



Universidad del País Vasco Euskal Herriko Unibertsitatea



Leioako Erizaintzako Unibertsitate Eskola
Escuela Universitaria de Enfermería de Leioa

Universidad del País Vasco/ Euskal Herriko Unibertsitatea

Escuela Universitaria de Enfermería de Leioa
(E.U.E)

Grado en Enfermería
Trabajo Fin de Grado

El Sueño y la Calidad de Vida. Agentes de Salud

Vanesa Mijangos Prieto 78998682-F
Castellano. Grupo 01. Cuarto curso

Docente: Pfr. Dr. Miguel Ángel Crovetto De la Torre

Leioa, 13 de mayo de 2013

Copyright © 2013 Vanesa Mijangos Prieto

ÍNDICE DE CONTENIDOS

ÍNDICE RESUMIDO

Índice.....	1,2
1.Introducción y objetivos.....	3
2.Definiciones.....	4
3.El Sueño.....	5-13
4.La Calidad de Vida.....	14-16
5.Individuos Hospitalizados.....	17-23
6.Diagnóstico y Tratamiento de los trastornos del sueño.....	24-30
7.Conclusiones.....	31-32
8.Bibliografía y referencias.....	33-36

ÍNDICE DETALLADO

1.INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

- 1.1 Introducción
- 1.2 Objetivos
 - 1.2.1 Objetivo principal
 - 1.2.2 Objetivos secundarios

2.DEFINICIONES

- 2.1 Sueño
- 2.2 Calidad de vida
- 2.3 Agente de Salud

3.EL SUEÑO

- 3.1 Factores determinantes de la calidad del sueño
 - 3.1.1 Tiempo circadiano
 - 3.1.1.1 Clasificación de los ritmos biológicos
 - 3.1.1.2 Características de los ritmos circadianos
 - 3.1.1.3 El reloj o marcapasos endógeno
 - 3.1.2 Factores intrínsecos
 - 3.1.2.1 Edad
 - 3.1.2.2 Patrones del sueño
 - 3.1.3 Conductas inhibitoras del sueño
 - 3.1.3.1 Tabaco, alcohol y cafeína
 - 3.1.3.2 Uso crónico de hipnóticos
 - 3.1.3.3 Estrés
 - 3.1.4 Factores ambientales
 - 3.1.4.1 Ruido
 - 3.1.4.2 Luz
 - 3.1.4.3 Temperatura, humedad y cama

- 3.2 Trastornos del sueño
 - 3.2.1 Trastorno de iniciación y mantenimiento del sueño
 - 3.2.2 Trastorno de somnolencia excesiva
 - 3.2.3 Trastornos del ritmo sueño-vigilia
 - 3.2.4 Disfunciones asociadas con el sueño

4. LA CALIDAD DE VIDA

- 4.1 Cómo medir la calidad de vida
 - 4.1.1 Cuestionarios genéricos
 - 4.1.2 Cuestionarios específicos
 - 4.1.3 Cuestionario de Salud SF-36

5. INDIVIDUOS HOSPITALIZADOS

- 5.1 Introducción
- 5.2 Causas de mala calidad de sueño
- 5.3 Sueño y enfermedades médicas
 - 5.3.1 Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño (SAOS)

- 5.4 Estudios experimentales previos
 - 5.4.1 Nuffield Institute for Health,...
 - 5.4.2 Hospitales de Almería
 - 5.4.3 Sueño y cuidados intensivos
 - 5.4.4 El sueño y los accidentes de tráfico
 - 5.4.5 Estudio Hospital Infanta Elena

- 5.5 Tratamiento del insomnio en individuos hospitalizados
 - 5.5.1 Tratamiento no farmacológico
 - 5.5.2 Tratamiento farmacológico

6. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO

- 6.1 Autoinformes para evaluar la calidad del sueño
 - 6.1.1 Índice de calidad de sueño Pittsburgh

- 6.2 Polisomnografía
- 6.3 Tratamiento
 - 6.3.1 Farmacológico
 - 6.3.2 No farmacológico
 - 6.3.2 Quirúrgico

7. CONCLUSIONES

8. BIBLIOGRAFÍA Y REFERENCIAS

1. INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

1.1 INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene como objetivo comprender la importancia del sueño en la calidad de vida de los Seres humanos, para lo cual es necesario realizar un estudio minucioso de los factores que lo determinan.

Posteriormente, se hará especial referencia sobre el sueño en los individuos hospitalizados. Con el fin de conocer por qué el sueño se altera, qué consecuencias tendrá una mala calidad del sueño y qué se puede realizar desde la disciplina enfermera para paliarlo.

Finalmente, concluiremos con las actuaciones de enfermería dirigidas al cuidado del descanso y sueño.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo principal

El objetivo principal es exponer algunos de los factores que dificultan el sueño en los individuos hospitalizados, para poder facilitarlos, desde el ámbito de la enfermería.

1.2.2 Objetivos secundarios

- a. Describir cómo afectan algunas enfermedades en el ritmo sueño-vigilia (sin ser afecciones del sueño)
- b. Analizar qué hechos del ambiente hospitalario dificultan el sueño.
- c. Describir desde el punto de vista psicológico que dificultades puede haber para conciliar el sueño.
- d. Plasmar las ventajas de que el paciente hospitalizado duerma bien.
- e. Examinar qué es la Calidad de vida y qué relación tiene con el sueño.
- f. Enumerar algunas de las diferentes herramientas para medir la calidad del sueño, desde el conocimiento enfermero.

2.

DEFINICIONES

Definimos los conceptos aisladamente siguiendo la psicología experimental de Wundt; El Estructuralismo. De este modo se dividirá el tema de trabajo "El sueño y la calidad de vida. Agentes de Salud" en los siguientes elementos simples:

2.1 SUEÑO

El sueño se define como un estado de inconsciencia en el cual el individuo puede ser despertado mediante estímulos sensoriales o de otro tipo. Si el estado de inconsciencia no fuese reversible por estos estímulos, hablaríamos de coma. El sueño es una función fisiológica vital, rítmica y cuya responsabilidad es coordinar múltiples funciones biológicas, endócrinas y metabólicas (1).

2.2 CALIDAD DE VIDA

El concepto de calidad de vida alude a una amplia variedad de situaciones valoradas muy positivamente o consideradas deseables para las personas o para las comunidades. Aunque no existe consenso sobre la definición de calidad de vida, dimensiones como la satisfacción subjetiva y el bienestar físico y psicológico constituyen factores esenciales en la mayoría de estas definiciones (2).

2.3 AGENTE DE SALUD

La palabra agente significa "que obra o tiene virtud de obrar" por lo cual hablar de agente de salud, elude a un elemento que tiene la virtud de obrar de una manera u otra en la salud. La salud es un proceso y no un estado como ya indicaba Milton Terris en 1983. Según este autor salud y enfermedad no son valores absolutos, tienen distintos grados y sugiere la inclusión de un aspecto algo más objetivo; la capacidad de funcionar (3).

El sueño constituye un estado de importancia sublime para el ser humano, por ello es que transcurre aproximadamente un tercio de la vida durmiendo. A consecuencia del ritmo al cual se mueven las sociedades industrializadas, cada vez son más frecuentes los trastornos del sueño. Los datos estadísticos, fijan ciertos patrones claros acerca de estos trastornos: la queja más común es el insomnio, especialmente los trastornos se dan con mayor frecuencia en mujeres de mediana edad y las personas ancianas (4).

Las alteraciones relativas al sueño son de las más preocupantes en la actualidad, se estima que una cuarta parte de la población sufre algún tipo de trastorno del sueño. Debemos señalar que una buena calidad del sueño, aparte de ser un factor determinante de salud, además supone un factor de gran importancia en una buena calidad de vida. Comúnmente el padecimiento de ciertos trastornos del sueño se relaciona con riesgo de desarrollo de otros problemas psicológicos, médicos y sociales.

La calidad del sueño aunque se refiere al hecho de dormir bien por la noche, no debe obviar que se relaciona estrechamente con la capacidad de funcionamiento diurna.

Se podría definir el sueño como un estado funcional, reversible y cíclico. Y es manifestado por conductas características, como la relativa ausencia de motilidad y un umbral de respuesta a la estimulación incrementado. Durante el sueño se producen cambios en los distintos sistemas y aparatos del cuerpo humano.

El sueño se puede dividir en dos tipos básicos (5):

1. Sueño REM (Rapid Eyes Movement) o sueño paradójico, que representa un 20-25% de la noche.
2. Sueño no REM (NREM), que incluye los estadios I, II, III y IV. Las fases III y IV se suelen designar a veces como sueño delta, sueño profundo NREM o sueño de ondas lentas. Mientras que las fases I, II son de sueño ligero.

Un adulto joven presenta un ciclo completo NREM-REM cada 90 min, y en una noche normal se registran unos 5 ciclos de sueño, con mayor presencia de sueño profundo NREM al principio de la noche y de fases II y REM al final.

