

Mejora de la calidad de vida en un paciente con apnea del sueño

Macarena Romero Gallardo*, María Gutiérrez Marín**, Marta Luisa Bandera López**

*DUE Mutua de Accidentes y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social Ibermutuamur y Unidad del Sueño del Hospital Regional de Málaga. **DUE Hospital Regional de Málaga.

Resumen

El síndrome de Apnea-Hipopnea del sueño se puede definir como un trastorno caracterizado por la obstrucción de la vía respiratoria superior durante el sueño, debido a una alteración anatómico-funcional. Esto provoca microdespertares continuos que dan lugar a un sueño no reparador, que puede manifestarse con somnolencia diurna, cambios en el estado de ánimo, y posibles trastornos respiratorios y cardíacos.

El SAHS no tratado puede acarrear importantes problemas de salud.

Se presenta un caso clínico de un varón con 56 años de edad diagnosticado de SAHS de intensidad leve y de tipo posicional tras estudio de polisomnografía.

Se estableció un plan de cuidados individualizado mediante la valoración de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson y las taxonomías NANDA, NIC y NOC.

Tras posteriores valoraciones el paciente refirió haber mejorado su calidad de vida casi en un 80%, utilizando únicamente como tratamiento para su apnea medidas higiénico-dietéticas.

Palabras clave: Síndromes de la apnea del sueño/enfermería; calidad de vida; educación en salud; educación alimentaría y nutricional; higiene.

Abstract

Sleep apnea can be defined as a disorder characterised by the obstruction of the upper respiratory tract during sleep owing to a functional anatomic disorder. This continuously causes short periods of waking up which result in restless sleep. Drowsiness during the day, mood changes and possible respiratory and cardiac disorders may also appear.

If SAHS is not treated, it can lead to serious health problems.

The clinical case presented in this study exposes a fifty-six year old male, after a polysomnography study, the patient was diagnosed with low intensity positional type SAHS.

An individual care plan was established based on a clinical case assessing the 14 basic needs of Virginia Henderson and the taxonomies NANDA, NIC and NOC.

After subsequent assessment the patient stated his life to have improved almost by 80% only adopting hygienic and dietetic measures as treatment for his apnea.

Key-words: Sleep apnea Syndromes/nursing; quality of life; health education; food and nutrition education; hygiene.

Introducción

El síndrome de Apnea-Hipopnea del sueño (SAHS) afecta de un 2-6% de la población en general, sobre todo a roncadores, ancianos y a obesos.¹ Es más frecuente en hombres y en mujeres aumenta su prevalencia tras la menopausia.²

Se puede definir como episodios repetidos de colapso de la vía aérea superior durante el sueño como consecuencia de que la vía respiratoria se estrecha, se bloquea o se vuelve flexible. La apnea podría definirse como una interrupción temporal de la respiración mediante la reducción o detención del flujo de aire hacia los pulmones produciendo una disminución de oxígeno y un aumento del dióxido de carbono en sangre, seguido de pequeños despertares, normalmente

subconscientes, que permiten recuperar la respiración normal. A veces se vuelve a la normalidad con un ronquido. La duración de estas pausas puede variar desde varios segundos hasta varios minutos.³

Existen 3 tipos de apneas del sueño:

- Apneas centrales; por abolición del estímulo central a los músculos respiratorios.
- Apneas obstructivas; por oclusión de la vía aérea.
- Apneas mixtas; una apnea central es seguida de un componente obstructivo.⁴

Principales factores de riesgo: Edad, género, hormonas, factores genéticos y/o anatómicos, postura, grasa corporal, obesidad y otras causas como la acromegalia, síndrome de down...¹

Estudios realizados demuestran que existe una relación entre las apneas no tratadas y el deterioro de la calidad de vida de los pacientes que la padecen, así como una mayor probabilidad de complicaciones cerebrovasculares, cardiovasculares, accidentes de tráfico⁵, compromiso neurocognitivo, hipertensión³, y un exceso de mortalidad.⁵

