

RINCÓN CIENTÍFICO



AVANCES

"TRANSTORNOS DEL SUEÑO EN EL ANCIANO. CUIDADOS DE ENFERMERIA"

Autores

Ana Caballero Navarro

(Profesor Ayudante de la Escuela Universitaria de Enfermería y
Fisioterapia de la Universidad de Zaragoza)

María Dolores Azua Blanco

(Profesor titular de la Escuela Universitaria de Enfermería y
Fisioterapia de la Universidad de Zaragoza).

Correspondencia

Ana Caballero Navarro

C/ San Juan de la Cruz 9-4º D

5006 - ZARAGOZA

INTRODUCCION

Por lo menos un tercio de la vida de la persona transcurre durmiendo, pero hasta las dos últimas décadas, no se había dispuesto de una investigación exacta y objetiva sobre este proceso biológico fundamental. La investigación reciente nos ha proporcionado la evidencia de que el sueño es un fenómeno complejo, necesario para el buen funcionamiento de las actividades corporales y compuesto de ciclos repetidos que representan diversas fases de la actividad cerebral y corporal.

Investigadores de más de veinticuatro laboratorios del sueño en E.E.U.U. han contribuido de forma significativa en el diagnóstico y tratamiento de las alteraciones del sueño.

Los métodos para su estudio se basan en los trazados electroencefalográficos (EEG), electromiográficos (EMG) y electrooculográficos, realizados en personas estudiadas durante la noche por un período de 8 a 10 horas.

La colocación de electrodos sigue pautas estandar y se efectúa sobre el cráneo para detectar la actividad cerebral, en el ángulo exterior de cada ojo, para registrar los movimientos oculares y, por debajo de la barbilla, para determinar el tono muscular. Otros electrodos controlan también el ritmo cardíaco y el respiratorio.

Estos potenciales eléctricos son transmitidos a los aparatos registradores. Más tarde, la acumulación de datos masiva es sometida a un rigido análisis y una valoración estadística. De esta manera puede determinarse con exactitud un perfil exacto del sueño para cada persona (1).

SUEÑO NORMAL

1. FASES DEL SUEÑO

En 1950, Aserinsky y Kleitman (1953) y Dement y Kleitman (1957), descubrieron que el sueño consistía en una serie de acontecimientos cualitativamente distintos que recurrían de una manera periódica a lo largo de toda la noche (2,3).

Una de estas fases del sueño, tal y como estos autores la llamaron más adelante, se caracterizaba por una serie de movimientos oculares rápidos (REM) fácilmente observables por debajo de los párpados cerrados del individuo dormido. La temperatura se encontró elevada, los ritmos metabólicos aumentaban y las pautas eléctricas eran muy parecidas a las observadas durante las fases de alerta. Estos hallazgos inclinaron a muchos autores a llamar al sueño REM, sueño "activo o activado", en comparación con el sueño tranquilo de sus restantes etapas. El sueño se dividió pues en dos categorías mayores:

- Sueño REM: sueño con movimientos oculares rápidos.
- Sueño NREM: sueño sin movimientos oculares rápidos.

Más tarde el sueño NREM se dividió en las fases 1, 2, 3, y 4. (Fig.

