

**COMUNICACIONES PRESENTADAS AL
XXII CONGRESO NACIONAL DE
LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
ENFERMERÍA NEFROLÓGICA**

Santander, 5-8 de Octubre de 1997

Edita Hospal, S.A., Nápoles, 249. Barcelona

Imprime: Tipografía Católica, S. Cooperativa A. Polígono Ind. La Torrecilla.

ISBN: 84-922943-0-2

Depósito Legal: CO.919-1997

ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL INSOMNIO EN DOS UNIDADES DE HEMODIÁLISIS. APLICACIÓN DE UN PROGRAMA EDUCACIONAL SOBRE HIGIENE DEL SUEÑO

Eutropio Moreno Núñez, Diana Millán Mayol, Flores Vizcaya Moreno, J. Miguel Cases Iborra, Javier Samper Llobregat, Beatriz Cantó Garrido, Luis Picó Vicent.

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

INTRODUCCIÓN

El sueño es para los humanos un proceso muy importante. Solo 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 estadios. Más tarde Hipócrates predijo que el sueño y la vigilia, cuando exceden de lo acostumbrado, auguran un mal pronóstico (2) 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 secundario (7) 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 INCLUSIÓN

Formaron parte del estudio todos los pacientes que se dializaban en el Hospital General de Alicante y Sanatorio Perpetuo Socorro con más de seis meses en programa y dieron su conformidad para el estudio.

DESCRIPCIÓN 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 METODOLOGÍA 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 adquiera hábitos saludables que favorezcan el sueño (18). Informándole conveniente-

mente 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, tales 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 atribuibles a una alteración del sueño (fatiga, mal humor y falta de concentración), como 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 FILIACIÓN Y SOCIOECONÓMICOS CON INSOMNIO Y HEMODIÁLISIS

VARIABLES	PACIENTES / % GENERAL Nº 187	PACIENTES / % INSOMNIO Nº 119	PACIENTES / % SIN INSOMNIO Nº 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 (2,1%)	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%)
TURNOS 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
CORRELACIÓN ESTADÍSTICA 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	NO SIGNIFICATIVO
SEXO	$\chi^2 = 0.15$	p = 0.69	NO SIGNIFICATIVO
ESTADO CIVIL	$\chi^2 = 1.021$	p = 0.79	NO SIGNIFICATIVO
N. SOCIO-ECONOM	$\chi^2 = 5.135$	p = 0.076	NO SIGNIFICATIVO
TURNO	$\chi^2 = 3.915$	p = 0.14	NO SIGNIFICATIVO
AÑOS EN H.D.	t = 2.51	p = 0.013	p = < 0.013

RELACIÓN DE PACIENTES CON SOMNOLENCIA DIURNA

PACIENTES CON INSOMNIO

PACIENTES SIN INSOMNIO

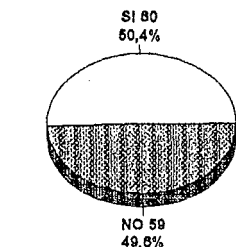


Fig. 1

CORRELACION ESTADISTICA

$$X^2 = 25,69$$

$$P = 0,00$$

$$P < 0,01$$

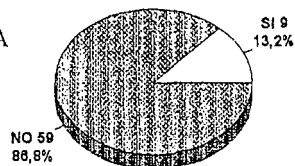


Fig. 2

RELACIÓN DE PACIENTES CON INSOMNIO EN EL TIEMPO Y SEGÚN SU CLASIFICACIÓN

SEGUN EL TIEMPO

CLASIFICACION

ANTERIOR Y ACTUALMENTE

ACTUALMENTE

CRONOLOGICA

SEMIOLÓGICA

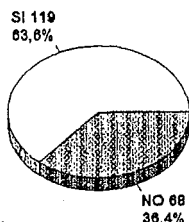
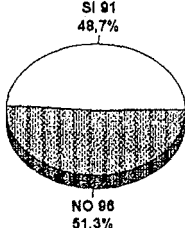


Fig. 3



PERSISTENTE

88

82,4%

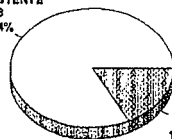
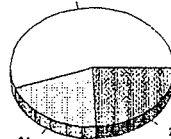


