
Artículo original

57

A. Nicolás
E. Aizpitarte
A. Iruarrizaga
M. Vázquez
M. A. Margall¹
M. C. Asiaín²

Diplomadas en Enfermería.

¹ Supervisora de la Unidad de Cuidados Intensivos. Master en Ciencias de Enfermería por la Universidad de Montreal.

² Supervisora de la Unidad de Cuidados Intensivos.
Unidad de Cuidados Intensivos. Clínica Universitaria.
Universidad de Navarra. Pamplona.

Correspondencia:

Ana Nicolás
Unidad de Cuidados Intensivos
Clínica Universitaria
Avda. Pío XII, 36
31008 Pamplona
E-mail: casiaain@unav.es

Segundo premio ABBOTT-SEEIUC a la mejor comunicación presentada al XXVIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias. Sevilla, 12-15 de mayo de 2000.

Percepción de los pacientes quirúrgicos del sueño nocturno en una Unidad de Cuidados Intensivos

Perception of night-time sleep by the surgical patients in an Intensive Care Unit

RESUMEN

El descanso nocturno de los pacientes ingresados en Cuidados Intensivos es un aspecto de gran importancia dentro del proceso de salud/enfermedad, ya que tiene una repercusión directa en su adecuada recuperación. Los objetivos de esta investigación son: 1) describir cómo perciben los pacientes quirúrgicos su sueño nocturno en una Unidad de Cuidados Intensivos Polivalente; 2) comparar la percepción subjetiva de los pacientes con el registro de la enfermera en el plan de cuidados y analizar el grado de acuerdo entre ambas valoraciones. Se ha estudiado el sueño nocturno de 104 pacientes, no se han incluido los pacientes de cirugía de urgencia, intubados, tratamiento psiquiátrico previo, con apnea del sueño, hábito enólico e imposibilidad de una adecuada comunicación. Para medir la percepción del paciente se utilizó el cuestionario del sueño de Richards-Campbell de cinco ítems y la valoración

del sueño, por parte de la enfermera, así como el resto de variables, se recogió del plan de cuidados informatizado. La puntuación total media del sueño de la primera noche postoperatoria fue de 51,42 mm. Al analizar las puntuaciones obtenidas en cada uno de los ítems del cuestionario se observa que el perfil de sueño de estos pacientes se ha caracterizado por ser un sueño ligero, con despertares frecuentes y que generalmente cuando se despertaban o les despertaban les costaba relativamente poco volver a dormirse. La valoración del sueño nocturno realizada por la enfermera coincide con la percepción de los pacientes en bastantes ocasiones, y cuando existe discrepancia la enfermera sobreestima el sueño del paciente.

PALABRAS CLAVE

Valoración del sueño. Sueño nocturno en UCI.
Deprivación del sueño.

58 SUMMARY

Night-time rest of the patients hospitalized in Intensive Care is a very important feature within the health/disease process since it has a direct repercussion on their adequate recovery. The objectives of this investigation are: 1) describe how the surgical patients perceive their night-time sleep in the Polyvalent Intensive Care Unit; 2) compare the subjective perception of the patients with the nursing record in the care plan and analyze the degree of agreement between both assessments. Night-time sleep has been studied in 104 patients; surgery patients from emergencies, patients who are intubated, with previous psychiatric treatment, sleep apnea, drinking habit or impossibility of adequate communication were not included. To measure the patient's perception, the five item sleep questionnaire of Richards-Campbell and the assessment of sleep by the nurse, as well as the remaining variables included in a computerized care plan, were used. The total mean score of the sleep on the first post-operative night was 51.42 mm. When the scores obtained in each one of the questionnaire items are analyzed, it is seen that the sleep profile of these patients has been characterized by being light sleep, with frequent wakenings and generally with little difficulty to go back to sleep when woke up or were awakened. The assessment of the night-time sleep performed by the nurse coincides with the perception of the patients on many occasions, and when there is discrepancy, the nurse has overestimated the patient's sleep.

KEY WORDS

Sleep assessment. Night-time sleep in the ICU. Sleep deprivation.

INTRODUCCIÓN

El sueño es esencial para el mantenimiento de la salud de las personas, pudiendo verse alterado por di-

versas causas, siendo una de ellas la enfermedad. En la atención a los pacientes, los profesionales de la salud debemos tener como prioritario el cuidado de esta necesidad básica, ya que la deprivación del sueño puede repercutir de forma negativa en los aspectos físicos, psicológicos y de conducta¹⁻⁵, pudiendo retrasar en muchas ocasiones el proceso de recuperación de la enfermedad⁶⁻⁸.

Desde el punto de vista de la fisiología del sueño, 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 (citado por Gonzalo LM)⁹. A las fases profundas del sueño III y IV NREM se les atribuye el restablecimiento físico del organismo, mientras que al sueño REM la recuperación emocional y psicológica de la persona³. El inicio del sueño comienza por la fase I NREM hasta llegar a la fase IV, volviendo nuevamente a la fase III, de ésta se pasa a la fase II para posteriormente entrar en el sueño REM (fig. 1).

