

ULL

Universidad
de La Laguna



Comparación de la percepción de calidad de sueño
entre pacientes y personal de enfermería en la
Unidad de Vigilancia Intensiva del Complejo
Hospitalario Universitario de Canarias

Autor: Didier Brito Sánchez

Tutora: María Lourdes Fernández López

Grado de Enfermería

Facultad de Ciencias de la Salud: Sección Medicina, Enfermería y Fisioterapia

Sede de Tenerife. Universidad de La Laguna

2016

Resumen

Una de las necesidades diarias del ser humano es el sueño. El sueño permite el descanso de cuerpo y mente; sin embargo, durante una hospitalización en una Unidad de Cuidados Intensivos esta necesidad se puede ver perturbada. Esta situación conlleva un aumento del estrés que sufre el paciente, y además, la falta de sueño provoca diversos problemas psicológicos y físicos que alteran la recuperación del paciente y que pueden llevar a complicarla más aún. Para prevenir esta situación, el personal de enfermería debe establecer medidas que favorezcan un entorno de descanso para el paciente. El objetivo de este proyecto de investigación es comparar la percepción de los enfermeros y la de los pacientes acerca de la cantidad y calidad de sueño de estos últimos durante una noche de su estancia en la Unidad de Vigilancia Intensiva del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Para ello se administrará un cuestionario de elaboración propia a un grupo de pacientes y a los enfermeros que les cuidan. Se estima un tiempo de recogida de información de unos 5 meses, considerando que muchos de los pacientes ingresados en la Unidad de Vigilancia Intensiva no cumplen con los criterios para poder ser incluidos en el estudio. La finalidad de la investigación es conocer mejor los factores que afectan negativamente al sueño de los pacientes, y consecuentemente, poder implementar medidas que mejoren los cuidados de enfermería.

Palabras Clave: sueño, UCI, enfermería, calidad de sueño, cuidados críticos.

Abstract

One of humans' diary needs is the sleepness. The sleepness lets relax body and mind, nevertheless during the hospitalization process at an Intensive Care Unit this need can be disturbed. This situation increases the stress levels in patients, and the sleeplessness cases many physical and psychological problems that disturbs the patient's recovery and can aggravate his situation. In order to prevent this problem, the nursing staff must take measures to improve the sleep environment of the patients. The objective of this research is to compare the perception of patients a nursing staff about the sleep quality and quantity at the Intensive Vigilance Unit of the Universitary Hospital of Canary Islands. We will provide a questionnaire, made by our own, to the patients' group and the nurses' group who give the cares. We estimate the time while we will collect the results will extend 5 weeks, because there are many patients at the Intensive Vigilance Unit that

can't be included in the research. The purpose of this research is knowing better about the negative factors that disturbs the patients' sleepness, and it results in the possibility to improve the sleep cares and the nursing cares.

Key words: sleepness, ICU, nursing, sleep quality, critic cares.

INDICE

1. Marco teórico.....	1
1.1. El sueño	1
1.1.1. La calidad de sueño.....	2
1.1.2. Efectos de la privación de sueño.....	3
1.2. El estrés	4
1.3. Relación entre el estrés y la hospitalización.....	5
1.3.1. Principales problemas por la falta de sueño valorados por enfermería.....	7
2. Justificación	10
3. Proyecto de investigación	11
3.1. Objetivos	11
3.2. Metodología.....	11
3.2.1. Diseño.....	11
3.2.2. Población y muestra.....	11
3.2.3. Variables a estudio e instrumentos de medida.....	12
3.2.4. Procedimiento	13
3.2.5. Análisis estadístico	13
3.3. Presupuesto	14
3.4. Cronograma.....	15
3.5. Consideraciones éticas.....	15
4. Bibliografía	16
5. Anexos.....	19
Anexo I: Solicitud de permiso a la Gerencia del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias.....	19
Anexo II: Cuestionario sobre calidad de sueño para pacientes.....	20
Anexo III: Cuestionario sobre calidad de sueño para profesionales.....	23

1. MARCO TEÓRICO

1.1. El sueño

Las personas nos pasamos un tercio de nuestra vida durmiendo, cumpliendo con una función biológica tan importante como la nutrición o la relación con el entorno.^{1,5}

El proceso del sueño se define como un estado reversible de desvinculación sensorial y cognitiva del entorno. Este proceso está conformado por diferentes fases: NMOR (No Movimiento Ocular Rápido) y MOR (Movimiento Ocular Rápido); también conocidas con sus siglas en inglés NREM (No Rapid Eye-Movement) y REM (Rapid Eye-Movement). Si vamos más allá, se puede dividir el sueño NMOR en cuatro diferentes fases, que se caracterizan porque poco a poco la actividad neuronal cerebral va volviéndose más lenta y se atenúan las respuestas musculares. Paradójicamente, en la Fase MOR hay un aumento en la actividad cerebral, con un consiguiente aumento del flujo sanguíneo cerebral y un mayor aporte de oxígeno. Esta clasificación nace de los diferentes datos registrados en una polisomnografía. Una polisomnografía consiste en una prueba que incluye, simultáneamente, un electroencefalograma, un electromiograma y un electrooculograma durante el periodo de sueño del sujeto; además de una monitorización de la saturación de oxígeno periférica, la frecuencia cardíaca y la frecuencia respiratoria.^{1, 2, 3, 4, 5}

