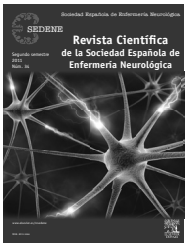
Rev Cient Soc Esp Enferm Neurol. 2011;**34(2)**:39-45

ELSEVIER DOYMA

Enfermería Neurológica

www.elsevier.es/rcsedene



ORIGINAL

¿Por qué se altera la necesidad de descanso-sueño en los pacientes ingresados en cuidados críticos?

Tania Tineo Drove[a,*], Almudena Montero Pérez[a], María José Trujillo González[a], Pamela Rodríguez Latorre[a], Mercedes Gómez Puyuelo[b], Henar Valdivieso López[c] y Marián Santos Ampuero[d]

[a]*Enfermera asistencial, Unidad de Reanimación del Área Quirúrgica, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España*
[b]*Supervisora, Unidad de Reanimación del Área Quirúrgica, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España*
[c]*Supervisora General de Hospitalización, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España*
[d]*Anestesióloga, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España*

PALABRAS CLAVE
Patrón descanso-sueño;
Cuidados de enfermería;
Cuidados posquirúrgicos

Resumen
Introducción: Los pacientes ingresados en cuidados intensivos tienen alterada en muchas ocasiones la necesidad de descanso-sueño. La etiología es muy diversa, pero los factores físicos y psicológicos de la intervención quirúrgica están íntimamente relacionados.
Objetivo: Como enfermeras expertas en el cuidado, hemos querido describir la percepción que tienen los pacientes ingresados en la Unidad de Reanimación Postanestesia respecto a la necesidad de dormir y descansar.
Material y métodos: Estudio observacional descriptivo, prospectivo y transversal, llevado a cabo en la Unidad de Reanimación Posquirúrgica del Hospital Universitario de La Princesa de Madrid, con una muestra de 50 pacientes a los que, mediante una entrevista semiestructurada, se ha valorado el patrón del sueño cuando permanecen ingresados en la unidad. Para ello hemos utilizado el Richmond Campbell Sleep Questionnaire (RCSQ).
Resultados: El análisis de la t de Student y de la regresión nos indica que no existen diferencias ni estadística, ni clínicamente significativas para las variables estudiadas, considerando un nivel de significación de $p < 0,05$.
Hemos considerado que el sueño era malo con puntuaciones entre 0 y 16,5, regular entre 16,5 y 33,3 y bueno entre 33,3 y 50, teniendo en cuenta la interpretación y validación del RCSQ.
Conclusiones y discusión: La tendencia general es que los pacientes valoran negativamente su descanso, duermen mal y se despiertan con gran frecuencia. Valoran su sueño como poco reparador. Califican su descanso de mala calidad y, aunque no tardan demasiado en conciliar el sueño, se despiertan en repetidas ocasiones durante la noche.
© 2011 Sociedad Española de Enfermería Neurológica. Publicado por Elsevier España, S.L.
Todos los derechos reservados.

*Autor para correspondencia.
Correo electrónico: ttdrove@hotmail.com (T. Tineo Drove).

2013-5246/$ - see front matter © 2011 Sociedad Española de Enfermería Neurológica. Publicado por Elsevier España, S.L.
Todos los derechos reservados.

KEYWORDS
Sleep-rest pattern;
Nursing care;
Post-surgical care

Why does the need for rest-sleep change in intensive care patients?

