



31 CONGRESO
INTERNACIONAL
DE GERIATRÍA Y
GERONTOLOGÍA

Workshop 1

MANEJO DE LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO EN GERIATRÍA

JOSE RAMÓN MARTÍNEZ CALVO

SERVICIO DE GERIATRÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO *LUCUS AUGUSTI*, LUGO

Jueves 27 de Junio de 2019, Pontevedra



INTRODUCCIÓN

PubMed

elderly sleep disorders[Title/Abstract]

[Create RSS](#) [Create alert](#) [Advanced](#)

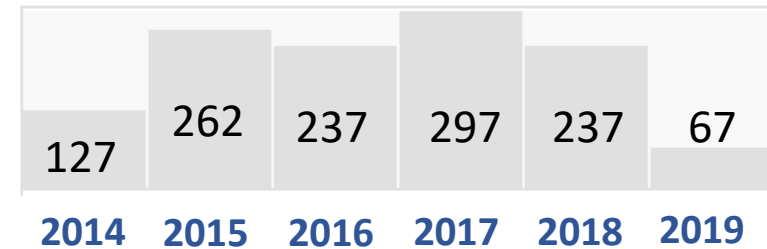
Format: Summary ▾ **Sort by:** Most Recent ▾ **Per page:** 20 ▾

Search results

Items: 1 to 20 of 1227

EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS

Results by year



INSOMNIO

- Trastorno del sueño más frecuente en ancianos.
- Según la ASDC se caracteriza por: **latencia del sueño superior a 30 minutos, el número de despertares nocturnos es superior a las dos horas, el tiempo de vigilia nocturna superior a una hora y el tiempo de sueño total inferior a seis horas.**

CLASIFICACIÓN SEGÚN LA ASDC

- Disomnias:

 - Trastornos intrínsecos del sueño:

 - Insomnio primario.

 - Apnea del sueño.

 - Síndrome de las piernas inquietas.

 - Hipersomnias.

 - Narcolepsia.

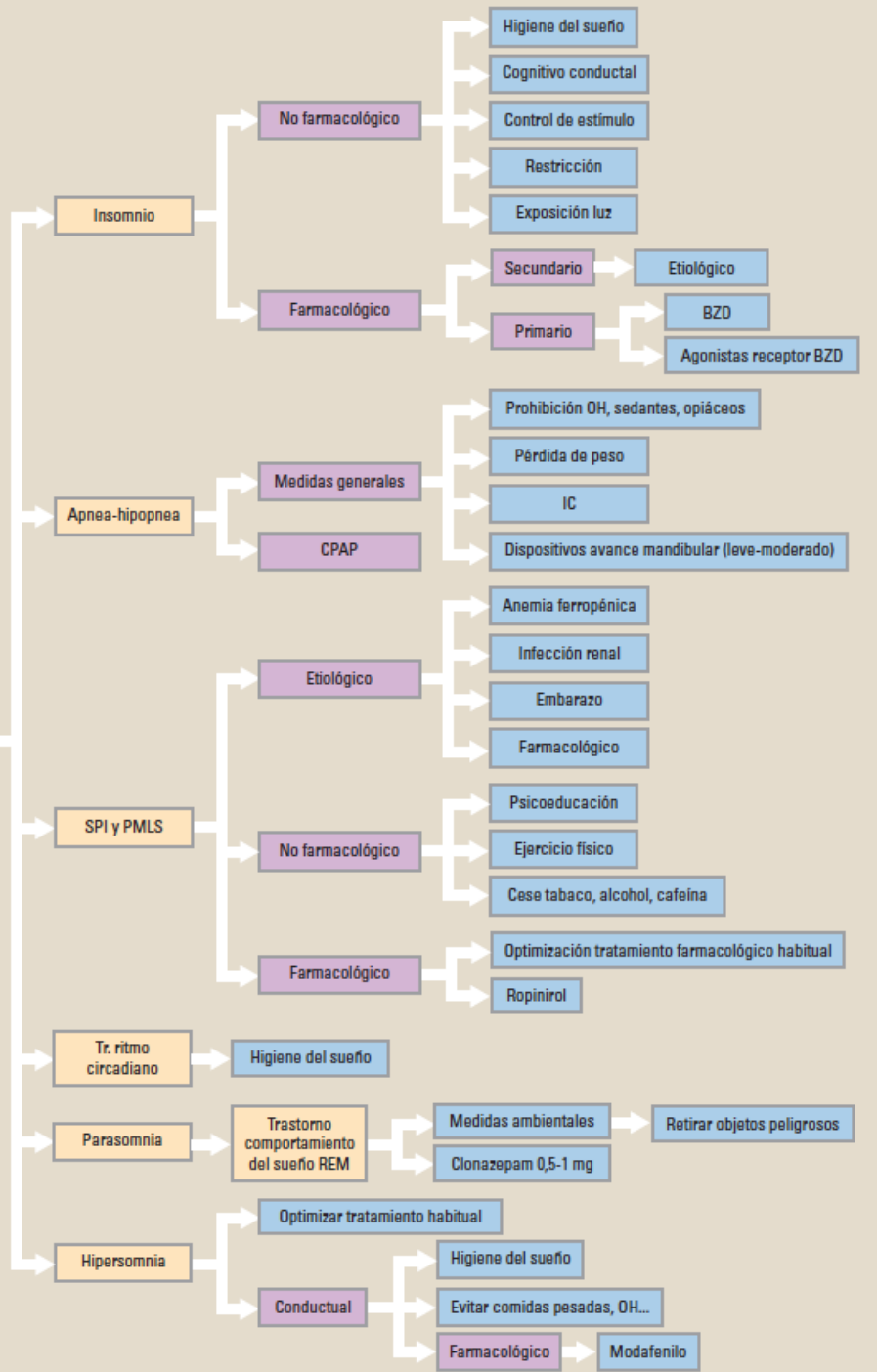
 - Trastornos extrínsecos del sueño.

