



Best Practice

Informazioni evidence based per la pratica della professione infermieristica

Gestione del sonno nell'anziano in casa di riposo

Questo numero di *Best Practice* si basa su una revisione sistematica pubblicata da Joanna Briggs Institute intitolata "Efficacia delle strategie per la gestione del sonno nei residenti in casa di riposo".¹ I riferimenti bibliografici di questo numero sono gli stessi della revisione, disponibile on line all'indirizzo: www.joannabriggs.edu.au.

Premessa

Questo numero prende in esame gli interventi per valutare e gestire i disturbi del sonno negli anziani residenti in casa di riposo. Con l'avanzare dell'età si verificano cambiamenti importanti nei cicli sonno-veglia come la riduzione della concentrazione di melatonina, ormone che regola l'alternarsi di sonno e veglia, e si possono presentare molti altri disturbi che possono influenzare il sonno, per esempio la sindrome da apnea notturna e la sindrome delle gambe senza riposo. Alcuni fattori ambientali, per esempio la luce forte, l'interruzione del sonno da parte del personale, possono avere un impatto sulla qualità del sonno. L'abitudine di far trascorrere molto tempo a letto durante il giorno può pure interferire con il ritmo sonno-veglia.

Agli anziani con disturbi del sonno vengono spesso somministrati farmaci ipnotici a breve durata d'azione o benzodiazepine a lunga durata, nonostante le ricerche dimostrino che

questi farmaci possono essere controproducenti.

Obiettivi

L'obiettivo di questo *Best Practice* è presentare le migliori prove disponibili sull'efficacia delle strategie per la gestione del sonno negli anziani in casa di riposo: sono descritti gli strumenti e le scale utilizzate per la valutazione dei disturbi del sonno e viene analizzata l'efficacia dei rimedi suggeriti.

Strumenti per la diagnosi dei disturbi del sonno

Polisonnografia

La polisonnografia è l'esame più usato per valutare il sonno. Attraverso elettrodi si ottiene in continuo un elettroencefalogramma, un elettroculogramma e un elettromiogramma.

Gli elettrodi registrano l'attività ce-

- ➔ Interventi per favorire il sonno. 2
- ➔ Raccomandazioni 4

rebrale e muscolare durante i periodi di sonno e veglia, che viene letta e interpretata.

Nonostante venga considerato uno dei migliori sistemi, la polisonnografia non è affidabile nei pazienti anziani e con demenza. Infatti è difficile leggere i tracciati a causa del rallentamento dell'attività cerebrale e della scarsa tolleranza di questi soggetti a rimanere nell'ambiente in cui viene eseguito l'esame.

Actigrafia da polso

Durante l'actigrafia viene posizionato sul polso un accelerometro che misura l'intensità e la frequenza dei movimenti corporei.

L'attività è misurata a intervalli di 1-5 secondi e in base all'analisi dei dati si

Grado di raccomandazione

I seguenti gradi di raccomandazione si basano sul grado di efficacia sviluppato da Joanna Briggs Institute:

Grado A	Efficacia stabilita in base a studi che ne raccomandano l'applicazione.
Grado B	Efficacia stabilita in base a studi che ne consigliano l'applicazione.
Grado C	Efficacia stabilita in base a studi che ne giustificano l'applicazione.
Grado D	Efficacia stabilita in casi limitati.
Grado E	Efficacia non stabilita.

possono distinguere i periodi di sonno da quelli di veglia. Alcuni actigrafi registrano anche il rumore e l'intensità della luce per valutare obiettivamente sia il sonno sia l'ambiente.

L'actigrafia da polso è il metodo più accurato di valutazione obiettiva del sonno negli ospiti in casa di riposo. Rispetto all'elettroencefalogramma ha il vantaggio di poter essere eseguito nell'ambiente in cui si vive (non è necessario andare in un ambulatorio attrezzato), è un metodo non invasivo con un buon rapporto costo efficacia; i risultati infine non sono influenzati da cambiamenti degli impulsi cerebrali associati alla demenza.