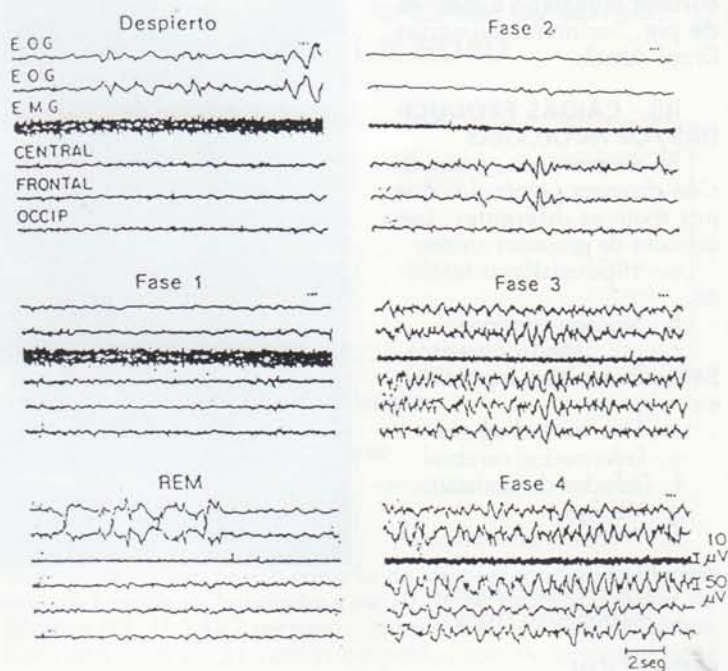


Fig. 1. Fases del sueño. Fase 1: El sueño empieza en esta fase caracterizándose por una falta de movimientos oculares rápidos y una pauta electroencefalográfica de baja amplitud y de frecuencia rápida. Fase 2: Al progresar el sueño, aparecen husos de 12 a 16 cps. con una actividad de baja amplitud y de frecuencia rápida. La profundización del sueño se caracteriza por ondas lentas de gran amplitud que abarcan del 20 al 50% del registro electroencefalográfico total. Fase 4: Cuando estas ondas lentas abarcan el 50% del registro electroencefalográfico, puede decirse que se ha alcanzado ya la fase 4 del sueño. Las fases 3 y 4 se presentan, sobre todo, al comienzo de la noche cuando el sueño es más profundo. REM: Después de 70 a 100 min. de sueño NREM, aparece el primer período de sueño REM. Se caracteriza por una pauta electroencefalográfica de baja amplitud y de frecuencia rápida, por descargas de movimientos oculares y por un acentuado descenso del tono muscular.

2. CICLO DEL SUEÑO

El número de ciclos y de períodos REM varía de 4 a 6 cada noche, dependiendo de la duración total del sueño.

La duración total de la fase REM es del 20 al 25% del sueño total. La fase "2" constituye el 50% y las fases "3" y "4" constituyen el 20%.

Finalmente la fase 1 constituye del 5 al 10% (Fig. 2).

3. PAUTAS DEL SUEÑO Y EDAD

Web (1970) ha señalado que el sueño se correlaciona con la edad en tres aspectos: en su duración, su distribución a lo largo de las 24 horas del día y las pautas de las fases del sueño (4).

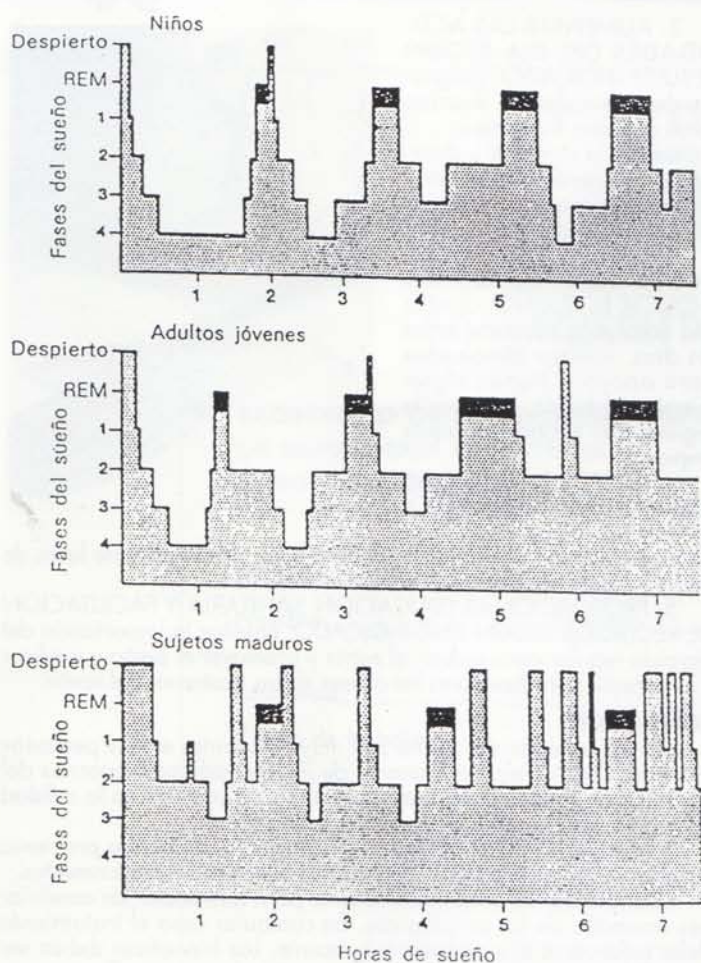


Fig. 2. Ciclos del sueño y efecto de la edad. Esta gráfica compara los ciclos del sueño en sujetos normales correspondientes a diferentes grupos de edad (niños, jóvenes y maduros). La cantidad de sueño REM no muestra variaciones significativas dentro de estos tres grupos, pero, en cambio, la fase 4 del sueño disminuye con la edad. Además, los sujetos maduros se despiertan con mayor frecuencia y presentan un gran incremento del tiempo de vigilia total.