 - Trastornos del ritmo circadiano del sueño.

- Parasomnias

- Trastornos del sueño asociados con enfermedades médicas o psiquiátricas

Trastornos del sueño



INSOMNIO

- Es poco común que las personas busquen ayuda para el insomnio . En lugar de consultar a profesionales de la salud, muchas personas usan pastillas para dormir de venta libre o consumen alcohol o sustancias para hacer frente a los problemas del sueño.
- Ambos métodos pueden ofrecer solo una mejora temporal o limitada de la calidad del sueño, y los efectos adictivos y secundarios pueden representar amenazas importantes para la salud y el bienestar a largo plazo.

INSOMNIO: EPIDEMIOLOGIA

El problema del sueño es la dificultad para iniciar o mantener el sueño o sufrir de un sueño no reparador acompañado por un deterioro funcional durante el día .

- Los problemas del sueño son un problema de salud en todo el mundo, con una tasa de prevalencia promedio que va del 10% al 30% en los países desarrollados .
- Hong Kong, una ciudad acelerada, tiene una prevalencia relativamente alta (39.4%) de problemas de sueño . El sueño es importante para la salud y el bienestar. Las personas con problemas de sueño son propensas a sufrir afecciones médicas graves, como obesidad, enfermedades del corazón, presión arterial alta y diabetes .
- Los problemas del sueño también afectan el rendimiento cognitivo, incluidos el estado de alerta, la reacción, la memoria y el aprendizaje . Muy a menudo, los problemas del sueño pueden afectar las ocupaciones diarias, como el trabajo, las actividades diarias, el desempeño social y el bienestar.

INTRODUCCIÓN

- El insomnio crónico afecta al **57% de los ancianos en los Estados Unidos**, provocando deterioro de la calidad de vida, la función y la salud. El insomnio crónico le cuesta a la sociedad miles de millones de dólares en costos directos e indirectos de atención.
- Las principales modalidades en el tratamiento del insomnio en los ancianos son terapias psicológicas / conductuales, tratamiento farmacológico o una combinación de ambos.
- Varias sociedades especializadas, ven las terapias psicológicas / conductuales ,como la inicial intervención de tratamiento.
- La Farmacoterapia desempeña un papel complementario cuando persisten los síntomas de insomnio o cuando los pacientes no pueden realizar una actividad cognitiva en las terapias de comportamiento

ACTITUD FRENTE AL MANEJO SUEÑO

- Explicar al paciente y a familiares: sueño más liviano en ancianos por lo que si duerme siesta, el descanso nocturno será menor y tendrá despertar a horas...

Escala de Verran y Snyder-Halpern (VSH)

- La escala se desarrolló para evaluar la calidad subjetiva del sueño de los individuos hospitalizados, es decir, aquellos sin dificultades preexistentes del sueño.
- La VSH evalúa dos dominios de la experiencia del sueño: **la perturbación** (incluida la latencia del sueño, los despertares durante el sueño, la solidez del sueño y el movimiento durante el sueño) y **la efectividad** (elementos relacionados con el descanso al despertar, la calidad subjetiva del sueño y el período total de sueño).

Escala de Verran y Snyder-Halpern (VSH)

Sleep Characteristic Subscale *	Mean (95% CI)	Median (IQR)	Range
Sleep Disturbance:	371 (335, 406)	395 (223, 509)	20–682
Midsleep awakening	49 (44, 55)	49 (24, 71)	0–97
Wake after sleep onset	64 (57, 70)	76 (40, 89)	1–97
Movement during sleep	47 (40, 54)	46 (14, 79)	0–97
Soundness of sleep	61 (53, 68)	68 (23, 95)	3–100
Quality of disturbance	56 (48, 63)	69 (14, 89)	0–97
Sleep latency †	48 (41, 55)	49 (14, 79)	0–97
Quality of latency	46 (39, 54)	47 (8, 86)	0–97
Sleep Effectiveness:	190 (168, 211)	191 (102, 266)	6–383
Total sleep period	50 (44, 55)	51 (26, 69)	0–97
Rest upon awakening	56 (49, 64)	58 (22, 93)	3–100
Subjective quality of sleep	43 (36, 50)	42 (7, 76)	0–97
Sleep sufficiency evaluation ‡	41 (34, 48)	26 (13, 72)	3–100
Sleep Supplementation:	115 (97, 133)	108 (41, 174)	0–336
Daytime sleep	20 (16, 25)	12 (4, 31)	0–97
Morning sleep	35 (28, 42)	18 (3, 73)	0–97
Evening sleep	31 (24, 39)	10 (2, 73)	0–97
Wake after final arousal §	29 (22, 36)	10 (3, 58)	0–97

*VSH subscales are intended to represent characteristics of sleep quality found in classic sleep taxonomy literature¹⁰.