Il problema principale è la *compliance*, per questo viene raccomandato di controllare che il dispositivo da polso venga effettivamente indossato.

Osservazione dei comportamenti

L'osservazione dei comportamenti è un metodo molto usato per la valutazione del sonno anche se la sua validità è stata messa in discussione.

Uno dei principali problemi per la validità del sistema è la frequenza con la quale devono essere condotte le osservazioni.

Si è visto che l'osservazione non è un sistema accurato se trascorrono intervalli di 1-2 ore tra un controllo e l'altro, comunque può essere un metodo di valutazione efficace se fatto frequentemente.

Strumenti per la valutazione soggettiva

La validità degli strumenti per la valutazione soggettiva del sonno è stata messa in discussione soprattutto quando usati su anziani con deficit cognitivi. Sono stati valutati 2 strumenti: lo Strumento di valutazione soggettiva del sonno (SEST) e l'Indice di qualità del sonno di Pittsburgh (IQSP), nessuno dei 2 è stato considerato valido nella popolazione presa in esame.

Interventi per favorire il sonno

Sono stati valutati diversi interventi per indurre il sonno: modifiche del-

l'ambiente, riduzione delle attività infermieristiche notturne, promozione dell'esercizio e dell'attività diurna, uso della terapia con la luce, dell'aromaterapia, somministrazione di valeriana, melatonina, farmaci o interventi multidisciplinari.

Abbassare la luce e ridurre i rumori

Alcune caratteristiche dell'ambiente della RSA o della casa di riposo, come la luce, il rumore e il disturbo dei compagni di stanza, possono avere un impatto negativo sul sonno. È stato valutato se abbassare la luce e ridurre il rumore siano metodi efficaci per favorire il sonno. Uno studio ha trovato che abbassare la luce può aiutare a mantenere i ritmi circadiani e può indurre il personale a mantenere un ambiente silenzioso di notte.

Per ridurre il rumore i ricercatori raccomandavano di far usare le cuffie a chi voleva guardare la televisione di notte, abbassare il volume delle sveglie, del telefono ed evitare di utilizzare di notte i macchinari per la pulizia.

Assistenza infermieristica notturna

L'assistenza infermieristica notturna può avere un effetto negativo sul sonno degli ospiti in casa di riposo. Due studi hanno valutato l'efficacia di piani individualizzati per ridurre il numero di risvegli causati dagli interventi di assistenza.

In studi separati si è visto che i programmi assistenziali individualizzati, che valutavano la mobilità e il rischio di lesioni da decubito o che prevedevano i controlli in orari stabiliti e gli interventi solo quando il soggetto era sveglio, miglioravano significativamente la durata del sonno.

Esercizio

L'esercizio fisico favorisce il sonno nei soggetti più giovani, ma 2 studi condotti su anziani (uno randomizzato e uno non randomizzato) hanno fornito risultati contrastanti.

Il primo è stato condotto in 7 case di riposo su 65 soggetti di almeno 65 anni con incontinenza urinaria o sottoposti a contenzione.

Dopo 2 notti di osservazione, i sog-

getti sono stati suddivisi in maniera randomizzata in 2 gruppi: 33 soggetti hanno seguito uno dei 2 programmi di attività fisica, mentre il gruppo di controllo (32 soggetti) riceveva il trattamento abituale.

Nonostante la forte partecipazione ai programmi di attività fisica, non è stato osservato nessun vantaggio per il sonno.

Il secondo studio, di piccole dimensioni, è stato condotto su 22 anziani con demenza. Il gruppo in trattamento (11 soggetti) seguiva un programma di attività fisica che prevedeva 40 minuti di ginnastica 7 giorni alla settimana per 4 settimane; il gruppo di controllo partecipava ad attività sociali. Il sonno è migliorato nel gruppo in trattamento e non in quello di controllo.

A causa dei pochi studi trovati e dei risultati contraddittori non si può quindi raccomandare l'esercizio fisico per promuovere il sonno nei residenti in casa di riposo.

Attività quotidiane abituali

Il sonnellino pomeridiano può favorire i disturbi del sonno.

Uno studio non controllato quasi sperimentale ha valutato l'effetto di programmi di attività individualizzati, con attività scelte in base agli interessi e alle capacità degli ospiti, per esempio giochi da tavolo, giochi con la palla, musica e semplici lavori manuali. Tutti gli ospiti hanno migliorato la qualità e la durata del sonno notturno (aumento medio del 6,7%, 54,2% rispetto a 47,5%, $P < 0,01$). Inoltre il 60% degli ospiti dormiva meno di giorno (79,7 minuti rispetto a 105,9 minuti).

I risultati sono incoraggianti ma poco affidabili per le piccole dimensioni del campione, il fatto che tutti gli ospiti fossero di sesso maschile e venissero scelti in maniera non randomizzata e la mancanza di un gruppo di controllo.

Altri studi hanno dimostrato un miglioramento del sonno quando l'attività fisica era associata ad altri interventi come ridurre il rumore ambientale e personalizzare le attività infermieristiche notturne.

Uno studio ha valutato se le abitudini giornaliere degli anziani in casa di ri-

poso possano influire sul sonno. Lo studio è stato condotto su anziani che potevano scegliere gli orari delle proprie attività quotidiane abituali (quando alzarsi, andare a letto, lavarsi, fare esercizio e mangiare). Non sono stati osservati cambiamenti sostanziali sulla durata del sonno notturno.

I limiti di questo studio erano le piccole dimensioni, il metodo di raccolta dei dati non validato, la breve durata e le difficoltà di collaborazione con il personale.

Aromaterapia

Gli olii essenziali vengono usati per le loro supposte proprietà sedative e rilassanti. Tre studi hanno valutato l'aromaterapia in casa di riposo.

Uno studio di coorte ha valutato l'efficacia degli olii essenziali sul sonno e sulla riduzione dell'uso di sedativi, trovando sia un miglioramento nel sonno notturno sia una riduzione dell'assunzione di sedativi.

Un piccolo studio di coorte ha riportato un lieve miglioramento (2%) nel sonno notturno vaporizzando olio essenziale di lavanda. Questi effetti sono confermati anche dallo studio di un caso in cui venivano utilizzate lavanda e camomilla.

Anche se questi risultati sembrano promettenti, la debolezza dei disegni di ricerca li rende poco affidabili, pertanto non è possibile raccomandare l'aromaterapia per favorire il sonno negli anziani.

Valeriana

L'estratto di valeriana deriva dalla radice di *Valeriana officinalis* e viene usato per l'effetto calmante e sedativo.

Solo uno studio randomizzato ha valutato l'effetto della valeriana per favorire il sonno in anziani in casa di riposo. Otto anziani, scelti in maniera randomizzata, sono stati trattati con 405 mg di estratto di valeriana 3 volte al giorno. Il gruppo di controllo (6 soggetti) ha ricevuto placebo.

Negli anziani trattati sono stati osservati diversi cambiamenti nelle caratteristiche del sonno: aumento del tempo medio del sonno notturno, aumento complessivo delle onde lente e una riduzione della fase 1 del sonno.

Il gruppo in trattamento ha aumentato la durata del sonno ma non il livello

di soddisfazione. Le piccole dimensioni del campione non consentono ovviamente di trarre conclusioni definitive.

Terapia con la luce

Negli studi su giovani adulti e anziani che vivevano in comunità si è visto che la luce intensa alterava i ritmi circadiani, ma non negli anziani con demenza residenti in casa di riposo.

Quattro studi randomizzati e 3 studi di scarsa qualità metodologica hanno valutato gli effetti di diversi trattamenti con la luce sui cicli sonno-veglia degli ospiti con demenza (non ci sono studi su soggetti con funzioni cognitive normali).

Lo studio randomizzato di maggiori dimensioni (77 soggetti) ha mostrato alcuni effetti positivi della luce brillante sui ritmi circadiani, ma non sul miglioramento del sonno.

