Trastornos del sueño en pacientes con demencia valorados en una consulta de geriatría

Elena Ubis-Díez, Javier Olivera-Pueyo

Objetivos. Conocer las alteraciones del sueño y la calidad de sueño de los mayores y comparar estas alteraciones en pacientes con y sin deterioro cognitivo.

Pacientes y métodos. Estudio transversal de pacientes aquejados de alteraciones del sueño. Variables analizadas: sociodemográficas, existencia o no de demencia, patología y fármacos que interfieren con el sueño, hábitos del sueño, tipo de alteración del sueño y tratamiento. Se utilizó el índice de calidad del sueño de Pittsburgh (ICSP) para valorar la calidad del sueño y la escala de somnolencia de Epworth para valorar la somnolencia diurna.

Resultados. Muestra de 49 pacientes con alteraciones del sueño. El 59,13% referían alteraciones primarias del sueño. El 69,4% presentaban demencia. La puntuación media en el ICSP fue de 13,67 (> 5 implica mala calidad de sueño). Los componentes más afectados del sueño fueron: eficiencia, calidad subjetiva, latencia del sueño y uso de medicamentos para dormir. En pacientes con demencia se objetivaron diferencias significativas: mayor incidencia de trastornos del sueño, tratamiento con neurolépticos atípicos, antidepresivos y trazodona, y peor puntuación en el componente de uso de medicamentos. En pacientes sin demencia se objetivó una peor puntuación en el componente de latencia del sueño y en disfunción diurna. Antecedentes de depresión en un 66,6% y únicamente el 33,3% en tratamiento con antidepresivos.

Conclusiones. Los trastornos del sueño son frecuentes en los mayores con demencia. El ICSP puede ser un instrumento útil para valorar la calidad del sueño en este grupo de población.

Palabras clave. Ancianos. Calidad de sueño. Demencia. Índice de calidad de sueño de Pittsburgh. Insomnio. Trastornos primarios del sueño.

Servicio de Geriatría; Hospital Sagrado Corazón de Jesús (E. Ubis-Díez). Programa de Psicogeriatría; Servicio de Psiquiatría; Hospital San Jorge (J. Olivera-Pueyo). Huesca, España.

Correspondencia:
Dra. Elena Ubis Díez. Servicio de Geriatría. Hospital Sagrado Corazón de Jesús. P.º Lucas Mallada, 22. E-22005 Huesca.

Fax:
+34 974 292 009.

E-mail:
eubis@salud.aragon.es

© 2012 Psicogeriatría

Introducción

Con la edad se modifica la estructura y calidad del sueño: aumenta el tiempo de latencia, el número y la duración de los despertares nocturnos, se incrementan los estadios 1 y 2 de la fase no REM y se produce un descenso de los estadios 3 y 4 (sueño profundo) y de la duración de la fase REM [1].

En los ancianos, los trastornos del sueño constituyen uno de los síndromes geriátricos más frecuentes [2,3]. La prevalencia aumenta con la edad, llegando hasta el 57% de los mayores de 65 años, con una incidencia anual del 5%. Esto se debe a que a los cambios fisiológicos del sueño se asocian, con mayor frecuencia, otros factores que empeoran la calidad de éste. Estos factores son los trastornos primarios del sueño –síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS), síndrome de piernas inquietas (SPI)…–, los cambios en el ritmo circadiano, la patología médica (articular, cardiovascular, respiratoria, diabetes...), la patología psiquiátrica (fundamentalmente demencia y depresión) y el consumo de fármacos [3]. Además, en la bibliografía médica se evidencia que la mala calidad de sueño es un factor de riesgo para presentar enfermedades cardiovasculares y respiratorias y produce empeoramiento cognitivo, lo que aumenta la mortalidad en edades avanzadas [4-6].

Estudios observacionales confirman que el 25-35% de pacientes con demencia tipo Alzheimer presentan, además de estos cambios fisiológicos, otras alteraciones como hipersomnia diurna y trastornos conductuales relacionados con el sueño, como vagabundeo y síndrome del anochecer [7]. Se cree que son el resultado de un deterioro neurológico que genera fluctuaciones y alteraciones en el ritmo circadiano. A ello se unen los efectos negativos sobre el sueño de numerosos fármacos utilizados en este grupo de pacientes para el control conductual y para el propio proceso de demencia [8].

Existen datos similares en individuos afectos de enfermedad de Parkinson y demencia por cuerpos de Lewy: hasta dos tercios de ellos presentan alguna alteración en el sueño [7]. Además, los fármacos dopaminérgicos disminuyen la calidad del sueño al reducir el sueño REM, aumentar la latencia para iniciarlo y presentar mas somnolencia diurna [9].

Los trastornos del sueño son causa frecuente de consulta médica, generan una importante sobrecarga de cuidadores y repercuten en el entorno (cuidadores, familiares, vecinos...). Todo ello predispone a la institucionalización y empeora el pronóstico a medio plazo porque puede asociar comorbilidad y iatrogenia farmacológica [2,4].

Para la valoración del sueño se dispone de una medición del componente objetivo, realizada por polisomnografía, y del componente subjetivo, mediante diferentes tests o cuestionarios. La polisomnografía no aporta datos diferentes en pacientes con mala calidad de sueño respecto a otros, salvo aumento del tiempo de latencia, y los tests únicamente evidencian la existencia o no de insomnio. Sin embargo, en los últimos años se han desarrollado y validado nuevos instrumentos, como el índice de calidad de sueño de Pittsburgh (ICSP), que aporta más datos sobre la mayor o menor calidad en los distintos componentes del sueño [10].

Por ello nos planteamos como objetivo principal conocer las alteraciones y la calidad del sueño que presentan los pacientes ancianos que acuden a consulta de geriatría, y posteriormente comparar dichas alteraciones en pacientes con y sin deterioro cognitivo, así como en el caso de los pacientes con demencia, la diferencia de los trastornos del sueño en cada uno de los distintos tipos de demencia.