Se trata de evitar conductas perjudiciales como puede ser la posición durante el sueño, descartando el decúbito supino, evitar el sobrepeso y la obesidad, si fuera necesario mediante la realización de dietas individualizadas, evitar bebidas alcohólicas y uso de determinados medicamentos sedantes antes de irse a la cama, evitar comidas copiosas ricas en grasa o hidratos de carbono antes de acostarse, evitar el tabaco y mantener una adecuada higiene del sueño.³⁻⁶

Este trabajo surge de la necesidad para los profesionales de enfermería de informar de la importancia, tanto al paciente como a los familiares, de las modificaciones en el comportamiento del paciente, que puedan reducir o eliminar el SAHS sin recurrir a medicamentos, uso de dispositivos o intervenciones quirúrgicas. **El objetivo de este caso clínico es ilustrar cómo con medidas higiénico-dietéticas puede mejorar el SAHS sin recurrir a otros abordajes terapéuticos.**

En pacientes con apneas severas o moderadas es probable que no sean efectivos como tratamiento único, pero si puede llegar a ayudar a mitigar los síntomas.

Exposición del caso

Se presenta un caso de un varón de 56 años de edad de profesión carpintero que acudió a la mutua de accidentes y enfermedades profesionales de la seguridad social, tras sufrir un accidente laboral en diciembre de 2013. En dicha consulta y tras la exploración por su accidente, de forma casual, mientras se le realizaba la anamnesis, el paciente manifestó síntomas sospechosos de SAHS por lo que fue remitido al departamento de Neumología del mismo centro para su valoración. Durante la entrevista con el neumólogo refirió que desde hacía más de 8-9 meses se encontraba muy cansado, con falta de concentración, apatía y con somnolencia diurna y que en ocasiones, mientras conducía, no se notaba totalmente despierto. No había sufrido ningún accidente de tráfico ni doméstico como consecuencia de su estado. No descansaba bien durante la noche, y sentía que el sueño

no era reparador. Dormía siestas largas y su esposa le había referido que era roncador.

Paciente hipertenso, en tratamiento con Enalapril 10 mg en el desayuno.

Se le realizó escala de somnolencia de Epworth obteniendo un resultado de 16 puntos. Se le realizó estudio de polisomnografía nocturna.

El paciente fue diagnosticado de síndrome de apnea-hipopnea de intensidad leve y de tipo posicional sin necesidad de uso de CPAP pero si de control de las medidas higiénico-dietéticas.

Tras varias valoraciones en consulta durante 8 meses y llevando a cabo ciertas medidas higiénico-dietéticas el paciente refirió haber mejorado en un 80% su calidad de vida. Se utilizó taxonomía NANDA⁷, NIC⁸ y NOC⁹ para la realización del plan de cuidados.

Valoración

Se realizó valoración de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson obteniendo los siguientes resultados.

1. Respiración/circulación: Exfumador desde 1996. SO₂ durante la entrevista del 98%. TA: 160/80 mmHg.
2. Nutrición e hidratación: Bien hidratado y perfundido. Peso 88 kg. Talla 1,75 m. IMC de 28. Sobrepeso grado II. Perímetro abdominal aumentado. Apetito aumentado. Come a deshoras. Perímetro cervical: 45 cm. Perímetro torácico: 119 cm, Perímetro abdominal: 140 cm
3. Eliminación: Continente.
4. Movimiento y Postura: Independiente. No realiza ningún ejercicio físico.
5. Descanso y Sueño: Concilia el sueño rápido. Pero apenas duerme 4 horas seguidas. Se despierta en varias ocasiones durante la noche. Durante el día se siente cansado. Duerme siestas largas. Se acuesta bastante tarde por las noches. Siempre duerme en posición de decúbito supino.
6. Vestirse y Desvestirse: Independiente, usa prendas de vestir adecuadas.
7. Termorregulación: Afebril.
8. Mantenimiento de la higiene corporal e integridad de la piel: Independiente, aspecto limpio y cuidado.
9. Seguridad: Refiere tomar dos copas de vino al día. Resto sin hallazgos.
10. Comunicación: Excelente nivel de conciencia y de comprensión.
11. Creencias y valores: Católico no practicante.
12. Autorrealización: De profesión carpintero, se siente orgulloso del trabajo que realiza.