La fisiología del sueño tiene una distribución entre las fases NREM y REM que es unidireccional y se van sucediendo consecutivamente en ciclos de sueño. Un ciclo de sueño dura normalmente unos 90 minutos. En el proceso, se iniciará con las fases 1 y 2 de la fase NREM, y luego el sueño se va haciendo más profundo hasta las fases 3 y 4, denominadas éstas últimas sueño profundo. Cuando ya estamos en fase 4, volvemos a la fase 3, luego a la fase 2; y es a partir de aquí cuando se inicia la fase REM, que puede durar en total 10 minutos. Tras ello, el sueño vuelve a profundizarse hasta la fase 4 y ascendiendo luego hasta la fase REM. En un periodo de sueño de 8 horas podríamos llegar a encontrarnos la realización completa de 4-6 ciclos de sueño. Si por cualquier motivo se interrumpe un ciclo, esté en la fase que esté, la persona debe de iniciar el sueño de nuevo en la fase 1 de NREM.^{3,4,5}

A parte de ser un periodo de descanso a nivel físico, a un nivel mental se posibilita la reorganización de recuerdos y procesos mentales quedando en la memoria aquellos conocimientos y recuerdos más importantes. Además se establecen ciclos en la segregación de hormonas, que se conoce como ritmos circadianos. Durante el sueño se

segregan hormonas muy importantes como puede ser la hormona del crecimiento (GH) y melatonina, modificándose también la segregación de otras hormonas como el cortisol.^{3,4}

1.1.1. La calidad de sueño.

La calidad de sueño es un concepto de gran complejidad para su definición. Se trata de un concepto subjetivo del paciente relacionado con su sueño y hace referencia a la eficacia del descanso y la capacidad reparadora del mismo. No significa lo mismo calidad de sueño y cantidad de sueño, ya que existen muchos casos en los que la calidad de sueño se ve alterada aunque la cantidad de sueño se mantenga invariable. Por poner un ejemplo, el síndrome de apnea obstructiva del sueño provoca una hipoventilación pulmonar durante el sueño, ya sea por causas obstructivas o neurológicas, que repercute en la saturación de oxígeno y el aporte del mismo al encéfalo, lo que afecta a los ritmos circadianos de melatonina y otras hormonas. Como resultado, los pacientes disminuyen su calidad de sueño y descanso, mientras que duermen la misma cantidad de tiempo o la aumentan, como acto compensatorio.^{6,7}

El Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh evalúa la calidad de sueño en función de diferentes ítems: calidad subjetiva, latencia del sueño, duración del sueño, efectividad del sueño, perturbaciones del sueño (tales como la tos, el frío, los ronquidos), el uso de medicación favorecedora del sueño y la funcionalidad diurna. Como conclusión a esto, podemos confirmar que la calidad de sueño es un concepto que abarca bastantes áreas y las relaciones entre ellas lo hace más complejo aún. Por su parte, otros autores la califican como la relación entre la latencia del sueño, la duración del sueño y la eficacia del sueño.^{6,8}

De lo que no cabe duda es de que es un algo muy complicado objetivizar, y solo puede hacerse esto mediante entrevistas, cuestionarios específicos y polisomnografía. Es importante destacar que la calidad de sueño incide directamente en la calidad de vida del paciente, ya que se hace patente el cansancio y la somnolencia diurna. Se ha demostrado que la calidad de sueño se correlaciona con la profundidad que podamos conseguir en el marco de la fisiología del sueño. Como ya hemos comentado anteriormente, dentro de las ocho horas que suele durar un periodo de sueño normal existen diferentes fases y ciclos que la persona va experimentando hasta alcanzar un despertar. Los sujetos que consiguen llegar a la fase MOR o REM, son los que consiguen una mayor calidad del descanso y presenta subjetivamente un menor cansancio diurno.

^{7,8}

1.1.2. Efectos de la privación de sueño.

Hay que destacar la pérdida del confort y el aumento del estrés como causa de y como efecto secundario a la falta de sueño. Si indagamos en un sentido más somático del efecto de la privación del sueño podemos ver que la disminución de la actividad onírica afecta a diferentes esferas dentro de la persona. Podemos enumerar las siguientes consecuencias:

- En este estado de falta de sueño se produce una estimulación del sistema nervioso simpático, por lo que aumenta la síntesis de catecolaminas como la noradrenalina. Por ello se ha observado que tras una sola noche sin haber dormido, los pacientes experimentan un aumento de 12 mm Hg su presión arterial.^{5,9}
- Se produce una disminución de la sensibilidad del centro respiratorio, que lleva asociado un cuadro de ligera hipoxia e hipercapnia en el paciente. Esto en caso de ser un paciente con una enfermedad pulmonar obstructiva crónica puede suponer un sobreesfuerzo añadido a la situación que afronta. Por otro lado, se observó una disminución de la presión inspiratoria máxima respecto a la situación normal, ya que hay una hipoventilación derivada de falta de fuerza de la musculatura necesaria para el proceso de la ventilación. Esto nos indica que el paciente debe realizar un mayor trabajo respiratorio.⁵
- A nivel metabólico, se alteran los ritmos circadianos de hormonas en el organismo. El más afectado resulta ser el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal; esto desemboca en un aumento del cortisol y una reducción de la melatonina. De esta manera se mantiene al organismo activo durante más tiempo, y aumenta la actividad catabólica y el consumo de oxígeno celular.⁵
Por otro lado se ha podido observar que existe una relación entre la falta de sueño y la resistencia celular a la insulina. Como consecuencia, se vuelve más grave aún la situación de un paciente diabético.^{5,9}
- El sistema inmunológico también se ve afectado por la deprivación del sueño. La liberación de linfocitos T se ve disminuida, así como su capacidad de extravasarse. Este es un hecho importante, pues los pacientes críticos se pueden encontrar en un estado inmunológicamente comprometido si se padece una sepsis o si son objeto de procedimientos invasivos que aumentan el riesgo de infección, al atravesar las barreras primarias de defensa inmunológica, como puede ser desde catéteres periféricos o centrales hasta heridas quirúrgicas.^{5,9}