Pacientes y métodos

Muestra

Realizamos un estudio observacional transversal de los pacientes que acudían a la consulta externa de geriatría del Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Huesca, entre noviembre de 2010 y mayo de 2011, ambos incluidos.

Se incluyó a los pacientes con problemas de sueño referidos por el propio paciente o por los cuidadores en el caso de pacientes con deterioro cognitivo, en el momento de la entrevista, y que dieron consentimiento para participar en el estudio.

Se excluyó a los pacientes con antecedente de insomnio o trastorno del sueño, pero que ya se había resuelto en el momento de la recogida de datos, y a aquellos con deterioro cognitivo que acudían sin un informador o éste no se consideraba fiable.

Metodología y variables

Tras la respuesta afirmativa a la pregunta sobre la existencia de alteraciones o problemas de sueño en el paciente, se realizó una valoración que incluía las siguientes variables:

- *Sociodemográficas:* sexo, edad, domicilio habitual.
- *Independencia para las actividades de la vida diaria (AVD):* medida mediante el índice de Barthel [10], ampliamente validado y utilizado en población geriátrica, que puede ser obtenido por el propio paciente o por el cuidador principal.
- *Estado cognitivo:* utilizando la escala de la Cruz Roja, [11] que valora el antecedente o no de demencia, tipo de demencia y estadio evolutivo mediante la escala de deterioro global (GDS) de Reisberg [12].
- *Comorbilidad que puede interferir con el sueño:* alteraciones tiroideas, diabetes mellitus, patología reumática, reflujo gastroesofágico, patología prostática, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), cardiopatía isquémica o insuficiencia cardiaca, depresión, ansiedad, enfermedad de Parkinson, ictus.
- *Fármacos que pueden interferir con el sueño y actuar como factores de confusión:* corticoides, tiroxina, betabloqueadores, alcohol, broncodilatadores, diuréticos, antagonistas del calcio, antidepresivos, neurolépticos, benzodiacepinas, estabilizantes del ánimo, inhibidores de la acetilcolinesterasa (IACE).
- *Variables referidas a los hábitos de sueño:* horas de sueño diurno/nocturno, hora de acostarse y levantarse.
- *Tipo de insomnio:* conciliación, despertar precoz, mantenimiento, dificultad para reiniciarlo.
- *Tipo de alteración del sueño:* sueño diurno, SAOS, SPI, síndrome crepuscular (*sundowning*), agitación y vagabundeo.
- *Tratamiento para el insomnio:* hipnóticos, neurolépticos, antidepresivos con efecto sedante, antiepilépticos...

Tras la recogida de estos datos se solicitó al paciente o al cuidador (en el caso de pacientes con deterioro cognitivo) que completara el ICSP, cuestionario diseñado por Bysse et al y que se validó al castellano en 1996 [13]. Se ha utilizado para valorar el sueño en pacientes ancianos, con patología psiquiátrica [14,15]. Consta de 24 preguntas, 18 de las cuales autoaplicables (en nuestro caso respondidas por el cuidador). Investiga horarios de sueño, eventos asociados al dormir, calidad del sueño, medicamentos para dormir y existencia de somnolencia diurna. Se califican mediante una escala ordinal con cuatro grados. Se obtienen siete puntuaciones que informan de otros componentes de la calidad subjetiva del sueño: calidad, latencia de sueño, du-

Figura 1. Distribución de la muestra en función del tipo de demencia.

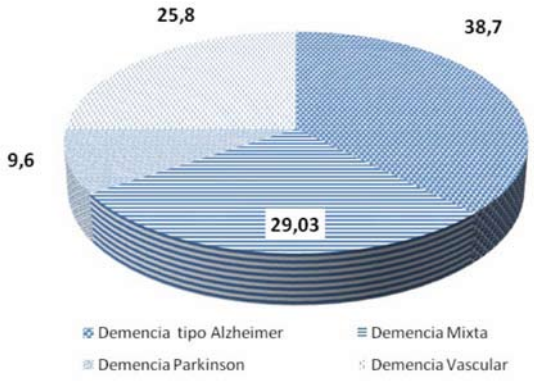
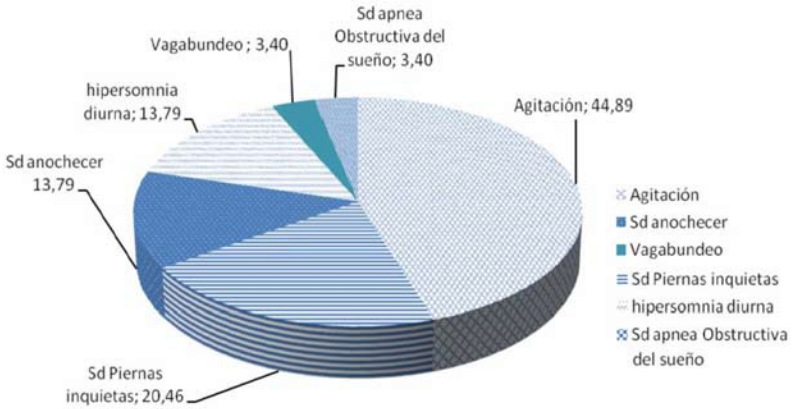


Figura 2. Distribución de los trastornos del sueño.



ración del dormir, eficiencia de sueño, alteraciones del sueño, uso de medicamentos y disfunción diurna. La suma de las puntuaciones obtenidas genera una puntuación total de 0 a 21 puntos. El punto de corte en la bibliografía consultada es de 5: una puntuación superior es indicativa de mala calidad del sueño.

Posteriormente se aplicó la escala de somnolencia de Epworth (ESE), desarrollada en 1991 [16] y validada al castellano en 1999, que detecta la excesiva somnolencia diurna y valora la hipersomnia característica de pacientes afectos de SAOS.

Análisis estadístico

Los datos se recogieron en una base de datos Excel y posteriormente se introdujeron y analizaron con el programa estadístico SPSS v. 17.0.