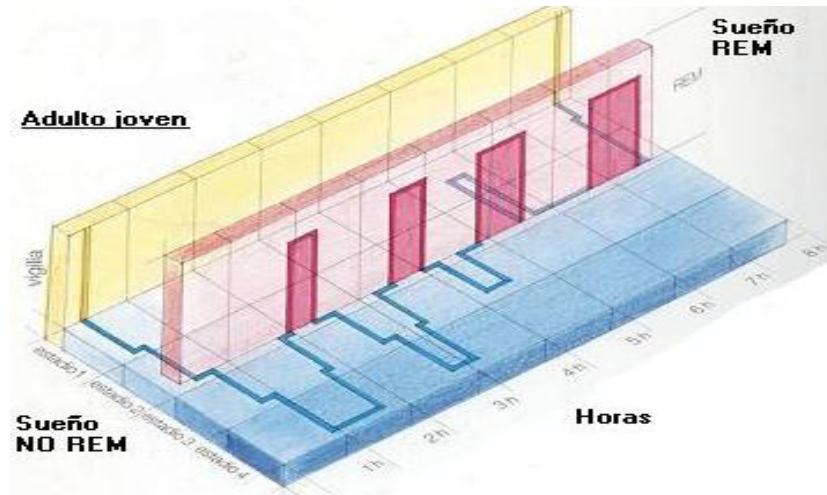


Gráfico 1. Diagrama de la Arquitectura del Sueño

3.1 FACTORES DETERMINANTES DE LA CALIDAD DEL SUEÑO (6).

3.1.1 Tiempo Circadiano

Aplicamos el término ritmo biológico a toda oscilación, regular en el tiempo, de una variable biológica.

Los ritmos circadianos son endógenos, oscilaciones genéticamente determinadas con periodos cercanos a 24 horas.

Toda actividad rítmica es, por definición, continua en el tiempo. Sin embargo, podemos elegir, de manera arbitraria, una hora del día y tomarla como punto de referencia para determinados eventos del proceso rítmico. En determinadas circunstancias como los vuelos transmeridianos o el trabajo nocturno y también como consecuencia del envejecimiento, se produce una situación de desincronización interna y/o externa, con consecuencias negativas sobre la fisiología del sujeto.

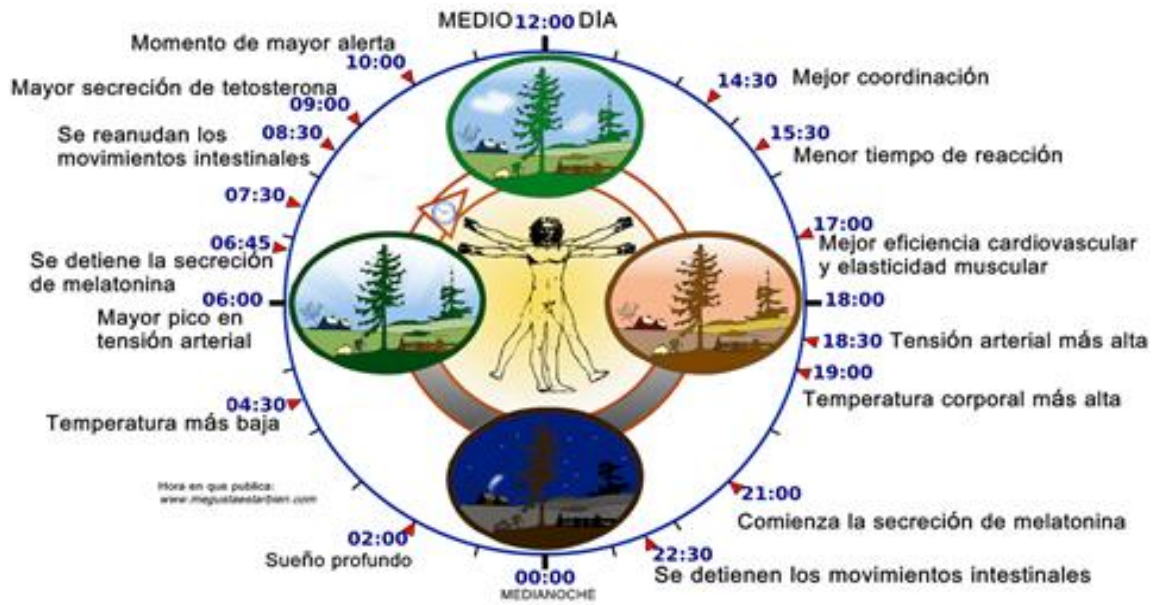


Figura 1. Ciclo circadiano en el Ser Humano

3.1.1.1 Clasificación de los ritmos biológicos:

Tipo de ritmo	Periodo	Ejemplo
Ultradiano	0.1 segundos	Electroencefalograma
	1 segundo	Ritmo cardíaco
	6 segundos	Ritmo respiratorio
	60 minutos	Secreciones hormonales
	90 minutos	Alternancia de estados de sueño
Circadiano	24 horas	Actividad-reposo
		Temperatura corporal
Infradiano	28 días	Ciclo menstrual
	365 días	Hibernación

Los ritmos biológicos suelen clasificarse, por su periodo en: circadianos (periodo de aproximadamente 24 horas), ultradianos (periodo con periodo menor de 24 horas) e infradianos (periodo mayor de 24 horas) (6).

Tabla 1. Periodo de los ritmos biológicos clasificados de acuerdo a su frecuencia.

3.1.1.2 Características de los ritmos circadianos

Una de las características fundamentales de los ritmos circadianos es su naturaleza endógena, esto refleja, que dependen de la existencia de relojes marcapaso internos que tienen la facultad de generar una actividad rítmica autónoma genéticamente determinada.

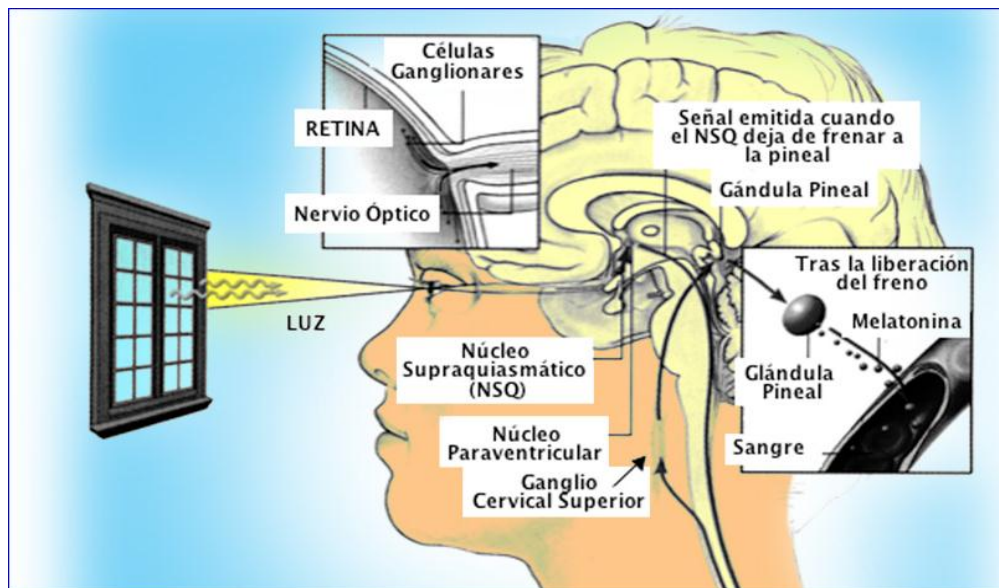


Esquema 1. Componentes del ritmo Circadiano

¹ Claro que no debemos obviar el componente exógeno, el cual influye significativamente en la naturaleza endógena.

3.1.1.3 El reloj o marcapasos endógeno

En los mamíferos, incluido el hombre, los núcleos supraquiasmáticos del hipotálamo (NSQ) constituyen el reloj endógeno del organismo que retornen a la ritmicidad (7).



Esquema 2. Representación esquemática del sistema circadiano humano y sus principales conexiones. El reloj circadiano es el NSQ del hipotálamo. Su sincronización depende de la llegada de señales luminosas generadas en las células ganglionares retinianas, cuyos axones forman parte del nervio óptico. Una de las eferencias del NSQ es la que, a través del ganglio cervical superior, llega a la glándula pineal, para controlar la secreción de melatonina. En presencia de luz, el NSQ “frena” a la glándula pineal, y no se sintetiza melatonina. La ausencia de luz libera a la pineal del freno ejercido por el NSQ, lo que permite la síntesis y liberación de esta hormona.

1

Para verificar este hecho basta observar cómo tales ritmos persisten en situaciones de ausencia de señales procedentes del medio externo.

Siguiendo el ejemplo del ritmo sueño/vigilia, cuando un hombre está aislado del medio externo, su periodo no es de 24 horas sino ligeramente mayor (alrededor de 24,5), correspondiente al periodo del marcapasos o reloj endógeno que lo determina. Sin embargo, en condiciones normales, el periodo del ritmo sueño/vigilia es de 24 horas, exactamente la duración del día solar. Esto significa que los ritmos circadianos, pueden ser sincronizados a periodos diferentes del propio del marcapasos endógeno, mediante señales procedentes del medio ambiente. De entre estas señales medioambientales la luz es, sin duda, el factor de sincronización más importante, aunque no el único.