La **duración** media del sueño desciende desde las 16 horas en el momento del nacimiento, a 15 horas a las 4 semanas, 14 horas a las 26 semanas, 12 horas más una hora de siesta a los 2 ó 3 años y a 9 horas de los 12 a 17 años.

La duración total del sueño continúa descendiendo con la edad, siendo así que los jóvenes por ejemplo tienen un promedio de 8 horas y los mayores unas cifras significativamente más bajas a causa de los frecuentes y prolongados períodos de vigilia.

En términos de la **distribución** del sueño en el recién nacido es polifásico. Durante el primer año las siestas tienden a consolidarse en una única y se eliminan generalmente a los 5 años.

Con frecuencia la tendencia a la siesta vuelve a presentarse en la gente mayor, lo que a menudo es indicativo de su dificultad para conseguir el sueño.

Las **pautas** de las fases del sueño varían según la edad. En general los recién nacidos muestran los mayores niveles de actividad REM. La NREM no se encuentra claramente diferenciada en las fases 1, 2, 3 y 4. El sueño REM desciende al 20 ó 25% del sueño total al final del primer año de vida y permanece casi constante a lo largo de toda la vida. En las personas de mediana edad y algo mayores permanece dentro del 18 al 25%. Se registra un descenso de la fase 4 del sueño e incluso su desaparición total.

ALTERACIONES DEL SUEÑO

1. TENDENCIAS ACTUALES

Un primer enfoque para la investigación clínica del sueño se ha

obtenido mediante estudios efectuados en laboratorios del sueño.

El enfoque multidimensional para la valoración y el tratamiento de las alteraciones del sueño se originó con los esfuerzos pioneros de la Universidad de California y Los Angeles en 1963 y actualmente sobre todo en el centro médico de Hershey y en Pennsylvania State University. El centro para la investigación y el tratamiento del sueño incluye, además de los laboratorios del sueño y las clínicas para las alteraciones de éste, programas extensos de educación para ayudar al médico general y diplomados de enfermería en el tratamiento de pacientes con alteraciones del sueño. (Fig. 3).

Aunque muchas alteraciones del sueño pueden representar alteraciones primarias, la mayor parte de ellas como el insomnio son secundarias a alteraciones de tipo psicológico, médico o situacional.

El fracaso en reconocer síntomas de su causa primaria puede impedir, por supuesto un pronóstico y un tratamiento efectivos.

2. ALTERACIONES DEL SUEÑO EN ANCIANOS

El "no dormir" es una queja habitual en los pacientes de edad avanzada, que experimentan una disminución cualitativa y cuantitativa del sueño asociada a la edad. La causa puede estar en un verdadero trastorno del sueño o en otros problemas médicos que contribuyen a alterarlo.

Un 50% de la población general ha tenido insomnio en algún momento de su vida y un 40-70% de las personas mayores se quejan de dificultades de sueño crónicas (6).

No es de extrañar que los hipnóticos, tanto sin receta médica, como con ella, sean fármacos de tan extenso uso. El 40% de todos los hipnóticos prescritos los reciben las personas mayores y la mayoría de ellas los usan durante largo tiempo.

Un estudio sobre tres mil ancianos en un asilo reveló que un 65% había recibido hipnóticos y que el 90% de estos pacientes había tomado la medicación durante más de un año. (7).

Estos fármacos no son inócuos sobre todo en los pacientes de edad avanzada y poseen efectos secundarios potencialmente graves, incluyendo posibles caídas, confusión y agitación.

Con la edad disminuye tanto la calidad como la cantidad de sueño y se presentan varios cambios en el mismo:

- Hay un ligero descenso del tiempo de sueño total, que si bien en los adultos es de 7,5 horas, en el anciano es de 6,5 horas.

- La cantidad de tiempo de cama que se necesita para acumular el tiempo de sueño nocturno aumenta debido a los más frecuentes y prolongados despertares.

- La cantidad de tiempo empleado en cada una de las fases del sueño también aumenta con la edad. La fase I o de "transición" aumenta, mientras que el sueño delta, más "profundo" (que es el más reparador) disminuye. De ahí la disminución de la calidad global del sueño a pesar de que el tiempo de sueño total permanezca relativamente invariable.

Los trastornos del sueño más comunes de la población geriátrica son el INSOMNIO, HIPERSOMNIO y APNEA del sueño.