Se comprobó la normalidad de las variables cuantitativas mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov y se realizó un primer análisis con estadísticos descriptivos de las variables. Se analizaron los datos conjuntamente y luego se comparó el grupo de pacientes con deterioro cognitivo y los que no presentaban dicho deterioro. Las variables cuantitativas se compararon con el test *t* de Student, *U* de Mann-Whitney, ANOVA y Kruskal-Wallis, y las variables cualitativas, con el test exacto de Fisher.

Para analizar la relación entre las diferentes variables y el deterioro cognitivo se realizó un análisis de regresión logística por pasos, con el método *Stepwise Fordward (Wald)*, introduciendo las variables significativas con $p < 0,05$.

Resultados

Análisis descriptivo

Durante el periodo de estudio se visitaron un total de 310 pacientes, de los cuales 55 (17,74%) refirieron durante la visita trastornos del sueño. Se excluyeron seis pacientes por no cumplir con los criterios de inclusión. Por ello, el total de la muestra estudiada es de 49 pacientes. Por tanto, el 15,8% de los pacientes mayores que acudían a consulta de geriatría referían problemas de sueño.

La edad media de la muestra era de 84,2 ± 6,41 años (rango: 66-94 años). La mayoría, el 79,6%, eran mujeres y el 16,3% vivían en residencia. El 48,97% eran independientes para las AVD o presentaban una dependencia funcional leve (índice de Barthel > 60). El 69,4% presentaban deterioro cognitivo (Fig. 1); no hubo casos de demencia frontotemporal. El 61,7% de los pacientes con demencia presentaban una puntuación en la GDS ≤ 4.

De entre las patologías que pueden afectar al sueño destacaban: depresión/ansiedad, 53,1%; cardiopatía, 38,8%; ictus, 34,7%; diabetes mellitus, 28,6%, y enfermedad osteoarticular y dolor, 24,5%, entre otras. Los fármacos que pueden interferir con el sueño más consumidos son: antidepresivos, 59,2%; benzodiacepinas, 34,7%; IACE, 32,7%; neurolépticos, 32,7%, y diuréticos, 30,6%.

El tipo de insomnio más frecuente era el insomnio de conciliación (73,5%), seguido del insomnio de mantenimiento (59,2%) e insomnio de despertar temprano o precoz (40,8%). La media de duración del

Figura 3. Tratamiento farmacológico del insomnio.

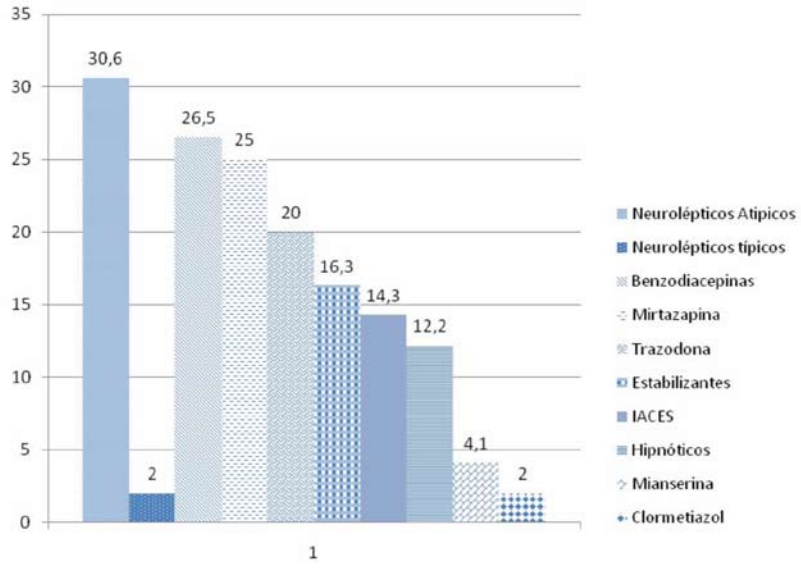
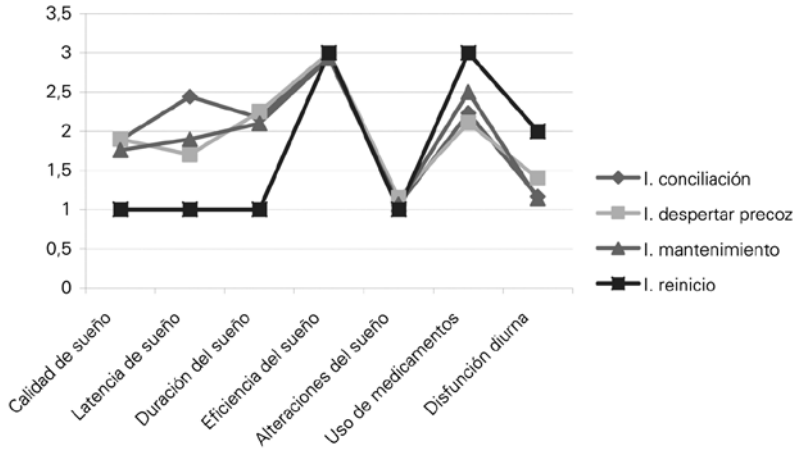


Figura 4. Puntuaciones en el índice de calidad del sueño de Pittsburgh según el tipo de insomnio.



sueño nocturno era de 4,88 ± 1,25 h (rango: 1-8 h) y el tiempo de siesta, de 1,10 ± 1,30 h (rango: 0-6 h). La eficiencia del sueño (medida como el número de horas de sueño del total de horas en la cama) fue del 47,29 ± 11,08%.

Presentaron trastornos relacionados con el sueño 29 pacientes (59,18%); el más frecuente fue la agitación, en 13 pacientes (44,89%) (Fig. 2).

Los fármacos más utilizados para el insomnio (administrados a partir de la cena) fueron: neurolépticos atípicos, 30,6%; benzodiacepinas, 26,5%, y mirtazapina, 25%, entre otros (Fig. 3).