I risultati di altri studi randomizzati, pur in linea, erano diversi: uno ha riportato un miglioramento del sonno notturno nei soggetti con demenza vascolare, ma non in quelli con malattia di Alzheimer. Un altro studio randomizzato ha dimostrato un miglioramento solo alla quarta settimana.

Studi su singoli casi hanno documentato un miglioramento quando la terapia durava almeno un mese.

La terapia con la luce può creare problemi ai soggetti anziani: alcuni anziani possono girovagare, innervosirsi o addormentarsi durante la terapia. Per questo sono necessari controlli regolari. Altre variabili che possono modificare l'efficacia della terapia sono il tipo di luce, la durata della sessione, i livelli di luminosità, l'orario, la durata della terapia e il tipo e la gravità della demenza.

Melatonina

I disturbi del sonno e i cambiamenti dei ritmi circadiani potrebbero essere causati da alterazioni della concentrazione di melatonina. Solo 2 studi hanno valutato l'efficacia della terapia per bocca con melatonina negli ospiti in casa di riposo, senza dimostrarne l'efficacia.

Altre terapie farmacologiche

I sedativi e i farmaci ipnotici sono molto usati per i disturbi del sonno in

casa di riposo ma sono stati condotti pochi studi per valutare l'efficacia di questi farmaci negli anziani e tutti con risultati negativi.

Due studi di coorte hanno valutato l'efficacia delle benzodiazepine, dei neurolettici e degli antidepressivi per indurre il sonno.

Uno studio di coorte, condotto su 176 anziani incontinenti e ad alta intensità assistenziale, ha valutato la relazione tra assunzione di farmaci psicotropi, quantità di sonno e mobilità nel letto durante la notte, mettendo a confronto gli esiti di 62 anziani che li assumevano e 114 che non li assumevano. Non sono emerse differenze significative nelle caratteristiche del sonno diurno o notturno, valutato con strumenti oggettivi.

Un secondo studio di coorte condotto su persone di almeno 65 anni ha trovato che chi riduceva l'assunzione dei farmaci non aveva un peggioramento dei disturbi del sonno rispetto a chi non aveva modificato la terapia ($P=0,13$). L'aumento dell'assunzione dei farmaci psicoattivi non era comunque associato a una riduzione dei disturbi del sonno ($P=0,24$).

Un ipnotico non benzodiazepinico (lo zolpidem tartrato) si è rivelato efficace per indurre il sonno, ma si tratta solo di affermazioni aneddotiche basate su 2 studi di casi.

Interventi multidisciplinari

Due studi sperimentali hanno valutato l'effetto di interventi multidisciplinari sul sonno in anziani in casa di riposo.

Uno studio randomizzato ha valutato l'efficacia dell'attività fisica, delle modificazioni dell'ambiente e dell'assistenza notturna.

Sono stati scelti 29 ospiti incontinenti e sono stati suddivisi in 2 gruppi in maniera randomizzata. Quindici erano trattati con esercizio fisico e cambiamenti dell'ambiente notturno (in particolare riduzione dei rumori e dell'esposizione alla luce); 14 (gruppo di controllo) solo con modifiche ambientali. Per registrare i movimenti corporei, il rumore e la luce a intervalli di 2 minuti veniva usato un actigrafo collegato a un monitor al letto del paziente; per misurare le caratteristiche del sonno diurno veniva

eseguita ogni 15 minuti un'osservazione dei comportamenti. Le modifiche dell'ambiente riducevano il rumore e l'esposizione alla luce. Nonostante ciò i ricercatori non hanno trovato un miglioramento del sonno nei soggetti del gruppo di controllo mentre nel gruppo in trattamento è stato osservato un aumento della durata del sonno notturno. I risultati suggeriscono che solo le modifiche ambientali non sono suf-

ficienti per favorire il sonno notturno. I pazienti del gruppo sperimentale dormivano meno nel pomeriggio (differenze non statisticamente significative). I risultati di uno studio non randomizzato che ha valutato l'efficacia di un programma di esercizio fisico lieve, associato a terapia serale con luce intensa, eliminazione dei rumori notturni e dei motivi di disturbo notturni legati agli interventi suggeriscono che

interventi multidisciplinari riducono il sonno diurno. Dato che è disponibile solo un breve rapporto di questo studio, l'affidabilità dei risultati è limitata, tuttavia anche gli esperti sostengono che interventi multidisciplinari favoriscano il sonno.

