

**ALTERACIÓN DEL PATRÓN DEL SUEÑO EN EL PACIENTE CRÍTICO: UN
RETO EN EL CUIDADO DE ENFERMERÍA**

**KELLY JULIETH CORREA MIRA
SARA LINDA GOMEZ GIRALDO**

**SANDRA LEÓN RAMÍREZ
MAGÍSTER EN EPIDEMIOLOGÍA
ASESORA**

**UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESPECIALIZACIÓN CUIDADO DE ENFERMERÍA AL ADULTO EN ESTADO
CRÍTICO DE SALUD
MEDELLIN
2018**

**ALTERACIÓN DEL PATRÓN DEL SUEÑO EN EL PACIENTE CRÍTICO: UN
RETO EN EL CUIDADO DE ENFERMERÍA**

**KELLY JULIETH CORREA MIRA
SARA LINDA GOMEZ GIRALDO**

**Monografía para optar al título de especialistas en cuidado de enfermería al
paciente adulto en estado crítico de Salud**

**SANDRA LEÓN RAMÍREZ
MAGISTER EN EPIDEMIOLOGIA
ASESORA**

**UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESPECIALIZACIÓN CUIDADO DE ENFERMERÍA AL ADULTO EN ESTADO
CRÍTICO DE SALUD
MEDELLIN
2018**

AGRADECIMIENTOS

Esta monografía fue un arduo proceso de aprendizaje, que necesitó de la colaboración de muchas personas; por ello, queremos agradecer primero que todo a Dios por habernos mantenido firmes y no dejarnos decaer a pesar de las dificultades, porque a pesar del cansancio siempre nos mantuvo fortalecidas.

A nuestras familias por su paciencia, por la falta de tiempo, por tener que decir “no puedo asistir” a las reuniones familiares, por su acompañamiento constante y tener siempre una palabra de aliento cuando creíamos que no íbamos a poder.

A las instituciones donde laboramos, por el tiempo que nos brindaron para poder asistir a las clases, asesorías y prácticas necesarias para cumplir con este sueño de ser especialistas.

A nuestra asesora, por su acompañamiento en este proceso de realización de la monografía y por sus aportes a este trabajo.

CONTENIDO

Pág.

¡Error! Marcador no definido.

¡Error! Marcador no definido.

INTRODUCCION¡Error! Marcador no definido.

1. FORMULACION SUSTENTADA DEL TEMA¡Error! Marcador no definido.

2. JUSTIFICACION¡Error! Marcador no definido.

3. OBJETIVOS¡Error! Marcador no definido.

3.1 OBJETIVO GENERAL¡Error! Marcador no definido.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS¡Error! Marcador no definido.

4 .METODOLOGIA.....17

4.1 FASE PREPARATORIA.....17

4.2 FASE DESCRIPTIVA.....18

4.3 FASE INTERPRETATIVA.....21

4.4 FASE DE CONSTRUCCIÓN TEÓRICA GLOBAL.....22

4.5 FASE DE PUBLICACIÓN22

5. CRITERIOS DE RIGOR24

6. PRESENTACION DESCRIPTIVA DEL TEMA¡Error! Marcador no definido.

7 . ANALISIS INTERPRETATIVO DEL TEMA¡Error! Marcador no definido.

7.1 CAPITULO 1 EL SUEÑO UNA NECESIDAD INSATISFECHA EN LA UCI.....¡Error! Marcador no definido.

7.1.1 Definición del sueño.....	30
7.1.2 etapas del sueño.....	31
7.1.3 trastornos del sueño.....	33
7.2 CAPITULO 2 LOS FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL SUEÑO, CLAVE EN EL CUIDADO DE ENFERMERÍA	¡Error! Marcador no definido.
7.2.1 Factores intrínsecos.....	¡Error!
Marcador no definido.	
7.2.2 Factores extrínsecos	¡Error! Marcador no definido.
7.3 CAPITULO 3 ¿DELIRIUM O TRASTORNOS DEL SUEÑO? CUAL ES EL VERDADERO PROBLEMA DEL PACIENTE	¡Error! Marcador no definido.
8. PLAN DE ATENCION DE ENFERMERÍA PARA EL PACIENTE ADULTO EN ESTADO CRITICO DE SALUD CON ALTERACION DEL SUEÑO.....	¡Error! Marcador no definido.
CONSIDERACIONES ETICAS	62
CONCLUSIONES	¡Error! Marcador no definido.
RECOMENDACIONES	¡Error! Marcador no definido.
ANEXOS	¡Error! Marcador no definido.
BIBLIOGRAFIA	¡Error! Marcador no definido.

LISTA DE ANEXOS

- Anexo A ficha bibliográfica65
- Anexo B matriz bibliográfica66
- Anexo C escala visual análoga del dolor67
- Anexo D escala CAM – ICU.....68
- Anexo E Cuestionario de Oviedo del sueño.....69
- Anexo F Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh73
- Anexo G Índice de Gravedad del Insomnio (ISI)76

INTRODUCCIÓN

Los pacientes que ingresan a las Unidades de Cuidado Intensivo (UCI), presentan un sinnúmero de necesidades, que en ese momento de vulnerabilidad están desatendidas, muchas de ellas relacionadas con todo su proceso de inestabilidad hemodinámica, pero después de lograda la estabilidad del paciente hay otras necesidades insatisfechas, como el dormir y descansar, las cuales son afectadas por la enfermedad, temor, dolor y por factores de riesgo ambientales propios de las unidades (frío, luz, ruido) (Gómez-Carretero, Monsalve, Soriano, y De Andrés, 2007).

El sueño es definido como un lapso de disminución de respuesta a los estímulos externos, que regularmente se alternan con periodos de vigilia y una disminución del umbral de respuesta a estímulos externos. Éste se divide en dos fases: el sueño REM y el sueño no REM, los cuales a su vez, se clasifican en varias etapas (Saldaña, Colmenares, y Beltrán, 2014). Además, se ha encontrado estudios que permiten identificar al sueño REM como el verdadero sueño, el reparador, y el que es poco logrado por los pacientes en las Unidades de Cuidados Críticos (UCI).

Adicionalmente, se ha identificado que los pacientes que están en las UCI son los que menos duermen, y además para los que el sueño es de menos calidad. Esto es debido a factores intrínsecos y extrínsecos; entre los primeros se encuentra el miedo y/o la incertidumbre que siente el paciente a encontrarse en una situación completamente nueva, súbita, en la cual le toca dejar su cuidado a manos de otras personas, quienes se encargarán de ayudarlo a su recuperación; en los segundos, se incluyen la luz, ya que no permite que los pacientes diferencien entre el día y la

noche, el ruido ocasionado por equipos biomédicos (ventiladores, monitores o bombas de infusión) o por el mismo personal asistencial (charlas) (Gómez-Carretero, Monsalve, Soriano, y De Andrés, 2007).

Es por esto, que el equipo de salud debe propender por suplir las necesidades del paciente hospitalizado, pues al encontrarse en la Unidad de Cuidados Intensivos tiene un sinnúmero de problemas que repercuten en su proceso salud enfermedad. El sueño es una de esos problemas, dado a que en las condiciones antes mencionadas los pacientes duermen mal, lo cual genera en ellos complicaciones a nivel fisiológico y emocional, que conlleva a un aumento de los días de estancia hospitalaria y aumento de los costos para el sistema de salud.

El equipo de enfermería al estar en contacto directo con el paciente, posee mayores ventajas para identificar los factores de riesgos presentes en el paciente, y basado en ello, generar un plan de cuidados dirigido al paciente con trastornos del sueño.

1. FORMULACIÓN SUSTENTADA DEL TEMA

Las Unidades de Cuidado Intensivo son lugares donde se encuentran personas en delicado estado de salud, que necesitan tratamientos de alta complejidad, de modo que los pacientes que llegan a esta compleja unidad presentan alteraciones en el patrón del sueño, las cuales tienen un origen multifactorial, ya que se puede presentar debido al ruido generado, ya sea por el personal o por los monitores, las acciones de cuidado de enfermería (cambios de posición, administración de medicamentos, baño, toma de radiografía), el uso de altas dosis de medicamentos (benzodiazepinas), la iluminación, por estar en un lugar desconocido para ellos; además, el paso por las Unidades se da en un estado de vulnerabilidad, donde los paciente requieren de muchas más atenciones y acciones de cuidado de todo el equipo de salud, y son lugares donde el tiempo con sus familiares es un poco limitado.

Es de anotar, que el sueño está dividido en varias etapas: Dement y Kleitman, en 1957, distinguieron las fases I, II, III y IV dentro del sueño NREM (Non-Rapid Eye Movement) o movimiento lento de los ojos; más adelante, en 1965, Jouvet demostró la existencia del sueño REM (Rapid Eye Movement) o de movimiento ocular rápido, a las fases profundas del sueño III y IV NREM, a las que se les atribuye el restablecimiento físico del organismo, mientras que al sueño REM, la recuperación emocional y psicológica de la persona, para así lograr que el paciente críticamente enfermo logre un sueño reparador debería ser una de nuestras metas de cuidado (Prado y Rodríguez, 2010).

Es una realidad que los pacientes de las Unidades de Cuidado Intensivos presentan trastornos del sueño, por ello se han realizado varios estudios, algunos de ellos realizados mediante encuestas a pacientes después del egreso hospitalario, por

ejemplo, en Italia se evaluó a 76 pacientes, de los cuales el 61% refiere privación del sueño durante la hospitalización; en una experiencia similar, reportaron que el 47% de los pacientes presentaron disturbios del sueño durante la estadía en UCI y un estudio multicéntrico portugués, realizado a 464 pacientes de 10 hospitales, arrojó que el 51% de ellos recuerda haber tenido pesadillas, de los cuales el 14% aún las presentaba 6 meses después de la hospitalización, lo que impactaba en su calidad de vida (Tobar y Parada, 2012).

Es importante identificar dentro del plan de cuidados de enfermería, esas intervenciones encaminadas a la recuperación del paciente adulto, que se encuentra hospitalizado en las unidades de cuidado intensivo y que lo llevan a una pronta recuperación; además, el equipo de salud debe dejar de ver el sueño en un segundo plano y saber que un mejor dormir genera una salida más rápida de la UCI; por lo tanto, reducción de costos por hospitalizaciones prolongadas y disminución de días de estancia en UCI.

Igualmente, se ha demostrado que “a partir de 36 horas de privación de sueño se produce pérdida de memoria y habilidades de comunicación, disminución de la fluidez verbal, irritabilidad, falta de atención y delirium” (Achury Saldaña y Achury, 2011), debido a ello los pacientes requerirán más días de vigilancia en las unidades de cuidado crítico, sometiéndose a las complicaciones propias de una hospitalización, como son las infecciones, la debilidad del paciente crítico, lesiones en piel por dependencia de cuidado, desarrollo de delirium, entre otras.

Las alteraciones del sueño conducen a que el paciente lleve un estado de fluctuaciones de la conciencia, del nivel de atención y de la función cognitiva, alteraciones en el rendimiento psicomotor, estado de ánimo, somnolencia diurna, fatiga, agitación; a nivel fisiológico produce un aumento de la presión arterial por activación del simpático, aumento en los niveles de catecolaminas que puede

resultar en arritmias y agravamiento de insuficiencia cardiaca; además, la privación del sueño contribuye a la disfunción de la musculatura de la vía aérea superior, lo que podría tener un impacto significativo en los pacientes críticos en el periodo posterior a la extubación de la ventilación mecánica; también, alteraciones en la respuesta inmunológica, generando aparición de un número mayor de infecciones, con la imposibilidad de una respuesta rápida del organismo. Estas complicaciones conllevan a mayores días de hospitalización en las unidades y aumentan los costos en las instituciones (Tobar y Parada, 2012, p.26).

A lo anterior, es de agregar:

Estudios muestran cómo, en el transcurso de su estancia, el 50% de los pacientes que ingresan a la UCI presentan trastornos importantes de sueño. Se ha observado que el número de horas reales de sueño corresponden aproximadamente a dos a lo largo de las 24 horas. (Achury Saldaña y Achury, 2011).

Así que, dormir adecuadamente es tan importante dentro del plan de cuidados de enfermería, por lo que ha sido descrito como una de las 14 necesidades a satisfacer, según Virginia Henderson, quien lo expone con estas palabras: “El sueño y el descanso son necesidades básicas e imprescindibles de la persona por las importantes funciones reparadoras que ejercen en el organismo, contribuyendo a la salud física y psicológica del mismo” (Achury Saldaña y Achury, 2011). Identificando el sueño, como una necesidad a satisfacer y más allá los factores de riesgo que lo alteran, la enfermera tendrá la herramientas para lograr que los pacientes hospitalizados logren sueños de calidad y reparadores que le generen un mayor bienestar.

Algunos autores han descrito el número de interrupciones que tiene el sueño de los pacientes ingresados en las unidades de cuidados intensivos, “Woods, en 1972, llegó a contabilizar una media de 59,5 interrupciones en el sueño durante el

postoperatorio. Tamburri et al. identificaron una media de 42,6 intervenciones para el cuidado del paciente a lo largo de una noche” (como cita Gómez, 2013, p.4), esto indica, que muchas de las acciones de cuidado son las que generan dichas interrupciones; además, invita a reevaluar nuestros planes de cuidado y a proponer una mejor planeación de nuestra labor, siempre en pro del bienestar del paciente críticamente enfermo, siendo responsabilidad del profesional de enfermería, priorizar actividades y garantizar estabilidad del paciente, tanto física como emocionalmente.

Por todo lo anterior, es importante que los profesionales de enfermería conozcan el impacto que trae la ausencia del sueño en los pacientes críticamente enfermos, y que empiecen a generar intervenciones para un descanso óptimo en el paciente. Si bien, se ha señalado que son muchos los factores, no obstante, hay que identificarlos e intervenirlos, generando un plan de cuidados que vaya en beneficio de disminuir el ruido en las Unidades de Cuidado Intensivo, disminuir acciones de cuidado innecesarias durante el descanso, tratar de conservar el patrón de sueño y vigilia, permitir acompañamiento familiar y valorar los beneficios que estas acciones traen al paciente.

En la literatura se halla cada vez más artículos acerca de la humanización de los servicios de salud, acercándose un poco más a este tema, de modo que se logre resolver también estas alteraciones en el patrón de sueño de los pacientes. Es de suma importancia, empoderar a los profesionales de enfermería en las acciones de cuidado para la prevención de las alteraciones del sueño, y así contribuir a un mayor confort del paciente, ya que logra sus horas de descanso, por ende, sus funciones fisiológicas y emocionales no se alteran como consecuencia de la interrupción del sueño, lo cual permite que permanezca en comunicación con el medio en interacción con el personal de salud y sus familiares, generando mayor satisfacción.

A su vez, los enfermeros como líderes de los servicios, deben propender por la recuperación de aquellos que se encuentran en un estado de vulnerabilidad.

Por tanto, hay que demostrar las ventajas que tiene el suplir la necesidad del sueño en los pacientes hospitalizados, ya que representa un reto para el profesional de enfermería, quien debe lograr que todos los miembros del equipo de salud se hagan partícipes en la disminución de los factores de riesgo que conllevan a presentar alteraciones del sueño; además, demostrar las bondades y ventajas para el paciente cuando conserva un adecuado ciclo de sueño-vigilia.

2. JUSTIFICACIÓN

El paciente en estado crítico se encuentra en una situación de vulnerabilidad, que es completamente nueva y desconocida, tanto para él como para su familia; por ende, la enfermera profesional es la encargada de permitir un adecuado acondicionamiento, tratando de ayudarlo a suplir muchas de las necesidades que probablemente el paciente no pueda por sí mismo dada su condición, una de estas es el sueño, un factor vital para la salud, que se ve alterado por múltiples factores durante su estancia en UCI, generando el deterioro de la calidad de vida del paciente.