INSOMNIO

Los adultos jóvenes con insomnio suelen tener problemas para dormirse, mientras que las personas mayores suelen quedarse dormidos muy fácilmente, pero a continuación se despiertan y tienen problemas para quedarse dormidos otra vez.

La inquietud motivada por viajes, emociones, visitas médicas e incluso la falta de actividad y ejercicio físico, pueden provocar insomnio.

El primer paso para el tratamiento del insomnio en las personas mayores es asegurarse de que no están sobreestimando sus necesidades de sueño. Con frecuencia estos ancianos se van a la cama demasiado pronto, por lo que a las tres de la madrugada han cumplido ya las siete horas de sueño, que son las requeridas.

El enfermero debe recomendarles simplemente que se acuesten más tarde. Otro factor bastante frecuente son las siestas diurnas que reducen la necesidad de sueño nocturno. Es aconsejable evitarlas.

Algunos problemas médicos también pueden contribuir a la interrupción del sueño, la disnea paroxística nocturna es un ejemplo típico.

Es también aconsejable que el D.U.E. revise el tratamiento farmacológico del paciente. Hay ciertos fármacos como teofilina, fentoina y levodopa, que pueden producir insomnio.

RINCÓN CIENTÍFICO

AVANCES



Los diuréticos administrados por la noche aumentan la nicturia. Por otro lado el alcohol induce al sueño, pero a menudo es un sueño más interrumpido que el normal.

En los casos en los que se sabe que la nicturia es debida a una inestabilidad del detrusor el enfermero debe insistir en que el paciente tome una pequeña dosis de colinérgicos-antiespasmódicos, para prolongar el intervalo de vaciado nocturno y no beber líquidos dos horas antes.

También la depresión, al igual que en los pacientes jóvenes, en los mayores puede afectar al sueño. Tardan más en dormirse, se despiertan con más frecuencia durante la noche y antes por la mañana y tienen un tiempo de sueño total menor.

En estos casos es obligación del enfermero recordar al paciente que antes de acostarse debe tomar el fármaco antidepresivo tricíclico y/o el sedante que le haya prescrito el especialista.

HIPERSOMNIA

La hipersomnia, es decir la somnolencia diurna pocas veces es atribuible por los pacientes a un sueño nocturno alterado, aunque a menudo este es el fundamento del problema. El síndrome de la "apnea del sueño" es una causa importante que debe de ser descartada.

Las "mioclonias nocturnas", es decir movimientos repetidos de las extremidades inferiores durante el sueño aumentan con la edad y pueden alterar bastante el sueño nocturno como para producir somnolencia diurna, sin que el paciente se percate de ello.

Ciertos hipnóticos, antihistamínicos, metil-dopa, fentoina y tranquilizantes mayores y menores pueden provocar somnolencia diurna.

Todas estas consideraciones deben ser tenidas en cuenta por el D.U.E. para valorar el exceso de sueño que refiere el paciente durante el día.

APNEA DEL SUEÑO

Se define como un cese del flujo aéreo durante más de 10 segundos, que se presenta dos o más veces por hora, o 30 veces en total durante el sueño nocturno.

Se denomina "apnea obstructiva" cuando se debe a un bloqueo de las vías aéreas y "central" cuando se debe a interrupciones del ritmo respiratorio durante el sueño.

La incidencia de esta situación aumenta definitivamente con la edad. Estudios en personas mayores han demostrado una alta frecuencia de alteraciones respiratorias (de un 35-40%). (9).

Debe ser sospechado en personas mayores que se quejen de somnolencia diurna después de un sueño nocturno razonable.

Los ronquidos pueden indicar obstrucción de la vía aérea superior. La conducta automática durante el sueño y fuertes dolores de cabeza por la mañana son también síntomas de apnea del sueño (10).

El diagnóstico de este síndrome se confirma a través de estudios del sueño.

Debe aconsejar al enfermero a los pacientes afectados de este síndrome que pierdan peso, pues con frecuencia este fenómeno se asocia a obesidad. Cuando la causa estriba en una obstrucción severa de la vía aérea superior requiere cirugía, faringoplastia o traqueostomía.

ACTUACIONES DE ENFERMERIA EN LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO EN ANCIANOS

Se sugieren actuaciones generales para promover el sueño y actuaciones específicas para algunas situaciones clínicas.

1. IDENTIFICAR LOS FACTORES CAUSALES Y CONCURRENTES: dolor, temor, estrés o ansiedad, inmovilidad o actividad disminuida, frecuencia urinaria o incontinencia y ambiente extraño o ruidoso.