1.2. El estrés

El estrés es un concepto que ha ido cambiando enormemente a lo largo del tiempo. Inicialmente el estrés se consideraba al factor estresante o “tensión” que se aplicaba en el individuo. Más tarde, se interpretó el estrés como la reacción interna del organismo a ese factor inicial, y cuya finalidad era generar una respuesta para poder volver al periodo de normalidad u homeostasis. Actualmente, se define al estrés como la “relación transaccional” entre el ambiente y el sujeto; es decir la situación resultante tras la interpretación y valoración que realiza el sujeto ante un acontecimiento concreto. El estrés es un proceso psicobiológico que entraña un mecanismo complejo tanto en el cuerpo de la persona como en su nivel psicológico.^{10,11}

El proceso cuenta con diferentes componentes: el factor desencadenante, que es el acontecimiento interno o externo que inicia la situación de estrés, una reacción interna que constituye la alteración de la homeostasis para poder elaborar una respuesta lo más apropiada posible, y por último la evaluación cognitiva, que sería la valoración que realiza el sujeto para comprender cuál es la gravedad del estresor y si cuenta con los recursos necesarios para hacer frente al mismo.^{10,11}

Los factores desencadenantes tienen su propia subclasificación dependiendo de la gravedad en la que interfieran en la vida del sujeto. De mayor a menor gravedad encontramos: acontecimientos traumáticos, acontecimientos vitales, contratiempos cotidianos y dificultades crónicas. El ingreso en una unidad de cuidados intensivos podría entrar dentro de la definición de acontecimientos vitales, ya que se considera un cambio en el transcurso de la vida de la persona, especialmente si el ingreso se produce por un cuadro de urgencia. El paciente pasará primero por un momento de shock y luego continúa un tiempo de adaptación en el que la persona se acostumbrará y aceptará su nueva situación poco a poco. Durante esta estancia en UCI, pueden generarse contratiempos cotidianos en función de la estancia del paciente, ya que se puede prolongar durante meses y se dan situaciones que para él resultan estresantes como el momento del baño, los cuidados del tubo orotraqueal o las molestias a la hora del sueño.¹⁰

Es importante diferenciar la evaluación cognitiva en sus dos fases. En un primer nivel encontramos la evaluación primaria, que establece cual es el alcance y la gravedad del estresor. A partir de aquí el sujeto puede clasificar el factor desencadenante en “irrelevante”, “benigno-positivo” o “estresante”. En segundo lugar, tenemos la evaluación secundaria durante la cual el sujeto valora si cuenta con los recursos tanto físicos como psicológicos, sociales o materiales que precisa para dar una respuesta apropiada para la

resolución del conflicto. Como consecuencia a este proceso, la persona clasifica la situación entre daño/pérdida, amenaza y desafío.^{10,11}

Los signos somáticos que podemos observar ante el estrés en el sujeto son: un aumento del volumen minuto cardíaco, con taquicardia, elevación de la tensión arterial, alteración de la frecuencia respiratoria, tensión muscular, aumento de la glucemia así como un aumento en la secreción de neurotransmisores para la estimulación neuronal. Por ello, podemos decir que ante estas situaciones, se inicia la cascada de actuación simpática que altera la conducta y el estado de reposo del paciente.¹²

El concepto que va ligado a esta generación de estrés es el afrontamiento al mismo, que resulta ser la respuesta a nivel cognitivo, emocional y conductual cuyo objetivo es el manejo de los estresores. Esto quiere decir que la persona genera acciones para satisfacer las demandas de la situación estresante haciendo uso de los recursos de los que ya hemos hablado anteriormente. Evidentemente, las respuestas cambian dependiendo del sujeto que se exponga al estresor y esto viene dado por las variables físicas, psicológicas, sociales y culturales de cada persona. La persona podrá actuar en función de lo que haya valorado según su estado físico, el lugar físico en el que se encuentre, su capacidad intelectual, su autonomía, su madurez, capacidad de resolución de conflictos, el apoyo social del paciente, sus recursos económicos, así como las creencias y la concepción cultural que tiene su grupo de la situación por la que está pasando, que en el caso que nos ocupa es de enfermedad.^{10,11}

1.3. Relación entre el estrés y la hospitalización.

Una hospitalización es un impacto en la vida de los pacientes y de sus allegados, ya sea por un proceso que requiere un tratamiento sencillo o por cuestiones crónicas. Durante el proceso de la hospitalización se van generando diferentes expectativas que intentan predecir cuál será la evolución del paciente y los problemas que pueda tener a su egreso. Estas expectativas generalmente se vuelven más graves si hablamos de un ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos, ya que se asume que la situación del paciente ha empeorado y existe un riesgo vital elevado. Por ende, en esta situación se hace más patente la importancia que tiene el estrés en el paciente. Nuestro paciente no solo se enfrenta a una posible muerte, algo que aumenta exponencialmente el estrés, sino que además lo introducimos en un entorno institucionalizado en el que siente que no tiene la capacidad de actuación que tiene en su entorno normal. Esto quiere decir que el paciente debe de adquirir un rol pasivo frente a la situación en la que se encuentra, tanto en su ingreso en el hospital, el posible paso por quirófano y su

posterior estancia en UCI si fuese preciso. De este modo el paciente pone su vida en manos de quienes para él son desconocidos, sin la capacidad de decidir y, en numerosas ocasiones, sin comprender correctamente cuál es su situación clínica, la sintomatología normal por la que está pasando debido a su patología y a los síntomas que no son normales, así como los procedimientos que se le realizan, la actuación de fármacos administrados y sus efectos adversos; además de ser ajenos a la rutina profesional de una planta de servicios especiales.^{12,13}