Este ciclo, en la persona adulta, dura aproximadamente 90 minutos, repitiéndose en dos ocasiones consecutivas; en los ciclos siguientes van desapareciendo progresivamente las fases IV y III NREM a la vez que aumenta el período REM, durante una noche de sueño ininterrumpido de 8 horas se pueden producir de 4 a 6 ciclos.

Los hospitales son descritos como lugares en los cuales los pacientes presentan problemas para dormir

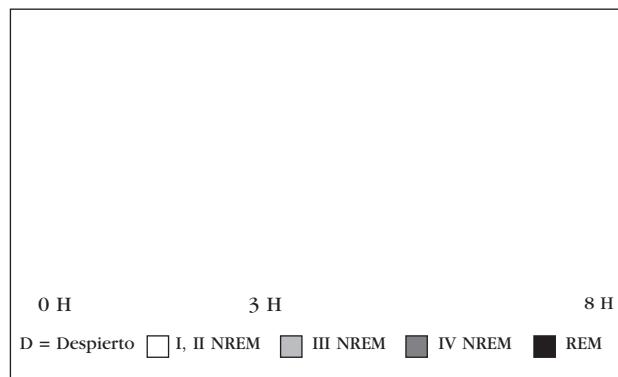


Figura 1. Hipnograma del sueño del adulto.

adecuadamente, agudizándose aun más este problema en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs). Entre las múltiples causas que condicionan el poder dormir bien en las UCIs se encuentran, por un lado, las atribuidas a la propia estructura de la mayoría de estas unidades, en las que el entorno está alterado por un elevado nivel de ruido permanente y por luces ambientales que dificultan la orientación entre el día y la noche, dando lugar a cambios en el ritmo circadiano^{3,7,10,11}. Por otro lado, los pacientes refieren tener dificultad para dormir en estas unidades por las interrupciones frecuentes del sueño, debidas a la atención continua que reciben, así como por la incomodidad, la sed, el dolor etc.¹². En los pacientes de cirugía mayor, que ingresan en las UCIs, el patrón del sueño, además, está afectado por el mismo procedimiento quirúrgico y el uso de anestésicos generales¹³⁻¹⁵. A esto se añade también que en el postoperatorio inmediato los pacientes son tratados con diferentes analgésicos para el control del dolor, y muchos de estos fármacos alteran las fases del sueño, modificando la estructura normal del mismo. En concreto, el cloruro mórfito, que es muy utilizado, disminuye las fases III y IV NREM y la fase REM, dando lugar a que los pacientes se despierten con frecuencia y tengan un sueño más ligero^{13,16,17}.

En la atención de Enfermería a esta necesidad de reposo y sueño nocturno, el primer punto a tener en cuenta es la realización de una adecuada valoración sistemática, para poder establecer los cuidados apropiados¹⁸. Entre los métodos de medida empleados para esta valoración, se encuentran aquellos que realizan un registro objetivo del sueño como son la polisomnografía y la actigrafía. Estos instrumentos, que con frecuencia se utilizan en la investigación, no tienen utilidad en la aplicación diaria con los pacientes, debido a las limitaciones que presentan, ya que se necesita un personal experto que realice la técnica e interprete los registros, tienen un coste elevado, y el procedimiento en sí mismo interfiere en la cantidad y calidad del sueño de los pacientes^{6,19}. Entre las medidas subjetivas se encuentran la observación de las enfermeras y la percepción de los propios pacientes. Hay diferentes estudios que han verificado el grado de concordancia existente entre las mediciones subjetivas y las objetivas. Edwards y Schuring²⁰ en un es-

tudio sobre el sueño de 21 pacientes en estado crítico, obtuvieron que la valoración de las enfermeras de los períodos de sueño-despertar había sido correcta en el 81,9 % del tiempo, en comparación con el registro del polisomnógrafo; por otra parte, Richards et al, al estudiar el cuestionario del sueño de *Richards-Campbell (Richards-Campbell Sleep Questionnaire, RCSQ)*, que mide la percepción subjetiva que los pacientes tienen de cómo han dormido, muestran la validez y fiabilidad del mismo al comparar los resultados con los datos recogidos en la polisomnografía⁶. Así mismo el estudio de Fontaine, realizado en 20 pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos de Traumatología, encuentra correlación del registro polisomnográfico con la observación de las enfermeras y con la percepción subjetiva de los pacientes²¹. Por otro lado, Richards et al⁶ apuntan que debido a las características de los pacientes de UCI, los métodos subjetivos que se empleen, además de ser válidos y fiables, deben ser sencillos y fáciles de utilizar.

En nuestra Unidad de Cuidados Intensivos, la valoración del sueño nocturno se limita a la observación que la enfermera del turno de noche, responsable de cada paciente, realiza y registra diariamente en el plan de cuidados. Para que esta valoración fuera completa sería imprescindible que incluyera también la percepción subjetiva del paciente. Por ello, y con el fin de introducir en el futuro una herramienta que mida el sueño desde la perspectiva del paciente, se ha llevado a cabo este trabajo de investigación con los siguientes objetivos: 1) describir cómo perciben los pacientes quirúrgicos su sueño nocturno en una Unidad de Cuidados Intensivos Polivalente; 2) comparar la percepción subjetiva de los pacientes con el registro de la enfermera en el plan de cuidados y analizar el grado de acuerdo entre ambas valoraciones.

PACIENTES Y MÉTODO

Diseño y muestra

Esta investigación descriptiva ha estudiado el sueño nocturno de 104 pacientes postquirúrgicos en una Unidad de Cuidados Intensivos Polivalente de 16 ca-

Tabla 1. Áreas del sueño relacionadas con los ítems del cuestionario RCSQ

Áreas del sueño	Ítems del RCSQ
Profundidad del sueño	Mi sueño la pasada noche fue: sueño profundo/sueño ligero.
Quedarse dormido	La noche pasada la primera vez que me dormí: me quedé dormido casi inmediatamente/no conseguí quedarme dormido.
Número de veces que se despierta	La pasada noche: apenas me desperté/estuve toda la noche despierto.
Porcentaje de tiempo despierto	La pasada noche cuando me desperté o me despertaron: me volví a dormir inmediatamente/no pude volver a dormirme.
Calidad de sueño	Yo describiría como he dormido la pasada noche: he dormido bien/he dormido mal.
Percepción de sueño total	Puntuación total del RCSQ.

mas, de un Hospital Universitario; esta Unidad atiende un número importante de pacientes quirúrgicos. En la selección de la muestra no se han incluido los pacientes de cirugía de urgencia, intubados, los que tuvieran hábito enólico, tratamiento psiquiátrico y aquellos que padecieran apnea del sueño^{2,22}, de igual forma, se han excluido los pacientes con imposibilidad de comunicarse. La edad media de los pacientes del estudio fue de 57,72 años, DS=14,81 (máx. 90 - mín. 17), 75 fueron hombres y 29 mujeres; todos ellos estuvieron ingresados en habitaciones abiertas, con una estancia en la Unidad entre 24 y 48 horas.

El período de sueño nocturno se consideró desde las 23 horas hasta las 7 de la mañana siguiente. Se determinó este intervalo debido a que todos los pacientes, a las 22 horas, tienen cuidados programados como fisioterapia respiratoria, medidas para favorecer el confort, etc. A partir de las 23 horas en la Unidad se intenta crear un entorno favorable al descanso, atenuando la luz ambiental, disminuyendo el tono de voz y cerrando parcialmente las cortinas siempre que la situación del paciente lo permita.

Instrumentos utilizados para la recogida de datos

1. Para conocer la percepción subjetiva que los pacientes tenían de su sueño nocturno se utilizó el cuestionario de cinco ítems de *Richards-Campbell (Richards-Campbell Sleep Questionnaire, RCSQ)*. Estos ítems han sido construidos en forma de una escala análoga visual (VAS). Las puntuaciones para cada ítem

las señala el paciente en una regla graduada de 100 mm, siendo el rango de 0 mm (peor sueño) a 100 mm (óptimo sueño). La puntuación total del RCSQ se calcula dividiendo la suma de las puntuaciones de los ítems entre cinco. Cada uno de los cinco ítems del cuestionario RCSQ explora un área de sueño de las cinco que se reflejan en los estudios de polisomnografía realizados en pacientes críticos⁶ (tabla 1).

Este cuestionario fue traducido del inglés al español siguiendo la técnica de la traducción inversa. En los análisis de fiabilidad del mismo, Richards et al, en el año 2000 obtuvieron un alfa Cronbach de 0,90; y en cuanto a la validez, afirman que el análisis factorial sugiere que el RCSQ es una escala unidimensional, donde la puntuación total puede representar el constructo del sueño⁶. En este estudio se ha obtenido un alfa Cronbach de 0,89.

Por otro lado, hemos considerado que el sueño había sido malo si los pacientes obtenían puntuaciones entre 0 y 33 mm, regular por encima de 33 hasta 66 y bueno mayores de 66 hasta 100 mm.

Al finalizar el cuestionario se anotaban literalmente los comentarios que el paciente expresaba con relación al sueño nocturno de esa noche, se les preguntaba cómo dormían previamente en su domicilio y si tomaban algún inductor del sueño de forma habitual.

2. Además, de todos los pacientes se recogieron los siguientes datos del Plan de Atención de Enfermería Informatizado:

- Características sociodemográficas: edad, sexo y tipo de cirugía.
- Cuidados realizados durante la noche que interrumpían el sueño de los pacientes, bien porque

estaban programados o porque los solicitaba el propio paciente, así como la frecuencia de la realización de los mismos.

- Tratamiento analgésico sedante e inductores del sueño administrados durante su estancia en la UCI.
- Las anotaciones que la enfermera del turno de noche realizaba con respecto al descanso nocturno del paciente. Durante el período de estudio, las enfermeras no recibieron ninguna indicación sobre cómo debían registrar la valoración del sueño, para que no modificaran su forma habitual de hacerlo; ni tampoco sabían a qué pacientes se les iba a realizar el estudio.

Recogida de datos

La recogida de datos se llevó a cabo durante un período de 3 meses y siempre la realizó una persona del equipo investigador entre las 9 y las 10 de la mañana. La primera noche estudiada de cada paciente corresponde, en 95 de ellos, a la primera del postoperatorio y en los 9 restantes a la segunda, ya que en la primera estaban intubados. De estos 95 pacientes, a 18 se les hizo el seguimiento del sueño durante dos noches consecutivas. Un requisito imprescindible, en el momento de la realización del cuestionario, era cerciorarse de que los pacientes comprendían perfectamente las preguntas, además, en cada uno de los ítems se les clarificaba que las percepciones positivas correspondían a los números elevados de la escala, mientras que las negativas correspondían a las cifras bajas.

Análisis de los datos

En primer lugar se utilizó la estadística descriptiva: medidas de frecuencia para las variables cuantitativas, medidas de tendencia central y de dispersión para las variables continuas. En segundo lugar se empleó la estadística inferencial: test de *t* de Student para muestras independientes y análisis de la varianza (ANOVA de un factor) entre la variable de interés y las otras variables del estudio. Para responder al segundo objeti-

vo de la investigación (grado de acuerdo entre la valoración del paciente y la de la enfermera) se utilizó el test de ANOVA de un factor, valorando su significación conjuntamente con su coeficiente de variación ($CV = \sqrt{\text{Media cuadrática intragrupo}/\text{Media total}}$). Finalmente, para determinar si existía diferencia entre la primera y la segunda noche, en los pacientes en los que se les realizó este seguimiento, se empleó la *t* de Student para muestras relacionadas.

La verificación de la consistencia interna de la escala se realizó determinando el coeficiente alfa Cronbach. Los cálculos se hicieron con el programa estadístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*). Las diferencias encontradas fueron declaradas como estadísticamente significativas con probabilidades asociadas inferiores al 5% ($p < 0,05$).

El análisis de contenido de los comentarios de los pacientes se ha realizado siguiendo las orientaciones de Edéll-Gustafsson et al²³ para clasificar los comentarios en diferentes categorías.

RESULTADOS

El tipo de cirugía al que fueron sometidos los 104 pacientes del estudio se muestra en la tabla 2. En la mayoría de los casos se trataba de cirugía tumoral, a excepción de los pacientes intervenidos de cirugía cardíaca. La puntuación total media del sueño de la primera noche postoperatoria obtenida en el cuestionario fue de 51,42 mm (DE = 21,84); los resultados de cada uno de los ítems se detallan en la tabla 3. Veintinueve pacientes (27,89%) tuvieron puntuaciones por encima de 66 mm, lo que se considera buen sueño; 48 pacientes (46,15%) puntuaciones intermedias, lo que indica un sueño regular, y 27 pa-

Tabla 2. Distribución de pacientes según el tipo de cirugía a la que han sido sometidos (n = 104)

Tipo de cirugía	Nº pacientes	(%)
Abdominal	41	(39,4)
Cardíaca y vascular	25	(24,0)
Torácica	15	(14,4)
ORL, plástica	14	(13,5)
Neurocirugía	9	(8,7)

Tabla 3. Puntuaciones obtenidas en el cuestionario Richards-Campbell (n = 104)

Ítems	Punt. media (mm)	DE	Mín.-máx.
Mi sueño la pasada noche fue: sueño profundo/sueño ligero	50,64	26,29	0-100
La noche pasada la primera vez que me dormí: me quedé dormido casi inmediatamente/no conseguí quedarme dormido	55,74	27,06	0-100
La pasada noche: apenas me desperté/estuve toda la noche despierto	42,08	24,33	0-90
La pasada noche cuando me desperté o me despertaron: me volví a dormir inmediatamente/no pude volver a dormirme	56,15	25,64	0-100
Yo describiría cómo he dormido la pasada noche: he dormido bien/he dormido mal	52,66	27,67	0-100
Puntuación total	51,42	21,84	0-94

cientes (25,96%) obtuvieron puntuaciones bajas, es decir durmieron mal. El patrón de sueño que tenían previamente a la cirugía era bueno en el 66,3% (69) de los casos, regular en el 22,1% (23) y malo en el 11,5% (12); de todos ellos, un 22,1% (23) tomaba fármacos para dormir habitualmente, frente al 77,9% (81) que no lo hacía.

Al comparar las puntuaciones obtenidas en UCI con su patrón de sueño previo se observa que el 54,8% de los pacientes (57 p) duerme peor en la UCI, el 32,7% (34 p) igual y el resto, 12,5% (13 p), duerme mejor.

Los 18 pacientes a los que se les aplicó el cuestionario dos noches consecutivas obtuvieron una puntuación total media de 52,52 mm (DE = 25,28), frente a 64,94 mm (DE = 24,03) en la segunda noche, esta diferencia no es estadísticamente significativa.

Al comparar la edad (17-50, > 50-69, > 69-90 años) sexo y tipo de cirugía de los pacientes con sus respectivas puntuaciones totales en el cuestionario no se encuentran diferencias estadísticamente significativas.

Con respecto a la frecuencia de la realización de cuidados durante la noche se obtuvieron los siguientes resultados: en 16 pacientes se registraron cuidados en una o dos ocasiones, correspondiendo una puntuación total media en el cuestionario RCSQ de 53,90 mm (DE = 22,36); en 67 pacientes se realizaron cuidados entre 3 y 5 ocasiones, la puntuación total media fue de 51,53 mm (DE = 21,87); y en los 21 pacientes restantes cuya puntuación fue de 49,19 mm (DE = 22,23) se llevaron a cabo cuidados entre 6 y 9 veces. Al comparar las puntuaciones totales con la

frecuencia de realización de cuidados no se encuentran diferencias estadísticamente significativas. La figura 2 muestra el tipo de cuidados y el número de pacientes a los que se les realizaron.

En relación con el tipo de analgesia administrada a los pacientes, se observa que los que recibieron analgesia no morfínica (69 p) obtuvieron puntuaciones más bajas «peor sueño» ($\bar{x} = 47,01$ mm DE = 23,17) que los 35 pacientes que fueron tratados con opiáceos mediante analgesia controlada por el paciente, endovenosa o epidural ($\bar{x} = 60,11$ mm DE = 15,97) encontrándose significación estadística ($p = 0,003$). Además, en la primera noche postoperatoria, a 20 pacientes se les administró un sedante para favorecer el descanso.

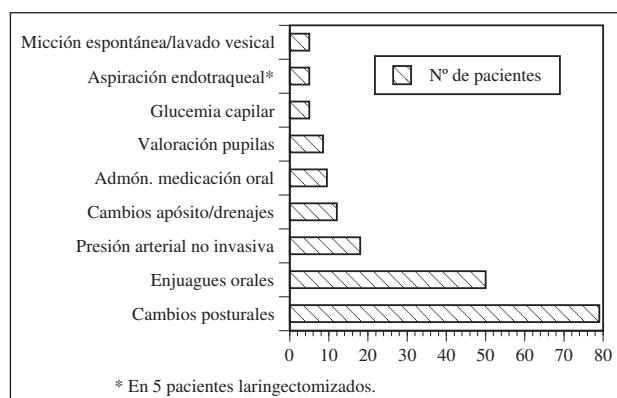


Figura 2. Número de pacientes y tipo de cuidados realizados durante la noche.

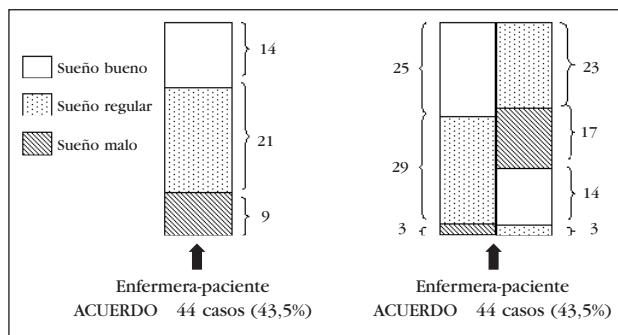


Figura 3. Distribución del número de acuerdos y desacuerdos entre la enfermera y el paciente sobre el descanso nocturno de los pacientes (101 comparaciones).

De los 104 casos del estudio, la valoración de enfermería se registró en 101 ocasiones, las enfermeras describieron que el sueño había sido bueno en 39 pacientes (38,61%), regular en 50 (49,51%) y malo en 12 (11,88%). El grado de acuerdo entre la valoración de la enfermera y la del paciente se evaluó mediante un análisis de la varianza, encontrándose diferencias significativas ($p < 0,05$) con un coeficiente de variación

de 36,88%, lo cual indica que existe un acuerdo relativo entre ambas valoraciones. Además, revisando cada uno de los casos, se observa que existe un total acuerdo en 44 casos (43,56%) y desacuerdo en los 57 (56,44%) restantes, de estos últimos, sólo en dos ocasiones se vio que el desacuerdo era total, ya que cuando la enferma anotaba que el paciente había dormido bien éste afirmaba que había pasado una mala noche. En la figura 3 se muestran estos resultados con detalle.

Finalmente, 96 pacientes realizaron comentarios en los que reflejaban las causas por las cuales ellos pensaban que su descanso no había sido adecuado. En la tabla 4 se muestran las cinco categorías que surgen del análisis de los comentarios y a continuación se presentan algunas frases textuales que ilustran cada una de ellas.

Comentarios referidos a la categoría *atención de enfermería*:

- «Me despertaba cada vez que se acercaba la enfermera».
- «Me despertaba cuando me hacían cuidados».
- «En general he dormido bien, salvo el momento que me han tenido que sondar».

Tabla 4. Categorías surgidas de los comentarios de los pacientes en relación con el sueño nocturno

Categoría	Subcategorías	Nº pacientes
Atención de Enfermería	Detectar la presencia de la enfermera Realización de cuidados y procedimientos de Enfermería	11
Condiciones ambientales	Ruido: - Del entorno - Aparatos, alarmas, oxígeno, teléfono - Voces del personal - De otros pacientes Las luces Temperatura elevada	18
Alteraciones del bienestar derivadas de la cirugía y anestesia.	Dolor Incomodidad por la postura, presencia de tubos, mascarilla O ₂ Preocupación, nerviosismo y ansiedad Sensación de falta de aire Sed Nauseas y vómitos Fiebre	21
Lentitud en el paso del tiempo	Estar pendientes del reloj	12
Predisposición hacia el descanso nocturno en UCI	Ideas preconcebidas	10
		4
		3
		2
		1
		8
		6

64

Categoría condiciones ambientales:

- «He dormido a ratos, había mezcla de ruidos. Estoy segura que si no hubiera habido tanto ruido habría dormido mejor».
- «Las alarmas me despertaban y me volvía a dormir».
- «Oía hablar... algunas risas... los pitidos del monitor... por todas esas cosas creo que no he dormido bien».
- «A veces oía a la señora de la habitación de al lado...».
- «La luz me molestaba... el destello de la luz de la habitación de al lado me molestaba...».
- «Sólo he dormido 4 horas porque tenía calor».

Categoría alteración del bienestar derivado de la cirugía y anestesia:

- «He pasado mala noche porque tenía dolor de cabeza y cuello».
- «Me despertaba por molestias y dolor».
- «He dormido poco por dolor, sobre todo al toser».
- «Aunque los calmantes me aliviaban mucho, me dolía».
- «Por lo general la noche ha sido buena, el inconveniente han sido las náuseas».
- «Tenía sensación de ahogo al no poder respirar por la nariz».
- «No podía girarme porque tenía tubos por todos los lados, generalmente duermo de lado».
- «Me despertaba con frecuencia por la sed».
- «He tenido mala noche por la fiebre».
- «No he dormido hasta las 2 horas porque estaba preocupado».
- «Estuve toda la tarde con desasosiego... no podía conciliar el sueño».
- «Estaba ansiosa, estaré bien o no estaré bien; en la UCI no se puede dormir bien».

Categoría lentitud en el paso del tiempo:

- «El reloj no corría».
- «El reloj iba muy despacio».
- «Estuve toda la noche mirando el reloj... se ha hecho eterna».
- «He dormido mal, cada cuarto de hora veía el reloj».

Finalmente los comentarios siguientes ilustran la categoría *predisposición hacia el descanso nocturno en UCI*:

- «No he dormido muy bien, pero esperaba dormir peor».
- «Venía predisposto a no dormir y creo que el no dormir ha sido consecuencia de un conjunto de cosas».
- «Dormí bien hasta las tres, pensaba estar nerviosa y con dolor pero no ha sido así».
- «Para lo que me esperaba he dormido muy bien sin dolor a pesar de despertarme».
- «No he dormido, pero he pasado mejor noche de lo que pensaba».
- «Creía que iba a estar más incómoda».

DISCUSIÓN

Analizando las puntuaciones obtenidas en el cuestionario de Richards-Campbell se puede afirmar que el perfil de sueño de los pacientes se ha caracterizado por ser un sueño ligero, con despertares frecuentes y que generalmente cuando se despertaban o les despertaban les costaba relativamente poco volver a dormirse. Este perfil de sueño presenta aspectos similares a los descritos por Rosenberg-Adamsen et al en 1996¹⁵, y en otras investigaciones realizadas en Unidades de Cuidados Intensivos, con diferentes poblaciones de pacientes críticos médicos y quirúrgicos^{2,12,14,21,24}. Estos trabajos señalan que los pacientes tienen el sueño fragmentado, sin completar los ciclos de sueño, con aumento del período de sueño ligero (I NREM), disminución de los períodos de sueño profundo (III y IV NREM) y del período REM; en otras palabras, tienen una peor calidad de sueño.

Wood²⁵ en 1993, y Redeker¹⁶ en el año 2000, en sus amplias revisiones bibliográficas sobre el sueño de los pacientes ingresados en hospitales de agudos y en Unidades de Cuidados Intensivos, llegan a las mismas conclusiones que los anteriores investigadores, además Redeker¹⁶ añade que existe aumento del porcentaje del sueño diurno.

Se sabe que con la edad se sufren alteraciones en la estructura normal del sueño²⁶⁻²⁷, en este estudio no se han visto diferencias al comparar la calidad del sue-

ño entre los menores de 50 años y los de edad más avanzada. Simpson et al²⁸ al comparar el sueño de los pacientes de cirugía cardíaca de mediana edad con los mayores tampoco encontraron diferencias significativas. Estos mismos autores al relacionar el sexo con la calidad del sueño tampoco encontraron diferencias significativas, dato que se corrobora en nuestro estudio, si bien las mujeres obtienen una puntuación media más alta que los hombres. De todas formas, Redeker, en su revisión bibliográfica¹⁶, indica que hay una gran variabilidad de resultados y sugiere la necesidad de realizar futuros estudios sobre la influencia potencial de la edad y el sexo en el sueño de las personas con un proceso agudo.

Los factores señalados en los comentarios de los pacientes, como causas de haber tenido un peor sueño, corroboran los resultados obtenidos por otros autores^{13,16,23,25,29,30}. Entre los factores ambientales los pacientes citan el ruido como uno de los más importantes; en la bibliografía hay trabajos realizados en el medio clínico^{10,31} y en el laboratorio, en los que al controlar el nivel de ruido se obtiene una mejor calidad de sueño^{1,7,8,32}. Otra causa destacada como perturbadora del sueño ha sido el dolor; el hecho de que los pacientes que recibieron analgesia no morfínica tuvieran peor calidad de sueño es significativo y además queda ratificado por el mayor número de comentarios, 14 de 21, realizados por este grupo de pacientes. También señalaremos que bastantes comentarios hacían referencia a las incomodidades debidas a la postura, a la presencia de tubos, etc., así como a la preocupación por la propia enfermedad. Estos hallazgos han sido descritos, de igual forma, en previos estudios^{12,33-34}. Llama la atención que los comentarios que citan la atención de enfermería como causa de alteración del sueño han sido pocos, además, no se han encontrado diferencias significativas entre la frecuencia de los cuidados y las puntuaciones obtenidas en la escala del sueño, una explicación a este resultado podría ser que con frecuencia se aprovechaba el momento en el que el paciente estaba despierto para la realización de los cuidados.

Es evidente que son muchos los factores que alteran el sueño, algunos de ellos, como la anestesia y la cirugía, en muchos pacientes raramente se pueden modificar; sin embargo, hay otros en los que las en-

fermeras podemos intervenir para mejorar la calidad del sueño de los pacientes. En primer lugar es de gran importancia conseguir un adecuado control del dolor, así como promover actividades que favorezcan el confort del paciente. Por otro lado, una buena coordinación entre los distintos miembros del equipo multidisciplinar puede proporcionar períodos de descanso más prolongados; además, se debe incidir en la disminución de los estímulos ambientales, incluso facilitando al paciente dispositivos que le aislen del medio (antifaz, tapones para los oídos, etc.)^{1,10,35-39}.

En relación con la valoración de la enfermera hay que señalar que existen varios estudios que comparan esta valoración con el registro del polisomnógrafo, en los que puede observarse que algunos autores encuentran un acuerdo entre las dos mediciones²⁰⁻²¹, mientras que otros refieren que existe una gran discrepancia, constatando que la valoración de la enfermera sobreestima la medición objetiva¹⁴. En nuestro caso, con la utilización del RCSQ (este cuestionario, como ya se ha mencionado, tiene una correlación con los datos obtenidos por la polisomnografía) se ha obtenido acuerdo entre la percepción del paciente y la observación de la enfermera en más de una tercera parte de los pacientes estudiados. Al comparar este resultado con los de Edwards & Schuring y Fontaine²⁰⁻²¹ lo podemos considerar relativamente bueno, ya que las enfermeras que participaron en estos estudios habían sido entrenadas para ello. Por otro lado, al analizar los casos de nuestro estudio en los que hubo desacuerdo entre la opinión del paciente y de la enfermera, se observa, al igual que en el trabajo de Aurrell & Elmquist¹⁴, que éstas sobreestiman la percepción del paciente.

Finalmente añadiremos que en la aplicación del instrumento de medida (RCSQ) utilizado en el estudio, no se han encontrado dificultades a destacar, aunque en ocasiones los pacientes en lugar de señalar la puntuación que adjudicaban a cada ítem en la escala (VAS) la respondían verbalmente. Otros autores que han empleado esta misma escala apuntan también su facilidad de utilización^{6,36}. Por otro lado, hay investigadores que han estudiado en profundidad la utilización de la escala análoga visual (VAS), destacando que a pesar de que algunas personas encuentran dificultades para expresar su sensación subjetiva en una línea recta, esta

66 escala es más sensible que otros métodos empleados para la medición de fenómenos subjetivos⁴⁰⁻⁴².

