

RESUMEN DE REVISIÓN COCHRANE

Intervenciones no farmacológicas para la promoción del sueño en la UCI[☆]



Non-pharmacological interventions for sleep promotion in the ICU

M. Acevedo-Nuevo (RN, MSc, PhD candidate)^{a,*} y A. San José-Arribas (RN, MSc, PhD)^b

^a Enfermera Coordinadora de Trasplantes Nacional, Organización Nacional de Trasplantes, España

^b Profesora Escuela Universitaria de Enfermería de Sant Pau, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España

Pregunta

Esta revisión pretende evaluar la eficacia de las intervenciones no farmacológicas para la promoción del sueño en pacientes críticos adultos ingresados en la UCI, establecer si son seguras y clínicamente efectivas para mejorar la calidad del sueño y reducir la duración de la estancia en UCI, y valorar si son costo-eficientes¹.

Importancia para Enfermería

El sueño es una necesidad básica y un componente crítico en la curación durante la enfermedad crítica. Los pacientes en la UCI a menudo experimentan sueño deficiente y despertares frecuentes como consecuencia de la enfermedad subyacente, el dolor e incomodidad procedentes de las intervenciones, el estrés físico y psicológico, los cambios

en los patrones del sueño relacionados con la edad y el entorno de la UCI en sí mismo. Las investigaciones muestran que algunos de los efectos adversos del sueño precario en la población de pacientes críticos implican daños en la función inmune, alteraciones en el destete de la ventilación mecánica, mayores tasas de delirio y disfunción neurocognitiva prolongada. Existen intervenciones farmacológicas que pueden ayudar a conciliar el sueño, pero estos fármacos pueden tener efectos secundarios, como depresión respiratoria y riesgo de tolerancia o dependencia. Por este motivo, en el ámbito clínico se han buscado intervenciones no farmacológicas para mejorar el sueño que engloban una amplia variedad de prácticas. En general, incluyen las siguientes categorías: psicológicas, como intervenciones cognitivas o comportamentales; complementarias, como terapia musical, aromaterapia, masaje, visualización guiada y acupresión; ambientales, como sincronización de las actividades de la UCI con la luz diurna y reducción del ruido; sociales, como el apoyo familiar; y relacionadas con el equipamiento, como la optimización del modo de ventilación o el tipo de ventilador. Las revisiones sistemáticas disponibles han encontrado que las intervenciones no farmacológicas son beneficiosas para la promoción del sueño en varias poblaciones de pacientes^{2–4}, pero la evidencia aún no es concluyente sobre el impacto de esas intervenciones en los pacientes críticos. Los autores de esta revisión Cochrane incluyeron la evidencia más reciente que evaluaba la eficacia clínica de distintos tipos de intervenciones no farmacológicas en el sueño de los pacientes críticos adultos.

[☆] Este artículo es la traducción del resumen realizado por: Cass Piper Sandoval, RN, MS, CCRN, CCNS a la revisión sistemática Cochrane: Hu RF, Jiang XY, Chen J, Zeng Z, Chen XY, Li Y et al. Non-pharmacological interventions for sleep promotion in the intensive care unit. Cochrane Database Syst Rev. 2015;10:CD008808. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD008808.pub2/full>.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: m.acevedo.nuevo@gmail.com
(M. Acevedo-Nuevo).

Descripción del estudio y resultados

Los estudios seleccionados para esta revisión incluyen ensayos controlados aleatorizados (ECA) y ensayos controlados cuasialeatorizados de intervenciones no farmacológicas para el sueño en cuidados críticos o UCI. Los participantes fueron pacientes de 18 años de edad o mayores, estables hemodinámicamente y con una estancia en UCI mayor de 24 h. Se incluyeron pacientes quirúrgicos y no quirúrgicos con o sin ventilación mecánica, se excluyeron los estudios que incluían participantes con apnea obstructiva del sueño o demencia, o en situación terminal o que requerían cuidados paliativos.