Abstract
Introduction: Patients admitted to Intensive Care often have an altered of rest-sleep cycle. The aetiology is very diverse but it is closely related to stress and surgical intervention.
Objective: The perception of patients admitted to the Post-Surgical Recovery Unit as regards their need to sleep and rest was studied by specialised nurses in intensive care.
Material and methods: An observational, prospective, descriptive and cross-sectional study was conducted in the Post-Surgical Recovery Unit of the Hospital Universitario de La Princesa in Madrid on a sample of 50 patients. A semi-structured interview using the Richmond Campbell Sleep Questionnaire (RCSQ) was performed to evaluate the sleep pattern during their stay in the Recover Unit.
Results: The Student *t* and regression analysis showed that there were no statistical or clinical differences for the studied variables considering a level of significance of $P < .05$.
We considered that sleep was poor for scores of 0-16.5, normal 16.5-33.3 and good 33.3-50, taking into account the interpretation and validation of the RCSQ.
Conclusions and discussion: The general trend is that the patients negatively value their rest, they sleep badly and wake up with great frequency. They value their sleep as not very refreshing. They qualify their rest as of poor quality, and although they do not take long to fall asleep, they wake up on repeated occasions during the night.
© 2011 Sociedad Española de Enfermería Neurológica. Published by Elsevier España, S.L.
All rights reserved.

Introducción. Antecedentes y estado actual del tema

En nuestra práctica diaria, las enfermeras realizamos un gran número de actividades. Todas ellas constituyen el proceso de atención de enfermería; sin embargo, no todas estas actividades están abaladas por la mejor evidencia científica[1-3] (fig. 1).

La necesidad del sueño constituye un problema importante en los pacientes ingresados en las unidades de críticos. En estas unidades se sabe que la conciliación y el mantenimiento del sueño es difícil. Por ello, el personal de enfermería ha de conocer cuáles son los principales factores que alteran esta necesidad, para poder actuar sobre ellos en la medida de lo posible y favorecer el adecuado bienestar de los pacientes, y así contribuir con ello a una disminución de la morbimortalidad asociada a la intervención quirúrgica[4].

Hay mucha bibliografía acerca de este tema: los pacientes duermen mal y no descansan. En la mayoría de las ocasiones se habla de pacientes en unidades de cuidados intensivos (UCI) (fig. 2), pero muy pocos son los estudios que hacen referencia a los pacientes postoperados. Teniendo en cuenta que la cirugía es una amenaza para la vida de los pacientes, nuestra intención es poder realizar una serie de cuidados para poder mejorar la calidad de vida del paciente, de este modo trabajaremos de acuerdo a una metodología enfermera que nos permita ser independientes en nuestro trabajo[5,6].

Desde el momento en que se diagnostica una enfermedad cuyo tratamiento va a requerir un ingreso hospitalario, tanto el paciente como sus familiares o cuidadores primarios se ven implicados en un proceso durante el cual pueden experimentar diversas alteraciones emocionales.

Hay estudios que afirman que durante su estancia en la UCI, las alteraciones emocionales citadas con más frecuencia por los pacientes son: la ansiedad, el estrés, la depresión o el denominado "síndrome de cuidados intensivos", en las que se encuentran implicados factores como el ruido ex-

Figura 1 Cuidados de enfermería.

Figura 2 Unidad de Reanimación.

cesivo que puede dificultar el sueño y el descanso, el dolor, las medidas empleadas para la ventilación que impiden que los pacientes se puedan comunicar adecuadamente, etc.[7] (fig. 3). Además, los pacientes suelen desarrollar un sentimiento de falta de control de sí mismos.

Parece adecuado que el tratamiento de estos pacientes sea multidisciplinario, atendiendo tanto las necesidades físicas relacionadas con la enfermedad, como las psicológicas.

Existen varios tipos de alteraciones ambientales, como restricciones de movimiento, posturas inadecuadas que no permiten al paciente conciliar el sueño, el ruido, las alarmas, los equipos de aspiración y los teléfonos como factores que contribuyen al malestar de los pacientes[8].

Además, las conversaciones del equipo sanitario (no sólo por el volumen de éstas) también se consideran una fuente de ruido y confusión, ya que en ocasiones los pacientes pueden llegar a entender parcialmente su sentido y significado y pueden producir miedo y ansiedad.