3.1.2 Factores intrínsecos

Se les denomina así a los diferentes factores propios del organismo que influyen de cierta manera en la calidad del sueño. Entre ello se destaca: la edad, los patrones del sueño y los rasgos de la personalidad.

3.1.2.1 Edad

Es un factor primordial, modificando acusadamente en la cantidad de horas de sueño según las diferentes etapas de la vida. Dígase que el primer año se pasa de dormir 16 horas a 13. A partir de aquí la disminución será más lenta y gradual hasta los 20 años (aproximándose a 7-8 horas diarias), esta última se mantiene hasta la edad senil, desde ese momento disminuye de forma progresiva. Los problemas en este aspecto derivan de un distanciamiento sustancial del número de horas para determinada edad, pudiendo experimentar los afectados diversos tipos de problemas (relacionados con un menor número de horas de las necesarias) (8).

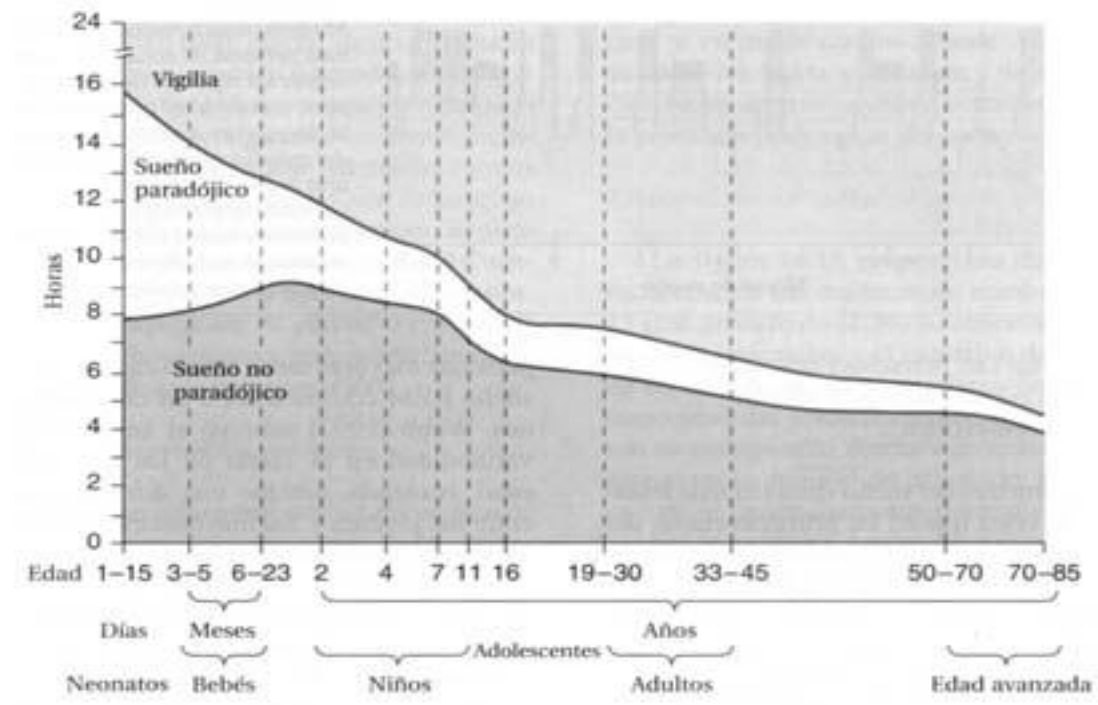


Gráfico 2. Gráfica de variación del sueño según edad.

3.1.2.2 Patrones de sueño

Respecto a las horas en la que los adultos duermen de forma habitual, se establecen tres tipos de patrones diferentes:

- Patrón de sueño corto: propio de sujetos que precisan menos de 6h de sueño.
- Patrón de sueño largo: sujetos que precisan más de 9h de sueño.
- Patrón de sueño intermedio: incluye a aquellos que duermen aproximadamente 7-8 horas.

Ciertos estudios manifiestan que los sujetos con patrón de sueño intermedio, es decir con períodos de sueño de 7-8 horas, padecen menor riesgo de sufrir problemas de salud física, mental, y somnolencia que aquellos que se manejan en el patrón corto o largo. Cabe destacar que los más afectados por los mismos son los de patrón corto.

3.1.3 Conductas inhibitoras del sueño

3.1.3.1 Tabaco, Alcohol y Cafeína

Diferentes y múltiples estudios demuestran que su consumo es perjudicial para la calidad del sueño.

El siguiente estudio (Sierra, Jiménez-Navarro y Martín-Ortíz, 2002) quedó demostrado que un consumo habitual (diario), aunque no excesivo, de las sustancias ya mencionadas, provoca una mala calidad del sueño, una mayor latencia del sueño, y más perturbaciones del mismo y, como resultado una mayor somnolencia diurna.

3.1.3.2 Uso crónico de hipnóticos

En un principio estos fármacos están pensados para mejorar la calidad del sueño, y paradójicamente acaban produciendo graves problemas. Por norma general, la mayoría de los fármacos inductores del sueño, producen cambios en la arquitectura del sueño (en particular reducción del sueño de ondas lentas), deterioro de la vigilancia la mañana siguiente, y además una rápida tolerancia, dependencia física y síndrome de abstinencia. Los nuevos fármacos hipnóticos intentan controlar estos efectos adversos, pero como norma general estos sólo deberían usarse en casos agudos. Un dato a tener en cuenta es que los efectos de los hipnóticos son más acentuados en mujeres que en hombres, y por lo tanto los efectos adversos también serán más pronunciados en estas.

3.1.3.3 Estrés

Tanto la cantidad y la calidad del sueño se explican por la variedad de condiciones de estrés sufridas durante el día. Las alteraciones del sueño como consecuencia del estrés pueden ser analizadas desde una perspectiva bidireccional, puesto que las alteraciones del sueño producen estrés y, a su vez, el estrés genera cambios en el ciclo sueño-vigilia.

Relacionado con la actividad mental y la obsesión por quedarse dormido. Existe evidencia de que una actividad mental excesiva en el momento de dormirse (preocupaciones y/o pensamientos intrusivos) pueden precipitar o mantener trastornos del sueño.

3.1.4 Factores ambientales

Son conocidos diversos factores que influyen de una forma clara en la calidad del sueño. Algunos de ellos son: ruido, luz ambiental, temperatura, tipo de colchón, etc.

3.1.4.1 Ruido

Existen diferentes respuestas según el individuo, podemos llegar a un consenso al afirmar que a partir de 40 decibelios, éste es negativo para la calidad del sueño, ya que reduce el sueño de ondas lentas, y a pesar de que la persona tenga la sensación de haber dormido bien, el sueño no será restaurador, es decir, se encontrará cansada al día siguiente. La sensibilidad, si bien hemos afirmado que varía según individuos, sí tiene ciertos patrones como: la sensibilidad al ruido aumenta con la edad y es mayor en las mujeres que en los hombres.

3.1.4.2 Luz

Es recomendable la oscuridad para una buena calidad del sueño, puesto que dormir con luz es contraproducente (Véase el apartado 3.1.1.3 y el esquema 2).

3.1.4.3 Temperatura, humedad y cama

Debe oscilar entre 10 y 20 C° y la humedad debe mantenerse dentro de un margen (alrededor de 40-70%). En cuanto al colchón, no se recomienda excesivamente duro ni blando, es decir un término medio. La cama tampoco deberá ser muy estrecha.

En Conclusión

En conclusión, podríamos sugerir que el sueño está modulado por un sistema muy complejo, altamente organizado. Algunos estudios sugieren que el sueño puede estar inducido por un sistema hormonal cuya actividad/inactividad dependen de estructuras que regulan los ritmos circadianos. Durante el sueño hay un aumento de la síntesis de proteínas, que se cree que tiene como finalidad satisfacer las necesidades nutricionales tales como las exigidas para el crecimiento o la reparación de tejidos, y para el procesamiento de información, la consolidación de la memoria y el aprendizaje en general (9).

3.2 TRASTORNOS DEL SUEÑO

Son problemas con el hecho de dormir e incluyen dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido, quedarse dormido en momentos inapropiados, demasiado sueño o conductas anormales durante el sueño (10).

Hay más de cien trastornos diferentes de sueño y de vigilia que se pueden agrupar en cuatro categorías principales:

- Trastornos de iniciación y mantenimiento del sueño (insomnio)
- Trastornos de somnolencia excesiva
- Trastornos del ritmo sueño-vigilia
- Disfunciones asociadas con el sueño (parasomnias)

3.2.1 Trastornos de iniciación y mantenimiento del sueño

El insomnio incluye dificultad para conciliar el sueño o para permanecer dormido. Los episodios pueden aparecer y desaparecer, durar entre 2 y 3 semanas (a corto plazo) o ser más duraderos (crónicos).