La puntuación media en la ESE fue de 3,9 ± 4,4 puntos (rango: 0-17 puntos), lo que descarta somnolencia diurna. En el ICSP la puntuación media fue de 13,67 ± 2,035 (rango: 10-21 puntos), lo que indica mala calidad de sueño. Posteriormente se evaluaron los componentes del sueño del índice. El rango se encuentra entre 0 y 3 puntos y a mayor puntuación, peor calidad en ese componente (3 sería la peor calidad posible). Se observó:

- *Calidad de sueño subjetiva (componente 1):* 1,80 ± 0,56.
- *Latencia de sueño (componente 2):* 1,70 ± 0,80.
- *Duración del dormir (componente 3):* 1,80 ± 0,94.
- *Eficiencia del sueño (componente 4):* 3.
- *Alteraciones del sueño (componente 5):* 0,93 ± 0,25.
- *Uso de medicamentos para dormir (componente 6):* 2,67 ± 0,90.
- *Disfunción diurna (componente 7):* 1,27 ± 0,70.

Se constató que los pacientes que viven en residencia presentan con mayor frecuencia SAOS (12,5%) y SPI (37,5%), frente a los pacientes que residen en domicilio, que presentan alteraciones del sueño en menor proporción, siendo las más frecuentes agitación (29,3%) e hipersomnia diurna (9,7%).

También se objetivó significación estadística en la mayor puntuación en el componente 2 (latencia del sueño) del ICSP en los pacientes que vivían en residencia (2,50 ± 0,53 frente a 1,95 ± 0,90; $p < 0,035$), lo que demuestra mayor latencia del sueño.

Cuando se estudiaron las características de los pacientes en función del tipo de insomnio, se evidenció relación entre el uso de broncodilatadores con insomnio de despertar temprano ($p < 0,035$) y el uso de antidepresivos con la no presencia de este tipo de insomnio ($p < 0,005$). También se encontró significación en el tratamiento del insomnio de conciliación con mirtazapina ($p < 0,049$).

Al analizar las puntuaciones en el ICSP (Fig. 4) se hallaba relación en cuanto a peor puntuación del componente de latencia del sueño, con una media de 2,44 puntos, en pacientes con insomnio de conciliación ($p < 0,001$); mejor puntuación en el mismo componente (latencia), con una media de 1,70 puntos, en aquellos pacientes con insomnio de despertar temprano o precoz ($p < 0,028$), y también mejor puntuación en el componente de calidad del sueño,

duración del sueño y de la eficiencia del sueño, en el grupo de insomnio de reinicio ($p < 0,039$, $p < 0,035$ y $p < 0,016$, respectivamente). En el análisis de regresión logística únicamente es significativa la latencia del sueño, con una razón de prevalencia (RP) de 9,6 en el insomnio de conciliación.

Al evaluarse las características de los pacientes que presentaban trastornos del sueño, se valoró la existencia o no de relación con las puntuaciones en las escalas utilizadas (Tabla I). Objetivamos relación entre aquellos pacientes con antecedentes de enfermedad tiroidea y tratamiento con hormonas tiroideas y el SPI ($p < 0,04$ y $p < 0,013$, respectivamente). También se establece relación entre el consumo de benzodiacepinas y el tratamiento con hipnóticos en pacientes con síndrome del anochecer ($p < 0,043$ y $p < 0,05$, respectivamente). Se comprueba relación entre el tratamiento habitual con IACE y la agitación nocturna y sueño diurno ($p < 0,026$). En cuanto a los componentes del sueño, sólo existe significación estadística en aquellos pacientes afectos de SAOS que presentan mejor puntuación en el componente 4 (eficiencia del sueño) respecto a otros trastornos del sueño ($p < 0,034$).

Insomnio en pacientes con y sin demencia

Uno de los objetivos principales del estudio es comparar los pacientes con problemas de sueño en función de la existencia o no de deterioro cognitivo (Tabla II). Respecto a las variables analizadas, destaca una asociación estadísticamente significativa en la peor puntuación en el índice de Barthel, así como un mayor consumo de antidepresivos (70,6%), neurolépticos (44,1%) e IACE (47%) en los pacientes con demencia. También se objetiva una mayor incidencia de alteraciones del sueño (79,4%) y tratamiento de los trastornos del sueño con neurolépticos atípicos (41,2%) y trazodona (29,4%) en este grupo de pacientes, además de una mayor puntuación en el componente del ICSP que mide el uso de medicamentos para dormir en pacientes con demencia (media: 2,73 puntos) respecto a pacientes sin demencia (media: 1,53 puntos). Sin embargo, se demuestra una peor puntuación de los pacientes sin deterioro cognitivo en el componente de latencia del sueño (2,4 frente a 1,85 puntos) y en el componente de disfunción diurna (1,38 frente a 1,24 puntos). En el análisis de regresión logística por pasos, únicamente entran en el modelo la agitación nocturna (RP = 7,62), el componente de uso de medicamentos para dormir (RP = 11,97) para puntuaciones mayores de 2, y el componente de disfunción diurna (RP = 2,8) ($p < 0,001$).

Insomnio y tipo de demencia

Cuando analizamos las variables estudiadas en el grupo de pacientes con demencia, en función del tipo de demencia, destaca una mayor utilización de neurolépticos atípicos para el tratamiento del insomnio en demencia vascular ($p < 0,02$). También se encontró significación estadística en la peor puntuación en el ICSP en demencia por cuerpos de Lewy y en demencia mixta (15,5 y 15,3 puntos, respectivamente; $p < 0,02$) y en el componente 3 del ICSP (duración del dormir) en demencia por cuerpos de Lewy y demencia parkinsoniana (3 y 2, puntos respectivamente; $p < 0,08$).

Discusión

La prevalencia de los trastornos del sueño en la muestra estudiada es inferior a la mayoría de la bibliografía revisada (15,8% frente a 19-44%) [2]. Esto puede deberse a que, según los criterios de inclusión y exclusión, sólo se han recogido datos de aquellos pacientes con insomnio o trastornos del sueño en el momento de la entrevista, y no de los que sí presentaban estas alteraciones previamente y que estaban controlados en ese momento, o incluso ya recibían un tratamiento para el insomnio.

