

## ¿EL INSÓMNIO INFLUYE POR IGUAL A TODOS LOS PACIENTES EN DIÁLISIS?

*Álex Andújar Asensio*, Paqui Gruart Armangué, Ferrán Vilarnau, Maricel Julvé

Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona

### INTRODUCCIÓN

Según Hipócrates, el sueño y la vigilia, cuando exceden de lo acostumbrado, auguran un mal pronóstico<sup>1</sup>.

Durante el sueño se recupera y regenera nuestro organismo y se activan neurotransmisores y otras hormonas que regulan el metabolismo. El insomnio, definido como disminución involuntaria de las horas de sueño, produce malestar, irritabilidad, dificultad en la concentración y fatiga a la persona que lo sufre e interfiere en su estilo de vida.<sup>2</sup>

Los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica sufren frecuentemente alteraciones en el sueño que afectan considerablemente a su calidad de vida y limitan su rehabilitación social. Muchos de estos pacientes habitualmente precisan de medicación para poder dormir o descansar.<sup>3</sup> Estas alteraciones en el sueño, son de origen multifactorial ya que a la toxicidad urémica se unen problemas respiratorios y factores psicológicos.<sup>4</sup>

El tratamiento con hemodiálisis (HD) o diálisis peritoneal (DP) no suele solucionar este problema y según bibliografías consultadas, el insomnio es aún más constante cuanto mayor es la permanencia en el tratamiento sustitutivo.<sup>3,5</sup>

En un trabajo en el que se comparó la calidad del sueño de los pacientes en DP y sus cuidadores, dio como resultado que la gran mayoría de ellos, tanto pacientes como cuidadores, padecían de insomnio.<sup>6</sup>

Por este motivo hemos realizado un estudio, con el objetivo de conocer las diferencias ante el insomnio de los pacientes de DP y los de HD.

### METODOLOGÍA

Mediante la encuesta basada en la versión modificada del Cuestionario de Pittsburg y la escala de somnolencia de Standford (ver Anexo 1), ya validada en un anterior trabajo<sup>6</sup>, se realiza el estudio descriptivo de nuestros pacientes en DP comparándolo a un grupo en HD, en un mismo turno, de nuestra área hospitalaria entre mayo y junio del 2003, con un mínimo de permanencia en tratamiento de dos meses.

La encuesta que consta de 30 ítems distribuidos en varios apartados, en esta ocasión los reagrupamos en los siguientes:

- Filiación, en el que se recogen los datos específicos de la enfermedad renal y su tratamiento, además de otras patologías que puedan incidir en el sueño como: alteraciones respiratorias, dermatológicas y digestivas.
- Calidad y cantidad del sueño, en el que se preguntan las horas de descanso nocturno y las acciones y sensaciones que pueden interferir en el sueño (roncar, sensación de ahogo, músculos paralizados, sueños y pesadillas, etc.)
- Calidad de vida desde el punto de vista de la somnolencia diurna, en el que se

pregunta por la siesta, ritual antes de ir a la cama, somnolencia diurna y la percepción de sueño según la Escala de Stanford.

- Molestia y grado de preocupación por la técnica.

La encuesta la contestaron todos los pacientes aunque algunos se “olvidaron” de contestar algunos ítems. Cabe destacar que en DP algunos pacientes realizaron la encuesta por segunda vez ya que seguían en tratamiento en esta época.

En total se encuestan 35 pacientes cuya distribución puede apreciarse en la tabla 1.

Sistema de Tratamiento	Nº pacientes	Sexo	Edad media	Tiempo de permanencia
HD	13	Hombres	59.75 a. (± 15.14)	32.92 m. (1.9 – 95)
	4	Mujeres	62.57 a. (± 22.75)	22.21 m. (3.5 – 68.7)
CAPD	7	Hombres	64.77 a. (± 13.68)	21.82 m. (2.9 – 52.1)
APD	6	Hombres	40.32 a. (± 11.41)	19.10 m. (3.2 – 61.3)
	5	Mujeres	52.52 a. (± 5.43)	39.76 m. (17.2 – 77.1)
Tabla 1				

El análisis de los datos se realizó con el paquete estadístico SPSS.

## RESULTADOS

Los resultados obtenidos por grupos (ver tabla 2):

- HD – Presentan patologías que pueden interferir en el sueño, dolor el 23.53% (4), picores es el síntoma siguiente en intensidad de este grupo. Cabe destacar que el 47.1% (8) no contestaron a esta pregunta.

La duración del sueño nocturno es, en 13 pacientes de 6 a 8 horas o más y el resto (4) duermen menos de seis horas.

Consideran que invierten en su tratamiento menos de 6 horas a excepción de dos que es de 6 a 8 horas y un paciente que considera que su inversión es de 8 a 10 horas.

La moda de actividades diarias en este grupo es 2 actividades (paseo y compras) y su percepción de somnolencia s/ Stanford es en general de II (Funciono bien pero no estoy al máximo. Puedo concentrarme).

- CAPD – Cabe destacar que la mayoría, 4 pacientes (57.14%), presentan problemas respiratorios, el resto (3) presentan picores y dolor que les impiden conciliar el sueño.