Aquí es donde radica una importante intervención de la enfermería, la de reducir la ansiedad y el estrés del paciente. A parte de las diversas actividades que debe realizar el equipo de enfermería para poder mantener con vida al paciente y promover su recuperación, es una gran ventaja el hecho de que en una UCI es posible estar las 24 horas a pie de cama del paciente; dándole compañía, aplicando escucha activa, si la condición lo permite, y aumentar el confort del paciente en esta situación nueva para él. Esta es una labor del trabajo holístico de la enfermería.^{12,13}

A pesar de que se pretende que el paciente se sienta lo más confortable posible, éste sigue manteniendo las responsabilidades externas, ya sea como por ejemplo, el sostenimiento económico de su familia o la necesidad de asistir a su puesto de trabajo. Esto aumenta más aún el nivel de estrés del paciente ya que está incapacitado para resolver por sí mismo estos problemas, sumado a una ausencia importante de actividades de ocio que le ayuden a distraerse y a alcanzar un estado de tranquilidad. Más allá de esto, tras su ingreso en la unidad de cuidados intensivos, el paciente tiene un riesgo de padecer un estrés social debido al aislamiento de su entorno diario, ya que se le separa de sus allegados, que solo pueden estar de visita con el paciente un periodo de tiempo muy reducido al día.^{12,14}

Por otra parte, este aumento del nivel de estrés, está ligado con el sueño del paciente. La realidad es que en un proceso de hospitalización, generalmente, los estresores se encuentran por doquier. La respuesta del paciente al exponerse a estos factores le induce a una disminución de la cantidad total de horas de sueño, y esto a su vez aumenta notoriamente como consecuencia el estrés del paciente y su cansancio. Hay que decir que esto afecta de una manera muy negativa a la recuperación del paciente. No solo a nivel físico, que ya hemos visto como el estrés interfiere en la actividad normal del organismo, sino también en la recuperación psicológica del paciente, ya que al egreso el paciente debe de volver a trabajar su propia autonomía. La falta de sueño, el cansancio acumulado y el estrés hacen que este proceso sea muy arduo para el paciente, pudiendo llegar a quedar secuelas psicológicas debido a la tensión que ha soportado; como ansiedad, pesadillas, visiones de imágenes traumáticas del proceso y delirios. A este fenómeno se le da el nombre de Síndrome de la Unidad de Cuidados Intensivos y pone

de manifiesto la necesidad de establecer medidas para favorecer el sueño del paciente, así como promover su confort para poder cuidar de la salud psicológica del mismo.^{5,12, 13}

1.3.1. Principales problemas por la falta de sueño valorados por enfermería.

Uno de los factores importantes a tener en cuenta en nuestra valoración de enfermería para poder elaborar un plan de cuidados lo más completo y terapéutico posible, es el hábito normal de descanso y sueño del paciente.

Un entorno que resulta tan extraño para los pacientes como puede ser una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), hace que presenten problemas para poder alcanzar un sueño y descanso reparadores. Esto se debe a factores tanto internos como externos que interfieren en esta faceta de la recuperación del paciente. Las conclusiones alcanzadas en el estudio llevado a cabo en diferentes UCIs nos revelan que los factores que más intervienen en el sueño del paciente son los siguientes:¹⁵

- El dolor.^{12,15,16,17}
- Molestias de la enfermedad.^{15,16}
- Intervenciones de profesionales o aplicación de tratamientos.^{5,16}
- Compañeros de habitación.¹⁵
- Luces de la habitación.^{15,16}
- Aparataje como sondas, vías, sistemas de oxigenoterapia.^{15,16}
- Preocupaciones personales o familiares.¹⁵
- Efectos adversos de la medicación del paciente.^{15,16}
- Ruidos, timbres, luces o murmullos. La Organización Mundial de la Salud estipula que el máximo nivel de ruido que debe alcanzarse en un edificio hospitalario durante la noche es de 30 dBA. No obstante, la realidad es bien distinta ya que normalmente se supera este umbral, con un promedio entre 50 y 75 dBA.^{13,18}
- La falta de intimidad.¹⁵
- Frío o calor.^{7,15}
- Conceptos como incomodidad de la cama o del pijama.¹⁵

Desde un punto de vista profesional, se pueden establecer medidas que aboguen por una mejora en la calidad del sueño. No obstante existen cuestiones que no podemos solucionar que provoca la propia enfermedad o las complicaciones de las patologías de base, que afecta negativamente al descanso del paciente. Algunos ejemplos de ello podrían ser:

- Enfermedades cardíacas: pueden generar ortopnea, que consiste en una intolerancia respiratoria del paciente al colocarse en posición de decúbito supino, además de una disnea paroxística nocturna, caracterizada por una disnea aguda que interrumpe el sueño del paciente. En estos casos el paciente precisa de una elevación del cabecero de la cama o dormir con varias almohadas.^{2,17,18}
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica: los pacientes tienden a reducir sus periodos totales de sueño y sueño REM, ya que se generan desaturaciones por falta de fuerza de la musculatura accesoria. Esto, junto a la tos y posibles secreciones, hace que el paciente pueda tener fatiga y una privación de sueño.^{2,17,18}
- Enfermedad renal: los pacientes con una enfermedad renal avanzada refieren dolores óseos, náuseas y prurito que dificultan enormemente su descanso.^{2,17,18}
- Enfermedades neurológicas: dependiendo de la zona de afectación neurológica se pueden dar casos de parasomnias, tales como síndromes de piernas inquietas, insomnios o despertares confusos. Por otra parte se pueden dar casos de patologías crónicas neurológicas, como la enfermedad de Alzheimer o la enfermedad de Parkinson que cursan con una reducción del periodo de sueño REM, incurriendo en una reducción de la calidad de sueño del paciente.^{2,17,18}