Por otro lado, la ausencia de ciertos ruidos "normales", como la televisión, la radio, el tráfico, conversaciones con amigos, etc., pueden identificarse como causa de estrés por algunos pacientes, los cuales alteran su patrón de descanso. Estos niveles de ruido pueden tener un impacto significativo en la cantidad y la calidad del sueño, y pueden convertirse en otro tipo de estresor y así formar un círculo vicioso[9].

El dolor también es uno de los factores que más preocupa a los pacientes[10,11].

El descanso nocturno de los pacientes ingresados en la UCI es un aspecto de gran importancia dentro del proceso de salud/enfermedad, ya que tiene una repercusión directa en su recuperación adecuada. Por todo esto, es interesante realizar estudios que permitan lograr el objetivo central para la enfermería: llevar a cabo cuidados excelentes[12,13].

Virginia Henderson define la enfermería como: "Ayudar al individuo sano y enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesarios. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible"[14]. Señala 14 necesidades humanas básicas que componen "los cuidados enfermeros", y es en estos puntos donde la enfermera va a desarrollar sus cuidados.

La quinta necesidad básica es la necesidad de descanso y sueño.

El vocablo sueño viene del latín *somnum* y hace referencia tanto al acto de dormir, como al deseo de hacerlo[15].

Desde épocas antiguas se han realizado multitud de estudios sobre este tema[16]. El sueño es un estado fisiológico, fácilmente reversible, en el que existe una desconexión sensitiva y motora con el medio. Los estudios de sueño se realizan normalmente con la polisomnografía, que permite la lectura y la interpretación del sueño en sus diferentes estados[17].

El sueño se clasifica en dos estados: *a)* sueño paradójico o REM *(rapid eye movement)*, y *b)* sueño no REM.

En resumen, las fases del sueño son las que se describen a continuación[18]:

a) Fase REM: fase en la que soñamos y captamos gran cantidad de información de nuestro entorno debido a la alta actividad cerebral que tenemos.
b) Fase no REM: se compone de cuatro estados que van desde el más superficial al más profundo:

Figura 3 Alteración del patrón del sueño: luz.

- Fase 1 (adormecimiento): es un estado de somnolencia, transición entre vigilia y sueño.
- Fase 2 (sueño ligero): disminuyen tanto el ritmo cardíaco como el respiratorio. Experimentamos variaciones en el tráfico cerebral, períodos de calma y súbita actividad. Es más difícil despertarse que en la fase 1 (50% del tiempo).
- Fase 3: fase de transición hacia el sueño profundo.
- Fase 4 (sueño delta): fase de sueño lento, cuesta mucho despertarnos estando en esta fase, que dura unos 20 minutos aproximadamente.

El sueño y la deprivación de éste constituyen un problema importante en los pacientes que son hospitalizados, y más aún en aquellos que se encuentran ingresados en la UCI, en los que su vida está amenazada y se encuentran alejados de su núcleo familiar y social[19].

Los pacientes ingresados en unidades de este tipo presentan una alteración del patrón de sueño en la que aparece un predominio de las fases 1 y 2 de sueño, acortamiento, disminución o ausencia de fases de sueño REM, despertares frecuentes y períodos de sueño diurno[20].

La falta de descanso para estos pacientes tiene repercusiones negativas que retrasan y entorpecen el postoperatorio.

Objetivos

Objetivo general

Describir la percepción que tienen los pacientes ingresados en la Unidad de Reanimación Postanestesia respecto a la necesidad de dormir y descansar.

Objetivos específicos

- Determinar qué factores son los que más influyen en la falta de descanso de los pacientes ingresados en nuestra unidad.
- Valorar si el tipo de intervención quirúrgica y la edad influyen en el patrón del sueño.

Material y métodos

Se trata de un estudio observacional, descriptivo, prospectivo y transversal[21,22]. La muestra la componen 50 pacientes ingresados de forma consecutiva en la Unidad de Reanimación del Hospital Universitario de La Princesa de Madrid, durante los meses de diciembre de 2009 a marzo de 2010, y que han permanecido al menos una noche ingresados en dicha unidad.