2. REDUCIR O ELIMINAR LAS DISTRACCIONES AMBIENTALES O INTERRUPCIONES DEL SUEÑO:

- RUIDO: cerrar la puerta de la habitación, cerrar las cortinas, descolgar el teléfono, proporcionar música suave, proporcionar luches de noche, reducir el volumen de las alarmas y televisión, adjucarle un compañero de habitación compatible si es posible.

- INTERRUPCIONES: organizar los procedimientos para proporcionar el menor número de molestias durante la noche, limitar las visitas durante los periodos óptimos de sueño, hacer que la persona orine antes de acostarse y limitarle los líquidos por la noche.

3. AUMENTAR LAS ACTIVIDADES DEL DIA SEGUN RESULTE INDICADO: programarle actividades diarias como caminar, fisioterapia...

Limitar la cantidad y duración de sueño durante el día y estimularle a que se comunique con otras personas.

4. PROPORCIONAR MEDIDAS DE COMODIDAD PARA INDUCIR EL SUEÑO: ajustar una hora para acostarse todos los días, utilizar almohadas para apoyo si tienen algún miembro dolorido, fomentar la higiene con sábanas y ropas limpias.

4. REDUCIR EL RIESGO DE LESION DURANTE EL SUEÑO:

utilizar barras de cama si es necesario, colocar la cama en posición baja, proporcionarle luces de noche, colocar el timbre de llamada a su alcance.

5. PROPORCIONAR EDUCACION SANITARIA Y FACILITACION DE RECURSOS SEGUN ESTE INDICADO: enseñar la importancia del ejercicio regular para reducir el estrés y promover el sueño y explicar a la persona y los familiares las causas de los trastornos del sueño.

CONCLUSION

Las dificultades del sueño son muy frecuentes en las personas mayores. Esto refleja un aumento de los verdaderos trastornos del sueño, como la apnea del sueño, así como los cambios en la calidad del mismo, que parecen ser normales con la edad.

A menudo también reflejan la presencia de algún otro problema médico subyacente como la depresión o el efecto de medicamentos.

Una historia fiel basta normalmente para diferenciar las condiciones normales de las patológicas. En cualquier caso el tratamiento debe enfocarse al problema subyacente. Los hipnóticos deben ser reservados para su uso a corto plazo en situaciones específicas.

El diplomado en enfermería debe conocer bien estas situaciones para aconsejar al paciente sobre los mejores hábitos para la higiene del sueño.

BIBLIOGRAFIA

1. FREEDMAN A.M.; KAPLAN H.I.; SADOCK B.J. TRATADO DE PSIQUIATRIA. Tomo I. Ed. SALVAT, S.A. Barcelona 1982. Cap. "Sueño y ensueños" pp-129-146.
2. KLEITMAN N.: "Sleep and Wakefulness". University of Chicago. Press Chicago. 1965.
3. DEMET W.C. and Keitman. N. "Cyclic variations in E.E.G. during sleep and their variation to eye movements, body motility and dreaming". ELECTROENCEPHALOGR. CLIN. NEUROPHYSIOL. 9: 673. 1957.
4. WEEV W.B.: "Length and distribution of sleep and the intrasleep process". INST. PSYCHIATRY CLIN. 7: 29. 1970.
5. KALES A. and KALES J.D.: "Recent advances in the diagnosis and treatment of sleep disorders". RELEVANCE OF SLEEP RESEARCH TO CLINICAL PRACTICE. G. Usdin editor, pág. 61. Brunner/Mazel. New York. 1972.
6. BANNERMAN CATHERINE: "Trastornos del sueño en ancianos". JANO. Vol. XXXVI, Nº 862. pp.: 77-80. 1982.
7. STEWART R.B.; MAY F.E.; HALE W.E. et al.: "Psychotropic drug use in an ambulatory elderly population". GERONTOLOGY, 28 (5): 328-335. 1982.
8. MILES L.E.; DEMENT W.C.: "Sleep and aging". SLEEP, 3 (2): 119-120. 1980.
9. SYMPOSIUM ON SLEEP APNEA DISORDERS. MED. CLIN NORTH AM. 69 (6): 1. 121-1.412. 1985.
10. CARSKADON M.A., DEMENT W.C.: "Respiration during sleep in the aged human". J. GERONTOLOGY. 36 (4): 420-423. 1981.
11. CARPENITO LYNDJ. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA. Ed. INTERAMERICANA. M. McGraw-Hill. Madrid. 1986. Cap. 40, pp: 491-496.