3.2.2 Trastornos de somnolencia excesiva

Las personas con somnolencia diurna excesiva se sienten cansadas durante el día. Los síntomas que no son ocasionados por la falta de sueño o por sueño interrumpido se denominan hipersomnia y abarcan, entre otros:

- Afecciones médicas tales como la fibromialgia y bajo funcionamiento de la tiroides.
- Mononucleosis y otras enfermedades virales
- Narcolepsia y otros trastornos del sueño

También podríamos clasificar como trastorno de somnolencia excesiva el SAOS Síndrome de Apnea Obstructiva del sueño, dada la somnolencia diurna.

3.2.3 Trastornos del ritmo sueño-vigilia

Aunque no es la mayoría, también se pueden presentar problemas cuando el horario sueño-vigilia es informal, lo que suele suceder cuando se viaja cruzando zonas horarias distintas y con trabajos por turnos en horarios rotativos, particularmente los que trabajan en turno de noche.

Los trastornos que interrumpen el sueño abarcan:

- Síndrome de sueño y vigilia irregulares
- Síndrome del desfase horario
- Ser poco dormilón por naturaleza (duerme menos, no sufre ningún efecto negativo)
- Insomnio paradójico
- Trastorno del sueño a causa del trabajo por turnos

3.2.4 Disfunciones asociadas con el sueño

Las parasomnias se definen como conductas anormales durante el sueño. Son bastante comunes en los niños. Pueden diferenciarse:

- Terrores nocturnos
- Sonambulismo

Se podría considerar el SAOS (Síndrome de Apnea Obstructiva del sueño) como disfunción asociada al sueño en tanto que es una alteración respiratoria vinculada al sueño (11).

4.

LA CALIDAD DE VIDA

La evaluación de la calidad de vida no es un concepto nuevo. Sin embargo no fue hasta 1952, y después de que la Organización Mundial de la Salud (OMS) definiera² el concepto de calidad de vida, cuando algunos investigadores plantearon considerar la calidad de vida como una medida a tener en cuenta. Ésta, representa el resultado final de una actuación médica desde la importante visión de su protagonista, el propio paciente (12).

Calidad de vida se define como “la ausencia de enfermedad o defecto y la sensación de bienestar físico, mental y social”, o también la sencilla y adecuada definición americana “sentimiento personal de bienestar y satisfacción con la vida” (13).

4.1 CÓMO MEDIR LA CALIDAD DE VIDA

Debe aclararse primero, que los cuestionarios de calidad de vida (Health Related Quality of Life [HRQL]) no sustituyen las valoraciones sintomáticas, analíticas así como otras pruebas funcionales, sino que las complementan. Para ello, añaden algo de extrema importancia, una piedra angular; la visión de propio paciente sobre su percepción de salud. Es por ello que la cuantificación de la calidad de vida, engloba conceptos tan abstractos como bienestar físico, mental y social, y además es un concepto que involucra las expectativas, deseos y necesidades en la vida del individuo (12,13).

En la actualidad, se conocen muchos instrumentos de medida que cuantifican la calidad de vida, y todos ellos tienen en común estas 2 características:

- ✓ Son cuestionarios a rellenar por los pacientes y su realización es facilitada por diversas escalas e ítems.
- ✓ Tienen en cuenta 2 componentes, como son el físico y el mental.

² La definición de la OMS indica que calidad de vida es “la percepción adecuada y correcta que tiene de sí misma una persona en el contexto cultural y de valores en que está inmersa, en relación con sus objetivos, normas, esperanzas e inquietudes. Su percepción puede estar influida por su salud física, psíquica, su nivel de independencia y sus relaciones sociales”. Esta definición, aunque completa, no es práctica, por lo que con posterioridad se modificó reduciendo su contenido.

Estos cuestionarios deben tener una serie de características para poder ser considerados como válidos. El cuestionario debe ser:

- Amplio, es decir que esté compuesto por una parte considerable de los aspectos de salud.
- Seguro, que intente eliminar las contradicciones en las respuestas, pudiendo así determinar conceptos .
- Sensible, que sea capaz de detectar variaciones, incluso pequeñas en el estado de salud.

En resumidas cuentas, los estudios de calidad de vida HRQL intentan reflejar el impacto de la enfermedad (o enfermedades) sobre el paciente y la sensación del mismo sobre su estado general de salud (6).

Hay dos tipos mayoritarios de instrumentos para analizar la calidad de vida: los cuestionarios genéricos y los específicos.

4.1.1 Cuestionarios genéricos

Son utilizados para medir la calidad de vida en pacientes pluripatológicos, y además permiten comparar diferentes procesos patológicos. Aunque las escalas intentan cubrir todos los aspectos relacionados con la vida, estos cuestionarios genéricos son poco apropiados para detectar pequeños cambios producidos por un tratamiento concreto.

Los cuestionarios genéricos más utilizados son (12):

1. Medical Outcomes Study (SF-36)
2. Sickness Impact Profile (SIP)
3. Psychological General Well-Being Index (PGWB)
4. Psychological Adjustment to Illness Scale (PAIS-SR)
5. Nottingham Health Profile (NHP)

Podríamos definir cada uno de los cuestionarios, ver su funcionamiento y explicar sus pros y sus contras, pero dado que el objetivo del trabajo no es realizar un análisis exhaustivo de los mismos, únicamente se va a señalar cuál es el más usado, el por qué y las características del mismo.

4.1.2 Cuestionarios específicos

Hay en la actualidad una diversa variedad de cuestionarios específicos, dado el inmenso abanico de patologías existentes. Algunos de ellos relacionan los síntomas, los medicamentos, los tratamientos etc.

Podríamos destacar dada la relación, el cuestionario Sleep Apnea Quality of Life Index (SAQLI), de CVRS³ específico para el síndrome de apneas-hipopneas del sueño(SAHS), y poder así evaluar la sensibilidad al cambio a raíz de un tratamiento u otro (14).

4.1.3 Cuestionario de Salud SF-36

El cuestionario SF-36 es uno de los cuestionarios de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) más utilizados y evaluados. Es una escala genérica que abstrae el perfil del estado de salud y es aplicable a pacientes como a población general. También sirve para comparar la carga de diversas enfermedades y para detectar los beneficios producidos por un rango amplio de tratamientos. El cuestionario está formado con 36 ítems (preguntas) que valoran estados tanto positivos como negativos de salud.

Los 36 ítems del instrumento cubren las siguientes escalas: Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional y Salud mental. Adicionalmente, el SF-36 incluye un ítem que pregunta sobre el cambio en el estado de salud general respecto al año anterior. Este ítem proporciona información útil sobre el cambio percibido en el estado de salud durante el año previo (15).

³ CVRS: Calidad de vida relacionada con la salud

5.

INDIVIDUOS HOSPITALIZADOS

5.1 INTRODUCCIÓN

Los trastornos del sueño en el adulto hospitalizado encierran un creciente interés, ya que, se estima que aumentan el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares y psiquiátricas. Además se asocia a un peor control de la enfermedad crónica (16).

El hecho de estar hospitalizado se asocia en un gran número de casos a una disrupción del sueño, por lo cual no será restaurador. Dicha situación puede agravar la enfermedad subyacente y afectar al funcionamiento diurno.

Pese a las consecuencias, los trastornos del sueño están subdiagnosticados (17).

5.2 CAUSAS DE LA MALA CALIDAD DE SUEÑO

Las causas de los trastornos del sueño en pacientes hospitalizados se pueden agrupar en tres tipos de causas principalmente:

- Fisiopatológicas
- Psicológicas
- Medio ambiente

Ahora bien, los factores que caben ser destacados como disruptores del sueño en el paciente hospitalizado entre otros son (18):

- La existencia de patología previa del sueño
- Los signos/síntomas de la patología: dolor, diarrea, vómitos, etc.
- El consumo habitual de sedantes
- El nivel de ansiedad que produce la hospitalización
- Variables ambientales como: ruido, iluminación, comodidad etc.

5.3 SUEÑO Y ENFERMEDADES MÉDICAS

A parte de las consecuencias clásicas de la disrupción del sueño (somnolencia diurna, irritabilidad, letargia, falta de energía, disminución de concentración, bajo rendimiento, juicio alterado), también puede: aumentar los niveles de ansiedad, alterar el humor y causar delirium, elevación de la tensión arterial, deterioro del control postural, alteración mecánica respiratoria, incremento de la actividad del sistema simpático, alteración del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, alteraciones inmunitarias, diabetes Mellitus y obesidad (19).

Entre los trastornos endócrinos más frecuentes encontramos que los diabéticos tienen disminuido el tiempo total y consecuentemente la calidad del sueño, a causa de nicturia y el dolor neuropático. Y a su vez, una mala calidad del sueño es considerado factor de riesgo para desarrollar Diabetes Mellitus tipo II, y además en pacientes diabéticos, la privación de sueño eleva los niveles de hemoglobina glicosilada (Hb1AC) (20).

Los pacientes con insuficiencia renal en fases avanzadas sufren de insomnio causado por un aclaramiento insuficiente de metabolitos (21).

Los pacientes con trastornos neurológicos como: demencia, epilepsia y trauma cerebral tienen una alta prevalencia de disturbios del sueño. La enfermedad de Parkinson y Alzheimer incrementan la fragmentación del sueño con múltiples despertares nocturnos (22).

