

Factores asociados a la calidad del sueño de mayores sometidos a la quimioterapia¹

Thalyta Cristina Mansano-Schlosser²

Maria Filomena Ceolim³

Objetivo: evaluar las características del sueño y los factores asociados a la calidad del sueño de pacientes mayores sometidos al tratamiento de quimioterapia de ambulatorio. **Método:** estudio transversal con 140 pacientes mayores (51,2% del sexo femenino, media mayores 69,8 años) con cáncer en estadio III o IV (67,9%), acarreado en un hospital universitario de la provincia de São Paulo, en 2010. Se utilizaron los instrumentos: cuestionario de caracterización socio-demográfica y clínica, validado por expertos; Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh; Escala de Fatiga de Piper-revisada; Escala de mensuración subjetiva de dolor. **Resultados:** la mayoría de los mayores (62,9%) presentó puntuación compatible con mala calidad del sueño. En media, la duración del sueño fue de 388,0 minutos, latencia de 44,6 minutos y eficiencia, 83,8%. Al análisis de regresión logística múltiple se observó aumento del 21% de la probabilidad de presentar mala calidad del sueño a cada añadidura de un punto en la intensidad del dolor. **Conclusión:** intervenciones de enfermería objetivando promover mejor calidad del sueño a los pacientes mayores con cáncer deben agregar medidas para control del dolor.

Descriptorios: Sueño; Neoplasias; Agentes Antineoplásicos; Anciano; Enfermería.

¹ Artículo parte de la disertación de maestría "Qualidade do sono e fadiga em idosos sob tratamento quimioterápico ambulatorial", presentada a la Universidade Estadual de Campinas, Brasil. Apoyo financiero de la Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), proceso nº 2009/06606-2.

² Estudiante de Doctorado, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Brasil.

³ PhD, Profesor Doctor, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Brasil.

Correspondencia:

Thalyta Cristina Mansano-Schlosser
Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas
Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Cidade Universitária "Zeferino Vaz"
CEP: 13084-971, Campinas, SP, Brasil
E-mail: thalyta@fcm.unicamp.br, mansanothalyta@gmail.com

Fatores associados à qualidade do sono de idosos submetidos à quimioterapia

Objetivo: avaliar as características do sono e os fatores associados à qualidade do sono de pacientes idosos, submetidos ao tratamento quimioterápico ambulatorial. Método: estudo transversal, com 140 pacientes idosos (51,2% do sexo feminino, média de idade 69,8 anos), com câncer em estágio III ou IV (67,9%), conduzido em um hospital universitário do Estado de São Paulo, em 2010. Utilizaram-se os instrumentos: questionário de caracterização sociodemográfica e clínica, validado por especialistas; Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh; Escala de Fadiga de Piper-revisada; Escala de Mensuração Subjetiva de Dor. Resultados: a maioria dos idosos (62,9%) apresentou pontuação compatível com má qualidade do sono. Em média, a duração do sono foi de 388,0 minutos, latência de 44,6 minutos e eficiência, 83,8%. À análise de regressão logística múltipla observou-se aumento de 21% da probabilidade de apresentar má qualidade do sono a cada acréscimo de um ponto na intensidade da dor. Conclusão: intervenções de enfermagem, visando promover melhor qualidade do sono aos pacientes idosos com câncer, devem agregar medidas para controle da dor.

Descritores: Sono; Neoplasias; Agentes Antineoplásicos; Idoso; Enfermagem.

Factors associated with sleep quality in the elderly receiving chemotherapy

Objective: to evaluate the characteristics of sleep and the factors associated with the quality of sleep in elderly patients receiving outpatient chemotherapy treatment. Method: cross-sectional study with 140 elderly patients (51.2% female, average age 69.8 years) with stage III or stage IV cancer (67.9%), undertaken in a university hospital in the state of São Paulo in 2010. The following instruments were used: sociodemographic and clinical characterization questionnaire, validated by specialists; Pittsburgh Sleep Quality Index; Piper Fatigue Scale-reviewed; and a scale for the subjective measurement of pain. Results: the majority of the elderly (62.9%) had a score compatible with poor sleep quality. On average, the duration of sleep was 388.0 minutes, latency was 44.6 minutes and efficiency of 83.8%. Through multiple logistic regression analysis, an increase of 21% in the probability of having poor sleep quality was observed for each single-point increase in the intensity of the pain. Conclusion: nursing interventions aiming to promote better sleep quality for elderly patients with cancer must include measures for pain control.

Descriptors: Sleep; Neoplasms; Antineoplastic Agents; Aged; Nursing.

Introducción

El cáncer es un importante problema de salud pública en países desarrollados y en desarrollo, lo cual ha merecido cada vez más investigaciones objetivando el alcance de mejor calidad y humanización en la asistencia a las personas por él alcanzadas. Estimase que, en 2020, el número de casos nuevos anuales sea del orden de 15 millones⁽¹⁾.