Criterios de Inclusión

— Pacientes ingresados en la Unidad de Reanimación, conscientes y orientados con Glasgow 15.

Criterios de exclusión

— Pacientes desorientados, dormidos o con efectos de la sedación.
— Con alteraciones psiquiátricas.
— Pacientes intubados (se incluye a los pacientes con ventilación mecánica no invasiva).

El personal de la unidad, previamente entrenado, recogió los datos en un cuestionario elaborado para dicho fin y ampliado por el personal investigador (Richmond Campbell Sleep Questionnaire [RCSQ]), validado científicamente para su posterior tabulación y análisis[23,24] (Anexo 1).

En nuestra unidad hemos utilizado el RCSQ modificado, debido a que nuestra población de referencia presenta edades avanzadas y la mayoría se encuentran bajo los efectos de la anestesia y la sedación. Por ello, se realizó una escala analógica visual (EVA) con valores comprendidos entre 0 y 50 m para valorar la percepción subjetiva del sueño. El cuestionario está constituido por 5 ítems, cada puntuación ha sido señalada por los pacientes en una regla numerada de 0 a 50 mm, donde 0 indica un sueño malo y poco reparador y 50, un sueño excelente.

Dicho cuestionario constituye un instrumento útil en la valoración de patrones de sueño en investigación, a través del cual los investigadores tenemos completamente definidos los indicadores de las variables que queremos registrar.

Los datos fueron recogidos a primera hora de la mañana antes de realizar el aseo personal de los pacientes, previa obtención del consentimiento informado. Se realizó la entrevista a todos los pacientes que habían permanecido la noche en la Unidad de Reanimación Postanestesia, independientemente del número de noches de ingreso.

Figura 4 Alteración del patrón del sueño: instrumentos.

Figura 5 Alteración del patrón del sueño: técnicas de enfermería.

Variables de estudio

Variable independiente

a) Factores de la unidad que alteran el patrón de descanso y sueño de los pacientes ingresados, así como variables demográficas: edad, sexo y tipo de cirugía.

— Ruido/alarmas (fig. 4).
— Luz.
— Medio ambiente.
— Intervenciones terapéuticas (fig. 5).
— Dolor.
— Temor y ansiedad.
— Falta de intimidad.
— Frío y calor.
— Posición incómoda y cambios posturales.
— Medicación administrada.

Variable dependiente

a) Calidad de sueño percibida por los pacientes posquirúrgicos.

— Profundidad del sueño.
— Facilidad para quedarse dormido.
— Número de veces que se despierta.
— Tiempo que permanece despierto.
— Calidad del sueño.

Para el análisis estadístico, se creó una base de datos con el programa estadístico SPSS V.13, y se realizaron los cálculos[25] siguientes:

— Análisis descriptivo de cada una de las variables observadas. Consiste en un análisis básico, pero fundamental en un estudio, para estimar la calidad subjetiva del sueño de los pacientes ingresados en la Unidad de Reanimación Postanestesia.
— El análisis de la t de Student para determinar cómo influye cada variable estudiada en los parámetros del RCSQ (las variables que hemos estudiado son: la administración de medicación para el sueño en la Unidad de Reanimación Postanestesia y la calidad de sueño en el domicilio).
— Así como un análisis de la regresión lineal para estimar si la edad del paciente influye en los resultados del test.

Resultados

Tras el análisis descriptivo de los datos, hemos obtenido los resultados siguientes[26].

— De los 50 pacientes, el 58% (29 pacientes) eran varones, frente al 42% (21 pacientes) que eran mujeres, con una media de edad ± desviación estándar de 58,7 ± 19,3.
— A un 32% (16 pacientes) se les administró medicación en la Unidad de Reanimación Postanestesia para conciliar el sueño frente a un 68% (34 pacientes) que no tomaron nada.
— Un 82% (41 pacientes) de los pacientes refieren tener un sueño reparador en el domicilio frente a un 18% (9 pacientes) que presenta problemas en cuanto a la conciliación y mantenimiento de éste.
— Un 80% (40 pacientes) no toma ninguna medicación en su domicilio con este fin frente a un 20% (10 pacientes) que sí lo precisa.