†Sleep latency is the amount of time between settling down to sleep and actually falling asleep.

‡Sleep sufficiency evaluation represents a person's perception of having received sufficient quantity of sleep.

§Wake after final arousal is a person's ability to remain awake after morning awakening.

INSOMNIO

- En general, el manejo de los problemas del sueño en la atención médica implica intervenciones farmacológicas y / o no farmacológicas.
- **La intervención farmacológica** debe ser controlada por los médicos, y los medicamentos generalmente se prescriben a corto plazo, dadas las preocupaciones de la dependencia potencial y los efectos secundarios de los medicamentos sobre el rendimiento cognitivo.
- **Las intervenciones no farmacológicas del sueño** a menudo incluyen educación sobre la higiene del sueño, relajación y tratamiento cognitivo-conductual para el insomnio que se enfoca en la modificación de pensamientos desadaptativos que perpetúan el insomnio.

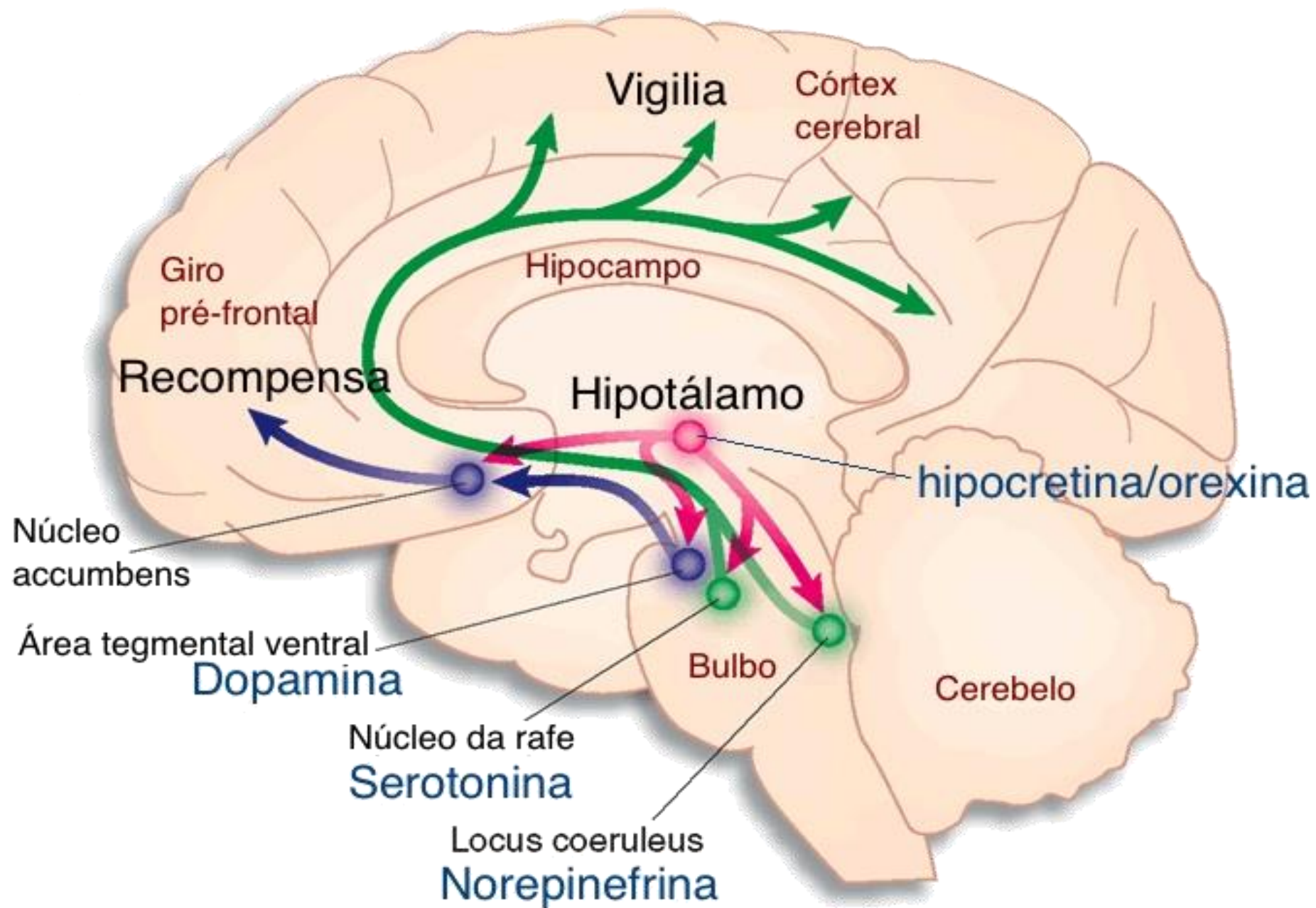
INTERVENCIONES FARMACOLÓGICAS

- En el caso de que se necesite una ayuda farmacológica para el sueño, la elección del fármaco debe **personalizarse en función del perfil del paciente** para minimizar cualquier efecto secundario.
- Especialmente dado el grado de polifarmacia común en adultos mayores hospitalizados.