El envejecimiento de la población también es un fenómeno de amplitud mundial, con destaque para el considerable aumento de la población con 70 años o más mayores. En 2009, los resultados de la Investigación Nacional de Muestra por Domicilio apuntaban para un total de 11,3 millones de personas en esta banda etaria⁽²⁾. Simultáneamente, y en parte como consecuencia del envejecimiento de la población, ocurrió un cambio en el perfil de las enfermedades más prevalentes, con el predominio

de las enfermedades crónicas no transmisibles, cuya incidencia y mortalidad se elevan a la medida que aumenta la vida media de la población. El aumento de la expectativa de vida no apenas eleva la exposición del individuo a los factores de riesgo presentes en el medio ambiente y el tiempo de esa exposición, como también el envejecimiento propicia el surgimiento de neoplasias genéticas cuyo apareamiento es tardío⁽³⁾.

El cáncer altera muchos aspectos de la vida del individuo y puede traer modificaciones expresivas a su cotidiano, dependiendo del grado de comprometimiento de la capacidad para realización de actividades habituales⁽⁴⁾. Una importante consecuencia del cáncer es la mala calidad del sueño, que tiene actualmente recibido mayor atención de los investigadores y, aunque aun insuficiente, también puede aportar para alteraciones negativas en la calidad de

vida⁽⁵⁾. Existe una fuerte asociación entre disturbios del sueño y ocurrencia de enfermedades o muerte⁽⁶⁾.

El sueño constituye un proceso fisiológico cíclico constituido por cinco cursillos que pueden ser distinguidos de acuerdo con la calidad del electroencefalograma (EEG), la presencia o no de movimientos oculares rápidos (conocidos por la sigla REM, del inglés *rapid eye movements*) y los cambios en diversas variables fisiológicas como contracción muscular y la calidad cardio respiratoria. El sueño nocturno se inicia por el cursillo I del sueño sincronizado, seguido después de cerca de diez minutos por el cursillo II. Después de 30 a 60 minutos se instala el sueño de olas lentas, más profundo, que consiste de los cursillos III y IV. El primer episodio de sueño paradójico (REM) acontece después de 90 minutos del inicio del sueño. Se completa entonces el primer ciclo de sueño sincronizado-sueño paradójico, que se repetirá cerca de cinco veces en una noche, resultando en una arquitectura característica⁽⁷⁾.

En el individuo mayor, se observa un importante cambio en la arquitectura del sueño, con la reducción porcentual del sueño de olas lentas y del sueño paradójico. El cursillo IV no es más registrado, hay reducción del cursillo III y aumento de los despertados nocturnos, lo que trae como consecuencia directa la menor eficiencia del sueño, resultando muchas veces en perjuicio de la calidad. Hay un aumento de los cursillos más superficiales del sueño (I y II), y la latencia para el inicio del sueño parece no sufrir alteraciones importantes. Ocurren aun otros cambios en el ciclo vigilia-sueño, con redistribución del sueño en las 24 horas, o sea, la intrusión de dormirse por el día y de interrupciones del sueño nocturno, y la anticipación del inicio y del final del sueño para horas más precoces. El tiempo total de sueño nocturno de individuos mayores saludables parece estar reducido con relación al del adulto joven, aunque eso sea aun objeto de controversias⁽⁸⁾.

Un aspecto agravante es que los disturbios del sueño pueden volverse crónicos en los pacientes con cáncer, persistiendo después del término del tratamiento de la enfermedad. El sueño de estos pacientes es potencialmente afectado por varios factores, desde alteraciones bioquímicas asociadas al crecimiento del tumor y a los tratamientos antineoplásicos como la quimioterapia, hasta algunos síntomas que frecuentemente acompañan el cáncer, tales como dolor y fatiga⁽⁹⁾.

La fatiga es un síntoma prevalente en la enfermedad oncológica, manifestándose entre 75% y 95% de los enfermos. Compromete las actividades de la vida diaria

pudiendo limitarlas y ocasionar perjuicios a la calidad de vida y repercutir en la calidad del sueño⁽¹⁰⁾.

Por tanto, las investigaciones sobre la calidad del sueño son de extrema importancia, sin embargo aun escasas, en pacientes oncológicos. De esta manera, este estudio tuvo como objetivo evaluar características del sueño y factores asociados a la calidad del sueño en mayores sometidos a tratamiento de quimioterapia. Se espera que este estudio pueda traer subsidios para el ofrecimiento de cuidado integral y de calidad a los pacientes sometidos al tratamiento de quimioterapia. La detección de los disturbios del sueño en individuos mayores con cáncer deberá aportar para la efectucción de intervenciones de enfermería que objetiven minimizar el sufrimiento de estos pacientes.

Método

Estudio exploratorio y transversal, realizado en los ambulatorios de quimioterapia de un hospital universitario del interior de la Provincia de São Paulo, con pacientes con cáncer sometidos al tratamiento de quimioterapia, en 2010. Los criterios de inclusión establecidos fueron: paciente con 60 años o más, diagnóstico de cáncer confirmado en prontuario de salud y en tratamiento con quimioterapia. Los criterios de exclusión fueron: tumor primario o metástasis en el sistema nervioso central, índice de Karnofsky inferior a 60, postoperatorio inferior a 30 días, condiciones clínicas, tales como mucositis, dolor intenso, disnea, náuseas, vómitos, y emocionales como lloro, apatía excesiva y agresividad.

Se estimó inicialmente el tamaño de la muestra de 111 pacientes, considerándose: un estudio en el que el coeficiente de correlación entre calidad del sueño y fatiga fue de aproximadamente 0,50⁽¹¹⁾; precisión de la estimativa de 0,3; nivel de significancia alfa del 5%⁽¹²⁾. Para precaver eventuales pérdidas y lograr mayor poder de análisis, fue añadido cerca del 20% a más de casos, totalizando 140 sujetos. Se mantuvo una proporción semejante de hombres (52,1%) y mujeres (47,9%).

El estudio fue aprobado en agosto de 2009 por el Comité de Ética en Investigación de la institución de afiliación de las autoras (Parecer CEP 693/2009). Un estudio piloto fue realizado con 28 pacientes mayores con cáncer, en un de los servicios en los que los datos fueron colectados, verificándose buena comprensión de los instrumentos y viabilidad del estudio.

Para la recogida de datos fueron utilizados los instrumentos:

- Cuestionario para la caracterización sociodemográfica y clínica, elaborado por la investigadora para obtención de las variables socio-demográficas (sexo, edad, estado conyugal) y clínicas (fatiga, enfermedades crónicas relatadas, dolor y su intensidad, síntomas, permanencia del cáncer, y otros tratamientos, además de la quimioterapia. Este cuestionario fue evaluado por expertos en cuanto al contenido, siendo considerado adecuado para su aplicación.

- Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (PSQI-BR), validado en Brasil⁽¹³⁾, que permite evaluar la calidad y los trastornos del sueño en el período de un mes anterior a la fecha de su aplicación. Contiene 19 cuestiones auto administradas o aplicadas como entrevista, agrupadas en siete componentes: 1. Calidad subjetiva del sueño, 2. Latencia para el sueño, 3. Duración del sueño, 4. Eficiencia habitual del sueño, 5. Trastornos del sueño, 6. Uso de medicamentos para dormir, 7. Disfunción diurna. La puntuación de cada componente varía de cero a tres puntos y la puntuación global, lograda con la suma de los componentes, puede variar de cero a 21 puntos. Cuanto más elevado el valor logrado, peor la evaluación de la calidad del sueño, siendo que el score global de cinco puntos constituye el punto de corte que permite distinguir entre sujetos mala calidad del sueño y disturbios del sueño y aquellos con sueño de buena calidad⁽¹³⁾.

- Escala de Fatiga de Piper-revisada es un instrumento multidimensional de auto relato para evaluar fatiga, validado en Brasil⁽¹⁴⁾. Posee 22 ítems distribuidos en tres dimensiones: Comportamental, relacionada a la capacidad funcional; Afectiva, que busca encontrar el significado atribuido a la fatiga; Sensorial/psicológica, que evalúa componentes de la autopercepción, emocionales y cognitivos en la presencia de la fatiga.

La recogida de datos fue realizada en los Ambulatorios del referido hospital, de agosto a diciembre de 2010. Durante la infusión de la quimioterapia los pacientes mayores fueron invitados por la investigadora a participar del estudio, respetándose los criterios de inclusión y exclusión. Después de la lectura y aceptación del paciente en participar del estudio, el Término de Consentimiento Libre y Esclarecido (TCLE) fue firmado por ellos. Hubo una interrupción de la recogida de datos por un período de 15 días en función de la hora de verano, pues éste puede provocar alteraciones en la calidad y en las características del sueño.

Los datos logrados fueron codificados y digitados en planilla electrónica y analizados con los *softwares* SPSS

(versión 17.0) y SAS (versión 9.1.3, SAS Institute Inc., Cary, NC, USA, 2002-2003).

Los datos socio-demográficos y clínicos, así como los referentes a las características y a la calidad del sueño, fueron analizados por medio de estadística descriptiva. Las variables consideradas posibles factores asociados a la mala calidad del sueño fueron analizadas por medio de la prueba de Correlación de Puestos de Spearman y de la prueba de Mann-Whitney, debido a la distribución diferente de la normal según la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Se realizó también regresión logística univariada y, a continuación, las variables con valor de $p \leq 0,20$ fueron testadas en un modelo de regresión logística múltiple, con selección según el criterio *stepwise*.

Resultados

La población se caracterizó por un discreto predominio del sexo femenino (52,1%). La edad varió de 60,2 años a 90,3 años, con media de 69,8 (desvío padrón de 6,9) años y mediana de 68,3. Fueron más frecuentes los pacientes mayores casados (66,4%), con cuatro a ocho años de estudio (42,9%), jubilados e inactivos (84,3%), tenían una creencia o religión (95,7%) y recibían hasta cinco salarios mínimos (88,6%) como renta individual.

Grande parte de los sujetos (46,4%) refirió una a tres enfermedades crónicas, con destaque para la hipertensión arterial (41,4%). El uso de medicamentos fue referido por 42,9%. La presencia de dolor fue referida por 51,4%, y su intensidad varió de cero a diez puntos, con media de 3,7 (desvío padrón 4,2) y mediana de 2,0. Una parcela considerable de pacientes mayores (22,1%) refirió dolor de máxima intensidad, o sea, grado diez. Los síntomas más frecuentes fueron sed intensa (66,4%), boca seca (66,4%) y náusea (54,3%).

Los diagnósticos más frecuentes fueron tumores del aparato digestivo (52,8%) y mamario (52,1%), diagnosticados hace, en media, 2,6 años (desvío padrón 3,4 años), con mediana de 1,4 años, variando de un mes a 16,5 años. El permanencia III y IV fue observado en un 67,9% de los sujetos. La mayoría realizaba o había realizado radioterapia (52,1%) y había sido sometido a la cirugía relacionada al tumor (73,6%) hace más de 30 días. Se verificó que 62,9% de los pacientes mayores presentaban mala calidad del sueño, de acuerdo con la clasificación lograda en el PSQI. Mientras, en las respuestas al componente.

Tabla 1 - Estadística de las características del sueño de acuerdo con las respuestas al PSQI (n=140). Campinas, SP, Brasil, 2010

| Características del sueño | Media | Desvío padrón | Mediana | Mínimo | Máximo |
|--------------------------------|-----------|---------------|-----------|-----------|-----------|
| Horario de acostarse | 21h17min | 01h23min | 21h00min | 17h00min | 01h00min |
| Horario de despertar | 05h16min | 01h47min | 05h30min | 23h00min | 10h00min |
| Latencia del sueño | 44,6 min | 43,5 min | 30,0 min | 0,0 min | 180,0 min |
| Duración del sueño | 388,0 min | 112,0 min | 420,0 min | 120,0 min | 720,0 min |
| Tiempo despendido en el lecho | 480,0 min | 120,0 min | 480,0 min | 120,0 min | 750,0 min |
| Eficiencia habitual del sueño* | 83,8% | 21,4% | 85,0% | 18,0% | 165,0% |

Calidad Subjetiva del Sueño, 75% de todos los pacientes mayores contestaron que ésta era buena o muy buena.

El score global medio de 7,7 puntos (desvío padrón 4,1, mediana 7,0 puntos) fue indicativo de mala calidad del sueño. Los siguientes componentes recibieron las mayores puntuaciones, indicativas de peor evaluación: Trastornos del Sueño, media de 1,7 puntos (desvío padrón 0,6, mediana 2,0 puntos), y Latencia para el sueño, media de 1,3 puntos (desvío padrón 1,1, mediana 1,0 punto). La puntuación más baja fue del componente Uso de Medicamentos para Dormir, 0,6 puntos en media (desvío padrón 1,0, mediana 0,0).

Se observó que 48,6% refirieron demorar más de 30 minutos para adormecer, 30,7% dormían cinco horas o menos por noche, y 8,6% dormían nueve horas o más. La mayoría (80%) tenía la eficiencia del sueño inferior a 84%, 67,9% negaron el uso de medicamentos para dormir y 52,8% presentaron disfunción diurna por lo menos una vez en la semana.

El análisis detallado de los factores que aportaron para el componente Trastornos del Sueño es presentado en la Tabla 2, destacándose entre ellos la necesidad de levantarse para ir al baño (83,6%) y el despertar en medio a la noche o por la mañana muy temprano (47,9%).

Tabla 2 - Número y porcentual de ocurrencia de los factores que aportaron para el Componente 'Trastornos del sueño'. Campinas, SP, Brasil, 2010

| Factores | Ninguna vez en la semana | | Tres veces por semana o más | |
|---|--------------------------|------|-----------------------------|------|
| | N | % | N | % |
| No consiguió adormecerse en hasta 30 minutos | 64 | 45,7 | 52 | 37,1 |
| Acordó en medio a la noche o por la mañana temprano | 30 | 21,4 | 67 | 47,9 |
| Necesitó levantarse para ir al baño | 4 | 2,9 | 117 | 83,6 |
| No consiguió respirar cómodamente | 121 | 86,4 | 2 | 1,4 |
| Tosió o roncó fuerte | 58 | 41,4 | 71 | 50,7 |
| Sintió mucho frío | 58 | 41,4 | 70 | 50,0 |
| Sintió mucho calor | 107 | 76,4 | 19 | 13,6 |
| Tuvo pesadillas | 91 | 65,0 | 15 | 10,7 |
| Tuvo dolor | 83 | 59,3 | 19 | 13,6 |

*valor de la eficiencia del sueño es logrado dividiéndose el tiempo de 'horas de sueño' estimado por el sujeto por el número de horas despendido en el lecho, calculado desde las respuestas sobre hora de acostar y de despertar.

Se observó asociación estáticamente significativa entre la calidad del sueño y la fatiga ($p=0,03$), siendo que la mayor proporción de mayores que relató ausencia de fatiga presentó buena calidad del sueño; y entre la calidad del sueño y la presencia de dolor ($p=0,00$), siendo

que mayor proporción de los que relataban lamenta de dolor presentaban mala calidad del sueño. Los factores asociados a la mala calidad del sueño fueron identificados por medio de análisis de regresión logística univariada (Tabla 3).

Tabla 3 - Factores asociados a la mala calidad del sueño. Análisis de regresión logística univariada (n=128). Campinas, SP, Brasil, 2010

| Variable | Categorías | p-valor | O.R. † | IC 95% O.R.‡ |
|--------------------------------|-------------------------|---------|--------|--------------|
| Fatiga (Piper) | Sin fatiga (ref.*) | - | 1.00 | - |
| | Con fatiga | 0.052 | 2.11 | 0.99 – 4.46 |
| Sexo | Masculino (ref.) | - | 1.00 | - |
| | Femenino | 0.729 | 1.13 | 0.56 – 2.31 |
| Estado conyugal | Otro (ref.) | - | 1.00 | - |
| | Casado | 0.405 | 0.72 | 0.34 – 1.55 |
| Dolor | No (ref.) | - | 1.00 | - |
| | Sí | <0.001 | 4.01 | 1.89 – 8.54 |
| Enfermedad crónica | No (ref.) | - | 1.00 | - |
| | Sí | 0.244 | 1.53 | 0.75 – 3.13 |
| Radioterapia actual o anterior | No (ref.) | - | 1.00 | - |
| | Sí | 0.764 | 0.90 | 0.44 – 1.83 |
| Cirugía anterior | No (ref.) | - | 1.00 | - |
| | Sí | 0.470 | 1.36 | 0.59 – 3.15 |
| Permanencia | Cursillos I o II (ref.) | - | 1.00 | - |
| | Cursillos III o IV | 0.092 | 2.00 | 0.89 – 4.46 |
| Intensidad del dolor | Variable continuada | <0.001 | 1.21 | 1.09 – 1.34 |

*Ref.: nivel de referencia.

† OR (*Odds Ratio*) = Razón de riesgo para sueño de mala calidad (n=50 con sueño de buena calidad y n=78 con sueño de mala calidad).

‡IC 95% OR = Intervalo del 95% de confianza para la razón de riesgo.

La intensidad del dolor fue la única variable que permaneció en el modelo final de la regresión logística múltiple. A cada aumento de un (1,0) punto en la intensidad

del dolor hubo una añadidura del 21% en la probabilidad de presentar sueño de mala calidad (Tabla 4).

Tabla 4 - Factores asociados a la mala calidad del sueño. Análisis de regresión logística múltiple (n=128). Campinas, SP, Brasil, 2010

| Parámetros | Coefficientes | Error padrón | p-valor | O.R.* | I.C. 95% † |
|----------------------|---------------|--------------|---------|-------|--------------|
| Intercepto | -0,0856 | 0,228 | | | |
| Intensidad del Dolor | 0,1937 | 0,051 | <0.001 | 1,21 | (1,10; 1,34) |

* OR (*Odds Ratio*) = Razón de riesgo para sueño de mala calidad; (n=50 con sueño de buena calidad y n=78 con sueño de mala calidad).

† IC 95% OR = Intervalo del 95% de confianza para la razón de riesgo.

Discusión

Las características sociodemográficas encontradas fueron análogas a las de la población brasileña con 60 años y más, excepto en lo que se refiere a la proporción de jubilados, que es del 57,9% en Brasil⁽²⁾. Debe considerarse que el cáncer es una enfermedad que lleva, con frecuencia, al alejamiento precoz de las actividades de trabajo, aportando para explicar ese porcentual divergente.

El añejamiento trae consigo la presencia de enfermedades crónicas y, como esperado, casi la mitad de los sujetos refirió hipertensión arterial. En la población brasileña de mayores en general la hipertensión arterial es encontrada en un 59,3%⁽²⁾. Es importante destacar que, en el cuidado al paciente con cáncer, no debe descuidarse la presencia de co-mortalidades.

Las alteraciones del sueño han sido descritas en la literatura como frecuentes en pacientes con cáncer. En este estudio, 62,9% de los pacientes mayores presentaron mala calidad del sueño, de acuerdo con el PSQI. Otros estudios utilizando ese instrumento encontraron los siguientes porcentuales: 52% en mujeres adultas con cáncer ginecológico o mamario⁽¹⁵⁾; 52% de pacientes adultos con cáncer de pulmón⁽¹⁶⁾; 56,6% de pacientes mayores sobrevivientes de cáncer de pulmón⁽¹⁷⁾; y 73,9% de adultos sometidos a la cirugía oncológica⁽¹⁸⁾.

La mala calidad del sueño de los pacientes mayores también es evidenciada por el score medio global del PSQI, de 7,7 puntos. Otros estudios lograron valores que indican mala calidad del sueño: 6,3 puntos en mayores sobrevivientes de cáncer de pulmón⁽¹⁷⁾; 6,8 puntos en

adultos de media edad con cáncer de pulmón, realizando quimioterapia⁽¹⁶⁾. Otros autores encontraron scores aun más altos (12,0 puntos) en adultos con cáncer avanzado⁽¹⁹⁾. Se observa que todos apuntan, consistentemente, la presencia del sueño de mala calidad en esas personas. Se resalta la importancia de la evaluación de cada componente del PSQI separadamente, para mejor analizar los aspectos comprometidos en el sueño de los mayores con cáncer.

Se verificó que, a pesar de 62,9% de los mayores recibir puntuación global indicativa de mala calidad del sueño, 75% de todos ellos evaluaban subjetivamente la calidad del sueño como buena o muy buena. Ese hallazgo es congruente a lo de otro estudio, en que 74,7% de los mayores sobrevivientes de cáncer de pulmón clasificaban la calidad del sueño como buena o muy buena, mientras que 56,6% del total logró puntuación indicativa de mala calidad del sueño en el PSQI⁽¹⁷⁾. Es muy común los mayores se lamenten de perturbaciones de sueño, sin embargo parecen reconocerlas como "naturales" en el añejamiento.

El componente 'Trastornos del sueño' fue lo que logró el score más elevado entre todos, destacándose que los aspectos relacionados a ese componente son los que más aportan, de acuerdo con la literatura, para el sueño de mala calidad de los mayores⁽⁸⁾. Entre esos aspectos, se puede destacar la necesidad de levantarse durante la noche para ir al baño, despertarlo precoz y despertarlo en medio a la noche y tener dificultad para conciliar nuevamente el sueño⁽²⁰⁾. Otros autores también observaron que el componente 'Trastornos del sueño' tenía el score más elevado con relación a los demás componentes, en adultos con cáncer⁽²¹⁾ y en mayores sobrevivientes de cáncer de pulmón⁽¹⁷⁾.

El componente 'Uso de medicamentos para dormir' fue lo que logró el menor score, observándose que 13,5% de los pacientes mayores relataban usar esos medicamentos de manera regular. Sin embargo, 25% del total de mayores describieron la calidad subjetiva del sueño como malo o muy malo, y 62,9% logró score compatible con mala calidad del sueño. Esos datos son congruentes con los de otro estudio realizado con adultos con cáncer de pulmón⁽¹⁶⁾, en que 50% relataban sueño de mala calidad y apenas 13% utilizaban medicamentos para dormir. Los hallazgos sugieren que los disturbios de sueño, en esos sujetos, podrían pasar sin percibirlos y, de esa manera, sin tratamiento adecuado. Además, la manera de investigar la calidad del sueño puede subestimar la importancia de problemas a ella relacionados. Un ejemplo de eso sería el uso de una única cuestión, a saber: "¿cómo es la calidad de su sueño?", sin detalle de otros aspectos que pueden comprometer la calidad del sueño en los mayores.

Otros autores encontraron la duración del sueño semejante a la del presente estudio, de 388 minutos (seis horas y veintiocho minutos). En un estudio con adultos bajo quimioterapia por cáncer de pulmón, la duración media del sueño fue de 404 minutos (seis horas y cuarenta cuatro minutos)⁽¹⁶⁾ y, en mayores sobrevivientes de cáncer de pulmón, de 390 minutos (seis horas y treinta minutos) en media⁽¹⁷⁾. Los hallazgos revelan que 30,7% de los mayores dormían cinco horas o menos por noche, y 8,6% dormían nueve horas o más. De esta manera, la reducción de las horas de sueño o su exceso añaden un posible factor de riesgo para la agravación del cuadro de salud de los mayores con cáncer.

Se encontró la eficiencia del sueño inferior a 85% en mitad de los mayores estudiados, con media del 83,8%. En la literatura, mayores sobrevivientes de cáncer de pulmón lograron valores más bajos, 78,3%⁽¹⁷⁾, y adultos con cáncer de pulmón presentaron valores medios semejantes a los del presente estudio, 82,8%, durante el tratamiento de quimioterapia⁽¹⁶⁾. La eficiencia del sueño está directamente conectada a la sensación de reposo durante el día y, cuando baja, puede perjudicar la calidad de la vigilia.

Los episodios de dolor fueron relacionados a las perturbaciones del sueño por 13,6% de los pacientes mayores de este estudio, mientras que, en otra averiguación, esa proporción fue del 9%⁽¹⁶⁾.

Mientras, el hecho de tener dolor se mostró un factor asociado al sueño de mala calidad en este estudio, de forma la añadidura de un punto en la escala de dolor aumenta en un 21% la probabilidad de presentar sueño de mala calidad. Además, un número expresivo de mayores (22,1%) relató dolor de máxima intensidad en la escala de evaluación.

El dolor es un de los principales problemas enfrentados por pacientes con cáncer, que está presente en un 30% de los pacientes en el momento del diagnóstico, aumentando para 65 a 85% cuando la enfermedad está en evolución, y para 90% entre los pacientes internados con cáncer⁽²²⁾.

Es relevante, por tanto, que los enfermeros sepan identificar adecuadamente el dolor, evaluándola de manera sistemática y dando la debida importancia a su frecuencia y al expresivo impacto para la persona con cáncer⁽²³⁾. Mientras, un estudio anterior identificó falta de informaciones de los enfermeros sobre los resultados de los métodos de control del dolor crónico, debido a que inadecuación de su formación⁽²³⁾. Por otro lado, los informantes se comportan como si el dolor hiciese parte de la enfermedad y del tratamiento, como un síntoma natural⁽²³⁾.

Existe una compleja relación entre problemas del sueño y dolor, siendo que estos síntomas pueden ser consecuencia del cáncer o mismo constituir causa o consecuencia un del otro⁽²⁴⁾. Se agrega entonces la mala calidad del sueño de los mayores, la cual muchas veces es vista también como natural del envejecimiento. Otro estudio nacional reciente trae resultados que corroboran con esa afirmativa⁽²⁰⁾. La presente averiguación añade, como hallazgo relevante, que la asociación existente entre dolor y sueño de mala calidad no es percibida por grande parte de los pacientes.

Por tanto, se pone evidente la preocupación con factores asociados a la mala calidad del sueño en pacientes mayores con cáncer, trayendo la necesidad de evaluar los mismos y tratarlos en conjunto, y no aisladamente.

Conclusiones

La evaluación de 140 pacientes mayores con cáncer sometidos al tratamiento de quimioterapia permitió evidenciar que 62,9% presentan mala calidad del sueño, cuya probabilidad aumenta significativamente con la intensidad del dolor. El reconocimiento de factores específicos que traen perturbación al sueño nocturno es fundamental para dirigir las intervenciones y orientaciones a ser planeadas e implementadas por los profesionales de salud.

Se resalta que la comparación con otros estudios se presenta limitada por la dificultad en lograr estudios cuya casuística sea compuesta exclusivamente por pacientes mayores con cáncer. La mayor parte de las investigaciones utilizadas para comparación de los datos fue realizada con individuos adultos, cuya media de edad varió en torno a 50 a 60 años, con inclusión de adultos jóvenes.

Además, algunas limitaciones de este estudio deben ser observadas, tales como el tipo de estudio de naturaleza transversal. Las variables clínicas tuvieron como foco el componente físico, siendo que la literatura trae, en pacientes con cáncer, la relevancia de variables psicológicas como la presencia de depresión, que interfiere en la calidad del sueño. Otra limitación se refiere a no inclusión, en este estudio, de variables que pudiesen acarrear a la buena calidad del sueño. Aun, la calidad del sueño fue evaluada por auto relato sin la utilización de métodos como la polisomnografía y actigrafía. Tales limitaciones pueden ser superadas en estudios futuros.

La relevancia del estudio está en la casuística pertenecer al contexto brasileño. Es importante colocarlo como investigación en evidencia en la práctica clínica de enfermería para que propicie oportunidad para los pacientes relaten quejas relacionadas al sueño. Éstas

deben ser estudiadas e identificadas como un diagnóstico de enfermería, para que sea implementado un plan de atenciones individualizado al paciente con cáncer en tratamiento de quimioterapia.

Referencias

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Estimativas 2010: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2009.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de Indicadores Sociais: Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira. Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica. Brasil – 2010. [acesso 22 fev 2011]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoedevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2010/SIS_2010.pdf
3. Nordhurf V, Schneider JM, Hebert P, Bradham DD, Bryant M, Phillips M, et al. Chronic disease self-management: improving health outcomes. *Nurs Clin North Am.* 2000;35(2):507-17.
4. Michelone APC, Santos VLGC. Quality of life of cancer patients with and without an ostomy. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2004;12(6):34-47.
5. Lee K, Cho M, Miakowski C, Dodd M. Impaired sleep and rhythms in persons with cancer. *Sleep Med Rev.* 2004; 8(3):199-212.
6. Corrêa K, Ceolim MF. Qualidade do sono em pacientes idosos com patologias vasculares periféricas. *Rev Esc Enferm USP.* 2008;42:3-7.
7. Fernandes RMF. O sono normal. *Medicina.* 2006;39(2):157-68.
8. Ohayon MM, Carskadon MA, Guilleminault C, Vitiello MV. Meta-Analysis of Quantitative Sleep Parameters From Childhood to Old Age in Healthy Individuals: Developing Normative Sleep Values Across the Human Lifespan. *Sleep.* 2004;27(7):1253-70.
9. Roscoe AJ, Kaufman ME, Matteson-Rusby SE, Palesh OG, Ryan JL, Kohli S, et al. Cancer-Related Fatigue and Sleep Disorders. *Oncologist.* 2007;12(1):35-42.
10. Coelho FMR, Sawada NO. Fatigue in patients with laryngeal cancer. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 1999;7(5):103-10.
11. Beck SL. Pain, Sleep Disturbance, and Fatigue in Patients With Cancer: Using a Mediation Model to Test a Symptom Cluster. *Oncol Nurs Forum.* 2005;32(3):242.
12. Bonett, DG; Wright TA. Sample size requirements for estimating Pearson, Kendall and Spearman correlations. *Psychometrika.* 2000;65:23-8.

13. Bertolazi NA, Fagondes SC, Hoff LS, Dartora EG, Miozzo ICS, Barba MEF, et al. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index. *Sleep Med.* 2011;12:70-5.
14. Mota DD, Pimenta CA, Piper BF. Fatigue in Brazilian cancer patients, caregivers, and nursing students: a psychometric validation study of the Piper Fatigue Scale-Revised. *Support Care Cancer.* 2009;17(6):645-52.
15. Furlani R, Ceolim MF. Sleep quality of women with gynecological and breast cancer. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2006;14(6):812-79.
16. Chen ML, Yu CT, Yang CH. Sleep disturbances and quality of life in lung cancer patients undergoing chemotherapy. *Lung Cancer.* 2008;62:391-400.
17. Gooneratne NS, Dean GE, Rogers AE, Nkwuo, JE, Coyne, JC, Kaiser, LR. Sleep and quality of life in long-term lung cancer survivors. *Lung Cancer.* 2007;58:403-10.
18. Barichello E, Sawada NO, Sonobe HM, Zago MMF. Quality of sleep in postoperative surgical oncologic patients. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2009;17(4):481-4.
19. Mystakidou K, Parpa E, Tsilika E, Pathiaki M, Patirak E, Galanos A, et al. Sleep quality in advanced cancer patients. *J Psychosom Res.* 2007;62:527-33.
20. Costa SV, Ceolim MF, Neri AL. Problemas de sono e suporte social: estudo multicêntrico Fragilidade em Idosos Brasileiros. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2011;19:(4):920-7 [acesso 28 ago 2012]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/pt_10.pdf
21. Beck SL, Schwartz AL, Towsley G, Dudley W, Barsevick A. Psychometric Evaluation of the Pittsburgh Sleep Quality Index in Cancer Patients. *J Pain Symptom Manage.* 2004;27(2):140-8.
22. Eyigor S, Eyigor C, Uslu R. Assessment of pain, fatigue, sleep and quality of life (QoL) in elderly hospitalized cancer patients. *Arch Gerontol Geriatrics.* 2010;51(3):57-61.
23. Silva LMH, Zago MMF. The care to cancer patients with chronic pain in the view of nurses. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2001;9:(4) 44-9.
24. Stepanski EJ, Walker MS, Schwartzberg LS, Blakely J, Ong JC, Houts AC. Trouble Sleeping, Depressed Mood, Pain and Fatigue in Cancer Patients. *J Clin Sleep Med.* 2009;5(2)132-6.

Recibido: 30.09.2011

Aceptado: 6.11.2012

Como citar este artículo:

Mansano-Schlosser TC, Ceolim MF. Factores asociados a la calidad del sueño de mayores sometidos a la quimioterapia. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. nov.-dic. 2012 [acceso: / /];20(6):[09 pantallas]. Disponible en:

_____ día mes abreviado con punto año

URL