Los trastornos del sueño son muy comunes en las enfermedades psiquiátricas. Y es curioso que en ocasiones, la presencia de un trastorno del sueño en un paciente hospitalizado pueda sugerir la presencia de un trastorno psiquiátrico no diagnosticado.

La depresión mayor produce con mucha frecuencia trastornos del sueño.

El resultado de algunos estudios sobre el insomnio concluye con que el insomnio es más un síntoma que una enfermedad en sí misma. Y además existe relación estrecha y bidireccional entre salud y sueño normal (23).

5.3.1 Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño (SAOS)

Episodios recurrentes de colapso parcial o total de la vía aérea superior durante el sueño. Como consecuencia se produce un aumento del esfuerzo tóraco-abdominal y caída de saturación arterial de oxígeno, que conducen a una reacción de microdespertar que reanuda la respiración. Los microdespertares inducen interrupción y alteración de la arquitectura del sueño, lo que conlleva la producción de síntomas diurnos en los individuos. Por ello el síntoma más importante a nivel funcional es la somnolencia diurna excesiva, que junto a la alteración del ánimo y deterioro cognitivo, producen un deterioro progresivo en la calidad de vida de los individuos con esta alteración.

Esta entidad está notoriamente subdiagnosticada, por lo cual es necesario su conocimiento y divulgación para conseguir un diagnóstico y tratamiento preciso (24).

5.4 ESTUDIOS EXPERIMENTALES PREVIOS

Estudios con polisomnografía en pacientes internados muestran (25):

- Disminución importante del tiempo total de sueño (media 3,3 horas)
- Reducción o ausencia del sueño REM
- Disminución de la eficiencia
- Fragmentación excesiva del sueño por los numerosos despertares.

En las unidades de Geriátrica la prevalencia de insomnio ronda alrededor del 36% de los residentes. Los factores que se asociaron fueron menor capacidad funcional, depresión y dolor (26).

Un estudio revela que los pacientes estudiados tras varios días de ingreso, de un 51% manifiestan dificultades para conciliar el sueño en los primeros días. En los últimos de ingreso esta prevalencia bajaba notablemente, el estudio remarca que posiblemente se debía a un mecanismo de adaptación (27).

5.4.1 Nuffield Institute for Health, Community Care Division. Leeds, England

Pone en evidencia que no se tienen en cuenta las necesidades del paciente, y se hacen excesivas intervenciones durante la noche, y se les despierta temprano. Además hay diferencias entre lo que las enfermeras y los pacientes entienden por buenos cuidados. Afirma que es realmente todo un desafío promover un ambiente adecuado al sueño (28).

5.4.2 Hospitales del Almería

Según un estudio hecho por la Universidad de Almería, se dilucidan que las causas más importantes de dificultad para conciliar el sueño son: el ambiente hospitalario y la preocupación del paciente por pérdida de salud (29).

5.4.3 Sueño y cuidados intensivos

Los pacientes ingresado en unidades de Cuidados Intensivos, tienen una mala calidad del sueño, en algunos casos no puede evidenciarse si la causa es la patología o es más bien ambiental. Lo que sí está claro es que la privación de sueño en estos pacientes puede contribuir a un empeoramiento de los mismos. Un estudio revela que el factor ambiental que más molestó fue el sonido de las alarmas, el dolor molestó más que la sensación de miedo y angustia, y la intubación endotraqueal y la ventilación mecánica fueron las técnicas que más interfirieron en su sueño (30).

5.4.4 El sueño y los accidentes de tráfico

En un trabajo realizado por el profesor Daniel Vinson este descubrió que los individuos que se sentían somnolientos tenían, asombrosamente, menos probabilidades de sufrir un accidente. El profesor Vinson explicó "Quizá la gente somnolienta cambie su comportamiento", "Si alguien se siente verdaderamente cansado, quizá ese día deje de conducir y evite practicar deporte". Ese cambio en las actividades que realizamos, a raíz de sentirnos cansados, sería la causa de disminución del riesgo de accidente (31).

5.4.5 Estudio Hospital Infanta Elena

Según una investigación realizada en el Hospital Infanta Elena de Huelva en 2006, sobre "Los conocimientos sobre el sueño y los cuidados enfermeros para un buen descanso" se concluyó con los siguientes resultados (32):

-El 75% de las enfermera/os identifican ambas fases del sueño, pero sin embargo no tienen claros los pasos de NREM a REM un 55,4%.

-El 57,4% considera que si un individuo se despierta en alguna fase, cuando se vuelve a dormir empieza por la fase I del sueño NREM, ahora bien un 56,9% afirmó que dicho inicio no implica que el individuo no pueda descansar.

El mismo estudio también indica que en los individuos en situación de hospitalización, la necesidad de descanso y sueño aumenta, pues la misma situación patológica conlleva un gasto extra de energía. Este mismo estudio, hizo un análisis detallado de los aspectos que influyen en el sueño del paciente hospitalizado, y ordena los mismo en diferentes grupos según la causa y por orden de relevancia. (Tabla 2)

Relacionadas con:	
Enfermedad	Molestias de la enfermedad. Aparatos, sondas, vías, oxígeno... El dolor le impide dormir.
Organización de cuidados	Actuaciones de enfermería. Horarios de tratamientos... Horario de cuidados. Exceso de familiares. Toma de constantes. Actuaciones del personal de limpieza.
Estructura /Dotación	Falta de intimidad. Las características de la cama. El compañero de habitación. Cercanía al control. Le molesta el frío. Le molesta el calor.
Ambiente	El sonido de los timbres. Murmullos en los pasillos. Luces del pasillo. Luces en la habitación. Ruido de las puertas. Le molesta el frío. Le molesta el calor.
Social/Familiar	Preocupaciones laborales, familiares, etc.
Personales	Uso de pijama o camisón.

Tabla 2. Prioridades de actuación enfermera, respecto a los factores que dificultan el sueño en pacientes hospitalizados.

Una de las conclusiones para mejorar el descanso y sueño que muestra el estudio, sería reorganizar los cuidados durante el período de descanso en el turno de noche, y así disminuir los estímulos y conseguir un mejor y mayor número de horas de sueño, con la mínima fragmentación posible. Ya que, dicho sea de paso, un descanso correcto puede suponer una disminución en los días de estancia, por una más pronta recuperación, lo cual acabaría reflejándose en un menor coste económico.

5.5 TRATAMIENTO DEL INSOMNIO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

Debe hacerse énfasis en el diagnóstico precoz y en poner en marcha medidas no farmacológicas fáciles de realizar antes de instaurar un tratamiento farmacológico, que a veces lejos de mejorar el trastorno acaban agravándolo.

Cuando un paciente hospitalizado presenta trastornos del sueño, hay que identificar si el mismo se debe a alguna enfermedad de base que tenga el paciente. Si es ese el caso, tratando en problema de base el insomnio mejorará. En el caso de que no se encuentre patología de base que justifique el insomnio, debemos averiguar si ese insomnio causa un trastorno importante en el paciente. Si no resulta un problema demasiado importante con las medidas de higiene del sueño se puede mejorar. Dichas medidas se basan en propiciar un entorno que favorezca el inicio y el mantenimiento del sueño normal (33).

5.5.1 Tratamiento no farmacológico

Estas recomendaciones pretenden evitar una fragmentación excesiva del sueño, y además son actividades por las cuales Enfermería debería prestar más atención (34).

- Limitar el nivel de ruido ambiental, alarmas, TV, conversaciones al lado de la habitación. A ser posible cerrar la puerta de la habitación, limitar las visitas etc.
- Fomentar la exposición a la luz brillante durante el día y atenuarla a partir de las 21h. Ofrecer un antifaz, cerrar ventanas, apagar luces de habitación y de pasillo.
- Fomentar el sueño regular nocturno y aconsejar no tomar siestas durante el día.
- Minimizar las actividades de enfermería y otras durante la noche, realizar lo estrictamente necesario.
- Proporcionar intimidad adecuada: correr cortinilla, puerta cerrada etc.

5.5.2 Tratamiento farmacológico

En caso de que el insomnio represente un problema serio para el paciente o merme de manera significativa su salud o mejoría de la misma, entonces es adecuado instaurar un tratamiento farmacológico. Sin olvidar que dicho tratamiento tiene sus contras, por ello se usará cuando cree más beneficio que perjuicio. El tratamiento más habitual son las Benzodiacepinas, pero dado el gran número de ellas que hay, cada hospital valorará cuál de ellas va mejor en cada caso ya que, suele haber interacciones con otros fármacos, patologías que hacen difícil combinarlas y además hay que tener en cuenta los efectos secundarios que conllevan.

En algunos casos no se usan hipnóticos, ya que las perturbaciones del sueño en los hospitales suelen tener otra causa como: dolor, ansiedad, sentimientos de pérdida. Por ello la manera más efectiva es tratar la causa del mismo.

6. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO (Paciente general)

6.1 AUTOINFORMES PARA EVALUAR LA CALIDAD DEL SUEÑO

En la actualidad, los autoinformes constituyen una de las herramientas más usadas en la valoración inicial de la calidad del sueño, es así gracias a su facilidad de aplicación, y además todos ellos proporcionan puntuaciones objetivas.

