sustancia.
- Tolerancia: necesidad de aumentar la dosis para obtener el mismo efecto terapéutico.

Para establecer un tratamiento para el insomnio es necesario tener en cuenta cuatro parámetros:

1. Tipo y severidad del insomnio.
2. Edad del paciente.
3. Condiciones asociadas.
4. Factores individuales.

En el caso de pacientes geriátricos hay que tener en cuenta que todos los medicamentos deben ser utilizados con gran precaución debido a los cambios observados en el metabolismo del anciano y el riesgo de efectos adversos, así como la polifarmacia a la que están sometidos¹¹.

Algunas precauciones que se deben tomar a la hora de prescribir un hipnótico (como pueden ser el hacer una apropiada selección de éste, emplear la mínima dosis eficaz, comenzar con la mitad de la dosis terapéutica o establecer tratamientos a corto plazo o discontinuos en insomnios crónicos) adquieren una crucial relevancia en el caso de insomnes ancianos.

B) NO FARMACOLÓGICO: incluye la información y educación del paciente y de la persona que comparte su sueño sobre las medidas higiénicas del sueño y la forma de combatir el estrés. Las terapias irán orientadas a realizar intervenciones conductuales orientadas a favorecer la higiene del sueño:

- Control de estímulos.
- Técnicas de relajación.
- Cronoterapia (regulación de rutinas).
- Dieta equilibrada.
- Ejercicio adecuado.

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

En el tratamiento de los problemas de sueño se pueden destacar tres alternativas: medidas de higiene, técnicas psicológicas y utilización de fármacos. La intervención terapéutica más habitual es la farmacológica. Otra, menos agresiva y más cercana a la labor de enfermería, es la denominada *higiene del sueño*. Esta consiste en mejorar aquellos aspectos de la vida diaria que pueden afectar al descanso nocturno.

El papel de enfermería como educadora en la promoción del descanso nocturno es fundamental para que la calidad de vida del anciano se vea mejorada. Es importante que sean conscientes de aquellos factores que afectan tanto positivamente como negativamente en su sueño y así, conocer la forma de modificar hábitos incorrectos².

Los datos basales sobre lo que se considera un patrón de sueño “normal” para un anciano en particular deben recogerse y compararse con los trastornos actuales en el sueño de esa persona. Una historia médica minuciosa, un examen físico actual y un perfil farmacológico completo deben formar parte de los datos de valoración analizados para formular estrategias de enfermería realistas y apropiadas para la edad y establecer los resultados esperados. Existen distintos tipos de instrumentos de valoración para obtener estos datos, aquí mostramos una hoja de valoración geriátrica elaborada a partir de otras ya existentes^{6,12,13}.

VALORACIÓN GERIÁTRICA DE LA CALIDAD DE SUEÑO EN EL ANCIANO

¿Duerme bien? ☐ SI ☐ NO

Si la respuesta es no, el problema se presenta:

☐ Rara vez ☐ con frecuencia ☐ con mucha frecuencia

• Patrón habitual de sueño y cambios en el mismo:

o ¿Cuántas horas duerme habitualmente por la noche?.....

o ¿Desde cuándo tiene el problema?..... ¿Lo relaciona con algo en concreto?.....

o ¿Se despierta por la noche?.....

o ¿Cuántas veces?.....

o ¿Cuánto tiempo tarda en volver a conciliar el sueño?.....

o ¿Al levantarse tiene sensación de no haber descansado?.....

Presenta: ☐ Bostezos ☐ Falta de animación ☐ Caídas o accidentes

o ¿Se encuentra somnoliento durante el día?

o ¿Duerme siesta? ¿Cuánto tiempo?

• Factores comúnmente asociados a trastornos del sueño:

o ¿Cuándo se levanta de la cama durante la noche, se debe a:

☐ molestias en las piernas ☐ trastornos digestivos

☐ necesidad de orinar ☐ inquietud

☐ dificultad para respirar ☐ aburrimiento

☐ dolor (torácico, abdominal,...) ☐ otros:

o ¿Consume habitualmente alguna de estas sustancias?:

☐ alcohol ☐ té ☐ café ☐ refrescos cola ☐ tabaco ☐ otro tipo de drogas

o ¿Recibe algún Ttº farmacológico?:

☐ descongestivos nasales ☐ hipotensores

☐ *broncodilatadores* ☐ *hipnóticos*

☐ *betabloqueantes* ☐ *tranquilizantes*

☐ *otros:*

o ¿Ha recibido o recibe Ttº para la depresión, ansiedad u otros problemas psíquicos? ☐ SI
☐ NO

o ¿Le preocupa el pensar que puede morir mientras está dormido? ☐ SI ☐ NO

• **Hábitos:**

o ¿Realiza una alimentación equilibrada? ☐☐ SI ☐☐ NO

o ¿Cena ligeramente? ☐☐ SI ☐☐ NO

o ¿Al acostarse, realiza?