PRINCIPALES NEUROTRANSMISORES QUE PARTICIPAN EN EL CONTROL SUEÑO/VIGILIA Y MANIPULACIÓN FARMACOLÓGICA

Neurotransmisor endógeno	Acción ciclo sueño/vigilia	Fármacos que favorecen la vigilia	Fármacos que favorecen el sueño
Orexina	Mantienen la vigilia		Antagonistas R. Orexina 1-2 (Suvorexant*)
Histamina		Antihistamínicos H3 (No hay fármacos aprobados)	Antihistamínicos H1; ADT; Mirtazapina; trazodona; Quetiapina;
Noradrenalina		Psicoestimulantes (Anfetaminas); IRN	
Dopamina		Psicoestimulantes (inhibición captación DA)	Agonistas R-DA Posible efecto paradójico
Serotonina		ISRS; IRSN (Inhibidores recaptación 5HT)	5HTP; Antagonistas 5HT2 (Mirtazapina; trazodona)
Acetilcolina			
GABA		Promueven el Sueño	Antagonistas (No estudios en humanos)
Adenosina	Antagonistas A2 (Xantinas)		
Melatonina			Agonistas MT1; MT2; Melatonina; Ramelteon*;

*Aprobado FDA, no por la EMA; ADT: Antidepresivos tricíclicos; IRN: Inhibidores recaptación noradrenalina (reboxetina); IRD: Inhibidores recaptación dopamina (Bupropion); ISRS: Inhibidores selectivos recaptación de serotonina (Fluoxetina, paroxetina, sertralina, citalopram...); IRSN: Inhibidores recaptación de serotonina y noradrenalina (ADT; Venlafaxina, desvenlafaxina; duloxetina). Modificado de Wilson et al., (2010)



INTERVENCIONES FARMACOLÓGICAS

- Los fármacos actuales para el insomnio se clasifican en diferentes clases: - agonistas de orexina, - antagonistas de los receptores de histamina, - agonistas del receptor de ácido aminobutírico gamma no benzodiazepínicos y - benzodiazepinas.
- Esta revisión se centra en alimentos y Medicamentos para el insomnio aprobados por la Administración de Medicamentos (FDA), incluyendo suvorexant, doxepina en dosis baja, medicamentos Z (eszopiclona, zolpidem, zaleplon), benzodiazepinas (triazolam, temazepam) y ramelteon.

INTERVENCIONES FARMACOLÓGICAS

- La elección de un agente hipnótico en los ancianos se basa en los síntomas.
- **Ramelteon o los medicamentos Z de acción corta** pueden tratar el insomnio de inicio del sueño.
- **Suvorexant o doxepin** en dosis bajas pueden mejorar el mantenimiento del sueño.
- **Eszopiclone o zolpidem de liberación prolongada** pueden utilizarse tanto para el inicio como para el mantenimiento del sueño. Zolpidem en dosis bajas

INTERVENCIONES FARMACOLÓGICAS

- El **zaleplón** pueden aliviar los despertares de la mitad de la noche.
- Las **benzodiazepinas** no deben usarse de manera rutinaria.
- La **trazodona**, un fármaco no utilizado comúnmente para el insomnio, mejora la calidad del sueño y la continuidad del sueño, pero conlleva importantes riesgos.
- La **tiagabina**, a veces utilizada fuera de etiqueta para el insomnio, no es eficaz y no debe utilizarse (No aprobado por la FDA).
- Los agentes hipnóticos que se usan comúnmente incluyen melatonina, difenhidramina, triptófano y valeriana, a pesar de la limitación.

INTERVENCIONES FARMACOLÓGICAS

Melatonina

- Si se considera que una ayuda farmacológica para el sueño es necesaria, la melatonina es bien tolerada y considerada por algunos autores como la primera opción a considerar en adultos mayores, debido a su perfil mínimo de efectos secundarios, baja probabilidad de interacciones farmacológicas y posibilidad de mejorar los ritmos circadianos.
- Los pequeños estudios aleatorizados realizados con pacientes de UCI, pacientes hospitalizados y en entornos de sueño simulados mostraron mejoras en la duración del sueño (medida por polisomnografía) y en la calidad del sueño (medida por actigrafía) al iniciar de 1 a 5 mg de melatonina en la noche

INTERVENCIONES FARMACOLÓGICAS

- Los medicamentos para la ayuda para dormir se prescriben comúnmente en el ámbito hospitalario, aunque generalmente no se recomiendan debido a las preocupaciones sobre los efectos secundarios.
- Un estudio retrospectivo de un solo centro del 2014 encontró que, durante un período de 2 meses, el 26,2% de los pacientes recibió ayuda para dormir, siendo la trazodona la más prescrita (30,4% del tiempo) .

