

ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL INSOMNIO EN DOS UNIDADES DE HEMODIALISIS. APLICACION DE UN PROGRAMA EDUCACIONAL SOBRE HIGIENE DEL SUEÑO

Eutropio Moreno, Diana Millán , Flores Vizcaya, J. Miguel Cases , Javier Samper , Beatriz Canto, Luis Pico.

Hospital General Universitario de Alicante. Sanatorio Perpetuo Socorro. Unidad de Hemodiálisis.

[Comunicación oral](#)

INTRODUCCION

El sueño es para los humanos un proceso muy importante. Sólo téngase en cuenta la cantidad de tiempo que le dedicamos: prácticamente pasamos la tercera parte de nuestra vida durmiendo.

La preocupación por el sueño se remonta a tiempos bíblicos, con el Talmud Babilónico donde ya se clasifica el sueño en tres estados. Más tarde Hipócrates predijo que el sueño y la vigilia, cuando exceden de lo acostumbrado, auguran un mal pronóstico² y Avicena dio normas higiénicas para lograr un sueño equilibrado, que poseen la misma vigencia hoy que antaño.

El sueño tiene funciones tan vitales como la recuperación, la regeneración corporal y el descanso mental.³ La evidencia experimental es dramática: Los animales de laboratorio sometidos a privación absoluta de sueño fallecen en días.⁴

El insomnio, definido como falta de sueño en horas en que convencionalmente se debe estar dormido, es un síntoma común a diversas enfermedades y situaciones personales. Puede definirse mejor, como una alteración del período del sueño y/o una mala calidad de éste, que produce un malestar al paciente o que interfiere en el estilo de vida deseado,⁵ con molestias tales como irritabilidad, dificultad de concentración o fatiga.

El insomnio tanto si es primario como secundario⁷ tiene una prevalencia variable. Según trabajos americanos es del 35%.⁸ Mientras que en España según Miralles et al (1992) y Blanquer et al (1994) la prevalencia alcanza el 51 y 57%.^{9,10}

Aunque el insomnio es una queja común en pacientes sometidos a tratamiento hemodialítico, apenas si hemos encontrado estudios que indiquen su prevalencia, las variables que puedan influir en ella o la percepción que tiene el paciente de su problema.^{11,12,20,21,22}

OBJETIVOS

Conocer la prevalencia del insomnio, así como las variables y factores desencadenantes en nuestros pacientes de hemodiálisis, para que conociendo el problema, estemos en condiciones de poder ayudarles mediante un programa educacional a adquirir hábitos saludables que favorezcan el sueño.

DISEÑO DEL ESTUDIO

Estudio descriptivo con muestreo no probabilístico accidental, realizado en dos unidades de hemodiálisis entre los meses de septiembre de 1996 y abril de 1997.

CRITERIOS DE INCLUSION

Formaron parte del estudio todos los pacientes que se dializaban en él y con más de seis meses en programa y dieron su conformidad para el estudio.

DESCRIPCION DE LA MUESTRA

Se estudian 187 pacientes en programa de hemodiálisis, de los cuales 108 son varones y 79 mujeres, con edad media de 58.2 años (rango: 17-86 años) (Tabla 2).

MATERIAL Y METODOLOGIA DE TRABAJO

Este estudio se ha realizado en dos partes:

Primera parte: Realizamos una encuesta personal (Anexo 1) tomada de un trabajo anterior y adaptada a pacientes en hemodiálisis,¹⁰ analizando 24 variables que incluyen los siguientes apartados:

- Datos de filiación, turno, horas de hemodiálisis y características socioeconómicas. Para evaluar el nivel socioeconómico se utilizó el patrón de ingresos familiares de la encuesta de salud de la Comunidad Valenciana.¹⁴

- Criterios de clasificación del insomnio y forma de presentación según criterios DSM-III-R.¹⁵ (Tabla 1). Se consideraron pacientes con insomnio a aquellos que, cumpliendo estos criterios, lo padecían en el momento de la realización del estudio o a lo largo del tiempo de permanencia en hemodiálisis. La clasificación del insomnio desde el punto de vista semiológico se hizo en función del momento de su aparición. Resultando así:

- 1- Insomnio proximal, en el que el paciente aqueja dificultad de conciliación.
- 2- Insomnio tardío, en donde el paciente dice despertarse precozmente.
- 3- Insomnio intercalado o sueño interrumpido.

Desde el punto de vista cronológico lo diferenciamos en:

- 1- Insomnio transitorio cuando su duración es inferior a tres o cuatro semanas.
- 2- Insomnio persistente cuando su duración es superior a cuatro semanas.