13. Ocio y actividades recreativas: Casado y con 2 hijos. Uno de ellos independizado. Le gusta la pesca, ver el fútbol en la televisión y leer.

14. Aprender: Realiza preguntas sobre su estado y su posible tratamiento. Buena disposición para cambiar hábitos de vida y mejorar sus síntomas.

Diagnósticos y plan de cuidados

Diagnóstico 1

00001 Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades r/c aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas m/p peso un 20% superior al ideal según la talla y constitución corporal.			
NOC	1008 Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos.	INDICADORES	100803 Descripción de las ventajas de seguir la dieta recomendada. 100806 Descripción de las comidas permitidas por la dieta. 100807 Descripción de las comidas que deben evitarse. 100812 Desarrollo de estrategias para cambiar los hábitos alimentarios.
	1612 Control de peso.		161202 Mantiene una ingesta calórica diaria óptima. 161203 Equilibrio entre ejercicio e ingesta calórica. 161218 Controla la preocupación por el peso. 161221 Alcanza el peso óptimo. 161222 Mantiene el peso óptimo.
	1004 Estado nutricional.		100405 Relación peso/talla.
NIC	1100 Manejo de la nutrición.	ACTIVIDADES	110004 Ayudar al paciente a recibir asistencia de los programas nutricionales comunitarios apropiados, si es preciso.
	1260 Manejo del peso.		126001 Animar al paciente a escribir metas semanales realistas en cuanto a ingesta de alimentos y ejercicios y colocarlas en un sitio en el que pueda revisarlas todos los días. 126002 Animar al paciente a registrar el peso semanalmente, si procede. 126005 Determinar el peso corporal ideal del paciente.
	1280 Ayuda para disminuir el peso.		128001 Ayudar a ajustar las dietas al estilo de vida y nivel de actividad. 128002 Ayudar al paciente a identificar la motivación en el comer y las señales externas e internas asociadas con el comer.
	4360 Modificación de la conducta.		436007 Ayudar al paciente a identificar su fortaleza y reforzarla.

Diagnóstico 2

00095 Insomnio r/c higiene del sueño inadecuada m/p el paciente informa de un sueño no reparador.			
NOC	0004 Sueño.	INDICADORES	000402 Horas de sueño cumplidas. 000404 Calidad del sueño. 000406 Sueño ininterrumpido. 000408 Sensaciones de rejuvenecimiento después del sueño.
	2002 Bienestar personal.		200202 Satisfacción con el funcionamiento psicológico. 200213 Capacidad para controlar actividades.
NIC	1850 Mejorar el sueño.	ACTIVIDADES	185007 Comentar con el paciente y la familia, medidas de comodidad, técnicas para favorecer el sueño y cambios en el estilo de vida que contribuyan a un sueño óptimo. 185017 Establecer una rutina a la hora de irse a la cama que facilite la transición del estado de vigilia sueño.

Diagnóstico 3

00093 Fatiga r/c privación del sueño m/p incapacidad para mantener el nivel habitual de actividad física.			
NOC	0001 Resistencia.	INDICADORES	000103 Aspecto descansado. 000109 Recuperación de la energía con el descanso. 000110 Agotamiento.
	0002 Conservación de la energía.		000201 Equilibrio entre actividad y descanso.
	0006 Energía psicomotora.		000602 Muestra concentración. 000608 Muestra un nivel de energía apropiado.
NIC	1850 Mejorar el sueño.	ACTIVIDADES	185007 Comentar con el paciente y la familia, medidas de comodidad, técnicas para favorecer el sueño y cambios en el estilo de vida que contribuyan a un sueño óptimo. 185011 Determinar el esquema de sueño/vigilia del paciente. 185015 Enseñar al paciente a realizar una relajación muscular autogénica u otras formas no farmacológicas de inducción del sueño. 185023 Observar/registrar el esquema y números de horas de sueño del paciente.