INTERVENCIONES FARMACOLÓGICAS

- Un metaanálisis de Glass et al., en 2005, se evaluaron los riesgos y beneficios de los hipnóticos sedantes en personas mayores de 60 años, y se encontró una mejoría estadísticamente significativa en la calidad del sueño y la duración del sueño con el uso de sedantes en comparación con el placebo, aunque la magnitud del efecto fue pequeña y los riesgos (incluidos caídas y deterioro cognitivo) fueron más importantes.

INTERVENCIONES FARMACOLÓGICAS

- Si bien la FDA aprobó 3 clases de medicamentos para el insomnio (benzodiazepinas, no benzodiazepinas y agonistas del receptor de melatonina), 2 de estas clases están en la lista de criterios de Beers de la American Geriatrics Society (AGS) , que se deben evitar en las personas mayores adultos (benzodiazepinas y no benzodiazepinas).
- Assessing Care of Vulnerable Elders 3 (ACOVE 3) las medidas de calidad con respecto a los trastornos del sueño sugieren la **evitación de medicamentos anticolinérgicos** por su perfil de efectos secundarios.

INTERVENCIONES FARMACOLÓGICAS

- Medicamentos para el insomnio tales como antihistamínicos, descongestivos orales (p. ej., pseudoefedrina y efedrina) y estimulantes (por ejemplo, la anfetamina y el metilfenidato) empeoran el insomnio en la población de más edad, porque están asociados con efectos secundarios anticolinérgicos, y debe evitarse.
- Uso de otros agentes como ayudas para dormir, como los antidepresivos tricíclicos, antipsicóticos, antipsicóticos atípicos y los anticolinérgicos también deben evitarse debido a su perfil de efectos secundarios adversos

INTERVENCIONES FARMACOLÓGICAS

Tratamiento del dolor

- Se recomienda el tratamiento del dolor en el hospital, ya que el dolor puede interferir con la capacidad de quedarse dormido y es una causa potencialmente reversible de sueño disturbio.
- Se deben evaluar las opciones de manejo farmacológico y no farmacológico, para el tratamiento del dolor en la población de pacientes mayores.

SUSTANCIAS CONTRIBUYENTES AL INSOMNIO EN ANCIANOS

- **Alcohol:** Inducción del sueño , Interrupción posterior del sueño
- **Inhibidores de la acetilcolinesterasa:** Insomnio , Sueños perturbadores
- **Beta-Bloqueantes:** Fisiología del sueño alterada, Pesadillas posibles
- **Cafeína, descongestivos:** Efectos estimulantes
- **Carbidopa, levodopa:** Pesadillas, Insomnio
- **Corticoides:** Efecto estimulante; puede causar agitación → Prescribir la dosis más baja posible
- **Diuréticos:** Nicturia → Evitar dosis por la tarde-noche
- **Nicotina** → Fomentar el abandono del tabaquismo
- **Fenitoína:** Insomnio frecuente
- **ISRS:** Insomnio frecuente
- **Teofilina:** Efecto estimulante → Sustituir broncodilatadores de acción larga
- **Hormona tiroidea** → Comprobar la función tiroidea

INTERVENCIONES NO FARMACOLÓGICAS

- En las teorías de **terapia ocupacional**, el sueño se conceptualiza como una ocupación restaurativa con el objetivo de descansar y recuperarse, y el buen dormir y el descanso podrían apoyar la formación de la combinación de ocupación de autocuidado, trabajo y ocio durante el día .
- Los conceptos de **equilibrio ocupacional** se centran en el uso del tiempo y sugieren que el **equilibrio entre el descanso / sueño y la actividad diurna** es importante para promover la función y el bienestar .

INTERVENCIONES NO FARMACOLÓGICAS

- Sobre este tema ,al final, dos revisiones sistemáticas relevantes han resumido la evidencia.
- Primero, una en la Cochrane: [La revisión sobre la mejora del sueño en el entorno de la UCI](#) resultó en la revisión de las intervenciones. incluyendo el tipo de ventilador, máscaras para los ojos en colaboración con tapones para los oídos, terapia de relajación, música para inducir el sueño, masajes, baños de pies, aromaterapia, acupresión y tiempo de visita de miembros de la familia, aunque la calidad de la evidencia fue baja.

INTERVENCIONES NO FARMACOLÓGICAS

- Otra revisión sistemática de publicaciones, encontró solo 13 estudios de intervención, 4 de los cuales fueron ensayos controlados aleatorios.
- Aunque la evidencia era pobre, existía cierta evidencia para mejorar la calidad del sueño: **Intervenciones para mejorar la higiene del sueño o reducir las interrupciones, y exposición a la luz brillante durante el día.**
- En una revisión sistemática de los tratamientos no farmacológicos, de Tamrat et al, revisaron 4 ensayos de control aleatorios (ECA) en **técnicas de relajación**, y encontraron una mejora del **0-28% en la calidad general del sueño.**

INTERVENCIONES NO FARMACOLÓGICAS

Técnicas de relajación:

- Un estudio por Soden et al. evaluaron el uso de **la aromaterapia, la aromaterapia más el masaje** o la atención habitual, y no se encontraron diferencias globales entre los grupos *
- Un estudio aleatorizado sobre la derivación arterial coronaria (CABG): los pacientes con **30 minutos de descanso + un video musical relajante o 30 minutos con audífonos para música**, demostró una **mejora del 28% en la calidad del sueño autoinformada en el grupo que recibió un video musical relajante** comparado con el grupo de control. **