Duermen de seis a ocho horas o más, 5 pacientes. El resto (28.57%) duermen menos de 6. Sus actividades en la vida diaria se resumen en una (paseo), siendo su percepción de somnolencia más repetida el IV nivel (Siento la cabeza un poco “torpe”, como embotada, aunque no mucho. Me siento con poco “ánimo”).

- APD – Sólo 6 pacientes (54.55%) contestaron a la pregunta de las patologías que interfieren en la conciliación del sueño, siendo el dolor en un 50%, la patología que más se repite, el resto son dolor y picores.

Todos duermen de 6 a 8 horas o más, a excepción de una paciente que duerme menos de 4 horas con dolor.

Consideran que invierten en su tratamiento menos de 6 horas, 5 pacientes (45.45%).

El resto consideran que invierten 8 horas o más.

El número de actividades de la vida se resume en 2 ó más (paseo, faenas del hogar, compras) y su percepción de somnolencia más repetida es de 3 (Estoy relajado, despierto, aunque no completamente alerta. Puedo mantener el interés).

Por grupos de dormir...

Grupo s/horas de sueño	Sexo		X edad	Xtotrat	Sistema	Moda en n° actividades	Moda en Stanford
	H	M					
>8 horas	7	3	54.78	31.21	CAPD 1 APD 4 HD 5	3	II: Activo. Puedo concentrarme
De 6 a 8 horas	15	3	54.44	19.84	CAPD 4 APD 6 HD 8	1	II: Despierto. Activo. Puedo concentrarme
De 4 a 6 horas	4	2	66.53	46.35	CAPD 2 APD 0 HD 4	1	II: Puedo concentrarme. IV: Tengo pocos ánimos
< 4 horas	0	1	58.21	35.57	APD 1	4	V: Poco torpe. Poco interés
Tabla 2							

Considerando que las horas de descanso nocturno normales es a partir de 6 o más horas, diferenciamos dos grupos: los que perciben que no duermen (ND) y los que al parecer sí lo hacen (SD). De ellos cabe destacar (tabla 3):

Grupo	N° pacientes		Edad media	X tiempo tratamiento	CAPD		APD		HD	
	H	M			H	M	H	M		
SD	22	6	53.32 años (± 16.84)	23.90 m (± 24.85)	5	0	6	4	11	2
ND	4	3	65.34 años (± 8.42)	44.81 m (± 29.40)	2	0	0	1	2	2
Tabla 3										

La percepción de somnolencia s/ Standford es:

sistema	I → Activo y vital. Alerta y despierto	II → No estoy al máximo. Puedo concentrarme	III → Relajado y despierto. Mantengo interés	IV → Cabeza torpe. Pierdo interés	V → Muy torpe. Cuesta permanecer despierto	VI Luchar por no dormir. Pienso con poca claridad	VII → Duermo todo el día. Casi no puedo permanecer despierto
SD	6	11	7	1	2		1
ND		1	2	3	1		

Sobre la *calidad del sueño* (tabla 4), más de la mitad del grupo ND tardan en dormir más de media hora, siendo en el grupo SD sólo una cuarta parte:

Grupo	Roncan	Dejan de respirar	Sensación ahogo	Músculos paralizados	Notan sacudidas	Tienen pesadillas	Sensac. noche blanco	Despierta noche*	Despierta con dolor cabeza
ND	71%	14%	28%	57%	42%	100%	57.14 %	100%	57.14%
SD	53%	7%	21%	25%	28%	53.57%	39.28 %	85.71%	21.42%

Tabla 4

A la pregunta de ¿Despiertan por la noche? – Del grupo ND el 100% se despiertan y no vuelven a dormirse 4 (+50%); los que alguna vez siguen un ritual antes de acostarse están en el mismo porcentaje. En el grupo SD son 24 pacientes los que se despiertan; no vuelven a dormirse 7 (25%), siendo el 71.43% los que siguen un ritual antes de acostarse.

En cuanto a la *calidad de vida* desde el punto de vista del sueño diurno:

- De los 5 que hacen la siesta del grupo ND, dos pacientes invierten 2 ó más horas en la siesta, coincidiendo que hacen poca actividad (sólo pasean). La edad es de 56 años con tiempo de tratamiento en HD de 95 meses y de 65 años con tiempo de tratamiento en CAPD de 11.73 meses. La escala de Standford es de nivel V y nivel I respectivamente.

- De los 24 que hacen la siesta del grupo SD, sólo hay 4 pacientes que su siesta es de 2 ó más horas. La edad es entre 23 y 88 años y coincide con pocas actividades fuera de casa, sólo hay uno que tiene actividad laboral y es de APD con un Standford de III. Los otros tres pacientes el tratamiento es en HD y el Standford es I, II y III respectivamente.

Sobre la *molestia de la técnica*:

- 3 pacientes (42.85%) del grupo ND consideran que la técnica les dificulta el dormir ya que les preocupa (1 de APD y 2 de HD)

- Del grupo SD hay 8 (28.57%) pacientes que consideran que la técnica les dificulta el dormir:

- . 2 pacientes por molestia del líquido (1 paciente en CAPD y 1 paciente en APD).