Diagnóstico 4

00096 Deprivación de sueño r/c apnea del sueño m/p somnolencia diurna.			
NOC	0003 Descanso.	INDICADORES	000301 Tiempo de descanso. 000305 Descansado mentalmente.
	0004 Sueño.		000403 Patrón de sueño. 000406 Sueño interrumpido. 000410 Despertar a horas apropiadas. 000416 Apnea del sueño.
	1204 Equilibrio emocional.		120404 Refiere dormir de forma adecuada (al menos 5 horas al día). 120405 Muestra concentración. 120417 Refiere un nivel de energía apropiado.
	2103 Severidad de los síntomas.		210304 Malestar asociado. 210313 Sueño alterado. 210316 Falta de sueño.
NIC	1850 Mejorar el sueño.	ACTIVIDADES	185007 Comentar con el paciente y la familia, medidas de comodidad, técnicas para favorecer el sueño y cambios en el estilo de vida que contribuyan a un sueño óptimo. 185009 Controlar la ingesta de alimentos y bebidas antes de irse a la cama para determinar productos que faciliten o entorpezcan el sueño. 185017 Establecer una rutina a la hora de irse a la cama que facilite la transición del estado de vigilia al del sueño.
	6040 Terapia de relajación simple.		604007 Enseñar a la persona a adoptar una posición cómoda sin ropas restrictivas y con los ojos cerrados. 604016 Mostrar y practicar la técnica de relajación con el paciente.

Se pactaron una serie de citas con el paciente para explicarle su diagnóstico y las medidas aconsejadas como tratamiento. El paciente mostró interés desde un principio y adoptó las medidas sugeridas. Se instruyó tanto al familiar como al paciente a través de citas concertadas. Se reiteró en numerosas ocasiones los problemas que podrían aparecer si no se llevaban a cabo. Se recompensó al paciente cada vez que cumplía los pactos

fijados en el plan de cuidados, incitándole a mantener ese estilo de vida saludable.

Evolución

Tras sucesivas valoraciones por parte de enfermería y habiendo pasado 8 meses desde su diagnóstico, el paciente mejoró notablemente su calidad de vida. Adquirió una educación alimentaria importante conociendo los alimentos que tenía que evitar y los que

eran más saludables, alcanzó su peso ideal y lo mantuvo en el tiempo. Llegó a pesar 72 kg de peso. Mostró preocupación por mantener una dieta equilibrada. Realizaba cinco comidas al día y en las cenas evitaba el alcohol y el exceso de grasas. Con respecto al sueño, refirió sentirse descansado por las mañanas, su sueño era reparador, dormía las horas necesarias, durante el día y en la realización de sus tareas diarias se mostraba ágil, con capacidad de concentración, sin agotamiento, sin apatía y no mostró necesidad de dormir a deshoras, mejoró su higiene del sueño, se sentía descansado, realizaba ejercicio físico de forma habitual... Como tratamiento para su apnea únicamente realizó las medidas higiénico-dietéticas que se le aconsejaron por lo que no hubo necesidad de colocación de CPAP por agravamiento de los síntomas. Se le dio alta de enfermería y se le recalcó la importancia de seguir manteniendo estas medidas. En el caso de empeoramiento de su patología o aparición de signos o síntomas de alarma deberá acudir a su médico de cabecera, para que lo derive nuevamente al Servicio de Neumología.