— Un 60% (30 pacientes) estuvieron ingresados en la Unidad de Cuidados Críticos frente a un 40% (20 pacientes) que permanecieron en la Unidad de Cuidados Intermedios.

El análisis de la t de Student revela que no hay diferencias ni estadísticamente ni clínicamente significativas para las variables estudiadas, considerando un nivel de significación de $p < 0,05$.

El análisis de la regresión lineal no nos aporta los mismos datos que quedan demostrados en la bibliografía científica, ya que los resultados indican que la edad no influye en la calidad global de sueño percibida por los pacientes ingresados en la Unidad de Reanimación Posquirúrgica.

Al analizar cada una de las variables medidas con el RCSQ (a través de una escala analógica modificada con valores comprendidos entre 0 y 50 mm), hemos obtenido los resultados siguientes (tabla 1).

Considerando en la EVA un valor de 0 cuando se trataba de un sueño ligero, si el paciente se dormía inmediatamente, si no había despertares frecuentes, si se volvía a dormir después de dichos despertares y si el sueño se clasificaba como óptimo y 50 cuando se trataba de un sueño profundo, el paciente tardaba en conciliar el sueño, tenía despertares frecuentes y después no lograba conciliar el sueño de nuevo, y si en general el sueño era peor (fig. 6).

Hemos considerado que el sueño era malo con puntuaciones entre 0 y 16,5, regular entre 16,5 y 33,3 y bueno entre 33,3 y 50, teniendo en cuenta la interpretación y validación del RCSQ.

Asimismo, en el cuadro se engloba el 50% del valor central y la línea media obtenida es la mediana de la muestra.

Teniendo en cuenta la bibliografía científica, hemos analizado cada uno de los factores externos que también podrían perturbar la calidad del patrón de descanso-sueño, y hemos obtenido los resultados que adjuntamos a continuación, aceptándose en la escala EVA un valor de 0 como sueño óptimo y un valor de 50 como sueño peor (tabla 2).

Considerando en la EVA un valor de 0 cuando no se altera el estado del paciente y 50 cuando el grado y la intensidad de la molestia son máximos (fig. 7).

Tabla 1 Prueba de la t de Student y análisis de la regresión de la percepción de la calidad de sueño que presentan los pacientes mediante una escala visual analógica donde 0 es un sueño malo y 50 un sueño reparador

	Media X	Desviación estándar
Sueño profundo/ligero	25,70	2,19
Se duerme inmediatamente	25,10	2,40
Despertares frecuentes	30,60	2,31
Vuelve a dormirse después	25,60	2,45
Calidad del sueño	26,40	2,33

Tabla 2 Prueba de la t de Student y análisis de la regresión donde se valora por parte del paciente las variables independientes que influyen en el patrón de descanso-sueño

	Media X	Desviación estándar
Ruidos	22,90	2,31
Luz	22,00	2,42
Medio ambiente	19,70	2,35
Personal de enfermería	10,40	1,60
Dolor	22,00	2,69
Miedo-temor	18,00	2,52
Falta de intimidad	16,10	2,40