El sueño de los pacientes críticamente enfermos es una necesidad constantemente desatendida por el personal asistencial y requiere una profundización en la investigación en enfermería, con el fin de garantizar mejores resultados en salud y brindar un cuidado dirigido especialmente, al paciente con alteraciones del sueño

El sueño en repetidas ocasiones es dejado de lado, tratando de velar por otras necesidades que parecieran más importantes, pero quizás esas alteraciones que pueda presentar el paciente en las unidades de cuidado crítico, está dado por la perturbación del patrón sueño-vigilia; por esto, es importante en esta monografía, porque el impacto de la afectación del sueño durante la estancia en UCI, puede desencadenar alteraciones secundarias en la evolución del paciente y en efecto, se requiere identificar e intervenir sus factores contributivos, y así plantear un plan de cuidados enfocado en preservar el sueño, y a su vez, una adecuada recuperación y menor estancia hospitalaria.

Empero, existe un vacío en el conocimiento, respecto al tema de interés en enfermería, lo cual pone de manifiesto la necesidad de realizar el presente trabajo monográfico, con el objetivo de proveer una propuesta de intervención, basada en la revisión actualizada de la literatura y el análisis crítico de las autoras.

Por tanto, los hallazgos encontrados en la revisión bibliográfica sugieren la necesidad inherente de profundizar en el tema, puesto que la mayoría de investigaciones habla acerca de los factores perturbadores del sueño, pero no hay un enfoque claro de intervención para enfermería, con el fin de satisfacer las necesidades del paciente en lo relacionado con el sueño y descanso, durante su estancia en la UCI.

Desde nuestra práctica como enfermeras clínicas, hemos dejado de lado el sueño del paciente, sin pensar que si dentro de las teorías de enfermería, como las 14 necesidades de Virginia Henderson y los 11 patrones de Marjory Gordon, identifican el dormir como una necesidad o patrón a satisfacer, es porque esto tiene que llamar la atención de los profesionales e ingresarlo dentro de sus planes de cuidados, para poder satisfacerlo. No puede ser menos importante durante el curso de la enfermedad crítica, ya que el rol de la enfermera es cuidar y de la mejor manera.

Así que, la implicación del buen descanso representa un impacto para el sistema de salud en términos de costo-efectividad, complicación en salud y calidad de vida, permitiendo una recuperación más rápida, y así menos costos para las entidades prestadoras de salud.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Determinar cuáles son las intervenciones que debe realizar el profesional de enfermería en las Unidades de Cuidado Intensivo, para garantizar la calidad del sueño de los pacientes adultos críticamente enfermos.

3.2 Objetivos específicos

- Describir las características del paciente críticamente enfermo, con alteraciones en el patrón del sueño
- Identificar los factores de riesgo que influyen en la calidad del sueño en los pacientes adultos críticamente enfermos
- Proponer un plan de cuidados de enfermería, enfocado en el mejoramiento de la calidad del sueño de los pacientes críticamente enfermos.

4.METODOLOGÍA

El estado del Arte es definido por Consuelo Hoyos Botero (2008), como una investigación documental que tiene un desarrollo propio, cuya finalidad esencial es dar cuenta de construcciones de sentido sobre bases de datos que apoyan un diagnóstico y un pronóstico, en relación con el material documental sometido a análisis. Implica además, una metodología mediante la cual se procede progresivamente por fases bien diferenciadas, para el logro de unos objetivos delimitados, que guardan relación con el resultado del proceso (p. 31). Dichas fases se denominan: fase preparatoria, fase descriptiva, fase interpretativa por núcleo temático, fase de construcción teórica global y fase de extensión y publicación.

4.1 FASE PREPARATORIA

Esta fase implica definir el tema que será investigado, el cual surge a partir del interés de las investigadoras, quienes encuentran dentro de su práctica clínica, la necesidad de un sueño de calidad en los pacientes de las Unidades de Cuidado Intensivo; debido a que los pacientes refieren dificultades para conciliar el sueño o para mantenerse dormidos. Las razones por lo cual ocurre esto al parecer, es por la luz, el ruido y por todas las actividades que se realizan durante las horas de la noche como el baño, administración de medicamentos y procedimientos invasivos.

La necesidad del sueño es descrita como la capacidad de una persona para conseguir dormir, descansar o relajarse a lo largo del día, asociada tanto a la cantidad como a la calidad del sueño y descanso, así como la percepción del nivel de energía diurna. Bellido, Lendinez (2010) plantea que todos los seres humanos requerimos de un tiempo de descanso para poder recobrar energías, en una persona enferma esto cobra mayor interés, por lo tanto, al identificar la falta de descanso como un problema para el paciente, nació el interés por saber ¿CUÁL ES

EL ROL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, EN LA CALIDAD DEL SUEÑO DE LOS PACIENTES ADULTOS HOSPITALIZADOS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS?

La privación del sueño es una de las etiquetas diagnósticas de la NANDA, lo que llama más aún el interés, porque es un problema al cual se le debe prestar especial atención y se debe incluir en el plan de cuidados que se realiza para los pacientes de las Unidades de Cuidado Intensivo, por lo que se ha visto en la práctica, pocas o nulas son las intervenciones dirigidas a cuidar el sueño del paciente.

Lo anteriormente descrito, permitió definir los objetivos, ya que saber qué acciones de cuidado de los profesionales de enfermería van dirigidos a cuidar a ese paciente que presenta alteraciones del sueño durante su hospitalización, que características tiene ese paciente para poder dirigir los planes de cuidado y cuáles son los factores de riesgo que aumentan las posibilidades de presentar alteraciones en el patrón del sueño, y por lo tanto, crear un plan de atención de enfermería, dirigido particularmente a ese paciente que durante la estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos no duerme o su sueño no es reparador.

4.2 FASE DESCRIPTIVA

En esta fase se procede a la búsqueda documental, para ello se definieron palabras claves: sueño, UCI, confort, necesidad, paciente crítico, delirio y enfermería; además, uso de los operadores booleanos. La búsqueda se orientó hacia artículos disponibles en texto completo en inglés, español y portugués, publicados desde el año 2010 hasta 2018.

La recolección de la información se realizó a través de bases de datos bibliográficas, como PubMed, Scielo, Clinical Key, Science Direct, NCBI, se revisó además una monografía de estudiante de la Universidad de Antioquia acerca del sueño en los

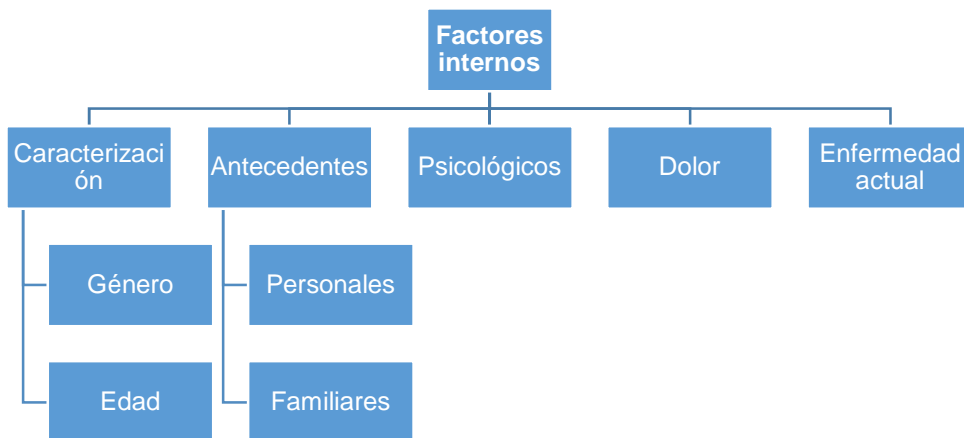
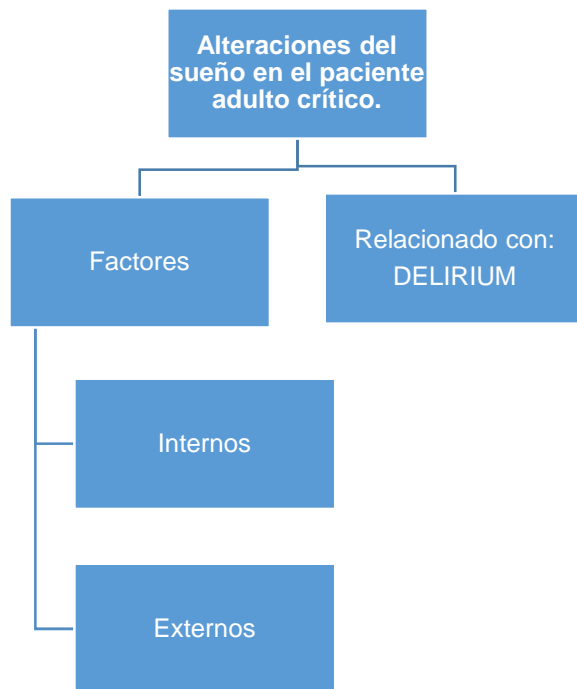
pacientes pediátricos de las Unidades de Cuidado Intensivo. En la búsqueda inicial se hallaron 1070 documentos, entre artículos científicos y capítulos de libros, que hablaban acerca del sueño en diferentes poblaciones, en niños, en neonatos, en paciente en instituciones geriátricas, por la cual se hizo una depuración de ellos, descartando aquellos que hablaba del sueño de pacientes en UCI neonatal y/o pediátrica, y aquellos que se alejaban de nuestros objetivos. Al final se seleccionaron 50 artículos de ellos, su distribución por idioma fueron 20 en inglés, 1 en portugués, 29 en español, se revisaron 34 revistas, 2 libros y 1 monografía.

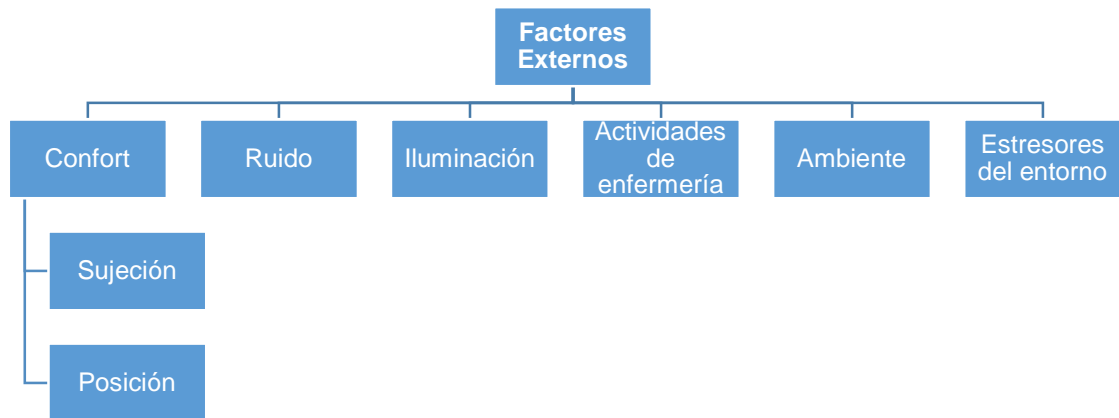
El análisis realizado a cada uno de los artículos revisados se sintetizó en una ficha bibliográfica (ANEXO A), en ella se da constancia de la revisión detallada de la información. Los datos que componen la ficha son: referencia bibliográfica, localización del documento, tema, subtemas, palabras claves, resumen, ideas principales, notas con página, comentarios sobre las notas, mapa conceptual, teorías en las que se apoya el estudio, metodología, reflexión académica y aportes al tema, firma y fecha de realización.

Con la información consignada en las fichas se creó una matriz de vaciado (ANEXO B), con el fin de simplificar la bibliografía revisada y dar orden a los hallazgos. La información consignada en la matriz corresponde a: autores, tema, palabras claves, año, resumen, aportes al tema de la monografía, nombre de la revista, nombre de la base de datos, dirección URL, país e idioma.

A partir de este proceso se definieron unos núcleos temáticos, los cuales fueron:

1. Factores internos que alteran el patrón del sueño (características del paciente, antecedentes, dolor, enfermedad actual).
2. Factores externos (confort, ruido, luz, actividades de enfermería, estresores del entorno).
3. Factor diferencial con delirium y consecuencias de las alteraciones en el paciente de las Unidades de Cuidado Crítico





Mapa conceptual 1. Núcleos temáticos

Como hallazgo relevante, se identificó la escasa disponibilidad de material bibliográfico con enfoque enfermero; solo una autora colombiana habla acerca de las actividades de enfermería como perturbador del sueño. En contraste, se encuentra mayor información bajo perspectivas médicas como neurología y neurociencias.

4.3 FASE INTERPRETATIVA

En esta fase se realizó la clasificación de la información, obtenida en la revisión bibliográfica, respecto a la alteración del sueño en los pacientes adultos hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Además, se inició la construcción y el análisis del texto monográfico, el cual surge desde la misma construcción de las fichas bibliográficas. En ellas, se consignó lo relevante de cada artículo de revista o capítulo de libro revisado, posteriormente esta información es vaciada en la matriz la cual fue creada en Excel para que

permitiera filtrar la información de una manera fácil y práctica; de este modo, se filtrar por temas, por países, por idioma, por autores, entre otros.

Posteriormente, se seleccionó aquella información que enriquecía los núcleos temáticos y se inició la construcción del documento monográfico, de una manera detallada, y en un orden lógico que diera cuenta de la bibliografía revisada.

A partir de la información obtenida se realizó un análisis y se alimenta con las experiencias de las investigadoras como enfermeras de pacientes en estado crítico de salud, lo que llevó a identificar realmente los problemas de sueño descanso en el paciente hospitalizado, y pensar en un plan de intervenciones que minimicen las alteraciones en el patrón de sueño.

4.4 CONSTRUCCIÓN TEÓRICA GLOBAL

A partir de las teóricas de enfermería, que hablan acerca de la necesidad de descansar y dormir y con el respaldo de la bibliografía consultada, se construye un plan de cuidados de enfermería para los pacientes adultos hospitalizados en las Unidades de Cuidado Intensivo con alteraciones en el patrón del sueño. Para ello, se tomó en cuenta el diagnóstico de la NANDA, que describe la privación del sueño y además, se basó en la teoría de Virginia Henderson que describe la necesidad de dormir y descansar, para ello se debe identificar en el paciente:

- Patrón de sueño / descanso habitual.
- Horas de sueño al día y horas del sueño en la noche.
- Existencia de cansancio o somnolencia posterior al descanso.
- Dificultades para conciliar o mantener el sueño.
- Existencia de alguna enfermedad que le impida conciliar el sueño.

- Problemas durante el descanso: interrupciones (baño, actividades de enfermería), estímulos ambientales nocivos (ruido, iluminación, temperatura)
- Nivel de energía durante el día .
Existencia de rituales para dormir.
- Compañero de sueño.
- Empleo en el hogar de medicamentos para dormir.

Basado en estos hallazgos, se creó un plan de atención de enfermería (Bellido y Lendinez, 2010).

4.5 FASE DE PUBLICACIÓN

El trabajo monográfico estará disponible en la biblioteca de la Facultad de Enfermería, de igual manera se presentará a la comunidad académica de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, a los estudiantes de las especializaciones de cuidado de enfermería al paciente en estado crítico de salud y especialización de Cuidado de Enfermería al paciente con cáncer y su familia. Posteriormente, se compartirá en los espacios académicos pertinentes en los cuales las autoras tengan participación.

5. CRITERIOS DE RIGOR

Fiabilidad y validez: Son cualidades necesarias de carácter científico para la recolección de datos. Se habla de fiabilidad cuando “una técnica se repite en el mismo plano en varias ocasiones, consiguiendo un mismo resultado” (Valencia, M. M. A., & Mora, C. V. G. 2011). La validez lo define una adecuada recolección de datos y la interpretación de sus resultados, haciendo que la investigación sea creíble, permitiendo que otros investigadores puedan obtener resultado en situaciones similares. (Noreña, A., Alcaraz-Moreno, N., Rojas, J., & Rebolledo-Malpica, D. 2012).

Credibilidad o autenticidad: Habla de la relación que hay entre la información buscada, analizada e interpretada, con la información relatada por los participantes de una investigación, la cual debe ser armónica, pudiendo darle fundamento a lo expuesto.