CONCLUSIONES

1. La percepción que los pacientes quirúrgicos del estudio tienen del sueño nocturno en la UCI indica que éste es insuficiente.
2. La valoración que la enfermera realizaba del sueño nocturno de los pacientes coincide con la percepción de éstos en bastantes ocasiones, y cuando existe discrepancia la enfermera sobreestima el sueño del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wallace CJ, Robins J, Alvord LS. The effect of earplugs on sleep measures during exposure to simulated intensive care unit noise. *Am J Crit Care* 1999;8:210-9.
2. Richards KC, Bairnsfather L. A description of night sleep patterns in the critical care unit. *Heart Lung* 1988;17:35-42.
3. Evans JC, French DG. Sleep and healing in intensive care settings. *DCCN* 1995;14:189-99.
4. Finlay G. Sleep and intensive care. *Intensive Care Nurs* 1991;7: 61-8.
5. Pérez de Ciriza A, Otamendi S, Ezenarro A, Asiaín MC. Factores desencadenantes de estrés en pacientes ingresados en Cuidados Intensivos. *Enferm Intensiva* 1996;7:95-103.
6. Richards KC, O'Sullivan PS, Phillips RL. Measurement of sleep in critically ill patients. *J Nurs Meas* 2000;8:131-44.
7. Topf M, Bookman M, Arand D. Effects of critical care unit noise on the subjective quality of sleep. *J Adv Nurs* 1996;24: 545-51.
8. Snyder-Halpern R. The effect of critical care unit noise on patient sleep cycles. *Crit Care Q* 1985;8:41-51.
9. Gonzalo LM. Introducción. En: El sueño y sus trastornos. Pamplona: Eunsa; 1976. p. 13-6.
10. Olson DM, Borel CO, Laskowitz DT, Moore DT, Mc Connell ES. Quiet time: a nursing intervention to promote sleep in neuro-critical care units. *Am J Crit Care* 2001;10:747.
11. Simpson T, Lee ER, Cameron C. Relationships among sleep dimensions and factors that impair sleep after cardiac surgery. *Res Nurs Health* 1996;19:213-23.
12. Hilton BA. Quantity and quality of patients' sleep and sleep-disturbing factors in a respiratory intensive care unit. *J Adv Nurs* 1976;1:453-68.
13. Krachman SL, D'Alonzo GE, Criner GJ. Sleep in the intensive care unit. *Chest*; 107:1713-20.
14. Aurell J, Elmquist D. Sleep in the surgical intensive care unit: continuous polygraphic recording of sleep in nine patients receiving postoperative care. *Br Med J* 1985;290:1029-32.
15. Rosenberg-Adamsen S, Kehlet H, Dodds C, Rosenberg J. Postoperative sleep disturbances: mechanisms and clinical implications. *Br J Anaesth* 1996;76:552-9.
16. Redeker NS. Sleep in acute care settings: an integrative review. *J Nurs Sch* 2000;32:31-8.
17. Thelan LA, Davie JK, Urden LD. Sleep Care Plans. In: *Texbook of Critical Care Nursing Diagnosis and Management*. St Louis: The CV Mosby Company; 1990. p. 84-9.
18. Richardson SJ. A comparison of tools for the assessment of sleep pattern disturbance in critically ill adults. *DCCN* 1997; 16:226-39.
19. Richards K. Techniques for measurement of sleep in critical care. *Focus Crit Care* 1987;14:34-40.
20. Edwards GB, Schuring LM. Pilot study: validating staff nurses' observations of sleep and wake states among critically ill patients, using polysomnography. *Am J Crit Care* 1993;2: 125-31.
21. Fontaine DK. Measurement of nocturnal sleep patterns in trauma patients. *Heart Lung* 1989;18:402-10.
22. Thelan LA, Davie JK, Urden LD. Sleep Disorders. En: *Texbook of Critical Care Nursing Diagnosis and Management*. St Louis: The CV Mosby Company; 1990. p. 80-3.
23. Edéll-Gustafsson U, Arén C, Hamrin E, Hetta J. Nurses' notes on sleep patterns in patients undergoing coronary artery bypass surgery: a retrospective evaluation of patient records. *J Adv Nurs* 1994;20:331-6.
24. Cooper AB, Thornley KS, Young GB, Slutsky AS, Stewart TE, Hanly PJ. Sleep in critically ill patients requiring mechanical ventilation. *Chest* 2000;117:809-18.
25. Wood AM. A review of literature relating to sleep in hospital with emphasis on the sleep of the ICU patient. *Intensive Crit Care Nurs* 1993;9:129-36.
26. Floyd JA, Medler SM, Ager JW, Janisse JJ. Age-related changes in initiation and maintenance of sleep: a meta-analysis. *Res Nurs Health* 2000;23:106-17.
27. Thelan LA, Davie JK, Urden LD. Sleep physiology and assessment. In: *Texbook of Critical Care Nursing Diagnosis and Management*. St Louis: The CV Mosby Company; 1990. p. 73-9.
28. Simpson T, Lee ER. Individual factors that influence sleep after cardiac surgery. *Am J Crit Care* 1996;5:182-91.
29. Simpson T, Lee ER, Cameron C. Patients' perceptions of environmental factors that disturb sleep after cardiac surgery. *Am J Crit Care* 1996;5:173-81.
30. Southwell MT, Wistow GW. Sleep in hospitals at night: are patients' needs being met? *J Adv Nurs* 1995;21:1101-9.

31. Aaron JN, Carlisle CC, Carskadon MA, Meyer TJ, Hill NS, Millman RP. Environmental noise as a cause of sleep disruption in an intermediate respiratory care unit. *Sleep* 1996;19: 707-10.
32. Topf M. Effects of personal control over hospital noise on sleep. *Res Nurs Health* 1992;15:19-28.
33. De Haro Marín S, Orgiler Uranga PE, Navarro Arnedo JN, Vela Morales C. Cómo duermen los pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Enfermería Clínica* 1998;9:251-6.
34. Calvete Vázquez R, García Arufe MB, Uriel Latorre P, Fernández López V, Medín Catoira B. El sueño de los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos y los factores que lo alteran. *Enferm Intensiva* 2000;11:10-6.
35. Richards KC. Effect of a back massage and relaxation intervention on sleep in critically ill patients. *Am J Crit Care* 1998; 7:288-99.
36. Williamson JW. The effects of ocean sounds on sleep after coronary artery bypass graft surgery. *Am J Crit Care* 1992;1:91-7.
37. Edwards GB, Schuring LM. Sleep protocol: a research-based practice change. *Crit Care Nurse* 1993. p. 84-8.
38. Daly L. Sleep deprivation in ICU. *Inf & Hs* 1989 (Nov-Dic). p. 14-7.
39. Richards KC, Benham G, Declerk L. Promoting Sleep in Acute and Critical Care In: AACN. *Protocols for Practice. Creating a Healing Environment*. Aliso Viejo (USA): AACN; 1998. p. 1-31.
40. Gift AG. Visual Analogue Scales: Measurement of Subjetive Phenomena. *Nurs Res* 1989;38:286-8.
41. Lee KA, Kieckhefer GM. Technical Notes Measuring Human Responses Using Visual Analogue Scales. *West J Nurs Res* 1989;11:128-32.
42. Wewers ME, Lowe NK. A Critical Review of Visual Analogue Scales in the Measurement of Clinical Phenomena. *Res Nurs & Health* 1990;13:227-36.