Sin Embargo, sobre algunos de ellos hay pocos estudios psicométricos que los avalen, es por lo cual, que un gran número de ellos engrosan las listas de instrumentos, pero no llegan a proceder en la clínica diaria. Es por tanto, un fundamento demostrar los índices de fiabilidad y validez adecuados, ya que en muchas ocasiones se objetiva una falta de relación entre medidas subjetivas y medidas objetivas del sueño (35).

6.1.1 Índice de Calidad de Sueño Pittsburgh

Este índice es una de las herramientas más importantes a la hora de realizar una evaluación de la calidad del sueño. Formado por 19 ítems que permiten obtener una puntuación global acerca de la calidad del sueño en el último mes. Dicha puntuación se obtiene a expensas de siete componentes diferentes: calidad subjetiva del sueño, latencia del sueño, duración del sueño, eficiencia del sueño habitual, perturbaciones del sueño, uso de medicación hipnótica y disfunción diurna (36).

La puntuación final oscila entre 0 (ausencia de alteración del sueño) y 21 (severa alteración del sueño). Las puntuaciones parciales de cada dimensión (parámetro) lo hacen entre 0 y 3.

El ICSP ha logrado amplia aceptación en el área clínica y de investigación y se ha traducido a varios idiomas. Desde 1997 se encuentra disponible en español (37).

6. 2 POLISOMNOGRAFÍA (P.S.G)

La polisomnografía (PSG) consiste en el registro simultáneo de variables neurofisiológicas y cardiorrespiratorias que nos permiten evaluar la cantidad y calidad del sueño, así como la identificación de los diferentes eventos cardiacos, respiratorios, motores, etc. y la repercusión que éstos tienen en el mismo. La revisión de los resultados pese a que existen sistemas automáticos creados para ello, precisan ser revisados por profesionales cualificados (38).

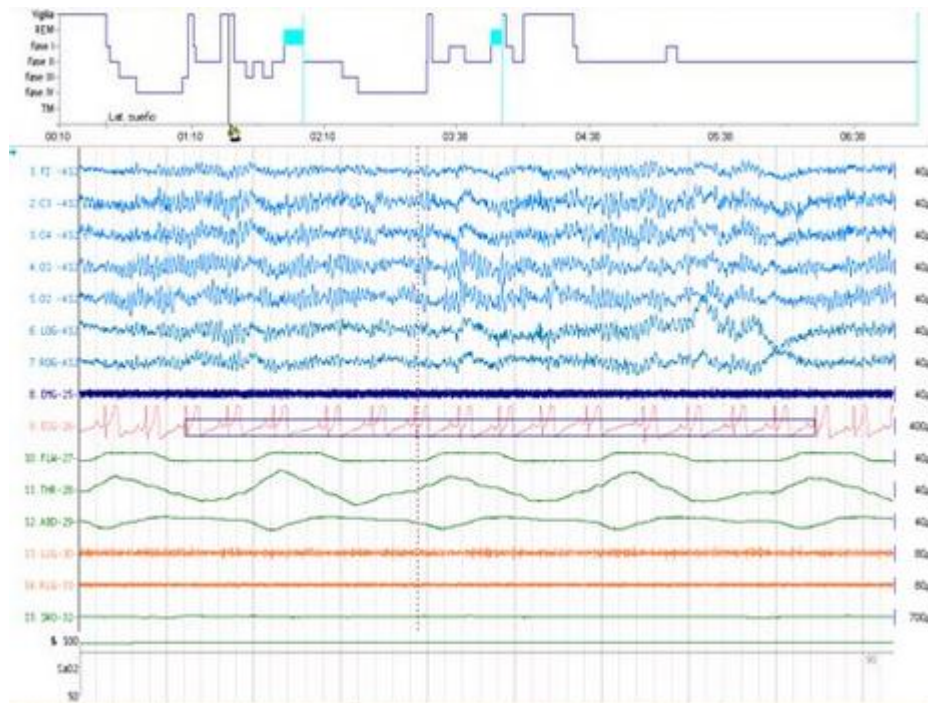


Gráfico 3.Registro Polisomnográfico.

El supuesto ideal es aquel en el que al sujeto se le indica la realización de una prueba tras haber abordado aspectos específicos de su problema desde una visión multidisciplinar, y desde una perspectiva global de los trastornos de sueño. Esta evaluación intenta evitar la visión parcelar que comúnmente se tiene de la patología de sueño desde algunas especialidades, y el consumo innecesario que ello puede generar. El procedimiento es relativamente complejo y costoso, por lo que su indicación debe ser precisa. Dicha evaluación también está orientada a establecer la sospecha diagnóstica, y decidir el tipo de registro que se va a realizar y qué parámetros conviene monitorizar.

En general hay unos parámetros comunes que se registran en todo estudio de PSG como son canales de electroencefalografía (EEG), electrooculografía (EOG), electromiografía de superficie(EMG), electrocardiograma (ECG), flujo nasobucal y/o bandas respiratorias.



Figura 2. Individuo en procedimiento de PSG.

Habitualmente se realiza en laboratorios de sueño, unidades clínicas orientadas a estudiar pacientes con trastornos del mismo. Se realizan durante una noche completa, en la que los sujetos acuden al laboratorio a las 20-21 horas y lo abandonan a las 8 de la mañana del día siguiente.

La cuantificación la “calidad del sueño “ es un fenómeno complejo, difícil de definir y difícil de medir con objetividad, en el que se integran aspectos cuantitativos —duración del sueño, latencia del sueño, número de despertares— y subjetivos del sueño —profundidad, reparabilidad— las escalas (autoinformes) son usadas para la calidad del sueño sin embargo, lo que realmente diagnostica un trastorno del sueño es el polisomnógrafo.

6.3 TRATAMIENTO

Podemos abordar los trastornos del sueño desde dos focos, y en muchas ocasiones se pueden combinar ambos. Pero sin duda el tratamiento no farmacológico tiene ventajas con respecto al farmacológico: es más económico, presenta menos efectos secundarios, el paciente es el protagonista de su mejoría y a largo plazo (cuando es eficaz), tiene poco riesgo de recaídas.

Uno de los inconvenientes que podemos deducir es que supone un esfuerzo. No es fácil de poner en práctica, ya que requiere cambios en los hábitos de vida. El cambio de hábitos de vida muy arraigados, hacen exigir un control exhaustivo, y es un trabajo costoso para los terapeutas. Algunas veces se esperan resultados instantáneos, y aquí es donde está el fallo. Por ello resulta más efectivo y más sencillo a corto plazo prescribir un hipnótico que persuadir al paciente de los beneficios de unos buenos hábitos de sueño (39).

6.3.1 Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico difiere de un trastorno a otro. Las causas del mismo se tienen en cuenta. Los fármacos hipnóticos, cuya función es ayudar a conseguir un sueño dentro de los límites, son los más prescritos. Claro que depende de la causa del trastorno, por ejemplo pueden ser prescritos ansiolíticos, antidepresivos y otro tipo de fármacos psicotrópicos.

Un fármaco hipnótico por definición produce somnolencia y facilita la iniciación y conservación de un estado de sueño similar al sueño natural en sus características encefalográficas. Un uso indiscriminado de los mismos acaba desarrollando trastornos en la arquitectura del sueño, lo cual hace al paciente dependiente al fármaco para dormir.

Barbitúricos

Antes eran muy utilizados para tratar el insomnio, pero dada su alta toxicidad únicamente se usan en casos excepcionales, como última medida ante insomnios que no responden a fármacos y en pacientes en los que eran efectivos previamente.

Antihistamínicos

Son menos efectivos que las Benzodiazepinas, además ante la supresión brusca tienen efecto rebote. Su uso está centrado en pacientes pediátricos y adultos que padecen insomnio debido a eczemas que cursan con prurito. Ya que, además de producir sedación, alivian el prurito y los pacientes pueden dormir mejor (40).

Trazodona

Bloqueante de la recaptación de serotonina. Es efectiva en pacientes depresivos tratados con fluoxetina o IMAOs, ya que estos fármacos provocan insomnio.

Clometiazol

Se utiliza en el tratamiento del Síndrome de Abstinencia en alcohólicos y es una alternativa a las Benzodiazepinas en el tratamiento del insomnio en ancianos.

Benzodiazepinas, Zopiclona y Zolpidem

Son en la actualidad los fármacos más utilizados en el insomnio tanto dentro como fuera del hospital. Son bastante seguros en caso de sobredosis y tienen menos interacciones con otros fármacos. Se dividen en tres grupos dependiendo la semivida de eliminación, y su uso dependerá de la causa que crea el trastorno. Por ejemplo se reconoce el hecho de que los hipnóticos de vida larga causan somnolencia diurna, lo cual puede ser beneficioso para pacientes con ansiedad intensa.