Soden K, Vincent K, Craske S, Lucas C, Ashley S. A randomized controlled trial of aromatherapy massage in a hospice setting. Palliative medicine. 2004;*

Zimmerman L, Nieveen J, Barnason S, Schmaderer M. The effects of music interventions on postoperative pain and sleep in coronary artery bypass graft (CABG) patients. Scholarly inquiry for nursing practice. 1996**

INTERVENCIONES NO FARMACOLÓGICAS

Terapia de luz brillante:

LaReau et al., evaluó una intervención nocturna de disminuir la luz y el ruido, agrupar la atención de enfermería y minimizar un innecesario contacto al paciente, comparado con la atención habitual. La intervención se asoció con una mejoría de la calidad del sueño en un 7% y una disminución en el uso de medicamentos para ayudar a dormir.*

- Edinger et al evaluó un programa de higiene del sueño para pacientes hospitalizados con atención habitual para pacientes psiquiátricos hospitalizados. La intervención incluyó la estandarización de los tiempos de sueño y vigilia, incluyendo eliminación de la siesta durante el día. La intervención se asoció con un aumento de 18 minutos (5%) del tiempo total de sueño, aunque no se informó la calidad del sueño ni las pruebas de significación.

LaReau R, Benson L, Watcharotone K, Manguba G. Examining the feasibility of implementing specific nursing interventions to promote sleep in hospitalized elderly patients. Geriatric nursing. 2008 29*

Edinger JD, Lipper S, Wheeler B. Hospital ward policy and patients' sleep patterns: A multiple baseline study. Rehabilitation Psychology. 1989 **

INTERVENCIONES NO FARMACOLÓGICAS

Terapia con luz brillante diurna:

- Tres estudios pequeños, evaluaron el uso de la terapia de luz brillante (3,000 a 5,000 lux) durante las horas del día.
- Mishima et al, expusieron **pacientes con demencia en un hospital psiquiátrico a terapia de luz brillante entre las 9 y las 11 am durante 4 semanas**, y encontraron una mejoría en el tiempo total de sueño promedio, entre los pacientes de la intervención.

INTERVENCIONES NO FARMACOLÓGICAS

- Wakamura et al., expusieron a 7 pacientes hospitalizados a 5 horas de luz brillante terapia durante las horas diurnas, y observó un aumento del 7% en el tiempo total de sueño en el brazo de la intervención.
- Yamadera et al., 27 pacientes con Alzheimer fueron expuestos a terapia de luz brillante, y se observó que tenían un aumento en el tiempo total de sueño nocturno.
- Si bien todos estos estudios informaron un aumento en el tiempo total de sueño después de la exposición a la terapia con luz brillante, los efectos son modestos y la fuerza de la evidencia es baja según el sesgo potencial, junto con las inconsistencias en la medición y el informe.

INTERVENCIONES NO FARMACOLÓGICAS

Reducción de ruido:

- Varios estudios que evalúan las modalidades de reducción de ruido en la UCI.
- Estos enfoques incluyen el uso de tapones para los oídos en conjunto con mascarillas para los ojos, uso de "ruido blanco", también conocido como enmascaramiento de sonido, e instalación de materiales a prueba de sonido.
- La calidad general de la evidencia con estos enfoques también es baja, y los resultados utilizados han sido principalmente medidas subjetivas del sueño

INTERVENCIONES NO FARMACOLÓGICAS

Reducción de las interrupciones nocturnas:

- Dos estudios evaluaron la reducción de las interrupciones nocturnas de enfermería, al alterar el flujo de trabajo y reducir las interacciones del paciente durante las horas de sueño típicas.
- Estos estudios sugieren que al reducir las interrupciones nocturnas, **la reducción de los sedantes solicitados por los pacientes disminuye**, aunque la duración y la calidad del sueño no mejoraron.
- Se necesitan más estudios en esta área para determinar mejor cómo reducir las interacciones nocturnas con los pacientes, a fin de mejorar la calidad y duración del sueño.

INTERVENCIONES NO FARMACOLÓGICAS

Educación y fortalecimiento del sueño:

- En un ensayo aleatorizado reciente de **pacientes en la UCI** : un grupo recibieron herramientas para mejorar el sueño (mascarilla para los ojos, tapones para los oídos y una máquina de ruido blanco) más educación del sueño, **informaron menos fatiga y problemas de sueño** que aquellos que no los recibieron.
- Los participantes asignados al azar para recibir la intervención educativa tuvieron una disminución significativamente mayor en los puntajes de fatiga durante los 3 días, en comparación con los controles ($5,30 \pm 6,93$ frente a $1,81 \pm 6,96$, $t = 2,32$, $p = 0,028$).
- Hubo una tendencia hacia mejoras en muchos otros dominios relacionados con el sueño, que incluyen trastornos del sueño, deficiencias relacionadas con el sueño, funcionamiento físico, gravedad del dolor o interferencia del dolor (todo $P > .140$). No hubo diferencia en la duración de la estancia entre los grupos de intervención y control (7.40 ± 7.29 frente a 7.71 ± 6.06 días, $p = .996$). El cambio en el número de equivalentes de opioides tomados no difirió en el uso entre los grupos ($P = .688$).