Del mismo modo cabe destacar que únicamente el 16,3% vivían en residencia; esto difiere de los trabajos consultados, ya que los trastornos del sueño son una causa frecuente de institucionalización [17]. Sin embargo puede explicarse, por una parte, en que el 61,7% de los pacientes con demencia se encuentran en un estadio leve (GDS ≤ 4), y por otra, en que el 48,97% de la muestra mantiene independencia para las AVD básicas o una dependencia leve (índice de Barthel > 60).

Otros datos, como la elevada comorbilidad y la polifarmacia que afecta al descanso nocturno, sí se corresponden con otros estudios [4,5]. A pesar de que en este grupo de edad está poco indicada la utilización de benzodiacepinas, la prescripción en nuestro medio es elevada tanto para el insomnio como para la ansiedad, si bien las utilizadas son de vida media corta.

En cuanto al insomnio, un porcentaje elevado de los pacientes presenta más de un tipo, principalmente de conciliación y mantenimiento. Se evidencia la disminución de las horas de sueño, manteniendo las horas en cama, y por tanto la eficiencia de sueño disminuye (47,29%).

Casi el 60% de la muestra presentaba algún trastorno del sueño, siendo más frecuente en pacientes

Tabla I. Tipo de alteración del sueño con comorbilidad, tratamiento y calidad de sueño.

	Sueño diurno (*n* = 4)	SAOS (*n* = 1)	SPI (*n* = 6)	Síndrome del anochecer (*n* = 4)	Agitación (*n* = 13)	Vagabundeo (*n* = 1)	*p*
Patologías que interfieren el sueño (%)							
Enfermedad tiroidea	2 (50)	0	3 (50)	0	0	0	0,04
Diabetes	1 (25)	0	2 (33,3)	1 (25)	3 (23,1)	1 (100)	0,65
EPOC	0	1 (100)	1 (16,7)	1 (25)	1 (7,7)	0	0,16
Cardiopatía	2 (50)	1 (100)	3 (50)	2 (50)	2 (15,4)	0	0,30
Patología urinaria	0	0	0	0	4 (30,8)	0	0,33
Patología reumática	1 (25)	0	0	1 (25)	1 (7,7)	0	0,71
Depresión/ansiedad	2 (50)	1 (100)	2 (33,3)	4 (100)	4 (30,8)	1 (100)	0,12
Enfermedad de Parkinson	0	0	1 (16,7)	0	5 (38,5)	0	0,39
Accidente cerebrovascular	1 (25)	1 (100)	1 (16,7)	1 (25)	9 (69,2)	1 (100)	0,12
Fármacos que interfieren el sueño (%)							
Antipark	1 (25)	0	0	1 (25)	3 (23,1)	0	0,80
Betabloqueadores	2 (50)	0	2 (3,3)	0	2 (15,4)	0	0,48
Broncodilatadores	0	0	1 (16,7)	0	1 (7,7)	0	0,89
Accidente cerebrovascular	0	0	0	0	0	1 (100)	0,00
Tiroxina	1 (25)	0	4 (66,7)	0	0	0	0,013
Diuréticos	1 (25)	0	1 (16,7)	1 (25)	1 (7,7)	0	0,90
Antidepresivos	2 (50)	1 (100)	4 (66,7)	4 (100)	9 (69,2)	1 (100)	0,63
Neurolépticos	2 (50)	0	1 (16,7)	2 (50)	10 (76,9)	0	0,135
Benzodiacepinas	2 (50)	1 (100)	1 (16,7)	3 (75)	1 (7,7)	0	0,043
Estabilizantes	1 (25)	0	2 (33,3)	0	3 (23,1)	0	0,81
IACE	4 (100)	1 (100)	1 (16,7)	0	7 (53,8)	1 (100)	0,026
Tratamiento del insomnio (%)							
Hipnóticos	1 (25)	1 (100)	1 (16,7)	2 (50)	0	0	0,050
Mianserina	0	0	1 (16,7)	1 (25)	0	0	0,50
Benzodiacepinas	1 (25)	0	1 (16,7)	1 (25)	3 (23,1)	0	0,98
Neurolépticos típicos	0	0	0	0	1 (7,7)	0	0,93
IACE	3 (75)	0	1 (16,7)	0	2 (15,4)	0	0,108
Clormetiazol	0	0	0	0	1 (7,7)	0	0,93
Mirtazapina	0	0	2 (33,3)	1 (25)	4 (30,8)	0	0,77
Estabilizantes	1 (25)	0	2 (33,3)	0	3 (23,1)	0	0,81
Neurolépticos atípicos	2 (50)	0	1 (16,7)	2 (50)	9 (69,1)	0	0,255
Trazodona	2 (50)	0	1 (16,7)	2 (50)	4 (30,8)	0	0,727
Puntuación ESE, media (DE)	5 (4,1)	2	1,33 (1,5)	4 (3,9)	7,08 (6,2)	0	0,268
Puntuación ICSP, media (DE)	14 (2,1)	13	14,1 (2,4)	13,75 (2,06)	14,85 (1,9)	12	0,73
Calidad de sueño (C1)	1,75 (0,5)	2	1,83 (0,75)	2	1,92 (0,49)	2	0,10
Latencia de sueño (C2)	2 (0,816)	2	2,33 (0,51)	1,75 (0,50)	2 (1,15)	3	0,16
Duración del dormir (C3)	2,5 (0,577)	1	2,33 (0,51)	2 (1,15)	2	2	0,154
Eficiencia del sueño (C4)	3	3	2,83 (0,40)	3	3	3	0,034
Alteración del sueño (C5)	1	1	1,33 (0,51)	0,75 (0,50)	1	1	0,06
Uso de fármacos (C6)	2,5 (1)	3	2,6 (0,89)	3	3	3	0,14
Disfunción diurna (C7)	1,25 (0,50)	1	0,83 (0,98)	1 (0,81)	1,62 (0,65)	1	0,13
Eficiencia del sueño (%)	45,26 (8,7)	63	51,6 (12,24)	44,25 (9,53)	41,31 (13,52)	50	2,20