Otros de los efectos secundarios de estos fármacos son: sedación, ataxia, disartria, diplopía, vértigo, mareo, pérdida de memoria reciente, reacciones de hostilidad y depresión. Además las Benzodiazepinas de acción corta pueden dar reacciones paradójicas como: hiperexcitabilidad, ansiedad, agitación, confusión, pánico, depresión y problemas de conducta. Puede también producirse un efecto rebote ante su supresión brusca, por ello se recomienda que la dosis sea muy baja y que su retirada sea paulatina. Lo mismo ocurre con la abstinencia (cuando haya habido un consumo superior a dos meses y diario), por ello se recomienda usar el menos tiempo posible, de la misma manera se irán reduciendo dosis. Cabe destacar que en el paciente anciano puede disminuir la función cognitiva, lo cual aumenta la probabilidad de caídas y fracturas.

Nuevos fármacos

La Melatonina y el Zaleplón son nuevos fármacos contra el insomnio.

La melatonina o N-acetil-5-metoxitriptamina es una hormona producida por la glándula pineal que participa en una gran variedad de procesos celulares, neuroendocrinos y neurofisiológicos. La melatonina se asocia fundamentalmente al control de los ritmos circadianos y a la adaptación al ciclo de luz-oscuridad. También se le asocia un efecto hipnótico o estimulante del sueño. Un aumento de la misma induce el sueño. Por ello es recomendable en alteraciones del ritmo circadiano, trabajo a diferentes turnos así como en personas ciegas.

La historia de la melatonina en España es la historia de un desencuentro en el que, lamentablemente, los intereses económicos y la presión de la industria farmacéutica están por encima de los intereses ciudadanos y su salud. En la actualidad, es considerada un fármaco, no un suplemento alimenticio como en ocasiones previas. Eso sí, como fármaco se dispensa con receta médica, sólo para problemas de insomnio, y exclusivamente a mayores de 55 años, ignorando el resto de aplicaciones de la melatonina.

El Zaleplón está indicado cuando existen dificultades para iniciar el sueño. Su ventaja es que no tiene los típicos efectos secundarios como: efecto rebote, tolerancia, somnolencia diurna, no afecta a la función psicomotriz ni a la memoria (41).

6.3.2 Tratamiento NO farmacológico

Hay diferentes técnicas, algunas de las cuales han demostrado utilidad son:

- 1.- Medidas inespecíficas para inducir el sueño (higiene del sueño).
- 2.- Los tratamientos cognitivos y conductuales (TCC).
- 3.- Restricción del tiempo dedicado a dormir.
- 4.- Técnicas de relajación.
- 5.- Intención paradójica (psicología inversa)

Medidas inespecíficas para inducir el sueño (higiene del sueño) (42).

1. Despertarse todos los días a la misma hora.
2. Limitar cada día el tiempo invertido en la cama a la cantidad habitual antes del trastorno.
3. Retirar cualquier fármaco o droga que actúe sobre el Sistema Nervioso Central (cafeína, nicotina, alcohol, estimulantes, etc.)
4. Evitar las siestas durante el día (salvo si la gráfica del sueño revela que inducen un mejor sueño nocturno).
5. Fomentar la actividad física a través de un programa gradual de ejercicio vigoroso en las primeras horas de la mañana.
6. Evitar la estimulación vespertina: sustituir la televisión por la radio o una lectura relajada que no motive a seguir con su lectura sin poder dejarla para después.
7. Probar los baños con agua caliente, durante 20 min poco antes de acostarse.
8. Comer cada día a la misma hora, evitar comidas copiosas antes de acostarse.
9. Realizar técnicas de relajación vespertina o un rato antes de acostarse, sírvase de ejemplo; relajación muscular progresiva y/o meditación.
10. Mantener condiciones cómodas para dormir: ropa de cama limpia, temperatura agradable, no ruidos, seguridad etc.
11. En el momento de acostarse, no centrarse en las preocupaciones del día, ni obsesionarse por quedarse dormido.
12. No comer chocolate o grandes cantidades de azúcar. Evitar el exceso de líquidos. En el caso de despertares nocturnos, no comer, del contrario el cuerpo se acostumbrará a despertarse cada vez que tenga hambre.
13. No usar de forma habitual hipnóticos.

6.3.3 Tratamiento quirúrgico

Es adecuado en el Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño cuando existen alteraciones anatómicas específicas de la vía aérea superior susceptibles de ser corregidas, como las amígdalas grandes y la obstrucción nasal. Cuando no existen alteraciones anatómicas manifiestas de la vía aérea superior, existen otras opciones quirúrgicas sin una eficacia totalmente demostrada como son la corrección de la úvula (úvulopalatofaringoplastia) o sobre la mandíbula.

7.

CONCLUSIONES

En general, se podría deducir que hay numerosas investigaciones que ponen en manifiesto la relación existente entre sueño y salud. Se constata en muchas de ellas la relación entre las diferentes patologías del sueño y sus síntomas en relación a la calidad de vida. Si bien es conocido que existe gran relación, se hace difícil objetivizar en qué medida afecta a la calidad de vida. Hay numerosos test que pretenden medir la calidad de vida, valoran diferentes aspectos (biológico, psicológico), sin embargo, no cubren de manera adecuada la necesidad de descanso y sueño (43).

El descanso y el sueño son procesos biológicamente esenciales para la salud de la persona. En situaciones de enfermedad las necesidades de mantenimiento del descanso y sueño aumentan, pero a su vez el cumplimiento de la misma cae notoriamente durante la hospitalización.

El abordaje enfermero de los cuidados focalizados a impulsar el descanso y sueño no es muy conocido. Por ello se debería hacer más hincapié en la formación básica en este campo. Sobre todo debe implementar estrategias no farmacológicas que dificulten o disminuyan la aparición de trastornos del sueño. El uso de fármacos, se hará en casos concretos, realizando previamente un análisis exhaustivo y se procurará no alargar el tratamiento en el tiempo, ni realizar un uso indiscriminado de los mismos. Conocer las actuaciones para mejorar el sueño además de enriquecer profesionalmente, permite que los mismos profesionales puedan beneficiarse del mismo. Ya que el trabajo a turnos, puede desarrollar trastornos del sueño en el profesional, lo que acabará influyendo en los pacientes a su cargo y relaciones con los demás profesionales (44).

En general, los diferentes estudios muestran una prevalencia mayor en pacientes ambulatorios de medicina que la población general, lo que refleja el impacto que las enfermedades médicas y psiquiátricas pueden tener sobre los patrones de sueño (45).

En el tratamiento del insomnio debemos considerar que es un síntoma más que un trastorno específico y por lo tanto su manejo depende de la causa subyacente; lo que obliga al médico responsable a establecer un adecuado diagnóstico (46).

Entre las terapias no farmacológicas podemos mencionar: higiene del sueño, terapia de relajación, terapia de control de estímulos y terapia de restricción de sueño (47).

La terapia no farmacológica es poco conocida, y se recomienda poco. Ambas terapias son importantes para el tratamiento del insomnio. Entre las terapias farmacológicas disponemos de hipnóticos benzodiacepínicos (flurazepam, estazolam, triazolam, lorazepam y clonazepam) y no benzodiacepínicos (zolpidem, zaleplon). El problema con el uso de las benzodiacepinas son sus efectos secundarios: desarrollo de tolerancia, insomnio de rebote, alteración del rendimiento psicomotor, dependencia y depresión respiratoria

Si bien en nuestro medio es frecuente el uso de medicinas tradicionales, como la valeriana, existe poca evidencia científica sobre la seguridad y eficacia de estos productos (48).

SAOS

El síndrome de apnea obstructiva del sueño es poco conocido entre la población. Su diagnóstico es tardío y en ocasiones difícil de establecer. La queja más común es del compañero de cama, que se sobresalta por los ronquidos y apneas. El ronquido representa un sonido inspiratorio producido por la vibración de los tejidos blandos de la vía aérea superior durante el sueño. Es un síntoma común en la población general y es más prevalente en hombres que mujeres. Debido a que el ronquido puede ser síntoma del síndrome de apnea-hipopnea del sueño, debemos reconocer cuándo es patológico. Así, un individuo con ronquido de tono alto, somnolencia diurna y pausas respiratorias durante el sueño puede orientarnos a este síndrome.

En conclusión, podríamos decir que el tipo de vida que caracteriza a las sociedades industrializadas repercute de forma negativa en la calidad del sueño de sus ciudadanos. Ahora bien, para una buena calidad de vida es imprescindible una buena calidad del sueño.

8.