☐ *ejercicios de relajación* ☐ *tisanas*

☐ *baños* ☐ *horario fijo*

o ¿Su entorno le favorece el reposo-sueño?

☐ SI

☐ NO causa del problema :

☐ *ruido* ☐ *tª (calor-frío)* ☐ *luz*

☐ *colchón* ☐ *ropa cama* ☐ *pijama*

• **Ingresados en institución:**

o ¿La estancia en el hospital le produce ansiedad? ☐ SI ☐ NO

o ¿La presencia de otra persona en la habitación le resulta?

☐ *incómoda* ☐ *favorable*

☐ *molesta* ☐ *otras*

o ¿Se le ocurre algo que podamos hacer por ayudarle?
.....

.....

• **Observaciones complementarias de la enfermera:**

.....

.....

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: ALTERACIÓN DEL PATRÓN DE SUEÑO (N.A.N.D.A 1995).

Definición^{4,14} :

Alteración de las horas de sueño que causa malestar o interfiere en el estilo de vida deseado.

Objetivos:

El objetivo a largo plazo para un plan de cuidados constituirá el establecimiento y mantenimiento de un patrón de sueño que favorezca un equilibrio óptimo de actividad, descanso y sueño.

➤ El anciano:

- Expresará una mayor satisfacción con el número de horas de sueño y el descanso obtenido durante ellas.
- Identificará los factores que alteran su patrón de sueño.
- Colaborará con el plan de estrategias establecido en la medida de lo posible.

➤ La familia:

- Demostrará su deseo de colaborar con la confección y puesta en práctica del plan de cuidados.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: PATRÓN DE SUEÑO, TRASTORNO

Factores contribuyentes comunes	Resultados esperados del cliente	Estrategias de enfermería
Trastornos sensoriales internos relacionados con la enfermedad física, el estrés psicológico y la alteración del estado nutricional.	El cliente expresará verbalmente su capacidad de dormir adecuadamente según su propia definición (especificar el tiempo). El cliente será capaz de identificar los factores que facilitan o inhiben el sueño. El cliente no mostrará signos de comportamiento obvios de fatiga excesiva.	Identifique la/s causa/s específicas del trastorno sensorial interno. Proporcione educación al cliente acerca del sueño. Identifique con él los factores o sustancias que favorecen el sueño (ej, leche caliente) o interfieren en el mismo (ej, café). Evalúe la dieta para determinar la adecuación de

		los nutrientes (ej, proteínas, niacina, agua, vitaminas...). Solicite una consulta al dietista para proporcionar una dieta adecuada. Proporcione medidas de alivio para inducir el sueño y el descanso (ej, masaje espalda, cambios posturales...). Colóquele de manera que favorezca la respiración. Planifique la terapia diurética para una hora temprana del día a fin de evitar la nicturia. Reduzca la ingesta de líquidos 2-3 horas antes de acostarse y aconseje que vacíe la vejiga antes de irse a dormir. Evite la fatiga extrema, pero desaconseje las siestas diurnas demasiado prolongadas. Identifique junto con el cliente las técnicas de relajación que inducen al sueño (ej, lectura unos minutos, música suave...). Evite la realización de actividad fuerte durante la última parte de la noche. Administre medicación para inducir el sueño tal como esté prescrito, pero únicamente como último recurso con control continuo de su eficacia y efectos secundarios. Remítalo a la persona adecuada en caso de estrés psicológico grave (ej sentimientos abrumadores asociados con el temor a la muerte).
Trastornos sensoriales externos relacionados con los cambios en el ambiente, motivos sociales...	El cliente expresará verbalmente que el ambiente le facilita el sueño. El cliente expresará verbalmente que existe un equilibrio adecuado entre el nivel de actividad y el patrón	Identifique las causas específicas de los trastornos sensoriales externos. Verifique el ambiente para producir comodidad e inducir el descanso y el sueño (ej, habitación limpia y bien

	de sueño.	ventilada, sábanas limpias, mantas de poco peso, iluminación que favorezca el descanso...) Mantenga un ritual de preparación para antes de dormirse. Desaconseje la actividad mental vigorosa antes de la hora de acostarse. Juntamente con el cliente, identifique un nivel de actividad apropiado durante las horas de vigilia. Aumente gradualmente la actividad hasta ese nivel. Reduzca el riesgo de lesión durante el sueño (ej, utilice barandillas, timbre de llamada a su alcance, cama en posición correcta, luz nocturna suave y suficiente...).
--	-----------	--