C1: componente 1; C2: componente 2; C3; componente 3; C4: componente 4; C5: componente 5; C6: componente 6; C7: componente 7; DE: desviación estándar; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; ESE: escala de somnolencia de Epworth; IACE: inhibidores de la acetilcolinesterasa; ICSP: índice de calidad del sueño de Pittsburgh; SAOS: síndrome de apnea obstructiva del sueño; SPI: síndrome de piernas inquietas.

con demencia [18]. Uno de los más habituales es la agitación nocturna (44,89%), seguido del SPI (20,46%), con una prevalencia en la bibliografía del 40%. La existencia de SAOS diagnosticado (3,4%) es inferior a la que se estima en este grupo, que se encuentra en torno al 40-50%; a pesar de ello, la ESE sólo ha objetivado riesgo elevado (> 15 puntos) en dos pacientes (3,4%) [19].

Un dato a destacar, referente a los resultados obtenidos con el ICSP, es que en todos los pacientes la puntuación ha sido mayor de 5, lo que indica 'mala calidad de sueño'; ello puede parecer lógico si tenemos en cuenta los criterios de inclusión ('queja subjetiva de problemas de sueño'), pero más allá de este dato, si se desglosa esta puntuación global, se detecta dónde se encuentran los problemas concretos del paciente. Así, los más afectados en el total de la muestra son: eficiencia de sueño, con una media de 3 puntos (rango: 0-3 puntos); uso de fármacos, con 2,67 puntos, y calidad global y duración del dormir, con 1,80 puntos. La mayor afectación del componente de eficiencia del sueño puede deberse a los cambios de la arquitectura del sueño y del ritmo circadiano, menor número de horas y fragmentación del sueño. A pesar de que en este grupo los trastornos del sueño son frecuentes (59,18%), no se correlacionan con la puntuación elevada en el componente de alteraciones del sueño que los mide. Este índice se ha utilizado para valorar la calidad de sueño en pacientes mayores de 65 años y con patología psiquiátrica, en los cuales se ha encontrado mayor puntuación en los componentes antes referidos, respecto a poblaciones más jóvenes [20].

Al dividir la muestra según el domicilio habitual, detectamos mayor porcentaje de insomnio y de trastornos del sueño en aquellos que viven en residencia, pero es más frecuente la agitación en aquellos que viven en domicilio. Este dato contrasta con la bibliografía, pero si realizásemos un seguimiento de este grupo de pacientes, probablemente la institucionalización aumentaría de forma prospectiva [17]. También se halló relación en mayor puntuación en el componente 2 de latencia del sueño en pacientes de residencia, debido seguramente a los horarios de la institución.

Cuando estudiamos los datos en función del tipo de insomnio, encontramos relación entre el uso de broncodilatadores y el insomnio de despertar temprano, mientras que la toma de antidepresivos parece mejorar o disminuir los problemas de sueño. Los pacientes con insomnio de reinicio puntúan mejor en el componente de calidad de sueño subjetiva y en el de duración del sueño, lo que puede deberse a que el tiempo de sueño sea más efectivo en

Tabla II. Descripción de la muestra en función de la existencia o no de deterioro cognitivo.

	Demencia (*n* = 34; 69,38%)	No demencia (*n* = 15; 30,62%)	Significación
Edad media (DE)	84,7 (6,3)	83,07 (6,5)	0,445
Fármacos que interfieren con el sueño (%)			
Corticoides	0	1 (6,6)	0,306
Dopaminérgicos	5 (14,7)	2 (3,2)	0,638
Betabloqueadores	6 (17,6)	4 (26,6)	0,358
Alcohol	0	0	–
Broncodilatadores	4 (11,8)	2 (13,2)	0,605
Antagonistas de los canales del calcio	1 (2,9)	1 (6,6)	0,523
Tiroxina	4 (11,8)	1 (6,6)	0,511
Diuréticos	9 (2,5)	6 (40)	0,268
Antidepresivos	24 (70,6)	5 (33,3)	0,017
Neurolépticos	15 (44,1)	1 (6,6)	0,009
Benzodiacepinas	13 (38,2)	4 (26,6)	0,328
Estabilizantes	6 (17,6)	3 (20)	0,567
Inhibidores de la acetilcolinesterasa	16 (47)	0	0,001
Tipo de insomnio (%)			
Insomnio de conciliación	25 (73,5)	11 (73,3)	0,624
Insomnio de despertar precoz	13 (38,2)	7 (46,6)	0,403
Insomnio de mantenimiento	22 (64,7)	7 (46,6)	0,192
Dificultad para reiniciar el sueño	1 (2,9)	1 (6,6)	0,523
Tipo de alteración del sueño (%)			
Ninguna	7 (20,6)	13 (86,6)	0,011
Sueño diurno	8 (23,5)	0	
Síndrome de apnea obstructiva del sueño	1 (2,9)	0	
Síndrome de piernas inquietas	4 (11,8)	2 (13,3)	
Sundowning	4 (11,8)	0	
Agitación	13 (38,2)	0	
Vagabundeo	1 (2,9)	0	
Tratamiento del insomnio (%)			
Hipnóticos	5 (14,7)	1 (6,6)	0,395
Mianserina	2 (5,8)	0	0,477
Benzodiacepinas	10 (29,4)	3 (20)	0,376
Neurolépticos típicos	1 (2,9)	0	0,694
Inhibidores de la acetilcolinesterasa	7 (20,6)	0	0,063
Clormetiazol	1 (2,9)	0	0,694
Mirtazapina	9 (26,5)	3 (20)	0,511
Estabilizantes	6 (17,6)	2 (13,3)	0,532
Neurolépticos atípicos	14 (41,2)	1 (6,6)	0,014
Trazodona	10 (29,4)	0	0,016
Puntuación ESE, media (DE)	4,38 (4,89)	2,71 (3,12)	0,245
Puntuación ICSP, media (DE)	13,94 (1,94)	13,07 (2,014)	0,167
Calidad de sueño (C1)	1,85 (0,61)	1,8 (0,56)	0,770
Latencia de sueño (C2)	1,88 (0,94)	2,4 (0,73)	0,060
Duración del dormir (C3)	2,09 (0,83)	2,27 (0,7)	0,472
Eficiencia del sueño (C4)	2,97 (0,17)	2,03 (0,25)	0,553
Alteración del sueño (C5)	1 (0,24)	1,2 (0,67)	0,134
Uso de fármacos (C6)	2,73 (0,76)	1,53 (1,3)	0,000
Disfunción diurna (C7)	1,24 (0,75)	1,38 (0,65)	0,053
Eficiencia del sueño (%)	46,68 (12,08)	48,79 (8,3)	0,555
Horas de sueño nocturno, media (DE)	1,32 (1,49)	0,6 (0,5)	0,075
Horas de sueño diurno, media (DE)	4,94 (1,34)	4,73 (1,03)	0,593