- Factores etiológicos, farmacología y hábitos asociados al insomnio: En los factores etiológicos tenemos en cuenta las alteraciones sensoriales del paciente tanto externas como internas. En la farmacología valoramos los fármacos inductores de insomnio, como: estimulantes del SNC, esteroides, broncodilatadores, bloqueadores beta, metildopa, antidepresivos, energizantes, benzodiazepinas y barbitúricos.¹⁶

- Aspectos relacionados con la higiene del sueño: En este apartado nos basamos en las relaciones complejas entre el comportamiento, los factores medioambientales y los cambios en el ritmo circadiano vigilia-sueño.¹⁷

La encuesta se pasó individualmente a todos los pacientes durante la sesión de hemodiálisis por dos de los enfermeros firmantes.

Los datos han sido tratados con el programa estadístico SPSS / PC +, en un ordenador Pentium 100 Mhz. Las pruebas estadísticas empleadas para establecer relaciones con la variable insomnio fueron la media y desviación standard, chi - cuadrado y la "T" de Student. Se consideró como significativo el valor de $p < 0,05$.

Segunda parte: Desarrollamos un plan de educación sanitaria sobre prevención y tratamiento del insomnio basado en la higiene del sueño, para ayudar a que el paciente en hemodiálisis adquiriera hábitos saludables que favorezcan el sueño.¹⁸ Informándole convenientemente sobre las conductas favorecedoras y perjudiciales. Para ello nos valimos de métodos directos como el diálogo y la discusión en grupo y los complementamos con métodos indirectos de creación propia, como folletos (Anexo 2 y 3).

TABLA 1
CRITERIOS D S M III - R Insomnio

- Dificultad para iniciar o mantener el sueño, o la falta de sueño reparador con una latencia superior a 30 minutos.
- Número de despertares nocturnos superior a dos.
- Tiempo de vigilia nocturna superior a 1 hora.
- Tiempo de sueño total inferior a 6 horas.

Esta alteración debe presentarse 3 veces en una semana durante un mínimo de un mes y ser lo suficientemente grave como para dar lugar a cansancio diurno o a la observación, por parte de los demás, de otros síntomas como alteración del sueño (fatiga, mal humor y falta de concentración) irritabilidad o deterioro de la actividad diurna.

RESULTADOS

Después de realizado el estudio, los datos obtenidos nos aportaron los siguientes resultados:

TABLA 2

DATOS DE FILIACION Y SOCIOECONOMICOS CON INSOMNIO Y HEMODIALISIS

VARIABLES	PACIENTES / % GENERAL N° 187	PACIENTES / % INSOMNIO N° 119	PACIENTES / % SIN INSOMNIO N° 68
EDAD			
Media	58,2	58,3	58,2
D. Estándar	+/- 14,97	+/- 14,08	+/- 16,51
Rango	17 - 86	20 - 81	17 - 86
SEXO			
Varón	108 (57,8%)	70 (37,4%)	30 (20,3%)
Mujer	79 (42,2%)	49 (26,2%)	30 (16%)
ESTADO Civil			
Soltero	20 (10,7%)	11 (5,9%)	9 (4,8%)
Casado	137 (73,3%)	89 (47,6%)	48 (25,7%)
Viudo	26 (13,9%)	16 (8,6%)	10 (5,3%)
Separado	4 (21%)	3 (1,6%)	1 (0,5%)
NIV. SOCIOECON.			
Bajo	67 (35,8%)	48 (25,7%)	19 (10,2%)
Medio	87 (46,5%)	55 (29,4%)	32 (17,1%)
Alto	33 (17,6%)	16 (8,6%)	17 (9,1%)
TURNO HD			
Primero	66 (35,3%)	48 (25,7)	18 (9,6)
Segundo	59 (31,6%)	36 (19,3)	23 (12,3)
Tercero	33 (17,6%)	35 (18,7)	27 (14,4)
AÑOS EN HD			
Media	6,42	7,17	5,29
D. Estándar	+/- 5,44	+/- 5,912	+/- 4,32
Rango	0,6 - 24,5	06 - 24,5	0,6 - 20,61
HORAS DE SUEÑO			
Media	6,219	5,235	7,94
D. Estándar	+/- 2,32	+/- 1,93	+/- 1,84
Rango	1 - 14	1 - 9	5 - 14

(TABLA 3)