INTERVENCIONES NO FARMACOLÓGICAS

- **Dormir en un entorno que no pertenece a la UCI** también es notoriamente deficiente, con un 50% -80% de los pacientes que informan que el sueño es "inadecuado" o, de otro modo, subjetivamente pobre.
- Además, los pacientes frecuentemente solicitan y / o reciben ayudas farmacológicas para dormir, a pesar de la poca evidencia de eficacia y el aumento de la evidencia de daño. También en este caso, **los esfuerzos para mejorar el sueño parecen atenuar el riesgo de delirio** , que sigue siendo un problema importante en las salas generales, con una incidencia tan alta como del 20% al 30%.
- Las razones para la falta de sueño en el hospital son multifactoriales, pero los datos sugieren que **el entorno de los pacientes hospitalizados, incluidos los niveles de ruido y luz, que son entidades medibles y modificables, contribuyen significativamente al problema.**

INTERVENCIONES NO FARMACOLÓGICAS

- La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que los niveles de ruido de referencia durante la noche no superen los 30 decibelios (dB) y que los picos de ruido nocturno (es decir, los ruidos fuertes) no excedan los 40 dB ; la mayoría de los estudios sugieren que la UCI y las salas de pabellón general están por encima de este rango en promedio.
- Buxton et al. encontró que la calidad del ruido afecta la probabilidad de excitación; por ejemplo, es más probable que las **alarmas electrónicas y el ruido conversacional** causen más despertares en comparación con la apertura o el cierre de puertas y máquinas de hielo.

INTERVENCIONES NO FARMACOLÓGICAS

Tipos clave de intervención y eficacia del sueño:

1. Uso de dispositivos / equipos de asistencia .
2. Uso de actividades .
3. Terapia cognitiva conductual para el insomnio (Eakman et al. 2016;);
4. Intervención en el estilo de vida : Gutman et al. compararon la efectividad de tres intervenciones diferentes: ayudas para dormir, actividad de meditación e higiene del sueño.

INTERVENCIONES NO FARMACOLÓGICAS

1. Uso de dispositivos / equipos de asistencia

- El ambiente puede afectar significativamente el sueño, y una intervención clave de la terapia ocupacional es el uso de ayudas o posicionamiento para facilitar el inicio del sueño. Los seis artículos que utilizaron ayudas para dormir evaluaron la efectividad de la almohada, cobijas pesadas y herramientas para dormir Dreampad, que incluyen máscaras para los ojos, tapones para los oídos y máquinas de ruido blanco. La almohada Dreampad es una tecnología patentada que lleva a cabo música suave en la almohada que relaja el cuerpo y la mente, y está respaldada por una aplicación de biblioteca de música que induce el sueño respaldada por la investigación.

INTERVENCIONES NO FARMACOLÓGICAS

- Los estudios en la almohada Dreampad muestran que podría mejorar significativamente la duración y la latencia del sueño , mejorar la calidad del sueño y reducir los despertares nocturnos. También ayuda a mejorar los resultados secundarios, incluidos los comportamientos y la atención relacionados con el autismo y la calidad de vida y la satisfacción de los padres (Schoen et al. 2016). Gee et al, (2007) encontraron que la manta ponderada, una ayuda para el sueño desarrollada para pacientes con TEA, podría aumentar la duración del sueño y acortar la latencia.

Schoen SA, Man S., Spiro C. Una intervención del sueño para niños con trastorno del espectro autista: un estudio piloto. *El Diario Abierto de Terapia Ocupacional* . 2017

Gutman SA, Gregory KA, Sadlier-Brown MM, et al. Efectividad comparativa de tres intervenciones de terapia ocupacional del sueño. *OTJR: Ocupación, Participación y Salud* . 2016;

Gee B., McOmber T., Sutton J., Lloyd K. Eficacia de mantas ponderadas para niños con trastorno del espectro autista, exceso de sensibilidad sensorial y trastornos del sueño. *Revista Americana de Terapia Ocupacional* . 2017

INTERVENCIONES NO FARMACOLÓGICAS

- El **ruido blanco** es una combinación de todas las diferentes frecuencias de sonido . Se puede pensar en el ruido blanco como 20,000 tonos que se reproducen al mismo tiempo.
- Debido a que los ruidos blancos contiene todas las frecuencias, se usa frecuentemente para **enmascarar otros sonidos**. Si está en un hotel y las voces de la habitación de al lado se filtran en su habitación, puede encender un ventilador para suavizar las voces. **El ventilador produce un ruido bastante parecido a un ruido blanco**.
- **Técnicamente hablando, es un ruido de banda ancha que abarca todo el rango de audición humana con igual potencia en cada punto de frecuencia**. Pero la potencia igual no significa que escuchemos cada frecuencia igual de fuerte. Nuestro oído es más sensible a frecuencias más altas, por lo que el ruido blanco puro suena «como un silbido», no exactamente como las olas del océano o una cascada.