Fig. 4

PROXIMAL

88

55,5%



ETIOLOGÍA DEL INSOMNIO

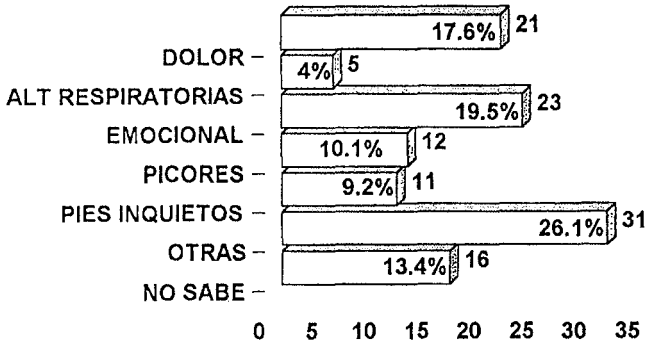


Fig. 5

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON INSOMNIO Y SU DEMANDA ASISTENCIAL

DEMANDA ASISTENCIAL

HA CONSULTADO CON EL MEDICO O ENFERMEROS QUE LE ATIENDEN

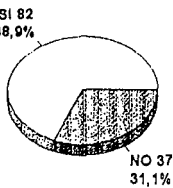


Fig. 6

HA RECIBIDO INFORMACION PARA MEJORAR EL SUEÑO SIN MEDICACION



TOMA O HA TOMADO FARMACOS PARA DORMIR

PACIENTES GENERAL

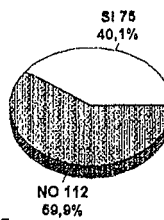
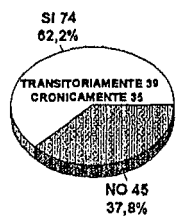


Fig. 7

PACIENTES CON INSOMNIO



RELACIÓN ENTRE LOS HÁBITOS ASOCIADOS Y EL INSOMNIO

TABACO

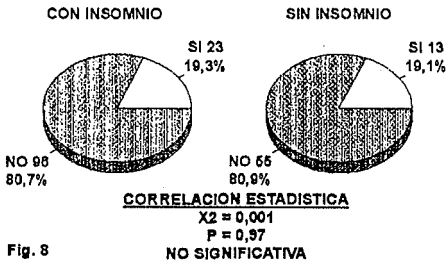


Fig. 8

ALCOHOL

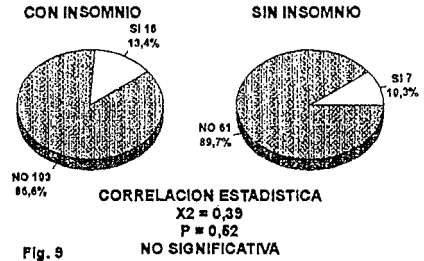


Fig. 9

CAFE - COLAS

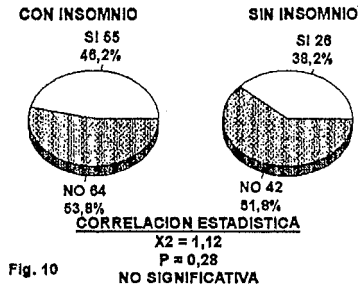


Fig. 10

RELACIÓN ENTRE INSOMNIO Y FÁRMACOS INDUCTORES

CON INSOMNIO

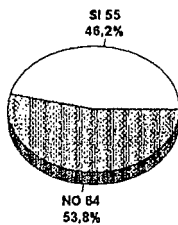


Fig. 11

CORRELACION ESTADISTICA

$$X^2 = 7,5$$

$$P = 0,006$$

$$P < 0,05$$

SIN INSOMNIO

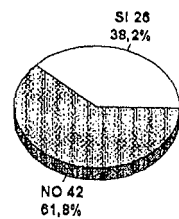


Fig. 12

RELACIÓN DEL INSOMNIO Y ASPECTOS REFERIDOS A LA HIGIENE DEL SUEÑO

¿PERMANECE EN LA CAMA MAS DE 8-10h.?