Si el paciente se encuentra en una unidad de cuidados intensivos, podemos decir que estas condiciones de su enfermedad de base se recrudecen y, aunque en numerosas ocasiones se recurra al sueño farmacológico, la calidad del mismo se ve alterada. Esto lo podemos apreciar en que en pacientes críticos, el tiempo de sueño dedicado a fase REM se ve reducido desde un 25%, que resulta ser el valor normal, a un 6%, poniendo de relieve que la cualidad reparadora del sueño se ve mermada.^{2,19}

1.3.1.1. Evaluación del sueño.

Como ya hemos comentado anteriormente, uno de los métodos para la valoración del sueño es la prueba de la polisomnografía, que es de carácter somático y objetivo. A nivel psicológico podemos valorar el sueño mediante entrevista con el paciente, ahondando en sus hábitos de sueño y en los factores que pueden alterar el sueño placentero. A este fin, se han elaborado diferentes cuestionarios cuya misión es la de valorar de manera subjetiva la calidad de sueño de los pacientes.^{7,20}

Los cuestionarios más frecuentemente encontrados en la revisión bibliográfica muestran que éstos tratan de valorar la duración del sueño, su calidad así como problemas de salud que se asocian al insomnio, apneas de sueño, hipersomnias o disfunción diurna. Están generalmente enfocados a personas que viven en sus propios domicilios que sienten que están teniendo problemas con su sueño o pacientes de geriatría y psiquiatría, ya que la falta de sueño colabora en la desorientación del paciente geriátrico, además de empeorar otros procesos morbosos en el caso de los pacientes psiquiátricos. Algunos ejemplos que podemos encontrar son la *Epworth Sleepiness Scale* y el *Wisconsin Sleep Questionnaire*, que se centran en los problemas a la hora del sueño en el domicilio habitual del paciente, mientras que la *Athens Insomnia Scale* iría enfocada a los pacientes con trastornos mentales y de comportamiento y la *Escala de Sueño SCOPA*, que se centra en pacientes geriátricos con Alzheimer.^{18, 20, 21}

Existen también escalas más dirigidas a las variaciones del sueño durante la hospitalización, como la *Sleep Impairment Rating Scale*, en la que una pequeña parte del cuestionario está dirigido al compañero/a de habitación o al personal sanitario. No obstante, no se encuentran escalas o cuestionarios especializados en UCIs. Una de las diferencias respecto a las variables a investigar es que en las de domicilio se valora el efecto de la actividad física y el trabajo en la regulación del sueño del paciente, algo que no es consecuente valorar en un servicio de intensivos, ya que generalmente el paciente en UCI mantiene un reposo absoluto, llegando a situaciones incluso en las que el paciente no tolera hemodinámicamente los cambios posturales. Por otra parte, como ya hemos analizado anteriormente, el entorno de UCI es un entorno institucionalizado en el que hay una gran cantidad de estímulos y donde el paciente puede no estar cómodo, y esto es importante a la hora de valorar su sueño.^{1, 20, 21}

2. JUSTIFICACIÓN

Teniendo en cuenta la revisión bibliográfica realizada, hemos de reflexionar acerca de la importancia que el sueño tiene para la salud de la persona, y para la recuperación de los enfermos. Debemos también tomar conciencia de las múltiples circunstancias que pueden afectar y deteriorar la calidad del sueño de una persona hospitalizada en una Unidad de Cuidados Intensivos. Estos conocimientos, aportados por los diferentes estudios realizados, deben ser tenidos en cuenta a la hora de planificar los cuidados de los individuos ingresados en cualquier servicio de un hospital y, más aún, en aquellos ingresados en unidades especiales. Toda la información que podamos recabar en relación a esta situación puede y debe repercutir en una mayor calidad de los cuidados ofertados. Esto se puede hacer estableciendo medidas que favorezcan el sueño de los pacientes, comenzando por las no farmacológicas o realizando los cambios ambientales que sean factibles y finalmente usando medidas farmacológicas, si fuera necesario. No obstante, ¿cómo es posible establecer las medidas apropiadas si en un primer momento no se valoran correctamente los problemas de sueño del paciente?

En base a lo anteriormente expuesto, se propone el presente proyecto de investigación. Consideramos que conocer la percepción que los pacientes tienen acerca de la calidad y cantidad de su propio sueño durante la hospitalización en una Unidad de Vigilancia Intensiva, así como la percepción que acerca de ello tienen los enfermeros que les cuidan, y comparar estos resultados, es un paso previo para planificar unos cuidados de enfermería cada vez de mayor calidad, que redunden en una mejor asistencia integral para el paciente.

Implementar las medidas necesarias para mejorar la calidad y cantidad de sueño del paciente, son en parte, responsabilidad del personal de enfermería, y hacerlo enriquece el ejercicio de la profesión.

3. PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

3.1. Objetivos

- Conocer la percepción que tienen un grupo de pacientes hospitalizados en la Unidad de Vigilancia Intensiva del Hospital Universitario de Canarias acerca de su calidad y cantidad de sueño.
- Conocer la percepción que tienen un grupo de enfermeros/as de la Unidad de Vigilancia Intensiva del Hospital Universitario de Canarias acerca de la calidad y cantidad de sueño de los pacientes que están bajo su cuidado.
- Contrastar la percepción de los enfermeros/as y la de los pacientes acerca de la calidad y cantidad de sueño de estos últimos.