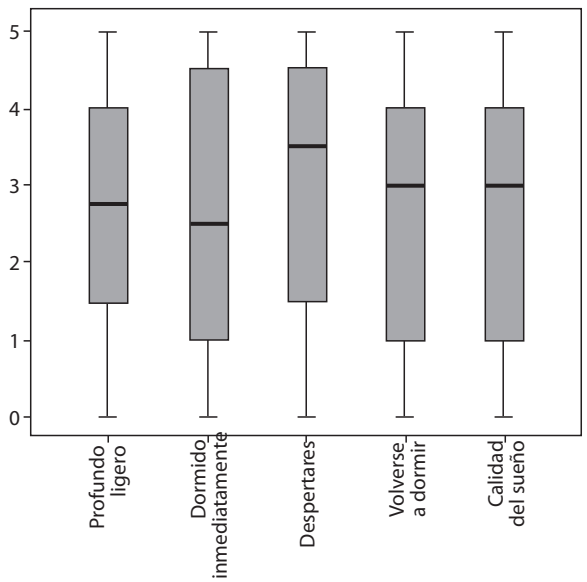


Figura 6 En el cuadro se engloba el 50% del valor central y la línea media obtenida es la mediana de la muestra de la percepción que tienen los pacientes respecto a su descanso.

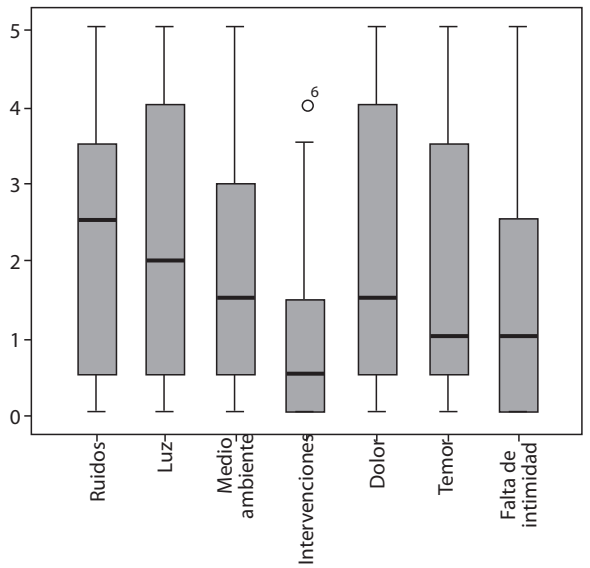


Figura 7 En el cuadro se engloba el 50% del valor central y la línea media obtenida es la mediana de la muestra de la percepción que tienen de las variables que modifican el patrón del sueño.

Discusión y conclusiones

Una de las funciones básicas de la enfermería es administrar *cuidados de calidad*. Cuidar abarca todos los ámbitos de la persona, teniendo en cuenta todas sus dimensiones como ser biopsicosocial.

El descanso y el sueño son esenciales en la recuperación de cualquier proceso patológico o intervención quirúrgica.

En este estudio hemos querido valorar la calidad subjetiva del sueño percibida por los pacientes ingresados en la Unidad de Reanimación Posquirúrgica para poder ser partícipes del cuidado integral que conlleva su recuperación, ya que la enfermería ha de cuidar cuidando.

Tras analizar los resultados podemos concluir que:

- La tendencia general es que los pacientes valoran negativamente su descanso, duermen mal y se despiertan con gran frecuencia. Valoran su sueño como poco reparador.
- Califican su descanso de mala calidad y, aunque no tardan demasiado en conciliar el sueño, se despiertan en repetidas ocasiones durante la noche.
- El patrón de sueño de los pacientes, como descansan en casa, si les cuesta o no conciliar el sueño no parece afectar de modo significativo en su descanso durante su estancia en el hospital.
- Entre todas las variables del estudio, las intervenciones de enfermería quedan relegadas a un segundo plano frente a la contaminación ambiental. A priori cabría esperar que los profesionales, en su continuo ir y venir para realizar diversas actividades, pudieran ser catalogados por los pacientes como nocivos para su descanso, no siendo así, cobrando más importancia en la alteración de su descanso factores de causa exógena, como la luz, la temperatura, el ruido o la postura.
- El ruido se considera un buen candidato para afectar a la calidad del sueño del paciente ingresado en nuestra unidad, y se considera la primera causa de desvelo. Se ha comprobado que el ruido merma la duración del sueño y disminuye su calidad. A pesar de que hay una ley para regular el sonido ambiente en los hospitales, se demuestra que los valores obtenidos en ellos superan los 50 dB. Entre los ruidos más molestos referidos por el paciente encontramos los relacionados con alarmas de monitores y aparataje en general, añadido por los pacientes cuando se les realizó la entrevista.
- Debemos tener en cuenta que en nuestra unidad no contamos con un equipo de seguimiento central, por lo que el tiempo empleado para verificar y apagar alarmas es mayor. Aunque la enfermera puede atenuar muchos de los factores estresantes a que se somete al paciente, algunas causas del ruido no puedan eliminarse, aunque sí reducirse. Un programa de modificación del comportamiento dirigido a disminuir el nivel de ruido en estas unidades mejoraría el estado de los pacientes y, adicionalmente, disminuiría el cansancio y la fatiga en las enfermeras. El comportamiento de las enfermeras y las características acústicas del entorno son los que determinan el grado de ruido y tranquilidad en estas unidades.
- El dolor también produce alteraciones en la percepción de la calidad del sueño, se trata de una Unidad de Dolor Agudo, y aunque no sea la variable con más influencia, hay que seguir trabajando en esta línea. Cabría plantearse la posibilidad de poder realizar un tratamiento multimodal para mantener un patrón de descanso-sueño adecuado.
- En contra de los datos que se recogen en la bibliografía, la edad parece no influir en la percepción de la calidad del descanso de estos pacientes, el cual puede ser debido a distintos aspectos, como el hecho de que los pacientes de nuestro estudio conforman un grupo bastante heterogéneo, con amplio rango de edad, o quizá con un tamaño de muestra que no recoge suficientes datos de cada grupo. En este sentido añadiremos que la muestra de nuestro estudio la componen pacientes posquirúrgicos y la mayoría de los trabajos publicados hacen referencia a pacientes médicos y no a un grupo tan heterogéneo como el nuestro.
- Aun así, los resultados son semejantes a otras series obtenidas en estudios previos.
- Podemos destacar finalmente la responsabilidad clara que la enfermería ha de asumir con el descaso de los pacientes, lo que implica realizar cambios en nuestro modo de trabajar, alejándonos de fórmulas como “pasa buena noche” a la hora de transmitir el parte oral y en los registros de enfermería, intentando profundizar en las características del descanso de cada paciente, facilitando en la medida de lo posible su bienestar para administrar cuidados de calidad y alcanzar la excelencia en la práctica enfermera.

Bibliografía

1. Navarro Arnedo JM, Orgiler Uranga PE, De Hara Marín S. Guía práctica de enfermería en el paciente crítico. Enferm Intensiva. 2005;16:15-22.
2. Granger BB. Beneficios de la investigación en enfermería respecto a la atención de los pacientes. Nursing. 2004;22:21-3.
3. Burns N. Investigación en enfermería. 3.ª ed. Barcelona: Ed. Elsevier; 2004.
4. Kennedy K. Dormir bien toda la noche. Nursing. 2005;23:44.
5. Fernández Ayuso. Cuidado del paciente crítico. 1.ª ed. Barcelona: Ed. Elsevier-Masson; 2008.
6. Acosta Ramos MC, et al. Sueño-descanso en los pacientes de Recuperación del Quirófano del Hospital Universitario de Canarias. Revista de Enfermería de Anestesia, Reanimación y Terapia del Dolor. 2005;13:15-8.
7. Lizarbe Chocarro M. Enfermería en cuidados intensivos y coronarios. Análisis bibliométrico de 180 artículos originales. Enferm Intensiva. 2007;18:61-9.
8. Nicolas A, Iruarrizaga A, Margall Coscojuela MA, Aizpitarte E, Vázquez Calatayud M. Percepción de los pacientes quirúrgicos del sueño nocturno en una Unidad de Cuidados Intensivos. Enferm Intensiva. 2002;13:57-67.
9. Jurado Gómez B, Martin-Malo A, Fernández M, Rodríguez-Benot A, Pascual N, Muñoz C, et al. Trastornos del sueño en pacientes en lista de espera de transplante renal. Arch Bronconeumol. 2008;44:371-5.
10. Ayllón Garrido N, Álvarez González M, González García MP. Incidencia del delirio en cuidados intensivos y factores relacionados. Enferm Intensiva. 2007;18:138-43.
11. Paniagno Soto J. Sueño y dolor. XIV Reunión anual de la Asociación Ibérica de Patología del Sueño.
12. Terán Santo J, Alonso Álvarez ML. El corazón, el sueño y la respiración. Rev Esp Cardiol. 2006;59:5-8.
13. Llumberas S, Bla D, Zócalo Y, Zabalza M, Etchart C, Armentano R. Variaciones sueño-vigilia de la rigidez arterial: estudio