BIBLIOGRAFÍA Y REFERENCIAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1]. Guyton AC, Hall JE. Tratado de Fisiología Médica. McGraw-Hill. Interamericana, Madrid. 1997;pp:825-833.
- [2]. Miró E, Cano-Lozano M.C, Buela-Casal G. Sueño y Calidad de Vida. Rev. Colombiana de Psico. 2005;14:11-27
- [3]. Terris M en: XIV Conferencia de la asociación latinoamericana y del caribe de educación en salud pública (ALAESp). La formación en epidemiología para el desarrollo de los servicios de salud. 1987;88:52-58
- [4]. Marín Agudelo H.A, Fernando Franco A, Vinaccia Alpi S, Tobón S, Sandín B. Trastornos del sueño, salud y calidad de vida: una perspectiva desde la medicina comportamental del sueño. Suma Psicológica, Bogotá (Col.) 2008;15(1):217-240
- [5]. Santamaría J. Mecanismos y funciones del sueño: Su importancia clínica. Med. Clin. (Barc) 2003;120(19):750-5. Localizador web del Artículo: 86.605
- [6]. Oblitas L.A, Labiano M, Fusté A, Florentino M.T, Becoña E, Mussi C, et al. Psicología de la salud y calidad de vida. 2006 ;2(13):337-343.
- [7]. Muñoz Hoyos A, Molina Carballo A. Melatonina: Interés cronobiológico y patológico. Vol. Pediatr. 1994; 35: 115-126.
- [8]. Nigorra caro M, Adrover Rigo M, Codina Jané C, Ribas Sala J. Tratamiento del insomnio en los pacientes hospitalizados. Hospital Clinic Barcelona. 2002;26(3):178-188.
- [9]. Buela-Casal G, Navarro Humanes J.F, Avances en la investigación del sueño y sus trastornos. Factores inductores del sueño. 1990;1(7):105-111.
- [10]. Barraquer Bordas L. Neurología Fundamental. Fisiología y patología general del sueño. 1968;2(5):89-90.
- [11]. Sadock BJ, Sadock VA. Trastornos del sueño. En Manual de bolsillo de psiquiatría clínica, Kaplan & sadock. Lippincott Williams & Wilkins. Barcelona España 2008;4:13-18.
- [12]. Monés J. ¿Se puede medir la calidad de vida? ¿Cuál es su importancia?. 2004;76(2):71-77

- [13]. Tucsca Molina R. La Calidad de Vida, su importancia y cómo medirla. Salud Uniorte. Barranquilla (col.). 2005;21:76-86
- [14]. Catalán P, Martínez A, Herrejón A, Martínez-García MA, Soler Cataluña JJ, Román-Sánchez P, et al. Consistencia interna y validez de la versión española del cuestionario de calidad de vida específico para el síndrome de apneas del sueño: Sleep Apnoea Quality of Life Index. 2012; 48:431-442.
- [15]. Alonso J, Prieto L, Antó JM. La versión española del SF-36 Health Survey (cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. Med Clin (Barc) 1995;104:771-776.
- [16]. Sakaguchi Y, Shoji T, Kawabata H, Niihata K, Suzuki A, Kaneko T et al. High prevalence of obstructive sleep apnea and its association with renal function among nondialysis chronic kidney disease patients in Japan: across-sectional study. Clin. J Am. Soc. Nephrol. 2011;6:995-1000.
- [17]. Meissner HH, Riemer A, Santiago SM, Stein M, GoldmanMD, Williams AJ. Failure of physician documentation of sleep complaints in hospitalized patients. West J Med 1998;169:146-9.
- [18]. Young JS, Bourgeois JA, Hilty DM, Hardin KA. Sleep in hospitalized patients. Factors affecting sleep. J .Hosp. Med. 2008;15(1):473-482.
- [19]. Busto Zapico R, Amigo Vázquez I, Herrero Díez J, Fernández Rodríguez C. La relación entre la falta de sueño, el ocio sedentario y el sobrepeso infantil. Análisis y modificación de la conducta, 2006;32(143):391-402
- [20]. Carolina Belo da Cunha M, Lúcia zanetti M, Vandelei J.H. Calidad del sueño en diabéticos tipo 2.Rev.Latino-Am 2008;15(5):13-15
- [21]. Rodríguez MA, Merino D, Grizzo MZ, Schiavelli R. Trastornos del sueño en pacientes en hemodiálisis. Alcmeon Rev. Arg. De Clín. Neuropsiq. 1999;8(2).209-2012.
- [22]. Reyes-Prieto B.M, Velázquez-Paniagua M, Prieto-Gómez B. Melatonina y neuropatías. Rev.Fac.Med.UNAM 2009;53(3):107-8
- [23]. Sarraís F, de Castro Manglano P. El insomnio. An. Sist Sanit. Navar.2007;30(1):122-23
- [24]. Álvarez-Sala Walther J.L, Calle Rubio M, Fernández Sánchez-Alarcos J.M, Martínez Cruz R, Rodríguez Hermosa J.L. Apnea obstructiva del sueño. Sistema Nacional de Salud. 1999;23(5):121-23.

- [25]. Farney RJ, Walker JM, Cloward TV, Shilling KC, Boyle KM, Simons RG. Polysomnography in hospitalized patients using a wireless wide area network. *J Clin Sleep Med* 2006;2:28-34.
- [26]. Merino R, Varela L, Manrique de Lara G. Evaluación del paciente geriátrico hospitalizado. Orientado por problemas: Estudio prospectivo de 71 casos. *Rev. Med Hered* 1992; 3: 51-59.
- [27]. Sendir M, Acaroglu R, Kaya H, Erol S, Akkaya Y. Evaluation of quality of sleep and effecting factors in hospitalized neurosurgical patients. *Neurosciences* 2007; 12:226-31.
- [28]. Southwell MT, Wistow G. Sleep in hospitals at night: are patients' needs being met? *J Adv. Nurs.* 1995 Jun; 21(6):1101-1109.
- [29]. Carrillo Ballesteros M, González Canalejo C, Granados Gámez G, Gutiérrez Izquierdo MI, Latorre Fernández I, Márquez Membrive J, Miras Martínez F. Alteraciones del sueño. *Revista de enfermería* 1996; 6:30-37. También disponible en:
<http://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%206/altsueño6.htm>[25/02/2010 12:59:58]
- [30]. García Arufe MB, Medín Catoira B, Uriel Latorre P, Calvete Vázquez R, Fernández López V. El sueño de los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos y los factores que lo alteran. *ISSN 1130-2399.* 2000;11(1):10-16.
- [31]. Jason N, Vinson E, Vinson DC. Three measures of sleep, sleepiness, and sleep deprivation and the risk of injury: A case control and case-crossover study. *J Am. Board. Fam. Med.* 2007;20:16-22.
- [32]. Medina Cordero A, Feria Lorenzo D.J, Oscoz Muñoa G. Los conocimientos sobre el sueño y los cuidados enfermeros para un buen descanso 2006:10-16.
- [33]. Del Rio Portilla IY. Estrés y sueño. *Rev. Mex. Neuroci.* 2006;7(1):15-20
- [34]. Kozier B, Erb G, Berman A, Snyder S. *Fundamentos de Enfermería.* GRAW-HILL-Interamericana. 2005;7(2):1219-1226
- [35]. Smith MT, Perlis M, Park A, Smith MS, Pennington J y col. Comparative Meta-Analysis of Pharmacotherapy and Behavior Therapy for Persistent Insomnia. *Am. J. Psychiatry* 2002;159: 5 -11.
- [36]. Lomer HA, Pérez-Olmos IP, Telero-Gutierrez C, Moreno C.B, González-Reyes R, Palacios L, et al. Escalas y cuestionarios para evaluar el sueño: una revisión. *Actas Esp. Psiquiatr.* 2008;36(1): 50-59.
- [37]. Royuela A, Macías JA. Propiedades clinimétricas de la versión castellana del Cuestionario de Pittsburgh. *Vigilia-Sueño.* 1997;9:81-94.

- [38]. García de Gurtubay I. Estudios diagnósticos en la patología del sueño. An. Sist. Sanit. Navar. 2007; 30 (Supl. 1): 37-51.
- [39]. Sarrais F, Castro Manglano P. El insomnio. An.Sist.Sanit. Navar.2007; 30 (Supl.1) 121-134.
- [40]. Anxiolytic Sedatives Hypnotics and Antipsychotics. En: Parfitt K, Sweetman SC, Blake PS, Parsons AV (eds.): Martindale. The complete drug reference. London: Pharmaceutical Press; 1999;32:638-639.
- [41]. Conde Mercado J, Betelgense Arévalo Estrada D, León García T, Galván Becerril JR. Terapia con melatonina para mejorar el patrón de sueño. Art.Esp. 2010:2-9.
- [42]. Bonet R, Garrote A. Higiene del sueño: la importancia de un buen descanso. El farmacéutico 2012;467:36-40.
- [43]. Marín Agudelo HA, Fernando Franco A, Vinaccia Alpi S, Tobón S, Sandín B. Trastornos del sueño, salud y calidad de vida: una perspectiva desde la medicina comportamental del sueño. Suma Psicológica, Bogotá (col.) 2008;15(1):217-238.
- [44]. Ledda Aguilera O, Mario Díaz S, Haroldo Sánchez G. Trastornos del sueño en el paciente adulto hospitalizado. Rev. Hops. Univ. Chile 2012; 23: 13-20.
- [45]. Chokroverty S. Diagnosis and treatment of sleep disorders caused by comorbid disease. Neurology 2000;54(suppl.1): S8-15.
- [46]. Roth, T. Management of insomniac patients. Sleep 1996; 19: S52-7.
- [47]. Pacheco Quesada GM, Rey de Castro Mújica J. Insomnio en pacientes adultos ambulatorios de medicina interna del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Rev. Med. Hered 2003;14(2): 66-67.
- [48]. Walsh J. Insomnia: Assessment and Management in Primary Care. Sleep 1999; 22(suppl.2): S402-12