3.2. Metodología

3.2.1. *Diseño.*

Se trata de un estudio descriptivo y analítico, transversal y exploratorio, no epidemiológico.

3.2.2. *Población y muestra*

Se recabará información procedente de dos grupos de sujetos:

- Pacientes hospitalizados en la Unidad de Vigilancia Intensiva del Hospital Universitario de Canarias, que cumplan con los criterios de inclusión y no estén afectados por los criterios de exclusión, durante un periodo de 2 meses.
 - Criterios de inclusión para pacientes:
 - ✚ Pacientes que se encuentren en el rango de edad de 18-65 años.
 - ✚ Estancia de al menos 3 noches en la Unidad de Vigilancia Intensiva.
 - ✚ Aceptación voluntaria de la participación en el estudio.

- Criterios de exclusión de pacientes.
- ✚ Pacientes con déficit o alteración de los procesos cognitivos y/o del nivel de conciencia.
- ✚ Pacientes con dificultades o impedimentos para la adecuada comunicación verbal.
- ✚ Pacientes que están bajo los efectos de fármacos sedoanalgésicos.
- Enfermeros/as de la Unidad de Vigilancia Intensiva responsable del cuidados de los pacientes en el momento de la recogida de información, y que acepten voluntariamente la participación en el estudio.

3.2.3. Variables a estudio e instrumentos de medida

Se utilizarán dos cuestionarios específicamente elaborados para este estudio, uno para su utilización en el grupo de pacientes y otro para administrara al grupo de profesionales de enfermería (Anexos I y II). Incluyen variables cuantitativas, ordinales y categóricas, organizadas a continuación:

- Cuantitativas: edad, horas de sueño del paciente, calidad de sueño en escala de valoración, días que lleva el paciente en la unidad, número de despertares.
- Categóricas: sexo, nivel educativo, ocupación laboral, aspectos que dificultan el sueño, problemas de sueño anteriores al ingreso y medicación para el sueño, valoración de la calidad del sueño.

Los instrumentos de recolección de datos que usaremos en este estudio serán dos cuestionarios. A cada grupo le será entregado un cuestionario específico:

- ❖ Cuestionario de grupo A: será cumplimentado mediante una entrevista con el paciente. Engloba las variables ya descritas, a fin de recoger específicamente el punto de vista del paciente.
- ❖ Cuestionario de grupo B: será entregado en mano a los profesionales y se indicará el lugar donde puede ser depositado para su posterior recogida. Presenta un tono más técnico que el anterior cuestionario, para facilitar la valoración de las intervenciones de los profesionales.

3.2.4. *Procedimiento*

En primer lugar se solicitará la autorización pertinente a la gerencia del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias para la realización del estudio, haciendo uso como solicitud del *Anexo I*. Una vez obtenido el permiso, se contactará con la supervisión de enfermería de la Unidad de Vigilancia Intensiva, y se programarán las visitas a la Unidad en la última franja horaria del turno de noche, a fin de recoger la información tanto de los pacientes que puedan ser incluidos en el estudio como de los/as enfermeros/as que le hayan atendido durante la noche.

El cumplimiento del cuestionario por parte de los paciente será de forma heteroadministrada, y por parte de los profesionales, será de forma autoadministrada.

Se codifica con claves los cuestionarios, de forma que permite conservar la asociación entre el cuestionario de cada paciente con el del enfermero que le ha atendido, salvaguardando el anonimato de ambos.

3.2.5. *Análisis estadístico*

Tras la etapa de la recolección de datos, se realizará el estudio estadístico mediante el programa SPSS versión 22.0 (Statistical Package of the Social Sciences).²³

Para el análisis descriptivo de las variables cuantitativas se utilizan los índices estadísticos de tendencia central y de dispersión (medias y desviaciones típicas). En el caso de las variables categóricas se obtendrán frecuencias absolutas y relativas (porcentajes), y se expresarán por medio de gráficas o tablas de frecuencia.

Para estudiar la asociación entre variables categóricas se utilizará la prueba de chi cuadrado y tablas de contingencia. Para estudiar la asociación entre variables cuantitativas se utilizará el estadístico t de Student.

3.3. Presupuesto

El principal material necesario para este proyecto serán las impresiones de los cuestionarios. Esto se puede realizar papelerías, así no precisamos de comprar papel, impresora y tinta.

Concepto	Cantidad	Coste de unidad	Total
Gastos de impresión	100 cuestionarios grupo A	0.3€	30€
	100 cuestionarios de Grupo B	0.3€	30€
	Solicitudes para Comité de Ética	0.3€	2€
Estadista	1	250€	250€
Gastos por traslado	-	50€	50€
Gasto total			365€

3.3.1.1. Personal para el desarrollo del proyecto

El personal necesario para la realización del estudio sería el investigador principal encargado de la búsqueda de los sujetos que estarán en los dos grupos a estudio y un estadista que se encargue del análisis de los resultados obtenidos.

3.4. Cronograma

Mes/ Semana	Agosto 2016				Septiemb 2016				Octubre 2016				Noviemb 2016				Diciemb 2016			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Organización y planificación																				
Solicitud de permisos																				
Realización de cuestionarios de grupos A y B y recogida de datos																				
Análisis de los datos																				
Obtención de conclusiones y elaboración de informe final																				

3.5. Consideraciones éticas

El presente estudio asegura la veracidad y la confidencialidad de los datos obtenidos, así como la salvaguarda de la identidad de todos los intervinientes en el mismo, de acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999 del 13/12/99 de Protección de Datos de Carácter Personal. Así mismo se trata de un estudio voluntario, con respeto absoluto a aquellas personas que se rehúsen participar.

