



CARTA AL DIRECTOR

Mejorar el sueño nocturno de los pacientes críticos



Improve night sleep in critical patients

Hemos leído con interés el artículo publicado por Carrera-Hernández et al.¹ sobre la percepción del sueño en pacientes adultos ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos tratando además de identificar los factores que dificultan el sueño nocturno. Queremos felicitar a los autores por su trabajo y aportar los datos de un estudio que hemos realizado en nuestra Unidad.

Se trata de una UCI médico-quirúrgica con 30 camas en un hospital universitario de tercer nivel. En diciembre de 2017 se realizó una encuesta para conocer la calidad del sueño en la Unidad e identificar los factores que pudieran alterarlo. Nuestra muestra estuvo formada por 150 pacientes (63% quirúrgicos), el 62% hombres con una edad media de 60 años. El 59,3% de los encuestados respondieron no haber dormido adecuadamente en la Unidad. La toma de constantes nocturnas fue el único factor que se asoció de forma estadísticamente significativa con no haber dormido adecuadamente ($p=0,001$). En nuestra encuesta no se asoció a problemas con el sueño el ruido en la Unidad ($p=0,21$) o la luz ($p=0,46$) en la Unidad. También analizamos, sin encontrar asociación estadística con no haber dormido adecuadamente, el sexo ($p=0,73$), antecedentes personales tales como la toma previa de hipnóticos ($p=0,62$), las alteraciones previas del sueño ($p=0,16$) o los antecedentes de enfermedad psiquiátrica ($p=0,24$).

La falta de sueño y su fragmentación en UCI es un problema que afecta a una parte importante de los pacientes críticos (casi el 60% según nuestros datos) y que tiene consecuencias negativas en la recuperación física y psíquica siendo además un factor de riesgo para el desarrollo de *delirium*. Un reciente documento de la SEMICYUC recomienda prever el desarrollo del *delirium* facilitando el sueño mediante el control de la luz, ruido y los estímulos nocturnos².

A diferencia de lo que hallan Carrera-Hernández et al.¹ u otro estudio también reciente en pacientes en el postoperatorio de cirugía cardíaca³, el ruido no constituye uno de los factores que explican las alteraciones del sueño en nuestra UCI. El ruido es ocasionado en su mayoría por factores humanos principalmente por las conversaciones del personal sanitario y en momentos determinados como los cambios de

turno⁴. La disposición en boxes cerrados y tener sonómetros repartidos por la Unidad para alertar del nivel de ruido pueden explicar este hecho que a nosotros también nos llamó la atención.

Nuestros datos sí apuntan claramente a que debemos evaluar a diario en los pacientes ingresados si su situación de estabilidad clínica permite espaciar los controles y cuidados nocturnos (toma de tensión arterial incruenta, medición del débito urinario por h, controles de glucemia, etc.) para así facilitar el sueño. Con el objeto de favorecer el sueño, la pregunta «¿se pueden espaciar los controles nocturnos?» se incluye en el Registro de Objetivos Compartidos que deben realizar conjuntamente enfermería y medicina.

Nuestro estudio tiene como principal debilidad el no haber empleado una escala validada en pacientes críticos como es la escala de sueño de Richards-Campbell. Sin embargo, hemos querido compartir nuestros hallazgos haciendo hincapié en la importancia de identificar en cada Unidad los factores que influyen en el descanso de nuestros pacientes. Estos factores pueden ser en muchos casos comunes y en otros particulares dadas las características estructurales de la Unidad, tipo de paciente o modelo organizativo. Todos estamos embarcados en humanizar la asistencia en las Unidades de Cuidados Intensivos⁵. Para ello, evitar todos los factores que impidan el descanso y el sueño nocturno de nuestros pacientes es una parte esencial de este reto.

Bibliografía

1. Carrera-Hernández L, Aizpitarte-Pejenaute E, Zugazagoitia-Ciarrusta N, Goñi-Viguria R. Patients' perceptions of sleep in a Critical Care Unit. *Enferm Intensiva*. 2018;29:53–63.
2. Hernández-Tejedor A, Peñuelas O, Sirgo Rodríguez G, Llompert-Pou JA, Palencia Herrejón E, Estella A, et al. Recommendations of the Working Groups from the Spanish Society of Intensive and Critical Care Medicine and Coronary Units (SEMICYUC) for the management of adult critically ill patients. *Med Intensiva*. 2017;41:285–305.
3. Navarro-García MÁ, de Carlos Alegre V, Martínez-Oroz A, Irigoyen-Aristorena MI, Elizondo-Sotro A, Indurain-Fernández S, et al. Quality of sleep in patients undergoing cardiac surgery during the postoperative period in intensive care. *Enferm Intensiva*. 2017;28:114–24.
4. Garrido Galindo AP, Camargo Caicedo Y, Vélez-Pereira AM. Noise level in intensive care units of a public university hospital in Santa Marta (Colombia). *Med Intensiva*. 2016;40:403–10.

5. De la Fuente-Martos C, Rojas-Amezcu M, Gómez-Espejo MR, Lara-Aguayo P, Morán-Fernandez E, Aguilar-Alonso E. Humanization in healthcare arises from the need for a holistic approach to illness. *Med Intensiva*. 2018;42:99–109.

M. García-Sánchez^{a,*} y M.D. González-Caro^b

^a *Medicina Intensiva, UCI, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España*

^b *UCI, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: manuelagarcisan@hotmail.com

(M. García-Sánchez).