CORRELACION ESTADISTICA ENTRE LAS ANTERIORES VARIABLES E INSOMNIO

VARIABLES	T. STUDENT O CHI CUADRADO	VALOR DE P	GRADO DE SIGNIFICACION
EDAD	t = 0.07	p = 0.119	NOSIGNIFICATIVO
SEXO	x2 = 0.15	p = 0.69	NOSIGNIFICATIVO
ESTADO CIVIL	x2 = 1.021	p = 0.79	NOSIGNIFICATIVO
N. SOCIO-ECONOM	x2 = 5.135	p = 0.076	NOSIGNIFICATIVO
TURNO	x2 = 3.915	p = 0.14	NOSIGNIFICATIVO
AÑOS EN H.D.	t = 2.51	p = 0.013	p = < 0.013

RELACION DE PACIENTES CON SOMNOLENCIA DIURNA

PACIENTES CON INSOMNIO

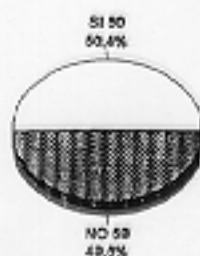


Fig. 1

CORRELACION ESTADISTICA

$$X^2 = 25,69$$

$$P = 0,00$$

$$P < 0,01$$

PACIENTES SIN INSOMNIO



Fig. 2

RELACION DE PACIENTES CON INSOMNIO EN EL TIEMPO Y SEGUN SU CLASIFICACION

SEGUN EL TIEMPO

ANTERIOR Y ACTUALMENTE

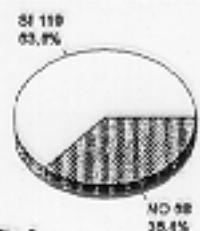
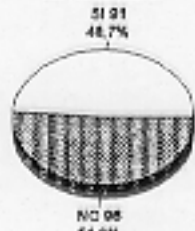


Fig. 3

ACTUALMENTE



CLASIFICACION

CRONOLOGICA

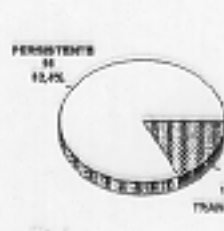
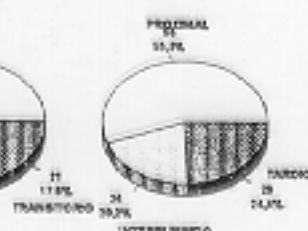