4. BIBLIOGRAFÍA

1. García Ganuza R, Navarro García MA. Calidad del sueño en pacientes sometidos a cirugía cardíaca durante el postoperatorio agudo en una Unidad de Cuidados Intensivos. Universidad Pública de Navarra [Internet]. Jun 2015 [acceso 10 mar 2016]. Disponible en: <http://academica-e.unavarra.es/handle/2454/18555>.
2. Tobar E, Parada R. Trastornos del sueño en los pacientes críticos. Rev. Hosp. Clin. Univ. Chile [Internet]. 2012 [acceso 5 mar 2016]; 23(1): 21-30. Disponible en: https://www.redclinica.cl/Portals/0/Users/014/14/14/Publicaciones/Revista/trastorno_sueno_hospitalizado.pdf.
3. Kamdar BB, Needham DM, Collop NA. Sleep deprivation in critical illness: Its role in physical and psychological recovery. J Intensive Care Med [Internet]. 2012 [acceso 5 mar 2016]; 27(2): 97-111. Disponible en: <http://jic.sagepub.com/content/27/2/97.short>.
4. Matthews EE. Sleep disturbances and fatigue in critically ill patients. Am Assoc Crit Care Nurs [Internet]. 2011 [acceso 26 feb 2016]; 22(3):204–224. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3149788/>.
5. Basco Prado L, Fariñas Rodríguez S, Hidalgo Blanco MA. Características del sueño de los pacientes en una unidad de cuidados intensivos. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2010 [acceso 6 mar 2016], 26(2): 44-51. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086403192010000200006&script=sci_arttext&lng=pt.
6. Villarroel Prieto VM. Calidad de sueño en estudiantes de las carreras de Medicina y Enfermería. Universidad de los Andes, Dep de Psiquiatría [Internet]. Mérida; 2013 [acceso 10 abr 2016]. Disponible en: <https://repositorio.uam.es/handle/10486/663392>.
7. Chokroverty S. Medicina de los trastornos del sueño: Aspectos básicos, consideraciones técnicas y aplicaciones clínicas. Elsevier 3ª ed. Madrid; 2011.
8. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. Madrid: Agencia Laín Entralgo; 2009.
9. Achury DM, Rodríguez SM, Achury LF. El sueño en el paciente hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo. Investig. Enferm. Imagen Desarr [Internet]. 2014 [acceso 27 mar 2016];16(1):49-59. Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/6857>
10. Llor B, Abad MA, García M, Nieto J. Ciencias psicosociales aplicadas a la salud. Interamericana McGraw-Hill Ed. Madrid 1ª ed, 1996.

11. Rodríguez-Marín J, Neipp López MC. Manual de psicología social de la salud. Ed. Síntesis 1ª ed Madrid, 2008.
12. Gómez-Carretero P, Monsalve V, Soriano JF, de Andrés J. Alteraciones emocionales y necesidades psicológicas de pacientes en una Unidad de Cuidados Intensivos. Med. Intensiva [Internet]. 2007 [acceso 26 feb 2016]; 31(6): 318-325. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912007000600006
13. Guillén Pérez F, Bernal Barquero M, García Díaz S, García Díaz, MJ, Illán Noguera CR, Álvarez Martínez MC et al. Calidad del sueño de los pacientes ingresados en UCI: relación con estresores ambientales. Enferm Docente [Internet]. 2013 [acceso 5 mar 2016]; 100: 34-39. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0210-56912007000600006&script=sci_arttext&tlng=en
14. Fernandes da Cruz Silvia L, Machado RC, Giaretta VMA, Salazar Posso MB. Estrés del paciente en UCI: visión de los pacientes y del equipo de enfermería. Enferm Global [Internet]. 2013 [acceso 26 feb 2016], 32: 88-103. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/154061>
15. Medina Cordero A, Feria Lorenzo DJ, Osoz Muñoa G. Los conocimientos sobre el sueño y los cuidados enfermeros para un buen descanso. Enferm Global [Internet]. 2009 [acceso 27 feb 2016]; 8(3): 1-18. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3679121>
16. Gil B, Ballester R, Gómez S, Abizand, R. Afectación emocional de los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos. RPPC [Internet]. 2013 [acceso 7 mar 2016], 18 (2), 129-138. Disponible en: <http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/12769>
17. Aguilera Ledda MD, Haroldo Sánchez. Trastornos del sueño en el paciente adulto hospitalizado. Rev. Hosp. Clin. Univ. Chile [Internet]. 2012 [acceso 26 feb 2016]; 23(1): 13-20. Disponible en: <http://www.repositorio.uchile.cl/handle/2250/124266>
18. Eby L, Brown NJ. Cuidados de enfermería en salud mental. Pearson 2ª ed. Madrid; 2010.
19. Delaney LJ, Van Haren F, Lopez V. Sleeping on a problem: the impact of sleep disturbance on intensive care patients - a clinical review. Ann Intensive Care [Internet]. 2015 [acceso 10 mar 2016]; 5(3). Disponible en: <http://annalsofintensivecare.springeropen.com/articles/10.1186/s13613-015-0043-2>
20. Ruiz C. Revisión de los diversos métodos de evaluación del trastorno de insomnio. Anal Psicología [Internet]. 2007 [acceso 11 abr 2016]; 23(1): 109-117. Disponible en: <http://revistas.um.es/analesps/article/viewFile/23131/22411>

^{21.} Lomelí HA, Pérez-Olmos I, Talero- Gutiérrez C, et al. Escalas y cuestionarios para evaluar el sueño: una revisión. Actas Esp Psiquiatr [Internet]. 2008 [acceso 11 abr 2016]; 36(1): 50-59. Disponible en: <http://actapsiquiatria.es/repositorio/9/49/ESP/9-49-ESP-50-59-279662.pdf>

^{22.} Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Memoria asistencial y científica 2012. Servicio Canario de Salud 2012; 155.