La intervención de interés incluyó cualquier tipo de intervención no farmacológica para el sueño, sola o en combinación con otras intervenciones que cumplieran los criterios de inclusión. La revisión incluyó ensayos clínicos de: modo o tipo de ventilación; tapones para los oídos, antifaces, o ambos; masajes; intervenciones relajantes; baños de pies; intervenciones musicales; aromaterapia; acupresión con valeriana; enmascaramiento sonoro y cambios en los horarios de visita familiar. Las intervenciones de comparación fueron otras intervenciones farmacológicas o no farmacológicas, o el cuidado enfermero habitual. Las mediciones de resultados primarios incluyeron cambios en las variables objetivas del sueño, duración de la estancia en UCI y mortalidad. Las variables objetivas del sueño incluyeron tiempo de sueño en la fase de movimientos oculares rápidos, latencia de sueño de movimientos oculares rápidos, índice de eficiencia del sueño e índice de fragmentación del sueño medidos mediante polisomnografía, actigrafía o índice de monitorización biespectral. Los resultados secundarios incluyeron eventos adversos, riesgo de delirio en la UCI, cambios en la calidad o la cantidad de sueño percibida por pacientes o enfermeras, riesgo de estrés postraumático al alta y aspectos económicos.

Dos revisores, de forma independiente, revisaron los resúmenes, evaluaron los textos completos usando un formulario estandarizado para la extracción de datos, valoraron el riesgo de sesgo y resolvieron cualquier discrepancia con un tercer autor. Se incluyeron 30 ECA (29 ECA, un cuasi-ECA) con 1.569 participantes en la revisión: 8 ensayos en Asia, 11 en Europa y 9 en Estados Unidos. Las intervenciones fueron heterogéneas entre los estudios en términos de tipicidad, duración, intensidad y metodología. Por este motivo, solo 3 estudios comparando tapones para los oídos y antifaces o ambos facilitaron datos apropiados para 2 distintos metaanálisis. Los datos dicotómicos fueron analizados individualmente con intervalos de confianza del 95%. Los revisores comprobaron la heterogeneidad usando el estadístico I^2 , y no agruparon los resultados si no existía heterogeneidad clínica significativa. El resto de los estudios fueron descritos en un resumen narrativo.

Resumen de los principales resultados

- En general, la calidad de la evidencia de las intervenciones no farmacológicas en los resultados primarios y secundarios fue baja o muy baja según la clasificación GRADE de Cochrane. Esto se debió a las grandes

variaciones entre estudios y al significativo riesgo de sesgos en la metodología de las investigaciones.

- *Variables objetivas del sueño* (16 estudios): no hubo efecto congruente sobre el tipo de ventilador o modo de ventilación; uso de los tapones de oídos, antifaces o ambos; o intervenciones musicales sobre las variables objetivas del sueño. Los baños de pies no tuvieron efecto; sin embargo, un estudio comparando el masaje de espalda, una intervención de relajación combinada y el cuidado habitual encontraron puntuaciones más altas en el índice de eficiencia del sueño en los grupos de intervención.
- *Duración de la estancia en UCI*: solo un estudio examinó este resultado usando tapones para los oídos, antifaces y música inductora del sueño, y no hallaron efecto.
- *Eventos adversos* (5 estudios): hay evidencia de que el modo de ventilación tiene un impacto en la frecuencia de apneas centrales y en la asincronía paciente-ventilador; se produjeron más eventos adversos con la ventilación con presión de soporte que con la ventilación asistida/controlada o ventilación proporcional asistida.
- *Riesgo de delirio* (2 estudios): los datos agrupados mostraron que el uso de tapones o antifaces o ambos disminuyó significativamente el riesgo de delirio (riesgo relativo 0,55, intervalo de confianza al 95%: 0,38 a 0,80, $p = 0,002$).
- *Calidad o cantidad subjetiva del sueño* (18 estudios): usando diferentes escalas, 6 estudios informaron de un impacto positivo en la calidad subjetiva del sueño. Los datos agrupados de 2 de estos estudios mostraron que el uso de tapones/antifaces incrementaron significativamente la cantidad de sueño total (diferencia de medias: 2,19 h, intervalo de confianza al 95%: 0,41 a 3,96). Hay cierta evidencia de que la música (4 estudios), las técnicas de relajación (2 estudios), los masajes de pies (2 estudios), la acupresión (un estudio), las intervenciones enfermeras o sociales (un estudio) y el enmascaramiento sonoro (un estudio) condujeron a pequeñas mejoras en la cantidad y la calidad del sueño, pero los resultados no pudieron ser agrupados. Un estudio comprobó el impacto de la aromaterapia y no encontró efecto.
- Ningún estudio examinó el impacto de las medidas no farmacológicas en la mortalidad, el riesgo de estrés postraumático o los resultados económicos.