Discusión y conclusiones

- Los conocimientos por parte de enfermería sobre el síndrome de apnea-hipopnea del sueño y los efectos perjudiciales que pueden provocar en la salud favorecen que se otorgue mayor información al paciente.
- La taxonomía NANDA-NOC-NIC utilizada en este caso clínico nos permite organizar

el trabajo enfermero, facilitando el registro y normalizando la práctica.

- La educación sanitaria por parte del personal de enfermería es muy importante. Se deben reforzar las conductas saludables y hacer hincapié en los inconvenientes y los efectos no beneficiosos si no se llevan a cabo estas conductas.
- Las propuestas dentro del espectro terapéutico planteado para el SAHS no son excluyentes ni únicas, por lo que la aproximación al tratamiento debe de ser multidisciplinar.
- Algunas de las medidas en las que tenemos que hacer hincapié:
 - Dieta: Mantener una dieta equilibrada, reducir el consumo de grasas, realizar 5 comidas al día, limitar el consumo de alcohol. Beber al menos 2 litros de agua diarios. Evitar comidas copiosas en la cena.
 - Ejercicio: Realizar ejercicio físico al menos 3-4 veces por semana, como por ejemplo andar, nadar, salir en bicicleta...
 - Sueño: Evitar las siestas, realizar actividades que puedan inducir al sueño, como leer un libro, técnicas de relajación, etc., evitar dormir boca arriba, adquirir un horario habitual para irse a la cama...
 - Mantener el peso ideal: Es importantísimo evitar el sobrepeso para no agravar la sintomatología.

Bibliografía

1. Martínez García MA, Durán-Cantolla J. Apnea del sueño en atención primaria. [Internet]. SEPAR; 2009. [citado 31 ene 2015]. Disponible en: http://www.semfyec.es/pfw_files/cma/biblioteca/Documentos%20colaborativos/Apnea%20sueno.pdf
2. Araoz Illanes R, Virhuez Salguero YK, Guzmán Duchén H. Síndrome de apnea obstructiva del sueño como factor de riesgo para otras enfermedades. Rev Cient Cienc Med [Internet]. 2011. [Citado 03 feb 2015]; 14(1):25-30. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1817-74332011000100008&script=sci_arttext
3. Friedman M. Apnea del sueño y Roncopatía: Tratamiento médico y quirúrgico. 1 ed. Barcelona: Elsevier; 2009.
4. Teran Santos J, Alonso Alvarez ML, Cordero Guevara J, Ayuela Azcarate JM, Monserrat Canal JM. Síndrome de apneas-hipopneas durante el sueño y corazón. Rev Esp Cardiol [Internet]. 2006. [Citado 04 feb 2015]; 59(7):18-24. Disponible en: <http://www.revespcardiolo.org/es/síndrome-apneas-hipopneas-durante-el-sueno/articulo/13091373/>
5. Rey de Castro Mujica J. Síndrome de Apneas Hipopneas del Sueño. ¿Asesino Silencioso? Revisión de la literatura. Rev Med Hered. [Internet]. 2007. [citado 03 feb 2015]; 18(4):188-188. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2007000400008&script=sci_arttext
6. Grupo español del sueño. Consenso nacional sobre el síndrome de apneas-hipopneas del sueño (SAHS). [Internet]. SEPAR; 2005. [citado 05 feb 2015]. Disponible en: <http://www.secardiología.es/images/stories/secciones/estimulacion/guías-clínicas/consenso-nacional-sobre-el-síndrome-de-apneas-hipopneas-del-sueno-sahs.pdf>
7. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificaciones. 2009-2011. Barcelona: Elsevier; 2010.
8. Gloria M. Bulechek, Howard k. Butcher, Joanne McCloskeyDochterman. Clasificación de Intervenciones Enfermeras (NIC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2009.
9. Sue Moorhead, Marion Johnson, Meridean L. Maas, Elizabeth Swanson. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª ed. Barcelona: Elsevier; 2009.