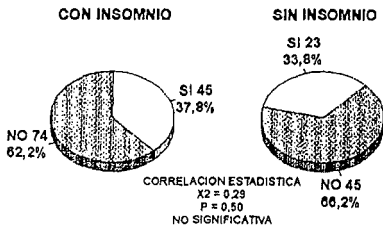


Fig. 13

¿USA LA CAMA PARA COMER O VER LA TELE?

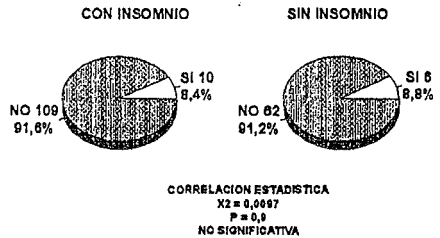


Fig. 14

¿SE ACUESTA Y SE LEVANTA A LA MISMA HORA?

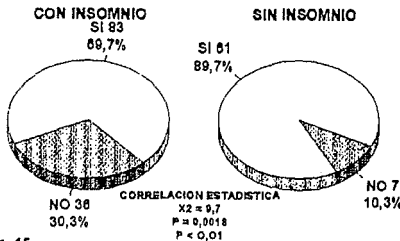


Fig. 15

¿PERMANECE EN LA CAMA CUANDO NO PUEDE DORMIR?

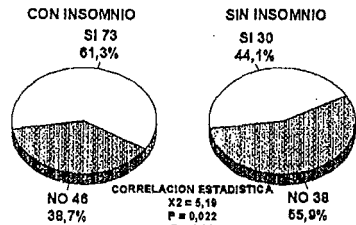


Fig. 16

¿DUERME DURANTE LA HEMODIALISIS?

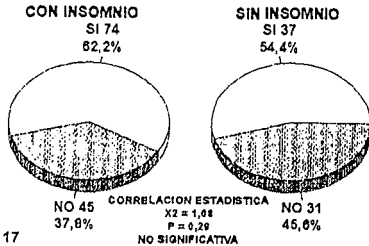


Fig. 17

¿ACOSTUMBRA A DORMIR LA SIESTA?

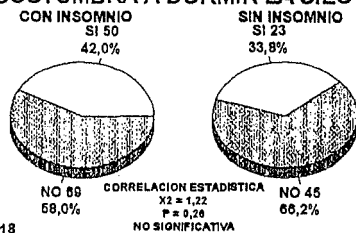


Fig. 18

¿PRACTICA ALGUN TIPO DE RELAJACION?

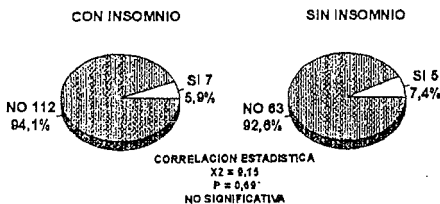


Fig. 19

¿REALIZA ALGUN EJERCICIO FISICO DURANTE EL DIA?

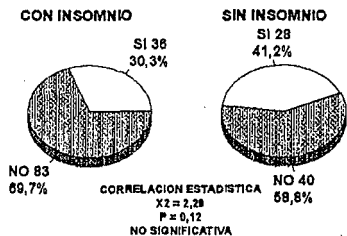


Fig. 20

INTERPRETACIÓN 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 (Fig. 3,4). 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 mas 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 cómo 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 induc-

tora 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.

BIBLIOGRAFÍA

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. Buéla-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
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, Orotolá 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 pacientes en diálisis. *SEDEN*. 1996. 397-402.
12. Peralta R, López Agreda JM, Estéban A, Roldán R, Álvarez de Ara MA. Síndrome de piernas inquietas con movimientos periódicos 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: La opinión del paciente y la del 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. Masson SA. 1988; 356-360.
16. Galindo A, Álvarez 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 hygiene du sommeil. *Presse medicale*. 1994;23:485-489.
 - 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. HolleyJI, Nespor S. Comparison of reported sleep disorders in patient on haemodilysis and CAPD. *aj. kidney D* 1992; 19 156-161.

ANEXO 1

NOMBRE.....EDAD.....SEXO.....AÑOS HD.....TURNO 1º 2º 3º
E.CIVIL: Soltero Casado Viudo Separado N.SOCIOECONÓMICO: Bajo Medio Alto

¿CUÁNTAS HORAS DUERME HABITUALMENTE?