Implicaciones para las enfermeras

Los autores de la revisión consideraron la calidad global de la evidencia muy baja debido al riesgo de sesgos en la metodología de los estudios. También hubo variaciones clínicas significativas en los tipos de intervenciones no farmacológicas y en los resultados estudiados que hicieron imposible la agrupación de datos para metaanálisis en la mayoría de los estudios. A pesar de estas limitaciones, hay resultados significativos que pueden ser aplicados a la práctica de las enfermeras de cuidados críticos. El uso de tapones de oídos y antifaces parece promover un mejor sueño y disminuir el riesgo de delirio en la UCI. Esta intervención dirigida por enfermeras tiene poco o nulo riesgo de daño para el paciente. La evidencia procedente de estudios individuales también muestra que ciertos modos de ventilación mecánica están asociados a menores tasas de eventos adversos como

apneas centrales o asincronías con el ventilador. Las enfermeras conocedoras de los modos de ventilación que pueden fomentar un sueño seguro pueden proponerlo durante las reuniones de equipo. Se necesita una investigación de mayor calidad para valorar los efectos de las otras intervenciones no farmacológicas, incluyendo masajes, acupresión, música, intervenciones ambientales y otras, sobre el sueño en la UCI.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.enfi.2020.07.003](https://doi.org/10.1016/j.enfi.2020.07.003).

La misión de Cochrane Nursing (CN) es apoyar el trabajo de Cochrane, incrementando el uso de su biblioteca, y proporcionar una base de evidencia internacional para las enfermeras y los profesionales de la salud involucrados en la atención, dirección o investigación de los cuidados enfermeros. La CN produce columnas 'Cochrane Corner' (resúmenes de revisiones Cochrane recientes y relevantes para la atención enfermera) que se publican regularmente en las revistas colaboradoras del grupo relacionadas con la atención enfermera. Los autores originales y las citas completas de las revisiones Cochrane se especifican en cada columna. Estos resúmenes publicados llegan a un grupo mucho más amplio de enfermeras y agencias de salud relacionadas internacionalmente y permiten el acceso directo a resultados de evidencia altamente relevantes al que los trabajadores de salud a pie de cama tienen difícil acceso. La información sobre los procesos desarrollados por este grupo puede consultarse en: <https://nursing.cochrane.org/evidence-transfer-program-review-summaries>

Bibliografía

1. Hu RF, Jiang XY, Chen J, Zeng Z, Chen XY, Li Y, et al. Non-pharmacological interventions for sleep promotion in the intensive care unit. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;10, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD008808.pub2>. CD008808.
2. Cheuk DK, Yeung WF, Chung KF, Wong V. Acupuncture for insomnia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;9, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD005472.pub3>. CD005472.
3. Montgomery P, Dennis J. Bright light therapy for sleep problems in adults aged 60+. *Cochrane Database Syst Rev.* 2002;2, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD003403>. CD003403.
4. Montgomery P, Dennis J. Cognitive behavioural interventions for sleep problems in adults aged 60+. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003;1, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD003161>. CD003161.