Fig. 4

SEMIOLOGICA



ETIOLOGIA DEL INSOMNIO

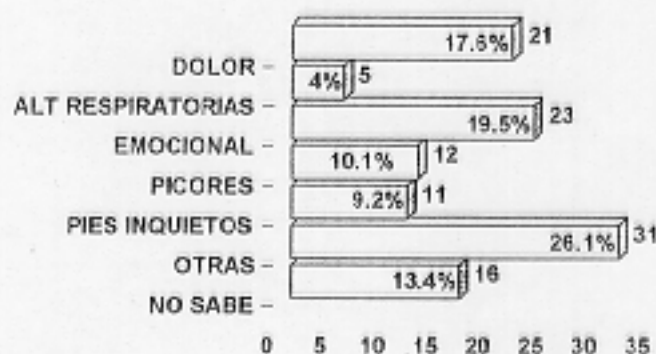


Fig. 5

DISTRIBUCION DE PACIENTES CON INSOMNIO Y SU DEMANDA ASISTENCIAL

DEMANA ASISTENCIAL

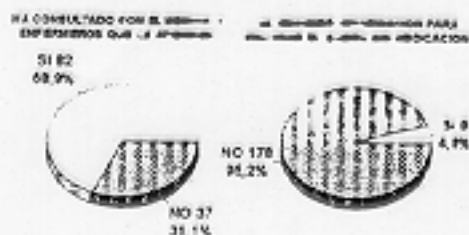


Fig. 6

TOMA O HA TOMADO FARMACOS PARA DORMIR

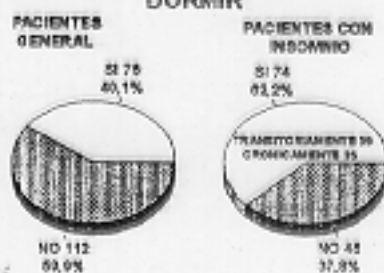


Fig. 7

RELACION ENTRE LOS HABITOS ASOCIADOS Y EL INSOMNIO

TABACO



ALCOHOL

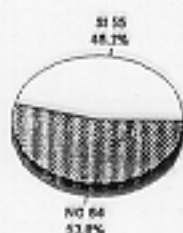


CAFE - COLAS



RELACION ENTRE INSOMNIO Y FARMACOS INDUCTORES

CON INSOMNIO



CORRELACION ESTADISTICA

$$X^2 = 7,5$$

$$P = 0,006$$

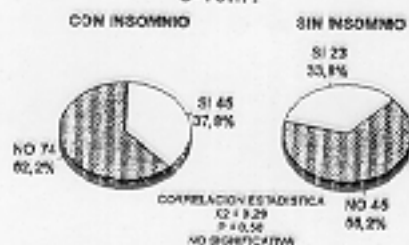
$$P < 0,05$$

SIN INSOMNIO



RELACION DEL INSOMNIO Y ASPECTOS REFERIDOS A LA HIGIENE DEL SUEÑO

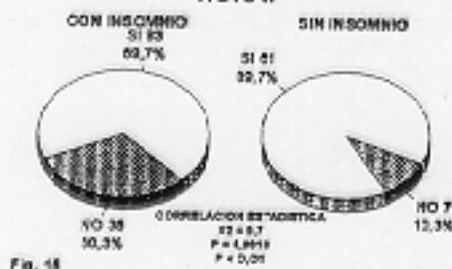
¿PERMANECE EN LA CAMA MAS DE 8-10h.?



¿USA LA CAMA PARA COMER O VER LA TELE?



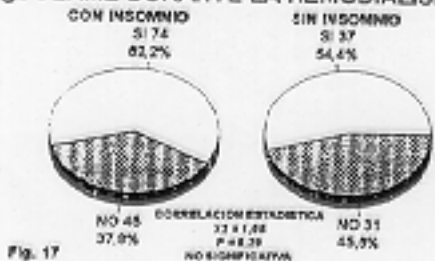
¿SE ACUESTA Y SE LEVANTA A LA MISMA HORA?



¿PERMANECE EN LA CAMA CUANDO NO PUEDE DORMIR?

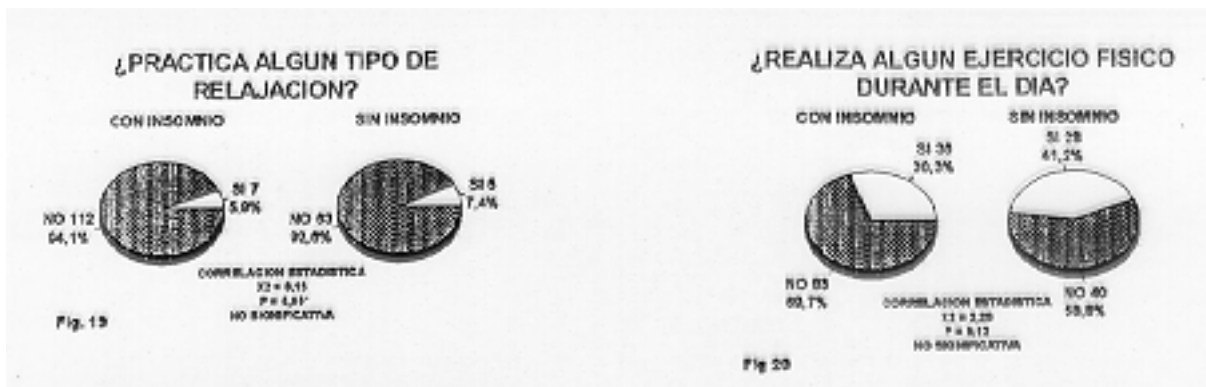


¿DUERME DURANTE LA HEMODIALISIS?



¿ACOSTUMBRA A DORMIR LA SIESTA?





INTERPRETACION DE RESULTADOS

De la muestra estudiada, destaca que el 63% de los pacientes padecen o han padecido insomnio a partir de su inclusión en tratamiento hemodialítico (Fig3,4). Este porcentaje supera en un 9% la prevalencia de insomnio objetivada en estudios con población general.^{9,10} Comparando nuestros datos con los obtenidos de otros estudios realizados en unidades de hemodiálisis, encontramos bastante superposición con un estudio americano, en el que la prevalencia de insomnio alcanzó al 70% de los pacientes. Sin embargo nuestros datos difieren significativamente, de los aportados por otros dos estudios nacionales en los que encuentran porcentajes mucho menores: 46 y 47%.^{11,20,21,22}

La media de horas diarias de sueño, fue de 6,2 en la serie de pacientes sin problemas de sueño, y de 5,2 en los pacientes con insomnio (Tabla 2), contrastado con las 7 horas diarias de sueño en estudios de la población general.^{9,10}

Analizando otras variables (Tablas 2 y 3) observamos que la edad media de los pacientes con o sin insomnio es la misma, por lo que deducimos que no existe relación entre edad y esta patología. Si bien en las variables sexo, situación socioeconómica y estado civil se aprecian variaciones, no se pueden considerar significativas, a diferencia de lo que se observa en otros estudios de población general en los que sí se encuentran variables significativas.^{9,10,21} Creemos que esta falta de significación estadística, puede deberse a la inclusión del 100% de los pacientes lo que lógicamente induce sesgos en el estudio.

En cuanto a la incidencia del turno de hemodiálisis, el estudio demuestra que los pacientes incluidos en el primer turno son los más afectados, disminuyendo la incidencia con relación al segundo y tercer turnos, en los que se produce una menor presencia de insomnio (Tabla 2 y 3). En otros estudios la incidencia es muy significativa.^{20,21}

La somnolencia diurna se presenta en el 50% de los pacientes con insomnio, frente al 13% que la refiere y no padecen la patología estudiada (Fig 1 y 2). La correlación estadística en este apartado es muy significativa.

Cabe destacar que el 48% de los pacientes sufrió insomnio en el momento del estudio (Fig 3) y que el 82.4% de ellos lo sufría de forma persistente (Fig 4). Lo que resulta de gran importancia en general y particularmente para aquellos pacientes que mantienen una vida socio-laboral activa. En cuanto a la aparición del insomnio, el proximal es el más frecuente (55%) seguido del tardío y el interrumpido. (Fig 4) Tanto en los trabajos realizados sobre población en general como los específicos en el campo nefrológico, los resultados en este apartado, son similares a los del presente estudio. ^{9,10,20,21,22}

Los factores más frecuentes en la etiología subjetiva del insomnio, son los trastornos emocionales, el dolor, el prurito y el síndrome de piernas inquietas (Fig 5). Estos factores son también reseñados en los diferentes estudios publicados.^{9,10,11,20,21}

Cabe destacar que el 31% de los pacientes con insomnio no refiere esta patología a los equipos médicos o de enfermería y aunque estas cifras son más bajas que las de la población en general,¹⁰ tenemos que tener en cuenta que en estos últimos se producen contactos esporádicos con atención primaria, mientras que en nuestras unidades el contacto es muy frecuente. El 95% de los pacientes estudiados no ha recibido información específica sobre medidas higiénicas sencillas de como mejorar el sueño sin medicación (Fig 6). Lo que significa muy poca o nula información de carácter educativo.

Los pacientes renales en tratamiento sustitutivo no suelen cometer excesos en relación con el alcohol, tabaco y cafeína, por lo que la incidencia de estos excitantes como etiología del insomnio no es significativa (Fig. 8, 9 y 10). Sin embargo la ingesta de medicación inductora de insomnio, tal como algunos hipotensores, tiene relación significativa con la presencia de la patología estudiada (Fig. 11 y 12).

En relación a higiene del sueño, existe una especial correlación en el estudio entre pacientes con insomnio o sin él y hábitos tales como horarios definidos para acostarse y levantarse (Fig. 15) y permanecer o no en la cama cuando no se puede conciliar el sueño. (Fig. 16). Sin embargo la no observancia de otras reglas como pueden ser el uso de la cama (Fig. 14), la siesta (Fig 18), el ejercicio físico (Fig 19) o actividades de relajación previas al acostarse (Fig 20), no son significativos, puesto que los resultados son similares entre pacientes con insomnio y sin él.

En la actualidad no disponemos aún de datos que nos permitan evaluar los resultados del plan educativo en cuanto a las modificaciones de los problemas del sueño. Esto será motivo de una comunicación posterior. Sin embargo, podemos adelantar que se aprecia una buena acogida por parte de los pacientes.

CONCLUSIONES

El insomnio es un problema de salud común en los pacientes de hemodiálisis de ahí la importancia de su conocimiento y adecuado tratamiento.

Al contrario que los estudios de población general no encontramos una relación significativa entre el insomnio, la edad, el sexo, el estado civil y la situación socioeconómica.

Constatamos que existe una relación significativa entre permanencia de tiempo en hemodiálisis e insomnio disminuyendo la calidad del sueño en los pacientes con más años en tratamiento. También existe relación entre toma de medicación con interferencia en el sueño, tal como hipotensores, y el apareamiento de insomnio. Sin ser muy significativo, si parece que tienen más problemas de sueño los pacientes del primer turno de diálisis con respecto al segundo y tercero. Habría que estudiar qué ocurre con los problemas del sueño en estos pacientes al cambiarse de turno.