¿HA TENIDO ALGUNA VEZ PROBLEMAS DE SUEÑO? SI NO ¿ACTUALMENTE? SI NO .

- DIFICULTAD DE CONCILIACIÓN
- DESPERTAR PRECOZ
- SUEÑO INTERRUPTIDO

DURACIÓN: MENOS DE 3-4 SEMANAS MÁS DE CUATRO SEMANAS

¿TIENE SOMNOLENCIA DIURNA? SI NO

¿HA CONSULTADO CON EL MÉDICO O PERSONAL QUE LE ATIENDE? SI NO

¿HA RECIBIDO INFORMACIÓN SOBRE CÓMO MEJORAR EL SUEÑO SIN MEDICACIÓN? SI NO

¿HA UTILIZADO ALGUNA VEZ MEDICACIÓN PARA DORMIR? SI NO

- NUNCA
- EN LA ACTUALIDAD
- POR UN PERIODO DE TIEMPO DETERMINADO
- DE FORMA CRÓNICA

ETIOLOGÍA: ¿A QUÉ CREE QUE ES DEBIDO SU PROBLEMA DE SUEÑO?

- DOLOR
- ALT. RESPIRAT.
- OTR.....
- EMOCIONAL (conflicto, miedo)
- PIES INQUIETOS
- HAMBRE-SED
- PARASOMNIAS (pesadillas)
- PICORES
- NO SABE

HÁBITOS ASOCIADOS:

ALCOHOL TABACO CAFÉ-COLAS FÁRMACOS

HIGIENE DEL SUEÑO

¿SUELE PERMANECER MUCHAS HORAS EN LA CAMA > DE 8-10?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿SUELE ACOSTARSE Y LEVANTARSE A LA MISMA HORA TODOS LOS DÍAS?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿ACOSTUMBRA A DORMIR LA SIESTA?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿DUERME DURANTE LA HEMODIÁLISIS?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿ES CÓMODA SU HABITACIÓN? (ruidos, temperatura)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿USA LA CAMA PARA COMER, MIRAR LA TELE, etc.?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿PERMANECE EN LA CAMA CUANDO NO PUEDE DORMIR? (en horas de sueño)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿REALIZA ALGÚN EJERCICIO FÍSICO DURANTE EL DÍA?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿REALIZA ALGUNA ACTIVIDAD QUE LE RELAJE ANTES DE DORMIR?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

ANEXO 2

EL SUEÑO

EL SUEÑO ES UNA PARTE ESENCIAL DE NUESTRA VIDA, PASAMOS LA MAYOR PARTE DE NUESTRA VIDA DURMIENDO. CON EL SUEÑO NOS RECUPERAMOS DE LA ACTIVIDAD Y EL TRABAJO REALIZADO DURANTE EL DÍA.

EL INSOMNIO

ENTENDEMOS POR INSOMNIO LA AUSENCIA INVOLUNTARIA DE SUEÑO O UNA MALA CALIDAD DEL MISMO QUE FAMILIARMENTE EXPRESAMOS CON FRASES COMO "NO PEGO OJO" "NOCHE EN BLANCO" "DUERMO FATAL" "DUERMO A RATOS"

PARA VIVIR EL DÍA ES MUY IMPORTANTE DORMIR DE NOCHE

CONSEJOS QUE LE PUEDEN AYUDAR A DORMIR MEJOR

CUIDAREMOS EL AMBIENTE EN LA HABITACIÓN

- EVITANDO RUIDOS QUE DIFICULTEN EL SUEÑO (PODEMOS USAR TAPONES)
- EVITAREMOS QUE ENTRE LUZ DE LA CALLE O DE OTRAS HABITACIONES (PODEMOS USAR ANTIFAZ)
- EVITAREMOS USAR LA CAMA PARA COMER, VER LA TELEVISIÓN O ESTAR ACOSTADOS DESPIERTOS.
- PROCURAREMOS TENER UNA TEMPERATURA AGRADABLE.
- PROCURAREMOS TENER UNA BUENA CAMA.