^{23.} IBM Corp. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0. Armonk, NY: IBM Corp.

5. ANEXOS

Anexo I: Solicitud de permiso a la Gerencia del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias.

A la atención de la Gerencia y Comité de Ética del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias.

Yo, Didier Brito Sánchez, con DNI 54114635M, me dirijo a ustedes con el objetivo de solicitar el consentimiento de su institución para llevar a cabo el estudio científico *Comparación de la percepción de calidad de sueño entre pacientes y personal de enfermería en la Unidad de Vigilancia Intensiva del Hospital Universitario de Canaria*, que se realizará bajo la dirección de la Profesora Titular de Universidad M^a Lourdes Fernández López.

Se trata de un estudio exploratorio que pretende comparar la valoración de enfermería sobre la calidad de sueño de los pacientes y la percepción que éstos tienen sobre su propio sueño. Para la recogida de información se utilizará un cuestionario de elaboración propia, del cual se adjunta copia. El proceso de recolección de datos en la unidad tendrá una duración estimada de dos meses y planteamos su realización en los meses Septiembre y Octubre del presente año. Cumpliendo con los criterios éticos y la legislación vigente, garantizamos la voluntariedad a anonimato de la participación.

Rogamos comunicar su decisión en el correo electrónico alu0100787610@ull.edu.es o a través del teléfono 652423080.

Atentamente, el día..... de..... de 2016 en
.....

Fdo:

- a) Si. (Ej: síndrome de apnea del sueño, síndrome de piernas inquietas, incontinencia, sensación de ahogo al acostarse...)
- b) No.

8. ¿Toma usted tratamiento para el insomnio o falta de sueño?

- a) Si. En este caso, especifique si le es posible su tratamiento:

- b) No.

9. ¿Mantiene usted su tratamiento durante su hospitalización?

- a) Si.
- b) No.

10. ¿Cuántas horas cree haber dormido durante la última noche?:

11. Indique la valoración que considere adecuada acerca de su nivel de calidad de sueño y descanso en la Unidad de Vigilancia Intensiva durante la última noche.

No he dormido	Muy mala	Mala	Normal	Buena	Muy buena

12. ¿Cuántas veces se ha despertado durante la noche?

- a) Ninguna vez.
- b) 1 vez.
- c) 2-3 veces.
- d) Más de tres veces.

13. En caso de que si se haya despertado durante la noche, especifique el motivo o motivos por los que cree que se despertó:

14. ¿Siente que tarda más tiempo en conciliar el sueño durante su estancia hospitalaria? En caso afirmativo, especifique el motivo o los motivos que le provoca esto:

a) Si.

b) No.

15. ¿Siente que el personal de enfermería respeta y favorece su periodo de sueño, en la medida de lo posible? Si lo desea, puede expresar su opinión.

a) Si.

b) No.

16. Si desea realizar alguna otra aportación, le rogamos que la exprese a continuación.

Anexo III: Cuestionario sobre calidad de sueño para profesionales.

Cuestionario para profesionales de enfermería de la Unidad de Vigilancia Intensiva

El presente cuestionario forma parte de un proyecto de investigación titulado *Comparación de la percepción de calidad de sueño entre pacientes y personal de enfermería en la Unidad de Vigilancia Intensiva del Hospital Universitario de Canarias.*

La información recogida a través de este cuestionario así como la identidad del sujeto entrevistado es confidencial, y los datos extraídos serán usados exclusivamente con fines académicos. La participación en este proyecto es voluntaria.

Rogamos la máxima sinceridad y agradecemos enormemente su colaboración.

1. ¿Es usted enfermero fijo en la Unidad de Vigilancia Intensiva?

- a) Sí.
- b) No.

2. ¿Considera el patrón sueño/descanso del paciente adecuado?

- a) Sí.
- b) No.

En caso negativo, por favor indique los factores que considera que afectan negativamente al sueño del paciente:

3. ¿Qué cuidados ha establecido para mejorar el descanso del paciente?

4. ¿Podría decirnos cuantas horas ha dormido el paciente aproximadamente?

5. Indique la valoración que considere correcta acerca del nivel de calidad de sueño y descanso que ha percibido en su paciente durante la última noche.

No ha dormido	Muy mala	Mala	Normal	Buena	Muy buena

6. ¿Ha precisado el paciente alguna medicación/tratamiento para poder alcanzar el sueño?

a) Si. Especifique cuál, por favor:

b) No.

7. ¿Cuántas veces ha visto que el paciente se despierta durante la última noche?

- a) Ninguna vez.
- b) 1 vez.
- c) 2-3 veces.
- d) Más de tres veces.

8. En caso de que el paciente se haya despertado durante la noche, especifique el motivo o motivos por los que cree que se despertó:

9. Especifique aproximadamente cuántas intervenciones (Entradas al cubículo) ha realizado con el paciente que hayan perturbado su sueño.

10. ¿Cómo opina usted que podría mejorar el patrón sueño/descanso de su paciente?

11. ¿Considera que los cuidados llevados a cabo por usted como enfermero/a han favorecido el sueño del paciente? Si lo desea, puede expresar su opinión.

- a) Si.
- b) No.

12. Si desea realizar alguna otra aportación, por favor, expóngala a continuación:
