



Best Practice

Evidence Based Practice Information Sheets for Health Professionals

Estrategias para manejar el sueño de residentes de unidades geriátricas

Fuente de información

Este *Best Practice Information Sheet* es fruto de una revisión sistemática¹ titulada "Estrategias para manejar el sueño de residentes de unidades geriátricas".

Las referencias principales en las que se basa este *Best Practice Information Sheet* se encuentran en el informe de esta revisión sistemática, que está disponible en la página web www.joannabriggs.edu.au

Antecedentes

Este documento se centra exclusivamente en la efectividad de las intervenciones llevadas a cabo para valorar las interrupciones del sueño y conseguir que los residentes de las unidades geriátricas concílien el sueño. El estudio indica que se dan cambios considerables en los ciclos de sueño de un individuo según avanza su edad. Varios investigadores han descrito la melatonina como hormona implicada en el control del ciclo sueño-vigilia del cuerpo humano, y el descenso de las concentraciones de esta sustancia está relacionado con la edad. Además, se han descrito muchos trastornos del sueño

Este Best Practice Information Sheet abarca:

- Herramientas para llevar a cabo una valoración diagnóstica y poder medir los trastornos del sueño.
- Intervenciones para promover el sueño (de comportamiento/ cognitivas, farmacológicas, bioquímicas, terapias alternativas, ambientales).

Grados de recomendación

Los siguientes grados de recomendación derivan de los Niveles de Efectividad establecidos por el Instituto Joanna Briggs:

Grado A: Efectividad demostrada para su aplicación.

Grado B: Grado de efectividad establecido que sugiere su aplicación.

Grado C: Grado de efectividad establecido que indica considerar la aplicación de sus resultados.

Grado D: Efectividad establecida con limitaciones.

Grado E: Efectividad no demostrada.

relacionados con la edad, como, por ejemplo, el síndrome de la apnea del sueño o los movimientos cílicos de las extremidades. Para las personas de edad avanzada ingresadas en unidades de geriatría, el riesgo de padecer trastornos del sueño se debe a multitud de razones. Los factores ambientales, como un aumento de la luz, del ruido y de interrupciones del sueño, originados por el personal o por otros residentes, pueden afectar de manera considerable a la calidad y cantidad del sueño del anciano. Las rutinas típicamente

adquiridas en las unidades de geriatría muestran que los residentes pasan mucho tiempo en la cama durante el día, hecho que interfiere en los ritmos circadianos.

Además, con frecuencia se administra a los residentes hipnóticos de vida media corta o benzodiazepinas de vida media larga para que logren conciliar el sueño, a pesar de que este estudio indica que estos medicamentos pueden ser contraproductivos.

Objetivos

El propósito de este *Best Practice Information Sheet* es proporcionar la mejor evidencia disponible relacionada con la efectividad de las estrategias para valorar y manejar el sueño en residentes de unidades geriátricas. Se han utilizado una serie de herramientas en la valoración de los trastornos del sueño y se han recomendado una serie de intervenciones para el manejo del sueño en esta población. A continuación se presenta una breve descripción de estas intervenciones, seguida de un resumen de los resultados obtenidos de la revisión sistemática.

Herramientas para valorar y diagnosticar los trastornos del sueño

En la revisión se han identificado las siguientes herramientas de valoración y diagnóstico de los trastornos del sueño:

Polisomnografía

La polisomnografía (PSG) es una técnica objetiva de valoración del sueño; los pacientes están conectados a electrodos de electroencefalografía (EEG), a electrodos de electrooculografía (EOG) o a electrodos de electromiografía (EMG). Las lecturas de la actividad cerebral y muscular registradas e interpretadas de esta forma determinan la actividad sueño-vigilia de los pacientes estudiados. A pesar de que algunos autores lo han descrito como “el patrón oro” de la evaluación del sueño, el uso de la PSG se encuentra limitado en pacientes de avanzada edad y en individuos con demencia. Las razones son la dificultad de leer los EEG en individuos con demencia debido a la lentitud difusa de su actividad cerebral y la escasa

tolerancia de algunos residentes de unidades geriátricas a la estancia en unidades del sueño donde se lleva a cabo la PSG.

Actigrafía de muñeca

En la valoración de la actigrafía de muñeca, el sujeto de estudio lleva en la muñeca del brazo no dominante un dispositivo monitorizado que contiene un acelerómetro, que mide la intensidad y la frecuencia de los movimientos del cuerpo. La actividad es medida en intervalos de 1 a 5 s y los datos son analizados para determinar los ciclos de sueño-vigilia. Algunos dispositivos de la actigrafía de muñeca poseen la ventaja añadida de registrar niveles de luz y ruido, lo que permite la valoración objetiva y de manera simultánea de los patrones del sueño y del entorno. La actigrafía es la herramienta de valoración del sueño más precisa para utilizar en residentes de unidades geriátricas. Los beneficios que ofrece la actigrafía frente a los del EEG son que esta técnica puede utilizarse en un entorno normal del sueño del residente (no hay que acudir a las unidades del sueño), es una técnica no invasiva, más rentable y los datos no se ven influidos por los cambios de las ondas cerebrales asociados con la demencia. Se recomienda de manera reiterada que el personal de plantilla se asegure de que los residentes de unidades geriátricas llevan colocado el dispositivo.

Observación del comportamiento

Aunque la observación del comportamiento se utiliza frecuentemente para evaluar el sueño, su validez ha sido cuestionada. Una de las principales dificultades para su validación es la frecuencia con que las observaciones son dirigidas. Se advirtió que las observaciones del comportamiento podrían ser imprecisas cuando se realizan con una periodicidad de 1-2 h; sin

embargo, cuando se realizan con una frecuencia mayor pueden ser efectivas como método de valoración del sueño.

Herramientas subjetivas de valoración

Se ha cuestionado la validez de estas herramientas, especialmente cuando se utilizan en personas de avanzada edad con deterioro cognitivo. Se identificaron 2 herramientas subjetivas de valoración: la Evaluación Subjetiva del Sueño (The Subjective Evaluation of Sleep Tool [SEST]) y el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburg (The Pittsburgh Sleep Quality Index [PSQI]). Sin embargo, ninguna de estas herramientas ha sido válida para esta población.

Intervenciones para promover el sueño

Hay estudios especialmente dirigidos hacia las intervenciones para promover el sueño mediante la modificación del entorno de las unidades geriátricas, reducir la cantidad de cuidados enfermeros nocturnos, promover el ejercicio y las actividades durante el día, las terapias basadas en la luz, la melatonina, el manejo farmacológico o las estrategias multidisciplinarias.

Modificación del entorno: intervenciones para minimizar la luz y disminuir el ruido

Una serie de elementos en el entorno de las unidades geriátricas pueden afectar negativamente a la conciliación del sueño del residente. Estos elementos pueden ser la luz, el ruido y las interrupciones por parte de los compañeros de habitación. Varios estudios se centran en la eficacia de la minimización de la luz y la disminución del ruido como intervenciones para promover la conciliación del sueño.

Un estudio reveló que si se reducía la luz nocturna se podía ayudar a mantener los ritmos circadianos del residente, por lo que se invitaba al personal a mantener un ambiente nocturno tranquilo. Los investigadores recomendaron la implantación de protocolos de actuación en los que se determinaba el uso de auriculares para ver la televisión durante la noche para minimizar las molestias a otros residentes, el descenso de los niveles sonoros de las alarmas y teléfonos durante la noche, así como evitar labores de limpieza durante la noche.

Incontinencia nocturna y prevención de las lesiones por presión

Los cuidados de enfermería durante la noche pueden afectar negativamente al sueño del residente.

Dos estudios han investigado la efectividad de programas individualizados de cuidados nocturnos para reducir el número de veces que se despierta a los residentes. Ambos estudios confirmaban que los planes de cuidados individualizados, basados en la valoración de la movilidad del residente y en el riesgo de alteración de la integridad de la piel y realizados con comprobaciones horarias, así como los que sólo proporcionan dichos cuidados cuando el residente estaba despierto, mejoraban significativamente la cantidad de sueño del residente.

Ejercicio

Se ha comprobado que el ejercicio para promover el sueño es eficaz en sujetos jóvenes. Para los interesados en esta revisión cabe decir, sin embargo, que la evidencia obtenida de los 2 estudios identificados ha sido contradictoria. Un ensayo clínico se llevó a cabo con 65 residentes de 7 unidades geriátricas, todos ellos mayores de 65 años, con incontinencia urinaria o discapacidad física de grado medio. Durante 2 noches seguidas se

registraron las condiciones basales y los residentes fueron distribuidos aleatoriamente al grupo de intervención (n=33) o al grupo control (n=32). Los residentes del grupo intervención realizaron 2 programas de actividades físicas: entrenamiento secundario funcional o andar en fila en círculos, mientras que el grupo control recibía los cuidados normales. A pesar del rígido cumplimiento de los programas de actividad física, los datos del análisis no sirvieron para identificar cambios significativos en las características del sueño. El segundo estudio, más pequeño, consistía en un ensayo clínico sin distribución aleatoria con 22 residentes mayores con niveles de dependencia elevada y diagnóstico de demencia.

Los residentes del grupo intervención (n=11) participaron en un programa de ejercicios de 40 min, 7 días a la semana durante 4 semanas. El grupo control realizó actividades sociales durante el mismo tiempo. Se observaron mejoras significativas en el sueño de los residentes del grupo intervención pero no en los residentes del grupo control.

Basándonos en el pequeño número de estudios identificados y los resultados contradictorios alcanzados, no se pueden establecer recomendaciones relacionadas con la eficacia del ejercicio físico para mejorar el sueño de residentes de las unidades geriátricas.

Rutina diaria y actividades

Se ha sugerido que las siestas pueden agravar los trastornos del sueño nocturno. Por tanto, mantener una actividad física durante el día debería disminuir el número de siestas diurnas, y podría tener también un efecto de estimulación del sueño. Un estudio experimental estudió el efecto que producía una intervención basada en actividades individualizadas. Los programas incluían actividades relacionadas con los intereses específicos de los residentes y sus capacidades físicas; por ejemplo, juegos de mesa, juegos con pelota, música y

actividades artísticas. Todos los residentes mostraron una clara mejoría en el sueño nocturno, con una media de incremento del 6,7% ($p<0,001$) del tiempo de sueño nocturno (el 54,2% en el grupo intervención frente al 47,5% en el grupo control). El 60% de los residentes también había disminuido las siestas (79,7 frente a 105,9 min).

Los resultados son alentadores, pero el hecho de que el efecto producido resultante de la interacción social con el personal en plantilla no se controlara por ser un estudio de tamaño pequeño, por la tendencia de sexo único (todos los participantes eran varones) y por tener un diseño de estudio no controlado y no aleatorizado, ha hecho que los resultados sean de menor confianza. Se identificaron otros estudios que demostraron una mejoría en el sueño cuando las intervenciones con actividades físicas se combinaron con otras estrategias para promover el sueño, como reducir el ruido ambiental e individualizar las rutinas de cuidados de enfermería durante la noche.

Se ha sugerido que las rutinas experimentadas por los residentes de residencias de ancianos o unidades de geriatría pueden influir en el sueño nocturno.

Un estudio investigó el efecto que producía en el sueño permitir a los residentes elegir sus propias rutinas diarias, respetándoles la hora de levantarse y de acostarse, así como la propia decisión en el empleo del tiempo para la higiene y para realizar las actividades y las comidas del día. Sin embargo, no se advirtieron cambios significativos en la valoración del sueño nocturno. Las limitaciones de este estudio fueron el pequeño tamaño de la muestra, el método no validado de recolección de datos, el breve tiempo de estudio del marco y las dificultades con la colaboración del personal en plantilla.

Aromaterapia

Se han utilizado aceites esenciales por sus supuestas propiedades relajantes y calmantes. Sin embargo, sólo se han identificado 3 estudios que han investigado la utilización de la aromaterapia en ingresados en residencias de ancianos. Un estudio investigó la efectividad de la aromaterapia y de los aceites en la promoción del sueño y la disminución del uso de la sedación. Los investigadores comunicaron grandes mejoras en el sueño nocturno y una reducción simultánea en el uso de calmantes. Otro estudio, aunque más pequeño, registró una pequeña mejora en el sueño continuo nocturno al utilizar aceite esencial de lavanda administrado por vaporizador. Un estudio de casos también apoyó el uso de aromaterapia (sobre todo con lavanda y camomila) para promover el sueño.

Mientras que los resultados de los 3 estudios eran prometedores, la evidencia obtenida de los mismos es limitada debido a un pobre diseño. La baja confianza en los resultados significa que no se pueden establecer recomendaciones en cuanto al uso de la aromaterapia para promover el sueño en la población de interés. Sin embargo, el tema es digno de futuras investigaciones.

Valeriana

El extracto de valeriana se extrae de la raíz de la planta *valeriana officinalis*, y se afirma que produce efectos calmantes. Sólo se identificó un estudio -un ensayo clínico aleatorio- que hubiera investigado el uso de la valeriana para promover el sueño de los pacientes de residencias de ancianos. Ocho residentes ancianos fueron aleatorizados en el grupo de intervención y recibieron una preparación de extracto de valeriana de 405 mg, 3 veces al día. El grupo control recibió placebo (n=6). Los investigadores observaron varios

cambios en las características del sueño de los residentes del grupo de intervención.

Esto comprendía un aumento del sueño nocturno en su sentido más amplio y, en general, un aumento de la curva lenta del sueño. Se dio un descenso correspondiente al primer estadio del sueño. No se observaron cambios en la curva lenta del sueño ni en el tiempo de sueño total. No obstante, y de manera sorprendente, mientras el grupo de intervención experimentaba un aumento del tiempo total de sueño, ninguno comunicó un aumento simultáneo de la satisfacción por poder dormir.

Terapias basadas en la luz

En estudios realizados con adultos más jóvenes y más mayores que viven en la comunidad se ha descubierto que la exposición a la luz solar resulta efectiva en la alteración de los horarios y la intensidad de los ritmos circadianos. No obstante, en las personas mayores con demencia que viven en residencias de ancianos o unidades de geriatría no se han demostrado de manera consistente que experimenten hechos similares. Se han identificado 4 ensayos clínicos aleatorios y 3 estudios de nivel más bajo que han investigado los efectos producidos en el ciclo sueño-vigilia de los residentes con demencia por varios planes de actuación que utilizan la terapia basada en la luz. No se han encontrado estudios en los que se hayan utilizado residentes con una función cognitiva normal. El estudio más grande que se ha localizado ha sido un ensayo clínico aleatorio en el que se estudió a 77 residentes.

En estos residentes se observaron algunos efectos producidos por la luz solar sobre los ritmos circadianos, aunque no se acompañaban de mejoría en el sueño. Los hallazgos de otros ensayos clínicos aleatorios son

confusos. Uno registró una clara mejoría en las variables del sueño nocturno de residentes con demencia vascular, pero no se dio tal mejoría en los residentes con enfermedad de Alzheimer. Otro ensayo clínico aleatorio demostró una mejoría significativa solamente en la cuarta semana de estudio. Hay estudios de casos que también han registrado mejorías en el sueño cuando se aplican terapias a base de luz durante períodos de 1 mes o más.

Administrar la terapia basada en la luz a la población diana puede ser problemático, ya que los residentes pueden presentar deambulación errática, se puede dar un aumento de agitación (hecho demostrado) o pueden quedarse dormidos durante la terapia. En otras palabras, es necesaria una supervisión constante.

Otras variables que también pueden afectar en la efectividad de la terapia basada en la luz son el tipo de terapia y la duración de las sesiones, las intensidades de iluminación utilizadas, los horarios de administración de luz, la duración de la terapia y el tipo y el grado de demencia del residente.

Melatonina

Los trastornos del sueño y las interrupciones en el ciclo sueño-vigilia pueden deberse a alteraciones de los valores de melatonina en los adultos mayores.

Sin embargo, sólo se identificaron 2 estudios que investigaron este aspecto en pacientes de residencias de ancianos, y ninguno de ellos proporcionó evidencia significativa que apoyara el tratamiento con melatonina oral.

Manejo farmacológico

Los sedantes e hipnóticos se utilizan ampliamente para resolver los trastornos del sueño que padecen los residentes de

las unidades de geriatría. Sin embargo, son pocos los estudios publicados que hayan investigado la efectividad de tales medicamentos administrados a esta población. Es más, los estudios identificados en esta revisión no apoyaban generalmente el uso de estos medicamentos para propiciar el sueño. Hay 2 estudios que han dirigido su investigación a la efectividad de las benzodiazepinas, neurolépticos y antidepresivos para propiciar el sueño. Un estudio (n=176) evaluó a residentes que precisaban cuidados por tener incontinencia de grado elevado para determinar la relación entre el uso de medicación psicotrópica y la cantidad de sueño con la movilidad en la cama durante la noche. Se compararon las medidas objetivas del sueño entre los residentes que tomaban cualquiera de estos medicamentos, anteriormente clasificados, y los residentes que no tomaban nada.

No se observaron diferencias significativas en las características del sueño diurno o nocturno entre los residentes que recibieron psicotrópicos (n=62) y los que no los recibieron (n=114). El segundo estudio, basado en residentes de 65 años o más, demostró que los que habían disminuido su medicación no comunicaron un aumento de los trastornos del sueño, comparado con los residentes que no habían modificado su pauta ($p=0,13$).

Además, un aumento del uso de la medicación psicoactiva no se asociaba con un descenso de trastornos del sueño ($p=0,24$). Había alguna evidencia en el apoyo de una preparación específica no benzodiazepínica (titrato de zolpidem) para propiciar el sueño. No obstante, esto sólo es una evidencia anecdótica extraída de 2 estudios de casos.

Estrategias multidisciplinarias

Dos ensayos se centraron en la utilización de múltiples intervenciones para promover el sueño de residentes en unidades de geriatría. Uno de los estudios era un ensayo clínico aleatorio que investigó la efectividad de combinar el ejercicio físico y las modificaciones nocturnas ambientales y de los cuidados para la promoción del sueño. Todos los residentes eran incontinentes, y los 15 pacientes aleatorizados del grupo de intervención fueron expuestos al ejercicio y a modificaciones del ambiente nocturno.

El grupo control (n=14) fue expuesto sólo a modificaciones del ambiente nocturno. Se utilizaron monitores colocados al lado de la cama para registrar la actigrafía de la muñeca, el ruido y la luz en intervalos de 2 min. para recoger los datos generados durante la noche, y se llevaron a cabo observaciones del comportamiento durante 15 min. para determinar las características del sueño durante el día. Las intervenciones de

manipulación del ambiente consistieron en disminuir significativamente el ruido fuerte y la exposición a los cambios de luz. A pesar de ello, los investigadores fallaron, ya que se demostró una mejoría correspondiente al sueño en residentes del grupo control, mientras que el grupo intervención experimentó un aumento en el tiempo empleado para dormir por la noche. También se observó una tendencia poco relevante hacia la disminución de las siestas diurnas en el grupo de intervención.

Los resultados obtenidos sugieren que la manipulación del medio por sí sola no es efectiva para propiciar el sueño, mientras que emplear varias intervenciones puede que sí sea efectivo. Los hallazgos de un ensayo controlado no aleatorio que investigó la efectividad de la combinación de un programa de ejercicios de intensidad baja con terapia basada en luz natural durante la tarde-noche, con la disminución del ruido de la noche y con una rutina de cuidados nocturnos no negativos, sugiere que la implementación de un programa multidisciplinario disminuye el sueño durante el día. La confianza en estos hallazgos es limitada, ya que sólo se publicó un resumen del estudio. Con todo, la opinión de expertos también apoya la utilización conjunta de varias estrategias para promover el sueño.

Versión original traducida al castellano por: Lucía García Grande y Marta Susana Torres Magán
Traducción revisada por: Teresa Moreno Casbas

Bajo la coordinación del del Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs para los Cuidados de Salud Basados en la Evidencia



THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE
FOR EVIDENCE BASED NURSING AND MIDWIFERY

Recomendaciones

Debería advertirse que las recomendaciones se basan en un pequeño número de estudios, muchos de los cuales presentan limitaciones relacionadas con las muestras de tamaño pequeño, diseño pobre y/o falta de validez en los datos de colección de las técnicas. No se identificaron estudios que abordaran el diagnóstico de trastornos específicos del sueño de huéspedes de residencias de ancianos. Es necesario seguir investigando para poder evaluar completamente las estrategias de valoración y conseguir que los residentes concilien el sueño en las residencias de ancianos.

Niveles de recomendación

- La actigrafía representa actualmente la herramienta de valoración objetiva del sueño más precisa para su uso para la población de interés. Se recomienda sobre todo la supervisión habitual de los residentes que lleven puestos los dispositivos de actigrafía en la muñeca (Grado B).
- Las observaciones del comportamiento pueden ser efectivas sólo cuando se realizan con una determinada frecuencia (más de 1 vez cada hora) (Grado B).
- Los programas de actividades físicas y de recreo durante el día tienen poca probabilidad de influir significativamente en el sueño cuando se utilizan en situación de aislamiento, pero su utilización como parte de un plan multidisciplinario para promover el sueño puede contribuir a alcanzar mejoras en el sueño durante la noche (Grado B).
- Las benzodiazepinas, los neurolépticos y los antidepresivos no parecen tener efectos considerablemente positivos en el sueño de residentes que reciben cuidados intensivos (Grado B).

No se pueden establecer recomendaciones referentes a:

- Ejercicio físico • Valeriana • Herramientas de evaluación subjetivas del sueño •
- Melatonina • Terapias basadas en la luz •

Referencias:

1. Haesler EJ. Effectiveness of strategies to manage sleep in residents of aged care facilities. JBI Reports, Blackwell Publishing Asia. 2004; 2; 115-83.

- The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery, Margaret Graham Building, Royal Adelaide Hospital, North Terrace, South Australia, 5000. <http://www.joannabriggs.edu.au>
ph: 08) 8303 4880 fax: (08) 8303 4881
- Published by Blackwell Publishing Asia

Traducido y difundido por:



CENTRO COLABORADOR ESPAÑOL
DEL INSTITUTO JOANNA BRIGGS PARA
LOS CUIDADOS DE SALUD BASADOS EN LA EVIDENCIA

"The procedures described in Best Practice must only be used by people who have appropriate expertise in the field to which the procedure relates. The applicability of any information must be established before relying on it. While care has been taken to ensure that this edition of *Best Practice* summarises available research and expert consensus, any loss, damage, cost, expense or liability suffered or incurred as a result of reliance on these procedures (whether arising in contract, negligence or otherwise) is, to the extent permitted by law, excluded".

Agradecimientos

The information sheet was developed by the Australian Centre for Evidence Based Aged Care (ACEBAC), a collaborating centre of the Joanna Briggs Institute, with a review panel of experts led by Dr Susan Koch.

The contribution and support of the following people in the production of the systematic review is acknowledged: Professor Rhonda Nay, Director, Australian Centre for Evidence Based Aged Care, Dr Susan Koch, Review Coordinator, Ms Adriana Tiziani, second reviewer, and Ms Samantha Nugent, Administration. This systematic review was conducted under the guidance of a panel of experts who acted as consultants during the review process. The review panel members were:

- Dr Ken Greenwood, Psychological Science, La Trobe University
 - Ms Meigan Lefebure, CEO, Aged Care Association
 - Ms Natalie Nugent, Music Therapist
 - Dr Marlene Reimer, Canadian Sleep Institute, Calgary, Canada
 - Associate Professor Sally Garratt
 - Ms Judy Jacka, Natural Therapist
 - Dr Darren Mansfield, Epworth Sleep Centre
 - Dr Jenny Schwartz, Melbourne Extended Care Centre
- In addition this Best Practice Information Sheet has been peer reviewed by experts nominated by JBI collaborating centres.