INTERVENCIONES NO FARMACOLÓGICAS

2. Uso de Actividades

- Dos estudios utilizan las actividades de la mente y el cuerpo para promover el sueño, como la **meditación iRest, el yoga y la respiración**. En general, se cree que la actividad calmante o consciente puede mejorar la calidad del sueño durante la noche, pero la efectividad varía en los artículos revisados.
- Se descubrió que el uso de la actividad de meditación da como resultado un tiempo de sueño estadísticamente más largo que la educación de higiene del sueño solo . No se encontró que el yoga y las técnicas de respiración aumenten la duración del sueño, pero podrían reducir los síntomas depresivos.

INTERVENCIONES NO FARMACOLÓGICAS

3. Terapia cognitiva conductual para el insomnio (TCC)

- CBTi es un programa estructurado que tiene como objetivo mejorar el sueño mediante la identificación y el cambio de los pensamientos y comportamientos negativos relacionados con él, como las trampas cognitivas y las creencias relacionadas con la restricción del sueño .
- El CBTi generalmente se realiza semanalmente y se monitorea a través de diferentes evaluaciones, como un diario del sueño.

INTERVENCIONES NO FARMACOLÓGICAS

3. Terapia cognitiva conductual para el insomnio (TCC)

- CBT-I es un tratamiento eficaz para el insomnio que puede producir resultados duraderos en un número relativamente breve de visitas.
- La evidencia de calidad de baja a moderada sugiere que tiene mayor efectividad que los medicamentos para el tratamiento del insomnio seis meses o más después de que se completa la terapia.
- Se necesita investigación adicional para validar su efectividad en estudios a largo plazo más allá de 1 a 2 años y en pacientes con insomnio comórbido. También se necesita investigación adicional para establecer un beneficio para la TCC-I con respecto a los resultados psicológicos importantes, incluida la calidad de vida.

INTERVENCIONES NO FARMACOLÓGICAS

4. Intervención de estilo de vida

- Entre los artículos seleccionados, hay un ECA a gran escala que se centra en la intervención en el estilo de vida para promover el sueño entre las personas mayores que viven en la comunidad . La intervención en el estilo de vida enfatiza la promoción de hábitos saludables de sueño y la reprogramación de actividades y facilita la transición de roles en el envejecimiento a través de la educación, el intercambio de experiencias y el establecimiento de metas. Demasiada o muy poca actividad diurna está altamente relacionada con el patrón de sueño en la noche; la reprogramación de la actividad diurna ayuda a lograr un estilo de vida equilibrado para facilitar el sueño durante la noche.

INTERVENCIONES NO FARMACOLÓGICAS

4. Intervención de estilo de vida

- Los resultados de **la siesta** sobre el rendimiento y la salud son mixtos. Aunque los resultados inmediatos de la siesta pueden ser positivos (p. Ej., Mejora de la función motora y cognitiva), estos resultados positivos no son duraderos ([Campbell, Murphy y Stauble, 2005](#)), y las siestas de más de 30 minutos se han asociado con un mayor riesgo de mortalidad, especialmente para personas con enfermedades preexistentes, como enfermedad coronaria o cerebrovascular ([Bursztyn, 2013](#) ; [Bursztyn, Ginsberg, & Stessman, 2002](#) ; [Campbell, Stanchina, Schlang, & Murphy, 2011](#) ; [Ficca et al., 2010](#)).

INTERVENCIONES NO FARMACOLÓGICAS

4. Intervención de estilo de vida

- La capacidad de los **adultos mayores** para participar en actividades significativas y sentirse satisfechos con sus vidas sociales ha sido identificada como protectora contra el mal sueño, y la inactividad durante el día y la mala salud han contribuido al mal sueño ([Ohayon, Carskadon, Guilleminault, & Vitiello, 2004](#)).
- Por lo tanto, a medida que la población envejece y se vuelve más diversa, existe una necesidad apremiante de comprender mejor cómo el sueño, como ocupación principal, está relacionado con el desempeño ocupacional, la salud y la calidad de vida en los adultos mayores ([AOTA, 2014](#) ; [Strine y Chapman, 2005](#)).

INTERVENCIONES NO FARMACOLÓGICAS

TERAPIA OCUPACIONAL

- El programa (CBT-I) demuestra cambios positivos en los comportamientos del sueño, como el aumento de las horas de sueño, la reducción de las dificultades para dormir y la reducción de las pesadillas .
- Los pacientes también redujeron las siestas durante el día y aumentaron el compromiso durante el día, especialmente las actividades sociales. Este estudio sugiere **que el control del sueño no solo concierne al sueño sino también al funcionamiento diurno.**

CONCLUSIONES

- Los trastornos de sueño presentan una **alta prevalencia** en la edad geriátrica.
- Etiología multifactorial.
- Afectan de forma importante en la **calidad de vida** tanto de los pacientes como de los cuidadores.
- El insomnio influye en el funcionamiento diurno, aumento de caídas... Es una de las **4 causas más frecuentes de institucionalización** en el anciano.
- **Terapia cognitiva conductual para el insomnio (TCC)** es eficaz y debería ser la primera medida para el tratamiento.
- En el caso de que se necesite una ayuda farmacológica para el sueño, la elección del fármaco debe **personalizarse en función del perfil del paciente** para minimizar cualquier efecto secundario.