C1: componente 1; C2: componente 2; C3; componente 3; C4: componente 4; C5: componente 5; C6: componente 6; C7: componente 7; DE: desviación estándar; ESE: escala de somnolencia de Epworth; ICSP: índice de calidad del sueño de Pittsburgh.

este grupo. Esto se confirma porque la eficiencia del sueño es mejor que en el resto (65,5%). Los pacientes con insomnio de conciliación puntúan peor el componente de latencia ya que, según la definición de este insomnio, aumenta el tiempo para iniciar el sueño (el propio concepto de latencia).

Al evaluar los factores que pueden influir en los trastornos del sueño, se encontró que el 50% de los pacientes con SPI pueden relacionarse con la patología tiroidea y su tratamiento. También se objetiva que los pacientes con SAOS y síndrome del anochecer toman habitualmente benzodiacepinas, precisamente no indicadas en este grupo. Además, en el tratamiento de estos trastornos se utilizan los hipnóticos –poco indicados en ellos–, por lo que la retirada de ambos puede mejorar el trastorno o por lo menos disminuir posibles complicaciones, una de ellas las caídas. Además, todos los trastornos influyen en el componente de eficiencia del sueño, lo que justifica el empeoramiento de la calidad de vida en este grupo. Por otro lado destaca el escaso porcentaje de pacientes con antecedente de depresión y sin deterioro cognitivo que reciben tratamiento antidepresivo respecto a aquellos con demencia; esto podría atribuirse a la escasa sensibilidad para el tratamiento de la patología afectiva en ancianos, a pesar de su gran prevalencia en este grupo de edad [4-6].

Cuando segregamos la muestra según la existencia o no de demencia, se evidencia que los pacientes con deterioro cognitivo presentan peor situación funcional y mayor consumo de psicofármacos neurolépticos y antidepresivos, a pesar de que el antecedente de depresión es más frecuente en pacientes sin deterioro cognitivo. Esto puede deberse a la mayor utilización de este grupo de fármacos (fundamentalmente mirtazapina y mianserina) para el tratamiento del insomnio. Los trastornos del sueño son significativamente más frecuentes en el grupo de pacientes con demencia (79,4%), a expensas de agitación, síndrome del anochecer e hipersomnia diurna, lo que concuerda con otros estudios. Para el tratamiento de estas alteraciones se utilizan más psicofármacos (fundamentalmente neurolépticos atípicos y trazodona) que en pacientes sin deterioro. Por ello puntúan más en el componente 6 del ICSP (consumo de fármacos). Los pacientes sin deterioro puntúan peor en la latencia del sueño y en la disfunción diurna. Esto se explicaría porque el 66,6% tienen el antecedente de depresión y sólo un 33,3% toman antidepresivos. Ello se corrobora con estudios en pacientes psiquiátricos con trastornos afectivos de base, donde estos componentes son los más afectados [21,22].

Por último al diferenciar por tipo de demencia, encontramos mayor consumo de neurolépticos atípicos –a pesar de no ser estos fármacos la primera elección– en pacientes con demencia mixta, demencia parkinsoniana y demencia por cuerpos de Lewy, que presentan como trastorno del sueño más frecuente la agitación [7,9]. En este grupo de demencia, se utilizan ampliamente otros fármacos más indicados, como la trazodona, los IACE, los estabilizantes y la mirtazapina. Respecto a la calidad del sueño, la peor puntuación en el ICSP se produce en la demencia por cuerpos de Lewy y en la demencia mixta. Como se sabe, en la demencia parkinsoniana y en la demencia por cuerpos de Lewy se objetivan trastornos del sueño en dos tercios de los pacientes. Estas alteraciones pueden preceder al déficit de memoria [9]. En nuestra muestra, estos pacientes puntúan peor en el componente de duración del sueño.

Tras este análisis podemos confirmar la importancia de las alteraciones del sueño, fundamentalmente en los pacientes con demencia. No existen muchos estudios sobre el insomnio y los trastornos del sueño en este grupo de población de edad avanzada y afecta de deterioro cognitivo. Parece que el ICSP puede ser un instrumento adecuado para la valoración diaria de los trastornos del sueño de pacientes con demencia [20]. Su utilidad radica en que identifica adecuadamente varios de los aspectos que afectan a la calidad del sueño en estos pacientes y además presenta facilidad de uso en la práctica diaria. Sin embargo, el componente 5 (alteraciones del sueño) no parece correlacionarse adecuadamente con los trastornos detectados.

Para concluir, destacamos las limitaciones de este estudio. Por un lado, el pequeño tamaño muestral y las características de los pacientes incluidos. Hay pocos casos de demencia por cuerpos de Lewy y asociada a enfermedad de Parkinson, y no existen casos de demencia frontotemporal, lo que no permite evidenciar los trastornos que, según la bibliografía revisada, presentan este grupo de pacientes. Resultaría de interés comparar la prevalencia de los trastornos del sueño en los pacientes con demencia; para ello debería plantearse un estudio prospectivo que incluyera a los pacientes con diagnóstico de demencia y que no han sido evaluados previamente, realizando un seguimiento de ellos a medio y largo plazo.

Bibliografía

1. Ancoli-Israel S, Martin JL, Kripke DF, Marler M, Klauber MR. Effect of light treatment on sleep and circadian rhythms in demented nursing home patients. J Am Geriatr Soc 2002; 50: 282-9.

2. Foley DJ, Monjan AA, Brown SL, Simonsick EM, Wallace RB, Blazer DG. Sleep complaints among elderly persons: an epidemiologic study of three communities. Sleep 1995; 18: 425-32.
3. Roepke SK, Ancoli-Israel S. Sleep disorders in the elderly. Indian J Med Res 2010; 13: 302-10.
4. Foley D, Ancoli-Israel S, Britz P, Walsh J. Sleep disturbances and chronic disease in older adults: results of the 2003 National Sleep Foundation Sleep in America Survey. J Psychosom Res 2004; 56: 497-502.
5. Reid KJ, Martinovich Z, Finkel S, Statsinger J, Golden R, Harter K, et al. Sleep: a marker of physical and mental health in the elderly. Am J Geriatr Psychiatry 2006; 14: 860-6.
6. McCrae CS. Late-life comorbid insomnia: diagnosis and treatment. Am J Manag Care 2009; 15: S14-23.
7. Dauvielliers Y. Insomnia in patients with neurodegenerative conditions. Sleep Med 2007; 4 (Suppl 4): S27-34.
8. Wu YH, Swaab DF. Disturbance and strategies for reactivation of the circadian rhythm system in aging an Alzheimer's disease. Sleep Med 2007; 8: 623-36.
9. Boeve BF, Silber MH, Ferman TJ. REM behavior disorder in Parkinson's disease and dementia with Lewy bodies. J Geriatr Psychiatry Neurol 2004; 17: 146-57.
10. Mahoney F, Barthel D. Functional evaluation: the Barthel Index. Md Med J 1965; 14: 61-5.
11. Guillén-Llera F, García-Antón A. Ayuda a domicilio: aspectos médicos en Geriatría. Rev Esp Gerontol 1972; 7: 339-46.
12. Reisberg B, Ferris SH, De León MJ, Crook T. The Global Deterioration Scale (GDS): an instrument for the assessment of primary degenerative dementia. Am J Psychiatry 1982; 139: 1136-9.
13. Buysse DJ, Reynolds CF 3rd, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. Psychiatr Res 1989; 28: 193-213.
14. Royuela-Rico A. Estudio de calidad de sueño en población general y pacientes psiquiátricos mediante el cuestionario Pittsburgh [tesis doctoral]. Valladolid: Universidad de Valladolid; 1996.
15. Macías-Fernández JA, Royuela-Rico A. La versión española del índice de calidad de sueño de Pittsburgh. Informaciones Psiquiátricas 1996; 146: 465-72.
16. Johns MW. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale. Sleep 1991; 14: 540-5.
17. Cochen V, Arbus C, Soto ME, Villars H, Tiberge M, Montemayor T, et al. Sleep disorders and their impacts on healthy, dependent, and frail older adults. J Nutr Health Aging 2009; 13: 322-9.
18. Cynthia L, Deschenes MSN, Mc Curry S. Current treatments for sleeps disturbances in individuals with dementia. Curr Psychiatr Rep 2009; 11: 20-6.
19. Castillo JL, Araya F, Montecino L, Torres C, Oporto S, Bustamante G, et al. Aplicación de un cuestionario de sueño y la escala de somnolencia de Epworth en un centro de salud familiar. Rev Chil Neuropsiquiatr 2008; 46: 182-91.
20. Royuela A, Macías JA, Conde VLM. Calidad de sueño en ancianos. Psiquis 2000; 21: 32-9.
21. Mendelson WB. A review of the evidence for the efficacy and safety of trazodone in insomnia. J Clin Psychiatr 2005; 66: 469-76.
22. Caterino JM, Emond JA, Camrgo CAJ. Inappropriate medication administration to the acutely ill elderly: a nationwide emergency department study, 1992-2000. J Am Geriatr Soc 2004; 52: 1847-55.

Sleep disorders in patients with dementia evaluated at a geriatric clinic

Aims. To investigate the sleep disorders and quality of sleep experienced by the elderly and to compare these disorders in patients with and without cognitive impairment.

Patients and methods. A cross-sectional study of patients suffering from sleep disorders was conducted. The following are the variables that were analysed: sociodemographic, whether there is dementia or not, pathology and drugs that interfere with sleep, sleep habits, type of sleep disorder and treatment. The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) was used to evaluate quality of sleep and the Epworth Sleepiness Scale was administered to determine the level of daytime sleepiness.

Results. A sample of 49 patients with sleep disorders took part in the study. A total of 59.13% reported primary sleep disorders and 69.4% presented dementia. The mean score on the PSQI was 13.67 (> 5 implies bad quality sleep). The sleep components that were most commonly affected were: efficiency, subjective quality, sleep latency and the use of drugs so as to be able to sleep. In patients with dementia, significant differences were observed, namely: there was a greater incidence of sleep disorders, treatment with atypical neuroleptic drugs, antidepressants and trazodone, and a lower score in the use of drugs component. In patients without dementia a poorer score was obtained on the sleep latency component and on daily dysfunction. There was a history of depression in 66.6% and only 33.3% were treated with antidepressants.

Conclusions. Sleep disorders are frequent in elderly persons with dementia. The PSQI can be a useful instrument for evaluating the quality of sleep in this population group.

Key words. Dementia. Elderly. Insomnia. Pittsburgh Sleep Quality Index. Primary sleep disorders. Quality of sleep.