Bibliografia

Haesler EJ. Effectiveness of strategies to manage sleep in residents of aged care facilities. Joanna Briggs Institute Reports 2004;2:115-83.

Raccomandazioni

Le raccomandazioni si basano su un numero limitato di studi molti dei quali di piccole dimensioni, con un disegno debole e senza tecniche di raccolta dei dati validate. Non sono stati trovati studi sulla diagnosi dei disturbi del sonno negli anziani in casa di riposo. Sono necessari altri studi per valutare le strategie, per identificare e gestire i disturbi del sonno negli anziani in RSA o in casa di riposo.

Non è possibile fare raccomandazioni su esercizio fisico, uso di valeriana, strumenti per la valutazione soggettiva del sonno, somministrazione di melatonina e terapia con la luce.

- 1 L'actigrafia da polso è il metodo più accurato per la valutazione obiettiva del sonno negli anziani, a patto che si controlli che i soggetti indossino correttamente l'apparecchio (A).
- 2 Le osservazioni del comportamento possono essere efficaci se frequenti (vanno eseguite più volte in un'ora; B).
- 3 La sola attività fisica o ricreazionale diurna non sembra influire sul sonno; se inserita in una strategia multidisciplinare può contribuire al miglioramento del sonno notturno (B).
- 4 Benzodiazepine, neurolettici e antidepressivi non sembrano avere un effetto rilevante sul sonno negli anziani con bisogno di assistenza (B).

Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery

Margaret Graham Building, Royal Adelaide Hospital, North Terrace, South Australia, 5000.

www.joannabriggs.edu.au ph: (08) 8303 4880, fax: (08) 8303 4881

Publicato da Blackwell Science-Asia

Questa serie di *BestPractice* è distribuita in collaborazione con:



Le procedure descritte in *BestPractice* devono essere usate solo da personale esperto. L'applicabilità di ogni informazione deve essere valutata caso per caso. È stata posta molta attenzione nell'assicurare che questo numero di *BestPractice* consideri tutte le ricerche disponibili e l'opinione di esperti; è esclusa ogni responsabilità in caso di danni, costi o spese subite o incorse come conseguenza dell'utilizzo delle procedure qui discusse.

Ringraziamenti

Questo numero di *Best Practice* è stato preparato dall'Australian Centre For Evidence Based Aged Care (ACEBAC), che collabora con il Joanna Briggs Institute, con la consulenza di un gruppo di esperti coordinati da Susan Koch.

Il Joanna Briggs ringrazia per la consulenza Rhonda Nay, Susan Koch, Adriana Tiziani e Samanta Nugent, Ken Greenwood, Meigan Lefebure, Natalie Nugent, Marlene Reimer, Sally Garratt, Judy Jacka, Darren Mansfield, Jenny Swartz.

Questa revisione è stata sottoposta a peer review da un gruppo di esperti nominati da centri che collaborano con il Joanna Briggs Institute.

Per la versione italiana:

Traduzione a cura di: Agnese Starace

Centro studi Evidence based nursing

Azienda ospedaliera universitaria di Bologna –

Policlinico S. Orsola Malpighi, www.evidencebasednursing.it

Redazione:

Zadig srl, via Calzecchi 10, 20133 Milano, www.zadig.it

e-mail: segreteria@zadig.it – tel.: 02 7526131 – fax: 02 76113040

Direttore editoriale: Pietro Dri

Redazione: Nicoletta Scarpa

Grafica: Luigi Bona