Transferibilidad o aplicabilidad: Se indica cuando se pueden transferir los resultados de un contexto a otros, y esto se logra a través de una descripción exhaustiva de los sujetos y del contexto, que permita a otros investigadores realizar comparaciones con otros estudios. (Noreña, A. et al. 2012).

Consistencia: También conocida como replicabilidad, que habla de la estabilidad de los datos recogidos. Necesita procedimientos como: la triangulación de investigadores, de métodos y de resultados; el empleo de un evaluador externo, y la descripción detallada del proceso de recogida, análisis e interpretación de los datos. (Noreña, A. et al. 2012).

Confirmabilidad u objetividad: Aquí el investigador debe mostrar cual va a ser su papel durante la investigación, por cuales criterios se va a regir para evitar juicios o críticas por parte de los sujetos participantes. La objetividad requiere de un instrumento para la recolección de datos, que permita transcripciones textuales de las entrevistas, en contraste con la literatura existente. (Noreña, A. et al. 2012).

Relevancia: Permite evaluar los resultados encontrados, hace una relación entre la justificación desarrollada y los resultados obtenidos en la investigación. (Noreña, A. et al. 2012).

Adecuación o concordancia: consistencia entre el problema o tema que se va a investigar y la teoría empleada para la comprensión del fenómeno. Evidencia como el investigador hace visible sus referentes teóricos durante la investigación. (Noreña, A. et al. 2012).

6. PRESENTACIÓN DESCRIPTIVA DE LA TEMÁTICA

Se revisaron 50 artículos científicos, todos ellos ingresados en bases de datos, de revistas indexadas, las cuales fueron, PubMed, Scielo, Clinical Key, Science Direct, NCBI, su distribución por idioma fueron 20 en inglés, 1 en portugués, 29 en español, se revisaron 34 revistas, 2 libros y 1 monografía.

Los artículos encontrados en su orden cronológico fueron:

2000– 2005: 5 artículos

La bibliografía muestra los factores ambientales y su influencia en las alteraciones del sueño de los pacientes de las Unidades de Cuidados Intensivos se identifica el ruido, la luz, la temperatura como interruptores del sueño.

2006 – 2010: 12 artículos

Durante estos años, la preocupación radicó en caracterizar el sueño de los pacientes, saber si dormían o no, y más allá descubrir, si dependiendo del proceso salud enfermedad unos dormían mejor que otros, se interesaron por estudiar el sueño en poblaciones específicas, como en los pacientes en posoperatorios de cirugías cardíacas, en la población psiquiátrica hospitalizada, pacientes sedados, pacientes en ventilación mecánica, ancianos con demencia.

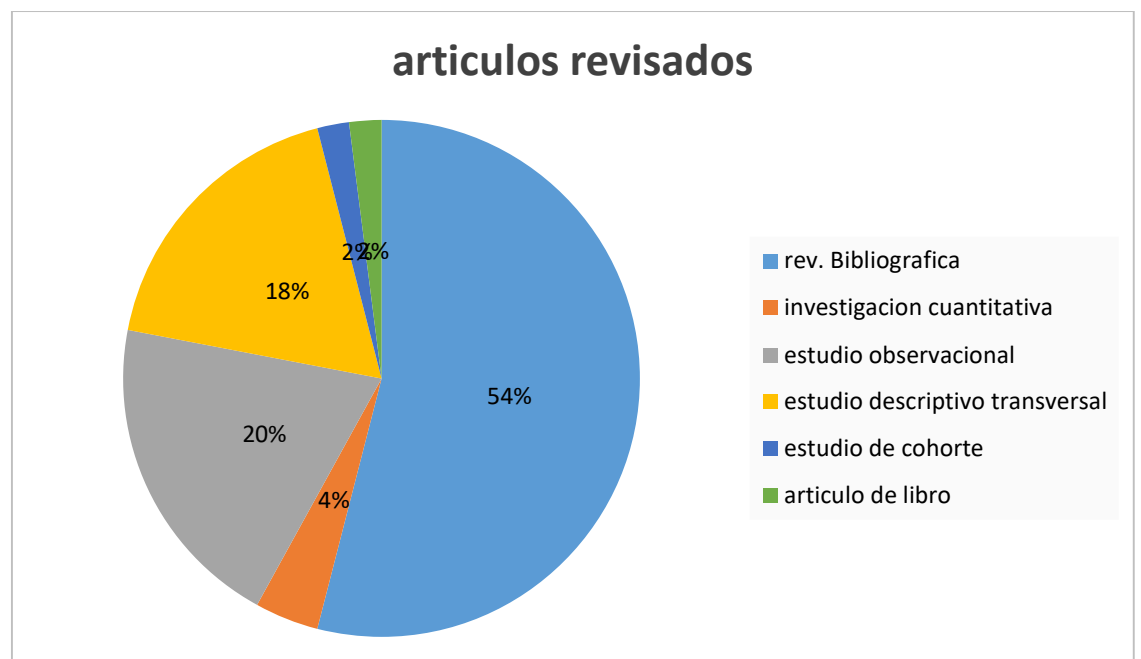
2010 – 2015: 20 artículos

En estos artículos se halla de una manera más amplia todos los factores perturbadores, ya no solo los factores ambientales sino aquellos que también influyen en los trastornos del sueño, como las actividades de enfermería, las alteraciones del ritmo circadiano, el acompañamiento familiar, y se empieza hablar de una Unidad de Cuidados Intensivos más humanizada.

Además, se identifica el acompañamiento familiar, como un factor contributivo para el bienestar de los pacientes y para disminuir los factores estresores del ambiente en la Unidad de Cuidados Intensivos, y así contribuir y favorecer un sueño de calidad al disminuir los niveles de ansiedad y temor.

2016 – 2018: 13 artículos

Al conocer los factores que influyen o desatan los trastornos del sueño en las Unidades de Cuidados Intensivos, y al identificar el acompañamiento familiar como una necesidad ya en estos artículos, se empieza a hablar cuál es la forma o mejor manera de intervenir esta necesidad del sueño.



Grafica 1. Artículos revisados

7. ANÁLISIS INTERPRETATIVO DE LOS DATOS Y DISCUSIÓN

7.1 CAPITULO 1. El sueño: una necesidad insatisfecha en la UCI

Las Unidades de Cuidados Intensivos son servicios de alta complejidad que están compuesto por equipos y tecnología de la más alta calidad, donde el personal asistencial se considera el más capacitado y con mayor conocimiento para poder brindar una atención adecuada a los pacientes que ingresan allí, ya sea por causa de trauma, posoperatorios o procesos de enfermedades complejas, requiriendo estar allí por un tiempo determinado para recibir un cuidado integral, un monitoreo continuo y finalmente lograr una recuperación en su estado de salud.

Ingresar a una Unidad de Cuidados Intensivos es una situación difícil para el paciente y para su familia, es saber que su condición de salud es tan grave, que requiere un cuidado intensivo y continuo, que va a estar lejos de su hogar por un largo tiempo y probablemente cerca de la muerte (Gómez-Carretero et al. 2007); estas complejas unidades son percibidas como un lugar hostil, frío, con alta tecnología que genera mucho ruido; por tal motivo, el profesional de enfermería debe buscar estrategias, que le permitan al paciente y su familia una fácil adaptación y aceptación de su estancia allí, por lo cual se debe brindar información oportuna, y explicar claramente cómo va a ser la estancia en este lugar, de manera que genere tranquilidad, a pesar de las difíciles situaciones que se vivirán.

Cabe mencionar, que la enfermería en su papel de cuidador y educador, posee las fortalezas para brindar seguridad y hacer sentir a los pacientes y a sus familias, que en ese lugar lleno de “aparatos” tecnológicos se realizaran todas las labores necesarias para llevarlo a una situación de completo bienestar, generar

experiencias memorables en estos complejos servicios de hospitalización, hará la estancia menos traumática.

Los pacientes que ingresan a la Unidad de Cuidados Intensivos se caracterizan por presentar una condición médica crítica, con un grado de alteración de uno o más órganos, pero que son susceptible de recuperación; el ingreso a la UCI se da por varias causas entre ellas: enfermedades cardiacas, trauma, emergencia hipertensiva, intoxicaciones, síndrome posparo, sepsis, emergencias dialíticas, entre otras. Todo esto conlleva a presentar alteraciones en los diferentes sistemas del organismo, como el cardiovascular, respiratorio, neurológico, inmunológico y gastrointestinal, por lo tanto requieren de una monitorización y seguimiento más estrecho hasta que el paciente logre estabilidad hemodinámica, y que su organismo sea capaz de mantener en equilibrio todos sus sistemas.

Los pacientes que se encuentran en condiciones críticas de salud, cuando ingresan a las unidades se ven sometidos a cambios en su patrón de sueño – vigilia, dado a algunos factores propios del ambiente y de su estado emocional, entre estos se identifican factores físicos, como la luz, la temperatura, el ruido; psicológicos, como la angustia, el temor, la preocupación, ansiedad, entre otros; la condición médica, como la enfermedad, antecedentes personales y familiares, monitoreo continuo, la necesidad y el uso de ventilación mecánica; y fisiológicos como el dolor, náuseas, emesis, mareo, sed, necesidad de orinar, y demás (Gómez-Carretero et al. 2007).

Estos factores emocionales, en conjunto con los factores ambientales de las unidades críticas, hacen que los pacientes no tengan una buena higiene del sueño, limitando una rápida recuperación de su enfermedad y aumentando su estancia hospitalaria, logrando a su vez aumento de los costos hospitalarios. Por eso la necesidad de intervenir en el sueño, de permitir que estos pacientes tengan un

sueño de calidad, ya que va a contribuir a que la estancia hospitalaria disminuya y por ende, disminuir costos para las instituciones prestadoras de servicio de salud.

El sueño es una de las necesidades más vulneradas, porque no se ha reconocido la importancia que tiene en todas las funciones fisiológicas, el conocer mejor el mecanismo del sueño equivale a cuidar de una mejor manera, previendo complicaciones que perpetúen la estancia hospitalaria por periodos largos de tiempo; por tal razón, se debe propiciar medidas que permitan la conciliación de este, y así disminuir las complicaciones que se pueden desencadenar, debido a la falta de dormir.

7.1.1 Definición del sueño

El sueño es definido como un fenómeno fisiológico periódico, durante el cual se suspende la interrelación con el medio externo, y alterna cíclicamente con un estado de alerta o vigilia, constituyendo ciclos de sueño-vigilia; además, es una etapa de relativa inactividad física, durante la cual ocurre una serie de procesos neuroendocrinos, cardiovasculares, respiratorios, gastrointestinales y variaciones en la temperatura; a la vez que la persona durmiente, lo percibe como un proceso de descanso y recuperación (Talero, Durán y Pérez, 2013, p. 336). Debido a esto, el sueño se convierte en una necesidad para que el ser humano logre descansar y se den los cambios fisiológicos normales durante esta etapa, cuando el cuerpo “descansa” se presenta cambios fisiológicos, como es la liberación de melatonina, hormona que se libera cuando el cuerpo está en reposo y en ambiente de poca luz.

También es definido por Saldaña, Colmenares y Beltrán (2014), como la disminución de respuesta a los estímulos externos, que regularmente se alternan con periodos de vigilia y una disminución del umbral de respuesta a estímulos externos. Éste se

divide en dos fases: el sueño REM y el sueño no REM y estos en varias etapas, de acuerdo a las revisiones realizadas, se encontró que el sueño REM es llamado el verdadero sueño, el reparador y el que es poco alcanzado por los pacientes en las Unidades de Cuidados Críticos (UCI), debido a lo antes mencionados Hay factores que intervienen en la conciliación del sueño, como los factores internos y externos, principalmente el ruido, la luz y la temperatura. (Aragón, Capella, Fernández, González y Morrondo, 2001).

Con estas definiciones, queda claro que la etapa del sueño es una necesidad que debe ser satisfecha, ya que si esta se altera trae consigo complicaciones en el paciente que lo lleva a una alteración de todos sus procesos fisiológicos, además acompañados de trastornos emocionales.

7.1.2 Etapas del sueño

El sueño tiene varias fases, donde se presentan modificaciones concretas en cada una de éstas, y su análisis se puede hacer por medio de estudios como la polisomnografía y el electroencefalograma. En estos, se lleva un registro de la actividad cerebral, de la respiración, del ritmo cardiaco, de la actividad muscular y de los niveles de oxígeno en la sangre mientras se duerme; según el Instituto del Sueño de Madrid, se habla de que el sueño tiene dos etapas, las cuales se definen como REM por su sigla en inglés, donde se presenta movimientos oculares rápidos, y NREM, como los movimientos oculares no rápidos.

El sueño consta de 4 etapas, las cuales son:

- Etapa I, en la cual se presenta un periodo de somnolencia o adormecimiento, hay desaparición del ritmo alfa en el EEG (típico del estado de vigilia), hay tono muscular y no hay movimientos oculares o, si los hay, son muy lentos.
- Etapa II - III, es un sueño ligero, se caracteriza por una disminución aún mayor del ritmo electroencefalográfico, y sigue existiendo tono muscular, y no hay movimientos oculares.
- La etapa IV, se define como sueño profundo, donde presenta un ritmo electroencefalográfico menor, no hay movimientos oculares y el tono muscular se mantiene o puede estar muy disminuido. Se dice que ésta es la fase del sueño más reparadora.

El sueño NREM está compuesto por estas 4 etapas, y le sigue otra que se llama sueño paradójico, donde la persona está en un estado de vigilia y de alerta, según el electrocardiograma, y presenta movimientos rápidos oculares, llamada fase REM. En esta fase hay disminución del tono muscular y se activa el sistema colinérgico, y constituye el 25% de sueño total.

Las fases de sueño NREM y REM se alternan sucesivamente, cuatro a cinco veces por la noche. En total, la fase de sueño NREM dura unas 6 horas; y la fase de sueño REM, dos horas, por término medio (Velayos, Molerés, Irujo, Yllanes, Paternain, 2007). De esta manera, se puede evidenciar, que la necesidad de dormir puede ser satisfecha con el realizar esta actividad por 8 horas, sin interrupciones, permitiendo que el paciente pase por sus fases REM y NREM, ya que, si hay alguna perturbación, va a hacer que el sueño empiece desde la primera fase y difícilmente va a llegar a la de sueño reparador.

Conocer las etapas del sueño y la función de cada una de ellas, permitirá que el enfermero identifique cuál de ellas se afecta en el paciente y los problemas o

posibles consecuencias de que no se de todo el ciclo de sueño, ya que poseer el conocimiento de esto, brindará herramientas para cuidar mejor y dar la importancia que se merece la necesidad de dormir y descansar; permitir que los pacientes que están en las unidades críticas duerman bien, debe hacer parte del plan de cuidado de enfermería, brindar un ambiente ameno, cálido, oscuro y silencioso, que dé la posibilidad de completar las diferentes etapas del sueño para poder obtener un descanso, y una recuperación de todas sus funciones fisiológicas.

7.1.3 Trastornos del sueño

Según la OMS, en los países industrializados occidentales, 20 a 30% de la población padece trastornos del sueño, los cuales se divide en trastornos del sueño tipo orgánico y no orgánico, de acuerdo a la causa, ya sea por enfermedad física o mental, los trastornos del sueño también pueden ser un síntoma importante de enfermedades primariamente psiquiátricas y neurológicas (enfermedad de Parkinson, enfermedades cerebrales degenerativas, problema de espalda), así como de cuadros clínicos (bronconeumopatía crónica obstructiva, reflujo gastroesofágico).

Entre estos trastornos se identifican:

-Insomnio: el cual se caracteriza por un sueño de duración y calidad insuficientes, incluyendo dificultades para dormirse y para la continuidad del sueño durante un período prolongado. Es el trastorno de sueño más frecuente en la población general, destacando en mujeres, ancianos y personas con problemas psicológicos como ansiedad y depresión (Chuquimia y Vargas, 2013, p. 1820).