ACTIVIDADES QUE NOS AYUDARÁN A DORMIR

- ES IMPORTANTE HACER EJERCICIO CON REGULARIDAD, UN PASEO HASTA DONDE USTED PUEDA, PUEDE SER SUFICIENTE.
- ES IMPORTANTE QUE EL EJERCICIO SE HAGA POR LA TARDE, NUNCA ANTES DE ACOSTARSE.
- TOMAR UN BAÑO CALIENTE ANTES DE DORMIR RESULTA MUY RELAJANTE.
- LEER UN RATO O VER LA TELEVISIÓN FUERA DE SU HABITACIÓN.
- NOS ACOSTAREMOS CUANDO TENGAMOS SUEÑO Y PROCURAREMOS LEVANTARNOS A LA MISMA HORA.

CONSEJOS RESPECTO A SU ALIMENTACIÓN.

- LAS CENAS PESADAS SON DE DIFÍCIL DIGESTIÓN Y NO AYUDAN A DORMIR.
- EVITAR ALIMENTOS SALADOS QUE LE DARÁN SED, CON EL CONSEGUENTE SOBREPESO Y PROBLEMAS RESPIRATORIOS QUE DIFICULTARÁN EL SUEÑO.
- EVITARÁ, ESPECIALMENTE POR LA NOCHE, LAS BEBIDAS COMO CAFÉ, TE, COLAS Y CHOCOLATES.
- EL ALCOHOL NO FAVORECE EL SUEÑO.
- EL CONSUMO HABITUAL DE TABACO PRODUCE ALTERACIONES DEL SUEÑO

OTROS CONSEJOS

- PROCURAREMOS EVITAR LAS PREOCUPACIONES EN LA CAMA.
- EVITAREMOS LAS PASTILLAS PARA DORMIR SIEMPRE QUE SEA POSIBLE Y SIGUIENDO LOS CONSEJOS DE SU MÉDICO.

SI A PESAR DE TODAS LAS MEDIDAS NO PUEDE DORMIR PROCURE ESTAR A GUSTO EN LA CAMA.

INSTRUCCIONES PARA CONCILIAR EL SUEÑO ANTE ESTÍMULOS NO DESEADOS.

- ACUÉSTESE PARA DORMIR ÚNICAMENTE CUANDO TENGA SUEÑO.
- NO REALICE EN LA CAMA NINGUNA ACTIVIDAD QUE NO SEA DORMIR (NO LEA, NO VEA LA TELEVISIÓN, NO COMA, NO PIENSE EN PROBLEMAS O COSAS QUE DEBE HACER). LA ACTIVIDAD SEXUAL ES LA ÚNICA EXCEPCIÓN A ESTA NORMA.
- SI PASADOS QUINCE MINUTOS (APROXIMADO) DESDE QUE SE METIÓ EN LA CAMA CON LA INTENCIÓN DE DORMIR, NO HA CONSEGUIDO, LEVÁNTESE Y VÁYASE A OTRA HABITACIÓN.
- SI, SIGUIENDO LA NORMA ANTERIOR, HA TENIDO QUE LEVANTARSE Y TRASLADARSE A OTRA HABITACIÓN, UNA VEZ EN ÉSTA REALICE ALGUNA ACTIVIDAD RELAJANTE COMO LEER O ESCUCHAR MÚSICA. REGRESE A SU HABITACIÓN ÚNICAMENTE CUANDO VUELVA A SENTIR QUE TIENE SUEÑO.
- SI, UNA VEZ QUE HA REGRESADO A SU CAMA, SIGUE SIN PODER DORMIR, VUELVA A REALIZAR LA MISMA OPERACIÓN TANTAS VECES COMO SEA NECESARIO DURANTE LA NOCHE.
- SI, TRAS QUEDARSE DORMIDO, SE DESPIERTA DURANTE LA NOCHE Y PERMANECE OTROS QUINCE MINUTOS SIN CONCILIAR DE NUEVO EL SUEÑO, LLEVE A CABO TAMBIÉN LAS INSTRUCCIONES ANTERIORES.
- PREPARE SU DESPERTADOR PARA QUE SUENE A LA MISMA HORA TODAS LAS MAÑANAS Y LEVÁNTESE EN CUANTO SUENE LA ALARMA, INDEPENDIENTEMENTE DEL TIEMPO QUE HAYA DORMIDO DURANTE LA NOCHE.
- NO DUERMA DURANTE EL DÍA.