- . 2 paciente en APD tienen preocupación por la propia técnica.

- . 4 pacientes de HD no especifican sus motivos.

- A la pregunta de las horas que dedican a su tratamiento:
  - Los 7 pacientes del grupo ND contestan que dedican menos de 8 horas.
  - Del grupo SD 18 pacientes manifiestan que dedican menos de 8 horas.
  - Por grupos:

Horas que dedican al tratamiento	CAPD	APD	HD
< 6 horas	6	5	12
De 6 a 10 h.	1	4	5
> 10 horas	0	2	0

- En cuanto a las *actividades de la vida*, todos los pacientes anotan que hacen actividades.

- En el grupo ND, 6 pacientes de los 7 (85.71%) la actividad que más se anota en un 71.42% es el paseo. Las faenas del hogar y actividades lúdicas es el 28.57%. Sólo 1 paciente, hombre de 58 años, tiene actividad laboral con un valor en la escala de Stanford del nivel II.

- En el grupo de los SD el 89.28% (25 pacientes) desarrollan actividades:

- Más de la mitad de los pacientes (53.57%) pasean. Llevan las actividades de la casa y las compras más del 40%, todo y que la mayoría son hombres; las actividades que se desarrollan en casa (pintura, labores, lectura, etc.) van por delante, en importancia a las actividades, lúdicas fuera de casa (petanca, cartas, etc.).

- 3 pacientes, dos HD y 1 en CAPD (1 mujer y 2 hombres) no han descrito ninguna actividad con una edad media de 72.38 ( $\pm$  4.16) y una permanencia en terapia de 2.66 meses ( $\pm$  1.83) con un valor en la escala de Stand nivel IV (2 paciente) y V.

- 5 pacientes, 3 en APD y 2 en HD (2 mujeres y 3 hombres) de este grupo tienen una actividad laboral. La edad media es de 39.93 ( $\pm$  13.08) y permanencia media 22.27 ( $\pm$  25.31). La escala de Stand es de 2 pacientes nivel I, 2 pacientes nivel II y 1 paciente nivel III.

## DISCUSIÓN

Las diferencias encontradas entre ambos grupos, según el propósito de nuestro estudio, son poco significativas, haciendo destacar varios aspectos:

- Los pacientes en HD, casi la mitad no contestaron a la pregunta de las patologías que puedan interferir en el sueño, pero el dolor y los picores es en general los más contestados, por lo que pensamos que el dolor está directamente relacionado con el tiempo del tratamiento. A la consideración de las horas que invierten en el tratamiento, el que tres pacientes comuniquen que tardan más de 6 horas, siendo la sesión de HD de 4 horas, consideramos que calculan el tiempo de espera y regreso a casa con la ambulancia, ya que existen retrasos importantes en este aspecto.

- Los pacientes en CAPD son los de mayor edad coincidiendo que hacen pocas actividades, aparte de sus recambios diurnos; son todos hombres y sus actividades son sólo las de paseo. Coincide además que duermen pocas horas por la noche y durante el día no hacen más que hacerse los intercambios.

- Los pacientes de APD la gran mayoría siguen un ritual antes de irse a la cama, lo que creemos que uno de ellos es la preparación de la cicladora. Estos pacientes consi-

deran que invierten en su tratamiento más de 6 horas. Pensamos que han incluido en éstas, la duración del tratamiento nocturno sin contar en que también duermen.

- Dentro del grupo SD, el 100% de los pacientes que antes de ir a la cama suelen hacer un ritual, inician el sueño más fácilmente que los que no lo hacen y tardan menos de una hora en dormirse.

## **CONCLUSIONES**

De los resultados obtenidos podemos afirmar:

- Corroboramos lo ya descrito en distintas bibliografías, que a mayor permanencia en tratamiento hay mayor incidencia en el insomnio.

- No encontramos diferencias, ni en la cantidad ni en la calidad del sueño entre los pacientes de las distintas modalidades de tratamiento.

- Los profesionales de enfermería debemos educar a nuestros pacientes en conseguir una aceptable calidad del sueño, mediante programas educativos en colaboración con otros profesionales especialistas en el descanso.

Agradecemos la colaboración de la Sra. Cristina Matud

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Hipócrates. Aforismos. Secc.2:3. The classic of medecine library. 1982

2. Moreno,E. Millan,D. Vizcaya,F. y cols. Estudio descriptivo del insomnio en dos unidades de HD. Aplicación de un programa educacional sobre higiene del sueño. SEDEN 1997

3. M. Zaleski, N. Pascual, C. Andrea, N. Blanco, y cols. Alteraciones del sueño en pacientes en Diálisis. SEDEN 1—

4. Andreu, L. Force, E. 500 cuestiones que plantea el cuidado del paciente renal. Ed. Masson Barcelona 2001.

5. Teixido Estado de salud en HD y en DP. Poster SEN 1997

6. Sanchez, LT. Andújar, A. Gruart, P. Andujar, J. Influencia de la Diálisis Peritoneal en el sueño del paciente y su acompañante. SEDEN 2002.