-Síndrome de apnea obstructiva del sueño: es la obstrucción de la vía respiratoria durante el sueño, puede ser parcial o total, disminuyendo de forma importante el paso del aire, son pausas que pueden durar 10 segundos aproximadamente. Afecta especialmente a varones adultos, obesos y fumadores (Chuquimia y Vargas, 2013).

-Síndrome de movimientos periódicos, asociado al síndrome de piernas inquietas o enfermedad de Willis-Ekbom: es un trastorno de origen neurológico, en el que se producen unas sensaciones molestas en las extremidades (principalmente las piernas) durante el reposo; estas molestias hacen que los pacientes tengan necesidad de levantarse, caminar y moverse y así lograr que se desaparezca esta sensación. El trastorno aparece entre un 5-10 % de la población, y afecta tanto a hombres como a mujeres, y puede aparecer a cualquier edad, siendo más frecuente a partir de la cuarta década de la vida. Este síndrome suele afectar la calidad de sueño, ocasionando somnolencia durante el día, así como cuadros de ansiedad y depresión. Se han invocado en su fisiopatología, alteraciones del metabolismo del hierro a nivel del Sistema Nervioso y del sistema dopaminérgico, ya que la sintomatología mejora o desaparece con fármacos dopaminérgicos y son más frecuentes en la enfermedad de Parkinson (Iriarte, Urrestarazu, Alegre, Viteri, y Artieda, 2017).

-Narcolepsia: Definida por el Instituto Europeo del Sueño, como un trastorno de origen neurológico, caracterizado por excesiva somnolencia diurna, acompañada en la mayoría de los casos de cataplejías (crisis de hipotonía muscular), se manifiesta en general entre la segunda y tercera década de la vida. Existe un componente genético importante, por lo que varios integrantes de una misma familia pueden verse afectados (incidencia de 1-2 % en familiares de primer grado). Este es uno de los trastornos que poco se presentan, pero que también pueden ocasionar alteraciones en el sueño, favoreciendo a la aparición del delirium.

Identificar al ingreso del paciente antecedentes personales, ahorra complicaciones, conocer las alteraciones del sueño que están presentes en el sujeto de cuidado, guía el plan de atención de enfermería; además, desde el inicio de la atención, se estará interviniendo uno de los problemas que podría influenciar en una evolución satisfactoria y favorecerá una sensación de mayor confort.

Es sabido que los pacientes en estado crítico llegan en condiciones hemodinámicamente muy inestables, que inicialmente las prioridades van dirigidas a lograr estabilidad de sus variables hemodinámicas, pero cuando se logra un control, es necesario realizar una anamnesis exhaustiva al paciente y a la familia, identificando factores de riesgo que puedan conllevar a demoras en la recuperación y a perpetuar el proceso de enfermedad.

7.2 CAPÍTULO 2

Los factores que intervienen en la calidad del sueño: Clave en el cuidado de enfermería.

Los pacientes que están en las Unidades de Cuidados Intensivos se encuentran en un estado crítico de salud, enfrentándose a una situación completamente desconocida para ellos y sus familias; por ende, el profesional de enfermería debe intervenir y brindar un ambiente que sea menos hostil, más agradable y confortable para una rápida recuperación, entre estas intervenciones se busca brindar un cuidado de enfermería, donde se pueda suplir muchas de las necesidades que probablemente el paciente no pueda por sí mismo, dado por su condición médica; una de estas necesidades es el sueño, el cual es alterado por múltiples factores, tanto intrínsecos como extrínsecos, causando alto impacto en la recuperación de los pacientes.

El sueño es una necesidad a menudo desatendida y en ocasiones difícil de percibir la magnitud de las complicaciones derivadas de la alteración de este, tales como inestabilidad en las variables hemodinámicas, desacople ventilatorio en los pacientes con ventilación mecánica, fluctuaciones en el estado de conciencia, delirium, entre otras funciones fisiológicas, esto trae como consecuencia días de estancia prolongados y aumento de los costos.

Quienes han escrito acerca de las alteraciones del sueño, coinciden en que hay unos factores propios del paciente que son difíciles de modificar (factores intrínsecos), pero que hay otros factores que son propios del ambiente de la Unidad de Cuidados Intensivos; es decir, unos factores externos que pueden ser altamente modificables y el profesional de enfermería, debe ser el protagonista en la

identificación de dichos factores de riesgo, que lo lleven a generar un plan de cuidados individualizado en pro del bienestar del paciente que ingresa a la UCI.

7.2.1 Factores intrínsecos

Entre los factores intrínsecos se identificaron varios componentes, como: caracterización, antecedentes personales, familiares y psicológicos como temor, dolor y enfermedad actual, estos son percibidos como los principales factores que intervienen en el sueño.

Cuando se expresa que la caracterización de los pacientes es uno de los factores que intervienen en la consolidación del sueño, se refiere al género y la edad. en las revisiones bibliográficas se encontró, que no existe diferencia entre ser hombre o mujer para padecer alteraciones del sueño, aunque en un estudio observacional transversal, realizado en Castilla, España en el 2004-2005, se evidenció que el insomnio se presentaba más en mujeres que en hombres, y se relacionaba con la presencia de otros factores como las patologías antiguas, el consumo de fármacos e inadecuados hábitos de sueño.

En cuanto a la edad, se encuentran que este factor es relevante para la adquisición de un sueño de calidad, los pacientes adultos mayores es decir quienes tienen 60 años o más. Según la OMS, presentan más trastornos del sueño que los pacientes adultos menores de 60 años, esto debido a que los mayores de 60 años presentan de por sí cambios fisiológicos que reducen la cantidad de horas de sueño, ocasionado por la disminución de la melatonina y la nicturia, entre otros factores.

La melatonina es una neurohormona que regula el ciclo luz-oscuridad, aumenta su secreción al inicio de la noche, alcanzando su nivel máximo en la mitad de esta y cayendo abruptamente al amanecer, indicando el comienzo y la duración del sueño, se puede decir que esta hormona es la hormona del sueño, encargada de determinar cuánto tiempo dormimos y cuanto descansamos (Campino et al. 2008, p. 1391). Ésta se encuentra disminuida en los pacientes que están en UCI, ya que allí por efecto de la luz es difícil percibir cuando es de día y cuando de noche, no se sabe la hora, y en ocasiones tampoco la fecha. Identificando esto como un problema es fácil lograr su resolución, facilitando a los pacientes un reloj y un calendario en la habitación, informarles a los pacientes durante las rondas de enfermería que día es, en que lugar están, que hora del día es y sobre todo, porque están allí, realizando esto, contribuimos a la disminución de las alteraciones del sueño y a la aparición del delirium.

Para los pacientes mayores de 65 años es difícil iniciar y mantener el sueño, no solo por ser adultos mayores, y todo lo que conlleva, sino también por malos hábitos al dormir, dormir a deshoras, dormir durante el día y el consumo de cierto tipo de sustancias como la cafeína y de algunos fármacos para otras patologías. (Gras et al, 2009). Por tanto, se evidencia que los estilos de vida influyen en las alteraciones del sueño, y que durante la estancia hospitalaria, continúan las alteraciones que ya estaban presentes desde el hogar, pero quizás más agudizadas.

Otro factor que interviene en la conciliación del sueño son los antecedentes personales, como la presencia de enfermedades neurodegenerativas y sus tratamientos (medicamentos), ya que esto influye en el paciente para que pueda dormir adecuadamente, y presentar menos interrupciones en las diferentes etapas del sueño, dentro de las enfermedades neurodegenerativas encontramos el Alzheimer y Parkinson, como patologías que pueden causar insomnio, cambio en

los patrones de sueño, despertares frecuentes, somnolencia excesiva, disminución del sueño REM y NREM, y trastornos conductuales (Miranda, Kuljiš, 2013); también la presencia de otras enfermedades como el Síndrome de Piernas Inquietas, el Síndrome de Apneas Obstructivas del Sueño (SAHOS), el cual se produce como consecuencia de una disminución en el calibre de la vía respiratoria superior, que da lugar a una obstrucción del flujo aéreo, y así lograr despertares continuos y varias interrupciones en el sueño (Salvador et al. 2004). Por esto, es importante brindar un tratamiento, tanto farmacológico como no farmacológico, a los pacientes que las padecen, permitiéndoles adquirir un sueño completo y de calidad, que les permita descansar.

En el proceso del sueño se identifican otros factores que intervienen en su consolidación, el sueño tiene un mecanismo homeostático, que representa el papel de la vigilia previa y cuanto mayor tiempo se está despierto más sueño se tiene. El factor circadiano representa la influencia del oscilador circadiano o reloj biológico sobre el nivel de vigilia o somnolencia, el cual tiene influencia de elementos como la luz, la oscuridad, el patrón de alimentación, la actividad física entre otros. Existe además, un ritmo ultradiano de unas 4 h, que se atenúa en la edad adulta, pero que es más manifiesto en la infancia y la senectud (Puertas y Prieto, 2015).

El sueño es determinado por la presencia de cierto tipo de actividades que puede realizar una persona durante su día, como es la realización actividades físicas, que permitan cansar al cuerpo y que cuando se llegue el momento de dormir, éste se pueda lograr fácilmente, también se debe tener en cuenta los patrones alimentarios, como el consumo de cafeína, y los horarios que se tienen determinados para realizar esta actividad, ya que entre más tarde se consuman alimentos, más lento va a ser el proceso de la conciliación del sueño, esto son factores que parecen poco

importantes, pero que determinan pautas de cuidados en el proceso de atención de enfermería.

El dolor es otro factor intrínseco que presentan los pacientes que están en las unidades de cuidado crítico, y que interviene en la higiene del sueño. El dolor, según la NANDA 2009-2011, lo define como una experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial, de inicio súbito o lento de cualquier intensidad, de leve a grave, con un final anticipado o previsible determinado por el tiempo, menos de 6 meses como el agudo, o por más de 6 meses como el crónico.

El dolor es difícilmente manejado y revalorado por el personal asistencial, a pesar de que existan escalas de origen cualitativo y cuantitativo para su valoración, y se tome como un signo vital en todo paciente que se encuentra hospitalizado, dificultando su control adecuado, se debe evaluar, manejar y reevaluar la intervención dada para disminuir el dolor, la valoración del dolor es un estándar de calidad en el cuidado de enfermería. Los pacientes que se encuentran hospitalizados no deberían sentir dolor, ya que están en un lugar donde existen los medios necesarios para aliviarlo; así que, en las rondas de enfermería, siempre se debe evaluar la escala análoga del dolor (ANEXO C).

El dolor es una consecuencia inherente al paciente que se encuentra en la UCI, es por esto, que se debe intervenir de manera oportuna por parte de un equipo interdisciplinario que controle el dolor, como psicología, psiquiatría, anestesiología y enfermería; de este modo, evitar a que llegue a afectar el patrón del sueño en los pacientes que están en la UCI.

El dolor como lo hemos descrito es una sensación desagradable para el paciente, por tanto las acciones de cuidado del profesional de enfermería deben ir encaminadas a minimizarlo, la administración de analgésicos en el paciente críticamente enfermo cobra gran importancia y no solo la administración de medicamentos, los masajes, la musicoterapia y el acompañamiento familiar contribuyen a que la sensación de dolor se minimice, y recordar que es sumamente importante evaluar la escala de dolor y verificar que las acciones de cuidado hayan servido y dolor según la escala análoga del dolor haya disminuido.

Otro factor relevante en la interrupción del sueño de los pacientes, es la enfermedad actual por la cual están en la UCI, debido a que solo la estancia en la unidad es factor de riesgo para desarrollar trastornos del sueño, por lo tanto, si no se resuelve la enfermedad de base, la estancia hospitalaria se prolonga, así que es importante, brindar un tratamiento oportuno y eficaz permite resolver su proceso de enfermedad.

El temor también se evidencia como un factor intrínseco que interviene en la higiene del sueño, y por el cual muchos pacientes no logran un descanso adecuado. La NANDA 2009-2011, define el temor como la respuesta a la percepción de una amenaza, que se reconoce conscientemente como un peligro y el ingresar a la UCI es asociado con muerte, los pacientes y las familias lo ven como el ingreso a un lugar completamente desconocido, con múltiples equipos tecnológicos que generan ruido y además un lugar con mucha luz artificial, todo esto acompañado de la incertidumbre de no saber a qué futuro se van a enfrentar y si su estancia allí llegara a un feliz término.

El temor puede ser evaluado y evidenciado por el personal de enfermería cuando el paciente presenta un aumento en la transpiración, pulso, frecuencia respiratoria, de la presión arterial sistólica, palidez, diaforesis, dilatación pupilar, entre otros. El

paciente que ingresa a la UCI va a sentir miedo por el lugar desconocido, en el cual podría pasar mucho tiempo, por el desconocimiento de su evolución, por la separación de sus seres queridos; de manera que, es importante que enfermería brinde información concreta y oportuna, medidas de acoplamiento y acompañamiento más constante de la familia, que le permita al paciente tener herramientas para minimizar este sentimiento.

La familia cobra un papel muy importante en la disminución de niveles de ansiedad y temor, el sentir a los seres queridos cerca brindan al paciente sensación de confianza y tranquilidad. Es conocido que las UCIs son lugares donde el acompañamiento familiar es bastante restringido, son pocas las horas en que se puede tener contacto con sus seres queridos lo que aumenta la sensación de incertidumbre, en los últimos tiempos esta cobrando importancia el término de humanización de los servicios de salud, y para la fortuna de los pacientes, las Unidades de Cuidado Intensivo no se escapan de eso.

Las familias demandan más tiempo y flexibilidad en el horario de visitas. No hay ninguna razón para ser restrictivo y se ha demostrado que las visitas contribuyen al bienestar del paciente, disminuyen la ansiedad familiar y aumentan la calidad percibida, mejorando la imagen y humanización de las instituciones. Un régimen de visitas liberalizado, amplio y flexible permite a los familiares compatibilizar la atención al enfermo con sus responsabilidades laborales y satisfacer los cuidados de otros miembros familiares. La necesidad de cercanía al enfermo en casos de situaciones críticas o fallecimiento inminente es aún más necesaria, ayudándoles en el proceso del duelo (Escudero, Viña y Calleja, 2014. p. 372)

7.2.2 Factores extrínsecos

Si vamos a hablar acerca de los factores extrínsecos, hay que mencionar el confort, la iluminación, el ambiente, las actividades de enfermería y el ruido, siendo estos dos últimos de los que más se quejan los pacientes, limitando la conciliación de un sueño de calidad.

El sueño de estos pacientes es alterado por factores ambientales, como es el caso de los hábitos alimentarios, como el consumo sustancias como la cafeína y bebidas alcohólicas, que no ayudan a conciliar el sueño fácilmente, sino que permiten estar en un estado de vigilia más largo. El no tener hábitos de sueño adecuado, como un horario regular, el dormir a deshoras y/o los sueños diurnos, también limitan el sueño en las noches, haciendo que se presente el insomnio.

El confort es otro de los factores que intervienen en la higiene del sueño. Los pacientes que se encuentran en la UCI, se quejan de que no se encuentran cómodos en estas unidades, dado por las condiciones ambientales propias de las unidades (temperaturas bajas, ruido generado por equipos de monitorización, ruido generado por el personal, iluminación, entre otros).

Las instituciones hospitalarias, y más las unidades críticas como urgencias y UCI, requiere mantener una temperatura baja, para evitar la reproducción y propagación de los microorganismos, pero estas bajas temperaturas también influyen en el sueño de estos pacientes, ya que al tener una sensación de frío hace que sea más difícil la conciliación del sueño, el reconocer estas dificultades en los pacientes, el indagarlos, hace que esto se pueda resolver, en las Unidades de Cuidado Intensivo se cuentan con cobijas de lana y calentadores, que podrían favorecer la

termorregulación del paciente, además en pacientes bajo sedación el control de la temperatura es importante ya que permite identificar si esta con frío o si por el contrario tiene fiebre, pero es imprescindible que el personal de enfermería identifique estas necesidades para poder intervenirlas.

Dentro de los factores extrínsecos se halla que las actividades realizadas por el personal de enfermería en las noches, también interrumpen el sueño, se destacan actividades como el baño del paciente que se realizan en la madrugada, las curaciones de heridas y catéteres que se realizan en la noche y la administración de medicamentos que podrían ser reprogramados para evitar la interrupción del sueño. Todo esto, es un factor de riesgo fácilmente modificable, interrumpir el sueño del paciente trae como consecuencia el incumplimiento de las fases del sueño antes mencionadas (REM, NREM); por ende, no se genera un sueño reparador y los pacientes despiertan cansados, haciendo que durante el día permanezcan dormidos, alterando el ritmo circadiano.

Según la experiencia, se encuentra que, aunque algunas instituciones de salud de la ciudad han empezado a modificar este factor de riesgo, aún hay muchas que continúan realizando la mayoría de actividades de enfermería durante las horas de la noche y no dan al sueño la importancia que merece. La realización de estas actividades en la noche, la justifican al asegurar que en ese tiempo se cuenta con más disponibilidad de tiempo para realizarlas, que en el día. Hay que empezar a cambiar la percepción del personal de enfermería, y trabajar en pro de suplir la necesidad del paciente.

En las revisiones realizadas se encontró un estudio descriptivo, transversal y de corte cualitativo, realizado en Unidad Coronaria del Hospital Clínico Universitario de Valladolid, España (Aragón, Capella, Fernández, González y Morrondo, 2011),

que habla sobre los factores ambientales y su influencia en la calidad del sueño; entre estos se destaca la movilidad limitada, el ruido y la luz, como los factores que más interrumpen el sueño, y los cuales pueden ser modificables por el personal de enfermería y distinto a lo que muchos pensarán acerca de las actividades de enfermería, como el monitoreo y realización de ciertos procedimientos, la mayoría de estos pacientes se sentían seguros y les daba tranquilidad que enfermería realizara sus actividades, ya que identificaron el miedo a morir como factor principal que les impedía un buen descanso.

Entre otros factores que intervienen en la conciliación del sueño está el ruido e iluminación excesiva, ya que al ser un servicio de alta complejidad, requiere estar constantemente iluminado y con múltiples equipos como ventiladores mecánicos, bombas y monitores, entre otros, los cuales ocasionan mucha bulla, dificultando el encontrar un espacio tranquilo y silencioso para poder dormir (Gras et al. 2009). La suma de estos factores y demás, ocasionan que los pacientes que están internados en estas unidades presenten alteración en el patrón del sueño, y no logren descansar y así les dificulte obtener una adecuada recuperación. Todos estos son factores modificables, por lo cual fácilmente se pueden intervenir, educando al personal asistencial sobre la importancia que tiene el sueño para los pacientes.

Cuando hablamos del ruido como un factor extrínseco por el cual los pacientes no logra la conciliación de un sueño de calidad, se tiene en cuenta que el ruido no solo es el generado por las máquinas y monitores del servicio, sino también por las charlas del personal asistencial, que muchas veces es el que más incómoda e interrumpe el descanso de los pacientes que están en las unidades críticas.

El ruido permitido en las Unidades Críticas durante el día es de 45 decibeles y de 35 decibeles en las noches según la OMS; y se encuentra que si éste nivel se

sobrepasa, puede ocasionar disminución de la saturación de oxígeno, aumento de la frecuencia cardíaca y cambios en los patrones del sueño. Este ruido es ocasionado por las máquinas o equipos médicos y por las charlas del personal asistencial, enfermería y medicina, siendo esta última, por la que más se quejan los pacientes. El personal asistencial se debe concienciar, que el descanso de los pacientes depende de sus acciones de cuidado, y que estas acciones son las que caracterizan su profesión.

El profesional de enfermería puede atenuar muchos de los efectos de los factores estresantes a que se somete al paciente, entre ellos, la alteración del sueño, aunque algunas causas del ruido no puedan ser eliminadas, sí podrán ser adaptadas y reducidas. (Baena, 2006). Por eso, la enfermería debe buscar técnicas que le permitan disminuir los trastornos del sueño de estos pacientes, propiciar un ambiente más confortable, silencioso, y así lograr un descanso más reparador. Entre las actividades a realizar para minimizar el ruido, está disminuir el volumen a los equipos médicos, sin afectar la seguridad del paciente, fomentar una estrategia el silencio entre el personal asistencial, permitir el uso de tapones en los oídos, entre otros.

Otro factor relevante en la estabilización de un sueño reparador es la iluminación, aquella luz artificial ininterrumpida que se encuentra en las Unidades de Cuidado Crítico. Constantemente, hay una luz permanente, no solo en los puestos de enfermería, sino también en toda la unidad, limitando la consolidación del sueño e impidiendo mantener ciclos de día y noche normal, hay que recordar que esa luz constante altera la liberación de la hormona melatonina, lo que repercute en la consolidación de un sueño adecuado y de calidad.

El descanso nocturno de estos pacientes, es un aspecto de gran importancia dentro del proceso de salud/enfermedad, ya que repercute directamente en una adecuada y rápida recuperación.

7.3 CAPÍTULO 3

DELIRIUM O TRASTORNOS DEL SUEÑO: ¿CUÁL ES EL VERDADERO PROBLEMA DEL PACIENTE?

Uno de los diagnósticos diferenciales que se relaciona con las alteraciones del sueño, es el Delirio, definido por la American Psychiatric Association, como una alteración de la conciencia, disminución de la capacidad de prestar atención al entorno, con reducción de la habilidad para centrar, mantener o dirigir la atención. Se presenta con cambios en las funciones cognitivas como deterioro de la memoria, desorientación, alteración del lenguaje o presencia de una alteración perceptiva, que no se explica por una demencia previa o en desarrollo. La alteración se presenta en un corto período de tiempo, habitualmente en horas o días y tiende a fluctuar a lo largo del día.

La presencia del delirio es recurrente en los pacientes que se encuentran ingresados en las UCIs, ya sea por la administración de medicamentos sedantes e hipnóticos o la duración de un estado de inconsciencia por mucho tiempo; por tal motivo, hay que educar al personal asistencial encargado del cuidado y a la familia, ya que el desconocimiento de los síntomas, no va a permitir brindar un cuidado integral y dirigir las metas de cuidado.

El delirio se asocia a un aumento de la mortalidad a corto y largo plazo, a la prolongación de la ventilación mecánica, a estancias prolongadas en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y en el hospital y a un deterioro cognitivo, tras el alta hospitalaria. En los últimos años se han desarrollado herramientas específicas para la detección del delirio en la UCI, como el ICDSC (Intensive Care Delirium Screening Checklist) y el CAM-ICU (Confusion Assessment Method) (Anexo D), que son

aplicables incluso a los pacientes sometidos a ventilación mecánica. (Palencia-Herrejón, E. Romera, M. Silva, J. y de la SEMICYUC, G. D., 2008) Estas escalas permiten evaluar el estado de consciencia y delirio en el que se encuentran estos pacientes.

El cuidado de enfermería debe ir encaminado a evaluar y controlar los síntomas que pueden presentar los pacientes que se encuentran en la UCI, por eso se debe capacitar al personal de enfermería, sobre el diagnóstico, los factores que lo intervienen y los cuidados que se deben brindar para intervenirlos, y disminuir los síntomas que llevarían a aumentar la estancia hospitalaria, tanto por tiempo como por costos.

En un estudio cuantitativo, transversal, realizado en la UCI del Hospital Universitario de Neiva, utilizando el modelo de cuidado de Betty Neuman, encontraron que el Delirio puede ser modificado según la presencia o disminución de ciertos factores de riesgos, y que estos pueden repercutir en la recuperación de los pacientes (Gómez, Díaz, y Cortés, 2016).

La incidencia de delirium en los pacientes que están en la UCI, se presenta debido a factores internos que son propios del paciente, y externos como el ruido, la iluminación, la temperatura, entre otros. Estos factores afectan principalmente a los pacientes que se encuentran despiertos, no queriendo decir con esto que los pacientes que se encuentran intubados bajo sedación no los vayan a presentar, pero en mayor incidencia se encuentra en los pacientes que se les hace una liberación de la ventilación mecánica y de la sedoanalgesia, para una evaluación del nivel de consciencia.

Entre los factores internos se identifican los antecedentes personales, como las enfermedades neurodegenerativas, tales como Parkinson, Alzheimer, también la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, y el consumo de medicamentos, más los propios trastornos del sueño que pueden presentar los pacientes, previo a la llegada a la UCI, y pueden permitir la aparición del delirium, también la angustia, el dolor y desconocimiento del proceso (salud-enfermedad) por el cual están pasando, esto contribuye a que se desarrolle el delirium (Fitzgerald . 2013).

Por lo anteriormente descrito, es importante emplear medidas de prevención, tales como orientar al paciente, sobre tiempo, lugar y su propia persona, recordarles diariamente el día, decirles la hora, explicarle la situación en la que se encuentran y el lugar donde está, se debe tratar de hacer que estos lugares tan sombríos y desconocidos para la mayoría de los pacientes, se vuelvan de un ambiente más cálido, haciendo que los pacientes se sientan cómodos, en confianza y tranquilos, donde se les está brindando un cuidado integral, no solo de alta tecnología, sino también de alta calidad humana. Además, ser cordiales y educados, va a permitir un ambiente más familiar con el paciente, que lo hará sentir más cómodos y tranquilos, y de esta forma repercutir en una recuperación rápida, disminuyendo estancias y costos hospitalarios.

En cuanto a los factores externos que aumentan la presencia del Delirium en estos pacientes, está el ruido, la iluminación y la temperatura, los cuales se describirán a continuación:

El ruido, el cual es ocasionado no solo por los equipos médicos como bombas, máquinas, y demás, sino también por el personal asistencial, encargado de su cuidado, como es el caso de las charlas a elevado volumen, tanto en el día como en la noche, evitar que los pacientes concilien el sueño y que este sueño sea de menos calidad, donde van a dormir menos horas y descansar menos.

Existen estrategias que le da herramientas al personal asistencial, para permitir que los pacientes que se encuentran en las UCI, puedan conciliar el sueño, como el educar al personal sobre los niveles de ruido permitidos en las UCI, hacer campañas de silencio, uso de tapones para los oídos, disminuir el volumen de las máquinas y los equipos biomédicos, y así lograr que los pacientes concilien el sueño de forma adecuada y el tiempo correcto.

También, la iluminación es otro factor que estimula la aparición del delirium, ya que el mantener una luz continua, día y noche hace que los pacientes se desorienten en tiempo y espacio, debido a la luz constante, los pacientes desconocen la hora del día, además olvidan la fecha del mes o lugar donde se encuentran, haciendo que sea más vulnerable a la presencia de síntomas como las alucinaciones y un lenguaje incoherente, que al final conllevara a un delirium. El tener un reloj visible, el apagar las luces cuando está de noche, y solo dejar las necesarias para brindar un cuidado de enfermería, el ubicar al paciente en que día de la semana se encuentra o qué hora es, lograría disminuir los síntomas, y así permitir un sueño reparador y descanso al organismo para poder alcanzar una recuperación más rápida.

Las temperaturas bajas a su vez también influyen en la calidad del sueño, haciendo que el paciente duerma menos y si ayudando a la aparición del delirium. Por tanto, permitir un ambiente cómodo y menos frío, va a repercutir un sueño ameno y reparador.

Con la identificación de los factores internos como externos que contribuyen en la aparición del delirium, se puede hacer un plan de trabajo mediante el desarrollo de unas metas de cuidado que permitan modificarlos, y a su vez disminuir su aparición.

Siempre se debería realizar un diagnóstico diferencial con el delirium, pero es bastante difícil identificar cuál de los dos se presenta primero, si los trastornos del sueño o el delirium, pero lo más importante es prevenir la aparición de cualquiera de los dos, ya que estos traen consecuencias aún más graves que perpetua la enfermedad en el paciente críticamente enfermo hospitalizado.

La estancia en las Unidades de Cuidados Intensivos representa para el sistema de salud altos costos, porque esta compleja unidad está dotada de altos equipos tecnológicos, además los pacientes que allí están requieren de un personal bastante calificado y los tratamientos administrados por lo general, también representan altos costos, por tanto los pacientes que son ingresados, tienen un objetivo, alcanzar la recuperación y poder ser trasladados a servicios hospitalarios menos complejos.

Cuando un paciente hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos presenta alteraciones del sueño o delirium, se desata un sinnúmero de fenómenos fisiológicos que prolongan su estancia hospitalaria y no solo esto, sino que aumentan las tasas de mortalidad: la fragmentación o ausencia del sueño incrementa la actividad simpática lo que a su vez conduce a un aumento de la presión sanguínea (Tobar y Parada 2012, p. 26), lo que representa que el paciente se quede más días en la Unidad de Cuidados Intensivos, hasta lograr control de sus cifras tensionales, ya que requerirá de medicamentos vasodilatadores venosos que requieren monitoría.

La ausencia de sueño deprime la función quimiorreceptora, conllevando una disminución de la respuesta ventilatoria a la hipercapnia y a la hipoxia. Por otro lado, se ha planteado su contribución a la disfunción de la musculatura de la vía aérea superior (Tobar y Parada 2012, p. 26), lo cual preocupa, ya que dificulta la liberación de la ventilación mecánica con los pacientes intubados. Esto prolonga los días con

ventilación mecánica y aumentaría la necesidad de procedimientos, como la traqueostomía para lograr una liberación del ventilador mecánico más temprana.

La privación del sueño altera la respuesta inmune, un estudio realizado en 23 voluntarios sanos a quienes se les sometió a privación del sueño, muestra la reducción de al menos un 50% de la actividad de las células natural killer y una disminución cercana a un 50% de las células asesinas activadas por linfoquinas (LAK) (Irwin et al, 1994). La reducción de la inmunidad normal podría jugar un rol en el mayor riesgo a infecciones asociadas a la atención en salud, un tradicional problema de los pacientes críticos. En otro ámbito, la secreción de cortisol se prolonga anormalmente en pacientes críticos privados de sueño, haciéndolos más susceptibles a infecciones y alargando el proceso de recuperación, dado el rol que cumpliría la secreción aumentada de esta hormona en el bloqueo del proceso de inflamación, inhibición de la formación de tejido conectivo y de granulación, y suprimiendo la formación de anticuerpos (Tobar y Parada, 2012, p.26).

Por consiguiente, si logramos impactar favorablemente en la disminución de los trastornos del sueño de los pacientes hospitalizados en las unidades, esto repercutirá en la reducción de los días de estancia hospitalaria, una liberación ventilatoria más precoz, una mejor evolución general del paciente, disminución en las tasas de infecciones, en suma, disminución en los costos y pacientes y familias más satisfechos.

Realmente, el problema del paciente es todo aquello que conlleve alteraciones de su ciclo sueño-vigilia, de manera que el delirium y los trastornos del sueño son el problema, ambos generan en el paciente un sin número de cambios a nivel psicológico y fisiológico que aumentan los días de estancia en la unidad de cuidado intensivo y solo la estancia en UCI representa un factor de riesgo para presentar dichas alteraciones, pues, esto se convierte en un círculo vicioso, donde el mayor afectado y las peores consecuencias son para el paciente y para su grupo familiar.

Esto representa un llamado de atención para todos los que quieren brindar cuidados de enfermería basados en la humanización, ningún problema para el paciente es poco importante, todos requieren especial atención, porque ese que parece un problema insignificante se puede transformar en el mayor problema para la recuperación del paciente crítico.

8. PLAN DE ATENCION DE ENFERMERÍA PARA EL PACIENTE ADULTO EN ESTADO CRITICO DE SALUD CON ALTERACION EN EL PATRON DEL SUEÑO

El paciente crítico que requiere de muchas intervenciones y cuidados para lograr una estabilidad en su estado de salud, es compromiso del personal de salud (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería) realizar todas las acciones posibles para lograr en el paciente sentido de bienestar y confort.

Las Unidades de Cuidados Intensivos son lugares fríos, ya que deben mantener una temperatura controlada y así disminuir la aparición de infecciones, son lugares ruidosos ya que posee múltiples alarmas en sus monitores, ventiladores mecánicos, bombas de infusión y es un lugar bastante iluminado, de modo que es difícil percibir cuando es de día y cuando es de noche, todas estas condiciones son necesarias para la funcionalidad de estas complejas unidades, pero se ha identificado que estas condiciones pueden generar alteraciones en el patrón de sueño de los pacientes hospitalizados allí, además de estas condiciones externas hay condiciones propias del paciente que pueden llevar a que ellos no logren conciliar el sueño como el dolor, y antecedentes de dificultad para dormir que requiera uso de medicamentos.

Por esto, se han descrito algunas enfermeras en torno a esa dificultad para dormir, en las cuales, dentro de sus teorías y consideraron importante y definieron que para un completo bienestar hay que resolver las dificultades para dormir que tenga el paciente. Además, se identificó que si el paciente no puede dormir, esto perpetúa la enfermedad y aumenta los días de estancia en las unidades de cuidado crítico, por ello es importante crear un plan de cuidados que vaya dirigido especialmente a este paciente.

Virginia Henderson considera la necesidad de dormir y descansar dentro de su teoría de las 14 necesidades e indica que para las personas que padecen un proceso de enfermedad, la necesidad de descanso y sueño aumenta, pues la situación implica un gasto adicional de energía. Con la valoración, se pasa a describir la capacidad de la persona de cubrir esta necesidad, con el fin de intervenir eficazmente sobre un patrón ajustado, que permita a la persona una adecuada interrelación con su entorno, para indagar acerca de la satisfacción de dicha necesidad, debemos evaluar algunos datos relevantes (Bellido y Lendinez 2010).

Patrón de sueño / descanso habitual:

- Horas de sueño al día: nocturno, día, otros.
- Hora de inicio / fin de sueño y/o descanso
- Existencia de cansancio, somnolencia, etc., tras el sueño o el descanso ¿Desde cuándo?
- Factores que lo producen.
- Nivel de energía durante el día para las Actividades de la Vida Diaria.

Hábitos relacionados con el sueño / descanso:

- Lugar donde duerme / descansa: cama, sillón, otros.
- Existencia de ritual para dormir.
- Presencia de malos hábitos para dormir

Cambios en el patrón de sueño / descanso:

- Dificultades para conciliar o mantener el sueño.
- Existencia de alguna enfermedad que le impida conciliar el sueño.
- Problemas durante el descanso / relajación: interrupciones, estímulos ambientales nocivos. Causas.
- Cambios de horarios frecuentes.
- Presencia de ronquidos.
- Influencia de la falta de descanso en su actividad habitual.

Recursos para inducir/facilitar el sueño:

- Medidas naturales, fármacos, otros.

Instrumentos de ayuda a la valoración:

- Cuestionario de Oviedo del Sueño. Población general con trastornos depresivos.
Cuestionario del Impacto Funcional del Sueño. Adultos. (Anexo E)
- Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (PSQI). Población adulta y adolescente. (Anexo F).
- Índice de Gravedad del Insomnio (ISI). Población adulta. (Anexo G)

DX ENFERMERÍA	FACTORES RELACIONADOS	INTERVENCIONES	RESULTADOS
<p>00096 DEPRIVACIÓN DEL SUEÑO Definición: Periodos de tiempo prolongados, sin la suspensión periódica, naturalmente sostenida, de relativa inconsciencia</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Ansiedad. – Depresión. – Factores ambientales (ruido, exposición a la luz del día/oscuridad). – Temor. – Duelo. – Toma de estimulantes. 	<p>(5270) Apoyo emocional - (5820) Disminución de la ansiedad</p> <ul style="list-style-type: none"> - Favorecer el acompañamiento familiar. - favorecer medidas de confort - indagar acerca de los antecedentes personales - indagar acerca del uso de medicamento para conciliar el sueño 	<p>(2609) Apoyo familiar durante el tratamiento (1402) Autocontrol de la ansiedad (2002) Bienestar personal (1843) Conocimiento: manejo del dolor</p>
<p>00165 DISPOSICION PARA MEJORAR EL SUEÑO Definición: El patrón de suspensión natural y periódica de la conciencia que proporciona el reposo adecuado permite el</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Toma de alcohol. – Medicamentos. – Deterioro del patrón del sueño normal (viajes, cambios de trabajo, responsabilidades parentales, 	<ul style="list-style-type: none"> -brindar seguridad al paciente - ubicar constantemente al paciente (lugar, fecha, hora) <p>(6482) Manejo ambiental: confort</p> <ul style="list-style-type: none"> - control de factores ambientales: <ul style="list-style-type: none"> • Disminuir el nivel de luz en las noches 	<p>(1605) Control del dolor (0003) Descanso (2009) Estado de comodidad: entorno (2008) Estado de comodidad (2010) Estado de comodidad: física</p>

<p>estilo de vida deseado y puede ser reforzado.</p>	<p>interrupciones por intervenciones).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reloj visible para los pacientes • Control de la temperatura de los pacientes (cobijas. Cobijas térmicas, uso de calentadores en pacientes con hemodiafiltración venovenosa) 	<p>(1211) Nivel de ansiedad (1212) Nivel de estrés (1210) Nivel de miedo (2301) Respuesta a la medicación</p>
<p>00198 TRASTORNOS DEL PATRON DEL SUEÑO</p> <p>Definición: Interrupciones durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño debidas a factores externos.</p>	<p>– Malestar físico (temperatura, dolor, falta de aliento, reflujo gastroesofágico, náuseas).</p> <p>– Estrés.</p> <p>– Malestar físico prolongado.</p> <p>- Malestar psicológico prolongado.</p> <p>– Persistencia de una higiene del sueño inadecuada.</p> <p>– Cambio de las etapas de sueño relacionadas con la edad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Disminuir volúmenes de alarmas sin apagarlas • Disminuir volumen de voz del personal de salud • Uso de tapaojos • Uso de tapones de oídos <p>(2260) Manejo de la sedación - (1400) Manejo del dolor</p> <p>- titular sedación en pacientes que lo requieran</p> <p>- valoración de escala de RASS</p> <p>- valorar escala CAM ICU en pacientes con riesgo de desarrollar delirium</p>	<p>(1211) Nivel de ansiedad (1212) Nivel de estrés (1210) Nivel de miedo (2301) Respuesta a la medicación</p> <p>Satisfacción del paciente/usuario: entorno físico</p> <p>Satisfacción del paciente/usuario: manejo del dolor</p> <p>(0004) Sueño (0800) Termorregulación</p>
<p>00095 INSOMNIO</p> <p>Definición: Trastorno de la cantidad y calidad del</p>	<p>relacionadas con la edad.</p>	<p>- titular sedación en pacientes que lo requieran</p> <p>- valoración de escala de RASS</p> <p>- valorar escala CAM ICU en pacientes con riesgo de desarrollar delirium</p>	

<p>sueño que deteriora el funcionamiento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Asincronía circadiana mantenida. – Estimulación ambiental sostenida. – Actividad diurna inadecuada. 	<ul style="list-style-type: none"> -Valorar escala análoga del dolor -administrar analgésicos siguiendo correctos de administración de medicamentos - verificar alivio del dolor con la administración de analgesia - emplear terapias de calor – frio - realización de masajes - valorar características de heridas quirúrgicas <p>(1850) Mejorar el sueño</p> <ul style="list-style-type: none"> -programar medicamentos en horarios que favorezca el descanso del paciente -disminuir las intervenciones de enfermería en las noches como (curaciones, baño, administración de medicamentos no urgentes) -restringir el uso de medicamentos que alteren el sueño 	
---	---	---	--

		<ul style="list-style-type: none">- indagar por rituales del sueño-evitar interrupciones innecesarias del sueño- favorecer un ambiente tranquilo- administración de medicamentos inductores del sueño en quienes sea necesario.	
--	--	--	--

Tabla 1. Plan de cuidados de enfermería

9. CONSIDERACIONES ETICAS

El presente estudio monográfico se desarrolló de acuerdo con los principios establecidos en Resolución 008430 de octubre 4 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud y se salvaguardan los principios éticos de la profesión de Enfermería conforme a los siguientes criterios:

- Respeto a los derechos de autor y la propiedad intelectual, evitando material copiado de otros por lo cual se realiza citación e información bibliográfica de los artículos científicos revisados.
- Reconocimiento de la autoría y coautoría, todos los autores han contribuido sustancialmente en el artículo por lo cual sin omisión alguna se denota la contribución de cada uno de ellos.
- Originalidad, dado que la presente monografía no ha sido publicada previamente, se ha realizado con fines académicos y no se ha enviado simultáneamente para su evaluación con otros fines.
- Actualización del conocimiento científico disponible en bases de datos, en relación al tema.
- Apropiación social del conocimiento este permite el trabajo colaborativo y genera acuerdos entre los involucrados y participantes de la investigación.

10. CONCLUSIONES

- El sueño es un tema investigado por varias profesiones, pero se ha evidenciado, que siendo el personal de enfermería el principal actor del cuidado, es quien menos escribe e investiga sobre el tema, limitando así las posibles intervenciones que permitan a los pacientes un sueño reparador y completo en todas sus fases.
- El enfermero cumple un papel determinante en el desarrollo de intervenciones para la prevención de las alteraciones del sueño, ya que se encuentra en contacto directo con el paciente, lo que le posibilita reconocer los factores de riesgo, estos factores son altamente modificables y llevan al paciente a desarrollar trastornos del sueño y complicaciones asociadas a la privación del sueño.
- Es satisfactorio identificar instituciones que han empezado a trabajar en intervenir los factores ambientales, que alteran el sueño de los pacientes hospitalizados en las Unidades de Cuidado Intensivo, lo cual incentiva a seguir trabajando en ello dando a conocer las ventajas y los beneficios de un sueño de calidad.

11.RECOMENDACIONES

- Profundizar el estudio y cuidado del sueño desde los distintos programas de las Facultades de Enfermería, debido a que su connotación de “necesidad básica del ser humano”, la cual es desatendida frente a otras alteraciones del paciente críticamente enfermo.
- Incentivar a los profesionales de enfermería a investigar y publicar acerca de las alteraciones del patrón de sueño en los pacientes hospitalizados en las Unidades de Cuidados Intensivos, enfatizando en cuáles son las estrategias para minimizar la aparición de estas alteraciones.
- Implementar en las instituciones de salud planes de cuidados, dirigidos a mantener un sueño de calidad, lo cual repercute en calidad de vida y confort para el paciente y en costo efectividad para el sistema de salud.

Anexo A. Ficha bibliográfica

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	LOCALIZACIÓN DEL DOCUMENTO
Tema:	Subtemas
Palabras Claves:	
Resumen	
Ideas Principales	
Notas con Página	Comentarios sobre la nota
Mapa Conceptual	
Teorías en las que se apoya el estudio (Autores y Bibliografía)	
Metodología:	
Reflexiones Académicas y aportes al tema de Investigación: -	
Firma:	Fecha de Realización:

Anexo B. matriz bibliográfica

MATRIZ MONOGRAFIA - Excel

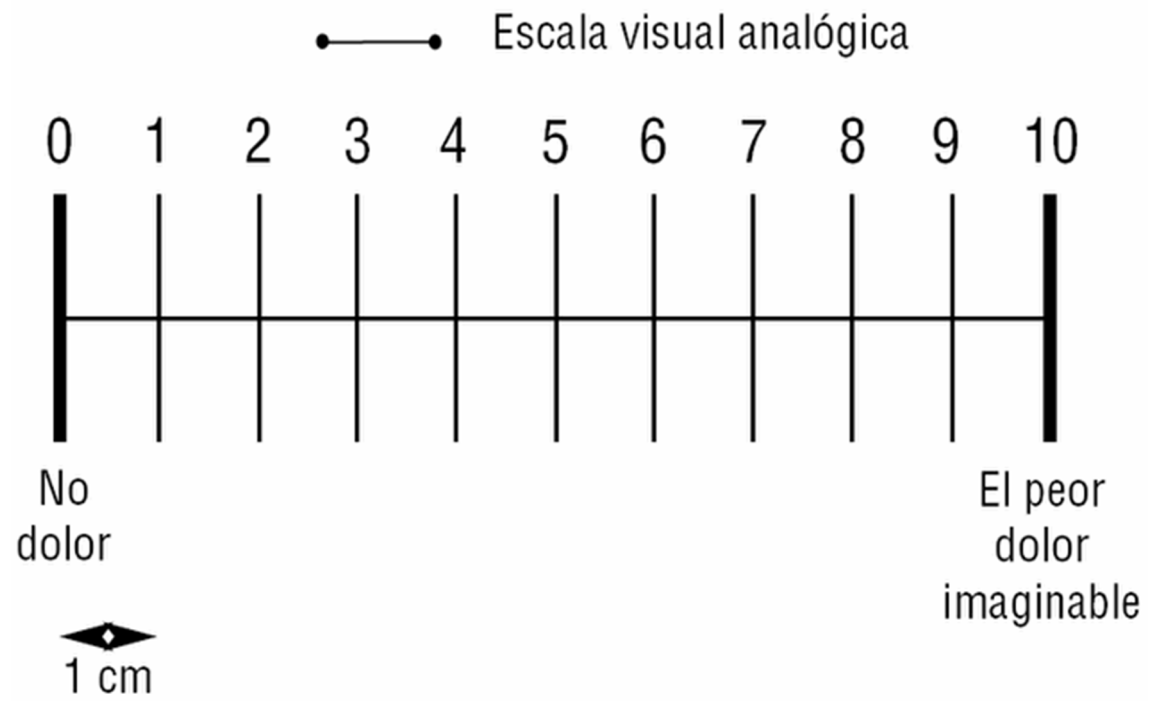
Inicio Insertar Diseño de página Fórmulas Datos Revisar Vista

Times New Roma 12

revista enfermeria intensiva

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
AUTORES	TITULO	AÑO	METODOLOGIA	RESUMEN	PALABRAS CLAVE	TEORIAS DE APoyo	REFLEXION	REVISTA, LIBRO, CAPITULO, TESIS	BASE DE DATOS	DIRECCION URL	IDIOMA	PAIS
Sanz, O.G.	Calidad de la vida de las personas que padecen un trastorno de ansiedad	2016	observación, descripción, caso de estudio	La finalidad de este estudio es analizar la percepción de los pacientes con un trastorno de ansiedad en relación con la calidad de vida. Se realizó una encuesta a 100 personas con un diagnóstico de ansiedad de tipo generalizado. Los resultados muestran que la calidad de vida de los pacientes con ansiedad es significativamente menor que la de las personas sin este trastorno. Se concluye que es necesario implementar programas de intervención que mejoren la calidad de vida de estas personas.	Trastorno de ansiedad, Calidad de vida, Encuesta	ninguna	El estudio de la calidad de vida de las personas con un trastorno de ansiedad es un tema de gran importancia. Este estudio muestra que la calidad de vida de estas personas es significativamente menor que la de las personas sin este trastorno. Se concluye que es necesario implementar programas de intervención que mejoren la calidad de vida de estas personas.	revista enfermeria intensiva	psicología y salud	http://www.revistaenfermeriaintensiva.com	español	España
Berza-Pardo, Luz, Ferrás-Rodríguez, Silvia, B. Milla, Elena, Miguel Ángel	Construcción del índice de la percepción de la calidad de vida de las personas con ansiedad	2019	Análisis de revisión	El objetivo de este estudio es construir un índice de la percepción de la calidad de vida de las personas con ansiedad. Se realizó una revisión de la literatura sobre este tema y se identificaron los factores que influyen en la calidad de vida de estas personas. Se concluye que es necesario implementar programas de intervención que mejoren la calidad de vida de estas personas.	Ansiedad, Calidad de vida, Índice de percepción	Tarrazo Pineda. La percepción de la calidad de vida de las personas con un trastorno de ansiedad. Tesis de doctorado, Universidad de Granada, 2019.	Este documento permite identificar la importancia de evaluar la calidad de vida de las personas con un trastorno de ansiedad. Se concluye que es necesario implementar programas de intervención que mejoren la calidad de vida de estas personas.	Revista de enfermería	psicología	http://www.revistaenfermeriaintensiva.com	español	España
Adary, Solalita D., Rivas, A., Borja, M.	El índice de la percepción de la calidad de vida de las personas con ansiedad	2016	Análisis de revisión	El objetivo de este estudio es analizar la percepción de la calidad de vida de las personas con ansiedad. Se realizó una revisión de la literatura sobre este tema y se identificaron los factores que influyen en la calidad de vida de estas personas. Se concluye que es necesario implementar programas de intervención que mejoren la calidad de vida de estas personas.	ansiedad, percepción, calidad de vida	Adary D, Borja M. Estudio de la percepción de la calidad de vida de las personas con un trastorno de ansiedad. Tesis de doctorado, Universidad de Granada, 2016.	El estudio de la percepción de la calidad de vida de las personas con un trastorno de ansiedad es un tema de gran importancia. Este estudio muestra que la calidad de vida de estas personas es significativamente menor que la de las personas sin este trastorno. Se concluye que es necesario implementar programas de intervención que mejoren la calidad de vida de estas personas.	Revista de enfermería	psicología	http://www.revistaenfermeriaintensiva.com	español	Colombia
Molina, Carolina R., Ferrás-Rodríguez, Silvia, B. Milla, Elena, Miguel Ángel	Las características de la percepción de la calidad de vida de las personas con ansiedad	2019	Análisis de revisión	El objetivo de este estudio es analizar las características de la percepción de la calidad de vida de las personas con ansiedad. Se realizó una revisión de la literatura sobre este tema y se identificaron los factores que influyen en la calidad de vida de estas personas. Se concluye que es necesario implementar programas de intervención que mejoren la calidad de vida de estas personas.	Calidad de vida, ansiedad, características	Fernández Fortea, C, Garrido Abizajón, M, Santa-Teresa, P, Sureda Pardo, M. Estudio de la percepción de la calidad de vida de las personas con un trastorno de ansiedad. Tesis de doctorado, Universidad de Granada, 2019.	Este documento permite identificar la importancia de evaluar la calidad de vida de las personas con un trastorno de ansiedad. Se concluye que es necesario implementar programas de intervención que mejoren la calidad de vida de estas personas.	revista enfermeria intensiva	psicología	http://www.revistaenfermeriaintensiva.com	español	Andalucía, España
Blanco, S.	La percepción de la calidad de vida de las personas con ansiedad	2016	Análisis de revisión	El objetivo de este estudio es analizar la percepción de la calidad de vida de las personas con ansiedad. Se realizó una revisión de la literatura sobre este tema y se identificaron los factores que influyen en la calidad de vida de estas personas. Se concluye que es necesario implementar programas de intervención que mejoren la calidad de vida de estas personas.	Calidad de vida, ansiedad, percepción	Blanco S. Estudio de la percepción de la calidad de vida de las personas con un trastorno de ansiedad. Tesis de doctorado, Universidad de Granada, 2016.	Este documento permite identificar la importancia de evaluar la calidad de vida de las personas con un trastorno de ansiedad. Se concluye que es necesario implementar programas de intervención que mejoren la calidad de vida de estas personas.	revista enfermeria intensiva	psicología	http://www.revistaenfermeriaintensiva.com	español	España

Anexo C. escala visual análoga del dolor



Anexo D. Escala CAM-ICU

1. Comienzo agudo o curso fluctuante

¿Hay evidencia de un cambio agudo en su estado mental con respecto a la situación basal? o ¿Ha cambiado la conducta del enfermo en las últimas 24 horas? (cambio en la puntuación RASS o en la puntuación de Glasgow)

2. Disminución de la atención

¿Presenta el paciente dificultad para dirigir la atención? ¿Presenta el paciente dificultad para mantener y desviar la atención? 3. Alteraciones cognitivas ¿Es el pensamiento del paciente desorganizado e incoherente? ¿Contesta a preguntas y obedece órdenes durante la entrevista?

3. Alteración de conciencia

¿Está el paciente alerta e hipervigilante? (RASS > 0) ¿Está el paciente somnoliento o estuporoso? (RASS entre -1 y -3; grados menores de reactividad se consideran coma)

CAM-ICU: 1 + 2 + (3 ó 4)

ANEXO E. Cuestionario Oviedo del sueño

Cuestionario del sueño de Oviedo	
Nombre	
Fecha	

Durante el último mes 1 ¿Cómo de satisfecha/o ha estado con su sueño?

1	Muy satisfecha
2	Bastante satisfecha
3	Insatisfecha
4	Término medio
5	Satisfecha
6	Bastante satisfecha
7	Muy satisfecha

2 ¿Cuántos días a la semana ha tenido dificultad para.....

	Ninguno	1-2 días	3días	4-5 días	6-7 días
Conciliar el sueño	1	2	3	4	5
Permanecer dormido	1	2	3	4	5
Lograr un sueño no reparador	1	2	3	4	5
Despertar a la hora habitual	1	2	3	4	5
Excesiva somnolencia	1	2	3	4	5

3. ¿Cuánto tiempo ha tardado en dormirse, una vez que lo intentaba?

1	0-15 minutos
2	16-30 minutos
3	31-45 minutos
4	46-60 minutos

5	más de 60 minutos
---	-------------------

4. ¿Cuántas veces se ha despertado por la noche?

1	Ninguna vez
2	1 vez
3	2 veces
4	3 veces
5	más de 3 veces

Si normalmente se despertó Vd. piensa que se debe a:

- a) Dolor
- b) Necesidad de orinar
- c) Ruido
- d) Otros – Especificar:

5. ¿Ha notado que se despertaba antes de lo habitual? En caso afirmativo ¿Cuánto tiempo antes?

1	Se ha despertado como siempre
2	Media hora antes
3	1 hora antes
4	Entre 1 y 2 horas antes
5	Más de 2 horas antes

6. Eficiencia del sueño (horas dormidas/horas en cama) Por término medio, ¿cuántas horas ha dormido cada noche? _____

¿Cuántas horas ha permanecido habitualmente en la cama? _____

1	91-100%
2	81-90%
3	71-80%
4	61-70%

5	60% o menos
---	-------------

7. Cuántos días a la semana ha estado preocupado/a o ha notado cansancio o disminución en su funcionamiento sociolaboral por no haber dormido bien la noche anterior?

1	Ningún día
2	1-2 días/semana
3	3 días/semana
4	4-5 días/semana
5	6-7 día/semana

8. ¿Cuántos días a la semana se ha sentido demasiado somnoliento, llegando a dormirse durante el día o durmiendo más de lo habitual por la noche?

1	Ningún día
2	1-2 días/semana
3	3 días/semana
4	4-5 días/semana
5	6-7 día/semana

9. Si se ha sentido con demasiado sueño durante el día o ha tenido períodos de sueño diurno ¿Cuántos días a la semana ha estado preocupado o ha notado disminución en su funcionamiento socio-laboral por ese motivo?

1	Ningún día
2	1-2 días/semana
3	3 días/semana
4	4-5 días/semana
5	6-7 día/semana

10. ¿Cuántos días a la semana ha tenido (o le han dicho que ha tenido)?

	Ninguno	1-2 días	3días	4-5 días	6-7 días
Ronquidos	1	2	3	4	5
Ronquidos con ahogo	1	2	3	4	5
Movimientos de las piernas	1	2	3	4	5
Pesadillas	1	2	3	4	5
Otros	1	2	3	4	5

11. ¿Cuántos días a la semana ha tomado fármacos o utilizado cualquier otro remedio (infusiones, aparatos, etc.), prescrito o no, para ayudarse a dormir?

1	Ningún día
2	1-2 días/semana
3	3 días/semana
4	4-5 días/semana
5	6-7 día/semana

Si ha utilizado alguna ayuda para dormir (pastillas, hierbas, aparatos, etc), describir

Anexo F. Índice de calidad del sueño de Pittsburgh

PSQI^{206,207}: Pittsburgh Sleep Quality Index. Índice de Calidad del sueño de Pittsburgh

INSTRUCCIONES: Las siguientes cuestiones hacen referencia a tus **hábitos de sueño sólo durante el último mes**. Tus respuestas deben **reflejar fielmente lo ocurrido la mayoría de días y noches del último mes**. Por favor contesta a todas las preguntas.

1. Durante el último mes, ¿a qué hora solías acostarte por la noche?

HORA HABITUAL DE ACOSTARSE: _____

2. Durante el último mes, ¿cuánto tiempo (en minutos) te ha costado quedarte dormido después de acostarte por las noches?

NUMERO DE MINUTOS PARA CONCILIAR EL SUEÑO: _____

3. Durante el último mes, ¿a qué hora te has levantado habitualmente por la mañana?

HORA HABITUAL DE LEVANTARSE: _____

4. Durante el último mes, ¿cuántas horas de sueño real has mantenido por las noches? (puede ser diferente del número de horas que estuviste acostado)

HORAS DE SUEÑO POR NOCHE: _____

Para cada una de las cuestiones siguientes, selecciona la respuesta más adecuada a tu situación. Por favor contesta todas las preguntas de detrás de la página.

5. Durante el último mes, ¿con qué frecuencia has tenido un sueño alterado a consecuencia de...?

(a) no poder conciliar el sueño después de 30 minutos de intentarlo:

No me ha ocurrido durante el último mes Menos de una vez a la semana Una o dos veces a la semana Tres o más veces a la semana

(b) despertarse en mitad de la noche o de madrugada:

No me ha ocurrido durante el último mes Menos de una vez a la semana Una o dos veces a la semana Tres o más veces a la semana

(c) tener que ir al baño:

No me ha ocurrido durante el último mes Menos de una vez a la semana Una o dos veces a la semana Tres o más veces a la semana

(d) no poder respirar adecuadamente:

No me ha ocurrido durante el último mes Menos de una vez a la semana Una o dos veces a la semana Tres o más veces a la semana

(e) tos o ronquidos:

No me ha ocurrido durante el último mes Menos de una vez a la semana Una o dos veces a la semana Tres o más veces a la semana

(f) sensación de frío:

No me ha ocurrido durante el último mes Menos de una vez a la semana Una o dos veces a la semana Tres o más veces a la semana

(g) sensación de calor:

No me ha ocurrido durante el último mes Menos de una vez a la semana Una o dos veces a la semana Tres o más veces a la semana

(h) pesadillas

No me ha ocurrido durante el último mes Menos de una vez a la semana Una o dos veces a la semana Tres o más veces a la semana

(i) sentir dolor

- No me ha ocurrido durante el último mes Menos de una vez a la semana Una o dos veces a la semana Tres o más veces a la semana

(j) otra causa(s), describir: _____

¿Con qué frecuencia ha tenido un sueño alterado a consecuencia de este problema?

- No me ha ocurrido durante el último mes Menos de una vez a la semana Una o dos veces a la semana Tres o más veces a la semana

6. Durante el último mes, ¿cómo calificarías, en general, la calidad de tu sueño?

- Muy buena
 Bastante buena
 Bastante mala
 Muy mala

7. Durante el último mes, ¿con qué frecuencia tuviste que tomar medicinas (prescritas o automedicadas) para poder dormir?

- No me ha ocurrido durante el último mes Menos de una vez a la semana Una o dos veces a la semana Tres o más veces a la semana

8. Durante el último mes, ¿con qué frecuencia tuviste dificultad para mantenerte despierto mientras conducías, comías o desarrollabas alguna actividad social?

- No me ha ocurrido durante el último mes Menos de una vez a la semana Una o dos veces a la semana Tres o más veces a la semana

9. Durante el último mes, ¿cómo de problemático ha resultado para ti el mantener el entusiasmo por hacer las cosas?

- No ha resultado problemático en absoluto
 Sólo ligeramente problemático
 Moderadamente problemático
 Muy problemático

10. ¿Tienes pareja o compañero/a de habitación?

- No tengo pareja ni compañero/a de habitación
 Si tengo pero duerme en otra habitación
 Si tengo, pero duerme en la misma habitación y distinta cama
 Si tengo y duerme en la misma cama

Si tienes pareja o compañero/a de habitación con el que duermes, con qué frecuencia, durante el último mes, te ha dicho que has tenido...

(a) ronquido fuertes

- No me ha ocurrido durante el último mes Menos de una vez a la semana Una o dos veces a la semana Tres o más veces a la semana

(b) largas pausas entre las respiraciones mientras dormía

- No me ha ocurrido durante el último mes Menos de una vez a la semana Una o dos veces a la semana Tres o más veces a la semana

(c) temblor o sacudidas de las piernas mientras dormía

- No me ha ocurrido durante el último mes Menos de una vez a la semana Una o dos veces a la semana Tres o más veces a la semana

(d) episodios de desorientación o confusión durante el sueño

- No me ha ocurrido durante el último mes Menos de una vez a la semana Una o dos veces a la semana Tres o más veces a la semana

(e) otro tipo de trastorno mientras dormía, por favor descríbelo: _____

- No me ha ocurrido durante el último mes Menos de una vez a la semana Una o dos veces a la semana Tres o más veces a la semana

Interpretación: Las 4 primeras preguntas se contestan de forma concreta. Las restantes se contestan mediante una escala con 4 grados. Al ser corregido sólo se valoran las 18 primeras preguntas, que son las que debe contestar el propio sujeto (las 5 últimas las debería contestar el compañero de cama). De la puntuación se obtienen 7 puntuaciones que nos informan de otros tantos componentes de la calidad de sueño: calidad subjetiva, latencia de sueño, duración de sueño, "eficiencia de sueño", perturbaciones de sueño (frecuencia de alteraciones como tos, ronquidos, calor, frío...), uso de medicación hipnótica, disfunción diurna (facilidad para dormirse realizando alguna actividad como cansancio). Cada componente recibe una puntuación discreta que puede ir de 0 a 3. Una puntuación 0 indica que no existen problemas a ese respecto, mientras que si es de 3 señala graves problemas a ese nivel. La suma de las puntuaciones obtenidas en cada uno de los componentes parciales genera una puntuación total (PT), que puede ir de 0-21. Según Buysse y cols, una PT de 5 sería el punto de corte que separaría a los sujetos que tienen buena calidad de sueño de aquellos que la tienen mala: una puntuación igual o inferior a 5 señalaría a los buenos dormidores.

Anexo G. Índice de gravedad del insomnio

ISI⁸¹: Insomnia Severity Index. Índice de Gravedad del insomnio

1. Indica la gravedad de tu actual problema(s) de sueño:					
	Nada	Leve	Moderado	Grave	Muy grave
Dificultad para quedarse dormido/a:	0	1	2	3	4
Dificultad para permanecer dormido/a:	0	1	2	3	4
Despertarse muy temprano:	0	1	2	3	4
2. ¿Cómo estás de satisfecho/a en la actualidad con tu sueño?					
Muy satisfecho		Moderadamente satisfecho			Muy insatisfecho
0	1	2	3	4	
3. ¿En qué medida consideras que tu problema de sueño interfiere con tu funcionamiento diario (Ej.: fatiga durante el día, capacidad para las tareas cotidianas/trabajo, concentración, memoria, estado de ánimo etc.)?					
Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo	
0	1	2	3	4	
4. ¿En qué medida crees que los demás se dan cuenta de tu problema de sueño por lo que afecta a tu calidad de vida?					
Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo	
0	1	2	3	4	
5. ¿Cómo estás de preocupado/a por tu actual problema de sueño?					
Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo	
0	1	2	3	4	

Corrección:

Sumar la puntuación de todos los ítems:

$$(1a + 1b + 1c + 2 + 3 + 4 + 5) = \underline{\quad}$$

El intervalo de la puntuación total es 0-28.