mediante registro ambulatorio del tiempo de transito de la onda de pulso. Rev Esp Cardiol. 2008;6:41-8.
14. Luis Rodrigo MT. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson. 3.ª ed. Barcelona: Masson; 2005.
15. Diccionario de la lengua española. 22.ª ed. Madrid: Diccionario Espasa; 2001.
16. Canet T. Literatura científica en español sobre el sueño. Vigilia-Sueño. 2006;18:88-103.
17. Iranzo A. El trastorno de conducta durante el sueño rem. Vigilia-Sueño. 2006;18:81-7.
18. Torrés Pérez L. La pesadilla de no poder dormir: ¿Una realidad para el paciente de Cuidados Críticos?. Artículo de Revisión. Tempus Vitalis. Revista Internacional para el Cuidado del Paciente Crítico. 2002;2:10-23.
19. Cabello B. Calidad del sueño de pacientes ventilados: ¿Es importante el modo ventilatorio o su relaje? Med Intens. 2006; 30:392-5.
20. Santamaría J. Mecanismos y función del sueño: su importancia clínica. Med Clin (Barc). 2003;120:750-5.
21. Medina Revilla A. Metodología para la realización de Proyectos de Investigación y Tesis Doctorales. 1.ª ed. Madrid: Ed. Universitas; 2003.
22. Richards KC, Bairnsfather L. A description of night sleep patterns in the critical care unit. *Heart Lung*. 1988;17:35-42.
23. Richards KC, O'Sullivan PS, Phillips, RL. Measurement of sleep in critically ill patients. *J Nurs Meas*. 2000;8:131-44.
24. Delgado M, Devenec J. Metodología de la investigación sanitaria. Diseño y estadística en ciencias de la salud: Diseños para el estudio de pruebas diagnósticas y factores pronósticos. Barcelona: 2004.
25. Cobo E. Bioestadística para no estadísticos. 1.ª ed. Barcelona: Elsevier-Masson; 2007.
26. Miró Bonet R. Planificación de Enfermería ante una persona con falta de autonomía. Estudio de un caso. Enferm Clin. 2005; 15:292-5.

Anexo 1 Richard Campbell Sleep Questionnaire: indicar un valor de 0-5, además de poner una X donde corresponda

- Profundidad 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 volverme a dormir ❐"
- Calidad de sueño: "He dormido bien ❐ / he dormido mal ❐"

Artefactos de la unidad (puntuar cada ítem de 0-5)

	0	1	2	3	4	5
Ruido/alarmas						
Luz						
Medio ambiente						
Intervenciones terapéuticas						
Dolor						
Temor/ansiedad						
Falta de intimidad						
Frío/calor						
Posición incómoda/ cambios posturales						

Se le administró alguna medicación para dormir: Sí ❐ No ❐

En su casa duerme bien: Sí ❐ No ❐

Medicación habitual (para dormir): _____

_____

Observaciones

_____

_____

_____

_____

_____