Deben tratarse las patologías de base, con los recursos terapéuticos pertinentes para evitar el insomnio secundario. (dolor, picores, piernas inquietas, etc.)

Acostarse y levantarse a la misma hora y no permanecer en la cama cuando no se puede dormir han resultado las variables más significativas en la relación insomnio-higiene del sueño.

Un plan sanitario para mejorar la higiene del sueño no se limita a que los pacientes insomnes reciban una serie de instrucciones para que las sigan, sino que abarca su formación cuanto más amplia mejor sobre las cuestiones que pueden perjudicar o beneficiar las conductas del dormir.

La higiene del sueño puede tener un indudable valor terapéutico y profiláctico del insomnio.

AGRADECIMIENTOS: A todas las compañeras y compañeros de las dos unidades por su ayuda y colaboración.

BIBLIOGRAFIA

1. Junjer se, Succasunna NJ, Schwartz DB. Talmudic classification of sleep. Neurology 1990; 40:231.
2. Hipócrates. Aforismos. Sección 2; 3. The Classic of medicine library. 1982.
3. Bucla-Casal G, Sierra JC. Los trastornos del sueño. Pirámide. 1994; 13-16.

4. Pareja JA. Un paciente con insomnio. *Medicina Integral*. 1993; 22: 347-353.
5. Culebras A. La medicina del sueño. *Ancora SA* 1994: 59-61
6. Mola S. Enfermedades neurológicas y conducción de vehículos. *Revista de Neurología* 1995; 22: 8
7. Buceta JM, Bueno AM. Tratamiento psicológico de hábitos y enfermedades. *Pirámide*. 1994; 382.
8. Duque L, Kamino O, Fernández M, Silva P. Trastornos del sueño en una población abierta. [html en www. users. interport. net](http://www.users.interport.net)
9. Miralles C, Llevaldot M, Cabezas C, Busquets E. Estudio de la prevalencia de insomnio en un ABS de Hospitalet de Llobregat. *At Primaria* 1992; 10: 999-1000.
10. Blanquer JJ, Ortolá P, Rodríguez JJ, Marín, Mulet MJ. Análisis epidemiológico del insomnio en un centro de atención primaria. *At Primaria* 1994; 14 609-614.
11. Zaleski M, Pascual N, Andrea C, Blanco N, Jarriz A, Fernández J, Goicoechea M. Alteración del sueño en hemodiálisis. *SEDEN* 1996. 397-402.
12. Peraita R, López Agreda JM, Esteban A, Roldán R, Alvarez de Ara MA Síndrome de piernas inquietas... durante el sueño en pacientes con IRC. *Neurología* 1986; 6: 167-3.
13. Mata A, Ortiz A, Fernández M, Gervás J. El insomnio en la consulta del médico de cabecera... profesional. *At Primaria* 1995; 16: 271-274.
14. Estudio sociodemográfico de la Comunidad Valenciana 1991. Instituto Valenciano de Estadística.
15. Am. Psychiatric Asso. DSM-III-R, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona.
16. Galindo A, Alvarez FJ. Los trastornos del sueño. Pautas del tratamiento del insomnio. *Medicina Integral*. 1992:20: 66-67.
17. Culebras A, La medicina del sueño. *El Ancora SA* 1994; 191-198.
18. Ohen SH, Ohen F, Bailly D. Prevention et traitement des dyssomnies par une hygiène du sommeil. *Presse medicale*. 1994; 23: 485-189.
- Buela-Casal G, Sierra JC. Los trastornos del sueño. *Pirámide*. 1994; 127-151
19. Salleras S. Educación sanitaria, principios, métodos y aplicaciones. De Santos. 1985.
- Cibanal L. Interrelación del personal de enfermería con el paciente. *Doyma Barcelona* 1991.
20. Veiga J, Goncalvez, Gomes F, Santos M, Baptista A, paiva T. Trastornos del sueño en pacientes con IRC tratados con HD. *EDTNA-ERCA* 1997; 1: 37-39.
21. Walquer S, Fine A, Kriger MH. Sleep complaints are common in a dialysis unit. *Am-J-Kidney-dis* 1995; 26 751-6.
22. Holley JL, Nespors S. Comparison of reported sleep disorders in patient on haemodialysis and CAPD. *aj. kidney D* 1992; 19 156-161