Interpretación:

La puntuación total se valora como sigue:

0-7 = ausencia de insomnio clínico

8-14 = insomnio subclínico

15-21 = insomnio clínico (moderado)

22-28 = insomnio clínico (grave)

Bibliografía

1. Aragón Albillos, P. Capella Trigo, L. Fernández González, E. González Cuadrillero, B. y De Juana Morrondo, S. (2001). Influencia de los factores ambientales en las alteraciones del sueño de los pacientes de una unidad coronaria. *Enferm Cardiol*, 18(53), 40-44. recuperado de: https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/53_05.pdf
2. Baena, M. C. P. El silencio en la UCI. ¿Una utopía?. (2006). *Evidentia* jul-ago; 3(10). Recuperado de: <http://www.index-f.com/evidentia/n10/241articulo.php>
3. Basco Prado, L. Fariñas Rodríguez, S. y Hidalgo Blanco, M.A. (2010). Características del sueño de los pacientes en una unidad de cuidados intensivos. *Revista Cubana de Enfermería*, 26(2) Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000200006&lng=es&tlng=pt.
4. Bihari, S. McEvoy, RD. Kim, S. Woodman, RJ. y Bersten, AD. (2012). Factors affecting sleep quality of patients in intensive care unit. *J Clin Sleep*;8(3):301-307 recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3365089/>
5. Cabello B , Parthasarathy S y Mancebo J. (2007). Mechanical ventilation: let us minimize sleep disturbances. *Curr Opin Crit Care.*, 13, 20-26. Recuperado de: <http://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2158/sp-3.28.0a/ovidweb.cgi?WebLinkFrameset=1&S=>
6. Campino, C. Valenzuela, F. Arteaga, E. Torres-Farfán, C. Trucco, C. Velasco, A... Serón-Ferré, M. (2008). La melatonina reduce la respuesta de cortisol al ACTH en humanos. *Revista médica de Chile*, 136(11), 1390-1397 recuperado de <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/128129>
7. Çelik, S. Öztekin, D. Akyolcu, N. y İşsever, H. (2005), Sleep disturbance: the patient care activities applied at the night shift in the intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 14: 102–106. recuperado de: <https://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2054/pubmed/15656854>

8. Chuquimia, L. y Vargas, T. (2018). Trastornos Del Sueño. 35, 1819- 1823
Recuperado de:
http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-37682013000800007&lng=es.
9. Echávarri, C. Y Erro, M.E. (2007). Trastornos del sueño en el anciano y en las demencias. Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 30(1),155-161.
Recuperado de
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000200014&lng=es&tlng=pt
10. Escudero, D; Viña, L; Calleja, C. (2014). Por una UCI de puertas abiertas, más confortable y humana. Es tiempo de cambio. Medicina intensiva, 38 (6),371-375.
<https://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2077/#!/content/journal/1-s2.0-S0210569114000370>
11. Ferre, A. Ribó, M. Rodríguez-Luna, D. Romero, O. Sampol, G. Molina, C.A. y Álvarez-Sabin.(2013) Los ictus y su relación con el sueño y los trastornos del sueño, Neurología, 28(2), 103-118, recuperado de:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213485310002598>
12. Fitzgerald, J. Dimitrios, A. Trzepacz, P, O regan, N. Timmons, S. y Dunne, C (2013). Delirium: A disturbance of circadian integrity? Medical Hypotheses, 81, 568-576. 31-01-2018,
https://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2077/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S0306987713003265.pdf?locale=es_ES
13. Gras, C. B. Hidalgo, J. L. García, Y. D. Lapeira, J. T. Ferrer, A. V. y Martínez, I. P. (2009). Trastornos del sueño y condiciones ambientales en mayores de 65 años. Atención primaria, 41(10), 564-569.) recuperado de:
<http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-trastornos-del-sueno-condiciones-ambientales-S0212656709001875>
14. Gomez A.C.(2013). Calidad del sueño de los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos. enfermería intensiva; 24 (1). Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo->

calidad-del-sueno-los-pacientes-
S1130239912000909#elsevierItemBibliografias.

15. Gómez, L. Díaz, L. y Cortés, F. (2016). Cuidados de enfermería basados en evidencia y modelo de Betty Neuman, para controlar estresores del entorno que pueden ocasionar delirium en unidad de cuidados intensivos. *Enfermería Global*, 15(41), 49-63. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000100004&lng=es&tlng=es
16. Gómez-Carretero, P. Monsalve, V. Soriano, JF. y de Andrés, J. (2007). Emotional disorders and psychological needs of patients in an Intensive Care Unit. *Medicina Intensiva*, 31(6), 318-325. de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912007000600006&lng=es&tlng=en.
17. Hoyos, M. Garrido, A. y Olazarán, J. Síntomas psicológicos y conductuales en el paciente con demencia: intervenciones no farmacológicas. *Fisterra*. Publicado March 4, 2016. https://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2077/#!/content/guides_techniques/52-s2.0-mt fis_2777
18. Iriarte, J., Urrestarazu, E., Alegre, M., Viteri, C., y Artieda, J. (2017). Parasomnias: episodios anormales durante el sueño. *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra*. 34-38. Recuperado de <https://www.unav.edu/publicaciones/revistas/index.php/revista-de-medicina/article/view/7501>
19. JaiDhooria, S. Sehgal, I. S. Agrawal, A. K. Agarwal, R. Aggarwal, A. N. y Behera, D. (2016). Sleep after critical illness: Study of survivors of acute respiratory distress syndrome and systematic review of literature. *Indian Journal of Critical Care Medicine : Peer-Reviewed, Official Publication of Indian Society of Critical Care Medicine*, 20(6), 323–331. Recuperado de: <http://doi.org/10.4103/0972-5229.183908>
20. Jaiswal, S. J., Malhotra, A., y Owens, R. L. (2016). Sleep and critical illness: bridging the two pillars at the ATS 2016. *Journal of Thoracic*

- Disease, 8(Suppl 7), 536–538. Recuperado de: <http://doi.org/10.21037/jtd.2016.07.41>
21. Kiekkas, P. Theodorakopoulou, G. Spyrtos, F y Baltopoulos, I. (2010). Psychological distress and delusional memories after critical care: a literature review. *International Nursing Review*, 57, 288-296. Recuperado de: <http://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2085/doi/10.1111/j.1466-7657.2010.00809.x/epdf>
22. Knauert, M. Haspel, J. y Pisani, M. (2015). Sleep Loss and Circadian Rhythm Disruption in the Intensive Care Unit. *Clinics in Chest Medicine*, 36, 419-429 recuperado de: https://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2077/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S0272523115000696.pdf?locale=es_ES
23. Medina, A. Fera, L. Y Oscoz, G. (2009). Los conocimientos sobre el sueño y los cuidados enfermeros para un buen descanso. *Enfermería Global*, (17) Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000300005&lng=es&tlng=es.
24. Mesa, P. Previgliano, I. Altez, S. Favretto, S. Orellano, M. Lecor, C. Soca, A. y Ely, E. (2017). Delirium em uma unidade de terapia intensiva latino-americana. Estudo prospectivo em coorte em pacientes em ventilação mecânica. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 29(3), 337-345 recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2017000300337&lang=pt
25. Miranda, C. M. y Kuljiš, A. R. (2013). Trastornos del sueño en las enfermedades neurodegenerativas. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 24(3), 452-462. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864013701810>
26. Miró, E. Iáñez, M. y Cano-Lozano, M. (2002). Patrones de sueño y salud. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, mayo, 301-326 recuperado de <http://www.redalyc.org/html/337/33720206/>

27. Molina Montoya, N. (2005). ¿Qué es el estado del arte?. *Ciencia & Tecnología para la Salud Visual y Ocular*, 0(5), 73-75. doi:<http://dx.doi.org/10.19052/sv.1666>
28. Navarro-García , N. Alegre, C. Martínez-Oroz , A. Irigoyen-Aristorena ,M. Elizondo-Sotro , A. Indurain-Fernández ,S... García-Ganuza, R. (2017) *Enfermería intensiva*, 28(3), 114-124, Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC) recuperado de: <https://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2077/#!/content/journal/1-s2.0-S113023991630075X>
29. Noreña, A., Alcaraz-Moreno, N., Rojas, J., & Rebolledo-Malpica, D. (2012). Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *Aquichan*, 12(3), 263-274.
30. Palacios, E. Reyes, M. A. Vega, N. y Mejía, D. (2015). Síndrome de apnea hipoapnea obstructiva del sueño en paciente con accidente cerebrovascular isquémico. *Repert. med. cir*, 24(1), 35-40. recuperado de : <http://www.fucsalud.edu.co/sites/default/files/2017-01/sindrome.pdf>
31. Palacios-Espinosa, X., Pulido-Rozo, J. y Ramos-Zamudio, D. (2017). Intervención interdisciplinaria del paciente con dolor en Unidades de Cuidado Intensivo (UCI): Revisión de tema. *REVISTA SALUD UIS*, 49(2), 380-390. Recuperado de: <http://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/6367/659>
32. Palencia-Herrejón, E. Romera, M. Silva, J. y grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC (2008). Delirio en el paciente crítico. *Medicina Intensiva*, 32(1), 77-91. Recuperado de: <http://www.medintensiva.org/es/delirio-el-paciente-critico/articulo/13116129/>
33. Pérez Bravo, A. (2004). Utilidad del topiramato en el tratamiento del síndrome de piernas inquietas. *Actas Esp Psiquiatr*, 132-137. recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=892591>
34. Plotnikow, g. y Ezcurra, p. (2013). ventilación mecánica y sueño: ¿modos espontáneos o modos controlados? 23° Congreso Argentino de Terapia

Intensiva. Recuperado de: <http://ckpc-cnc.sati.org.ar/files/SyllabusVMysuenoCKI2013.pdf>

35. Prado, L. B., y Rodríguez, S. F. (2010). Características del sueño de los pacientes en una unidad de cuidados intensivos. Revista Cubana de. Retrieved from http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192010000200006&script=sci_arttext&tlng=pt
36. Prieto-Rincón, D. Echeto-Inciarte, S. Faneite-Hernández, P. Inciarte-Mundo, J. Rincón-Prieto, C. y Bonilla, E. (2006). Calidad del sueño en pacientes psiquiátricos hospitalizados. Investigación Clínica, 47(1), 5-16. Recuperado de: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0535-51332006000100002&lng=es&tlng=es.](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0535-51332006000100002&lng=es&tlng=es)
37. Roberta K. (2017). Sleep Disturbances and Critical Illness. Critical Care Nursing Clinics of North America, 28, 169-182 recuperado de. <http://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2060/science/article/pii/S0899588516300053>
38. Roberts, B y Chaboyer, W. (2004). patients' dreams and unreal experiences following intensive care unit admission. nursing critical care, 9, 173-180 recuperado de: <http://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2085/doi/10.1111/j.1362-1017.2004.00066.x/full>
39. Romeroa, J. Cabré-Rourea, M. Monteis-Cahisa, R. Palomera-Fanegas, E. y Serra-Prat, M. (2014). Prevalencia de trastornos del sueño y factores asociados en pacientes hospitalizados. enfermería clínica, 24, 276-282. Recuperado de <https://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2077/#!/content/journal/1-s2.0-S1130862114000874>
40. Salas, R y Gamaldo, C (2008). Adverse Effects of Sleep Deprivation in the ICU Critical Care Clinics; 2008; 461-475; recuperado de: https://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2077/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S0749070408000079.pdf?locale=es_ES

41. Saldaña, A. Reyes, D Y Berrío, M. (2013). El ruido y las actividades de enfermería: factores perturbadores del sueño. Investigación En Enfermería: Imagen Y Desarrollo, 15(1), 51-63. Recuperado de <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/6025>
42. Saldaña, D., y Achury, L. (2011). Sueño en el Paciente Crítico: una Necesidad Insatisfecha en la Unidad de Cuidado Intensivo. Investigación En Enfermería: Imagen Y Desarrollo, 12(1), 25-42. Recuperado de <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/1623>
43. Saldaña, A. Rodríguez Colmenares, D. y Beltran, A. (2014). EL SUEÑO EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO EN UNA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO. Investigación En Enfermería: Imagen Y Desarrollo, 16(1), 49-59. Recuperado de: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/6857>
44. Salvador, J., Iriarte, J., Silva, C., Gomez-Ambrosi, J., Diez-Caballero, A., y Frühbeck, G. (2004). El síndrome de apneas obstructivas del sueño en la obesidad: un conspirador en la sombra. Recuperado de: <https://www.unav.edu/publicaciones/revistas/index.php/revista-de-medicina/article/view/7458>
45. Sánchez-Vallejo, A. Fernández, D. Pérez-Gutiérrez, A. y Fernández-Fernández, M. (2016). Análisis de las necesidades de la familia del paciente crítico y la opinión de los profesionales de la unidad de cuidados intensivos. Medicina Intensiva, 40(9), 527-540. Recuperado de: <http://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2085/doi/10.1111/jsr.12607/epdf>
46. Santín, M. (2013). Sueño y epilepsia. Revista Médica Clínica Las Condes, 24(3), 480-485, recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864013701846>
47. Sanz, C. G. (2013). Calidad del sueño de los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos. Enfermería intensiva, 24(1), 3-11.

Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-calidad-del-sueno-los-pacientes-S1130239912000909#elsevierItemBibliografias>

48. Schwab, R. Patel, N. y Sareli, A. (2014). Sleep Disturbances in the Intensive Care Unit. En Intensive Care Unit Manual (434 - 440). Recuperado de: <https://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2077/#!/content/book/3-s2.0-B978141602455200044X>
49. Seguel, L. M. (2013). Trastornos del sueño en trastornos del ánimo y de la conducta alimentaria. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 24(3), 487-493 recuperado de: <https://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2077/#!/content/journal/1-s2.0-S0716864013701858>.
50. Stewart, J. Green, C. Stewart, J. y Tiruvoipati, R. (2017). Factors influencing quality of sleep among non-mechanically ventilated patients in the Intensive Care Unit. *Australian Critical Care*, 30, 85-90 recuperado de [.http://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2060/science/article/pii/S103673141600031X](http://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2060/science/article/pii/S103673141600031X)
51. Swal, S. J. Malhotra, A. y Owens, R. L. (2016). Sleep and critical illness: bridging the two pillars at the ATS 2016. *Journal of Thoracic Disease*, 8(Suppl 7), S536–S538. Recuperado de: <http://doi.org/10.21037/jtd.2016.07.41>
52. Talero, C. Durán, F y Pérez, I. (2013). Sueño: características generales: Patrones fisiológicos y fisiopatológicos en la adolescencia. *Revista Ciencias de la Salud*, 11(3), 333-348. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-72732013000300008&lng=en&tlng=es.
53. Tineo, T. Montero, A. Trujillo M.J. Rodríguez, P. Gómez, M. Valdivieso, H. y Santos, M. (2011). ¿Por qué se altera la necesidad de descanso-sueño en los pacientes ingresados en cuidados críticos? *Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica*, 0, 39 - 45. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-cientifica->

sociedad-espanola-enfermeria-319-articulo-por-que-se-altera-necesidad-X201352461136212X

54. Tobar, E. y Parada, R. (2012) Trastornos del sueño en los pacientes críticos, Revista Hospital Clínico Universidad de Chile, recuperado de : https://www.redclinica.cl/Portals/0/Users/014/14/14/Publicaciones/Revista/trastorno_sueno_paciente_critico.pdf
55. Valencia, M. M. A., & Mora, C. V. G. (2011). El rigor científico en la investigación cualitativa. Invest Educ Enferm, 29(3), 500-14.
56. Velayos, J. L. Molerés, F. J. Irujo, A. M. Yllanes, D. y Paternain, B. (2007). Bases anatómicas del sueño. Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 30(Supl. 1), 7-17. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000200002&lng=es&tlng=es
- Watson, P.. (2011). Sleep in the ICU: where dreams go to die. MINERVA MEDICA, 568-570 recuperado de : <https://www.minervamedica.it/en/freedownload.php?cod=R02Y2011N06A0568>
57. Weinhouse, G. Watson, P.L. (2009). Sedation and Sleep Disturbances in the ICU. Critical Care Clinics, 25, 539-549. Recuperado de: https://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2077/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S0749070409000372.pdf? locale=es_ES
58. Zamarrón, C. González, J., Salgueiro, M. y Rodríguez, J.R. (2001). Síndrome de apnea del sueño y enfermedades cardiovasculares. Anales de Medicina Interna, 18(5), 54-59. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992001000500011&lng=es&tlng=es