BIBLIOGRAFÍA

1. Köther I, Gnam E. Manual de geriatría. El cuidado de las personas mayores. Madrid: Editex, 2003.
2. Ferreira S, López de Audicana I, Aguirre E. Estudio de los hábitos de sueño de personas mayores de 60 años institucionalizadas y no institucionalizadas. Gerokomos, 2001; 12(3): 95-101.
3. Ancoli-Israel S. Trastornos del sueño: a la cama con los mitos. Rev Modern Geriatrics (Ed. Española), 1997; 9(6): 141-147.
4. López C. El insomnio en el anciano. Enferm. Docente, 2000; 69: 31-34.
5. Estivill E. El sueño ese desconocido (Tomo 2). Madrid: Editorial Médica Internacional, S.A. (EMISA), 1991.
6. Azúa MD, Lample AM, Monzón A, García S, Blasco M. Necesidad de sueño en el anciano. Enf. Cient., 1998; 78: 41-42.
7. Salgado A, Guillén F. Manual de geriatría (2ª edición). Barcelona: Masson-Salvat-Medicina, 1994.

8. Durán M, Torrado V. Terapia de conducta en el insomnio de ancianos. Rev. Esp. Geriatr. y Gerontol. 1993; 28(1): 18-23.
9. González P, Pedregal JA, Bousoño M, Bobes J. Manejo del paciente con insomnio (1ª edición). Oviedo: I. Gofer, 1994.
10. Romero O. Insomnio en ancianos: afectación cognitiva y actitudes terapéuticas. Rev neurol, 2000; 30(6): 591-593.
11. González FJ. Insomnio e hipnóticos. Hipnóticos en ancianos. Farm.clin. 1992; 9(6): 503-513.
12. Pérez A. Enfermería geriátrica. Madrid: Editorial Síntesis, 1995
13. Phanent M. Cuidados de enfermería. El proceso de atención de enfermería. Madrid: Interamericana McGraw-Hill, 1993.
14. Frances F. Planes de cuidados en enfermería geriátrica. Barcelona: Masson-Salvat Enfermería, 1995
15. Forciea MA, y otros. Secretos de la geriatría (2ª edición). México: McGraw Hill Interamericana, 2001.
16. Royuela A, Macías JA, Conde VJM. Calidad de sueño en ancianos. Psiquis 2000; 21(1): 32-39.
17. Rodríguez S, y otros. Intervención clínica y psicosocial en el anciano. Trastornos del sueño en el anciano. Gran Canaria: ICEPSS, 1995.
18. De la Peña MD, Mora J. Desórdenes comportamentales en el anciano. Salud rural 1993; 2: 53-57.
19. Guillén F, Pérez J. Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. Trastornos del sueño. Barcelona: Masson, 1994.
20. Remedios caseros 1. Libros Cúpula. Biblioteca de salud para el hogar. Madrid: Grupo editorial CEAC, 1996.
21. Estivill-Sancho E. Conceptos actuales en los problemas del sueño en el anciano. Rev. Esp. Geriatr. y Gerontol. 1990; 25(5): 265-267.
22. Monane M. Insomnia in the elderly. J Clin Psychiatry 1992; 53(Suppl): 23-8.
23. Asplund R. Sleep disorders in the elderly. Drugs Aging 1999; 14: 91-103.
24. Gottlieb GL. Sleep disorders and their management: special considerations in the elderly. Am J Med 1990; 88(suppl 3A): 29-33.
25. Foley DJ, Monjan AA, Brown SL, Simonsik EM, Wallace RB, Blazer DG. Sleep complaints among elderly persons: an epidemiologic study of three communities. Sleep 1995; 18(6): 425-432.

26. kripke DF, Simons RN, Garfinkel L, Hammond EC. Short and long sleep and sleeping pills: is increased mortality associated?. Arch Gen Psychiatry 1979; 36: 103-116.
27. Luis MT. Diagnósticos de Enfermería. Madrid: Doyma, 1996.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia