

**CUIDADO INFORMADO PARA EL BIENESTAR DE LOS PACIENTES
DE LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO EN LA NECESIDAD DE
DESCANSO Y SUEÑO**

ANA MILENA CARDONA RUIZ

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA
FACULTAD DE ENFERMERIA
BOGOTA
2010**

**CUIDADO INFORMADO PARA LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE
CUIDADO INTENSIVO EN LA NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO**

ANA MILENA CARDONA RUIZ

**Proyecto para optar al título
De Especialista en Cuidado
Critico Adulto**

ASESORA

YANIRA ASTRID RODRIGUEZ HOLGUÍN

UNIVERSIDAD DE LA SABANA

FACULTAD DE ENFERMERIA

BOGOTA

2010

Con toda
Gratitud a todas
Las personas que
Contribuyeron a
La realización de este
Proyecto

CONTENIDO

	pág.
RESUMEN	10
ABSTRACT	11
INTRODUCCIÓN	12
1. JUSTIFICACIÓN	14
2. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	16
3. ANÁLISIS DEL PROBLEMA	17
4. OBJETIVOS	19
4.1. OBJETIVOS GENERALES	19
4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
5. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	20
5.1. SUEÑOS	20
5.2. INSOMNIO	20
5.3. CUIDADO DE ENFERMERÍA	20
5.4. UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS	20
5.5. CALIDAD DEL CUIDADO	20
6. MARCO TEORICO	21
6.1. CONCEPTO DEL MODELO	21
6.1.1. Conocer	21
6.1.2. Hacer para	21
6.1.3. Permitir	21
6.1.4. Estar con	21
6.1.5. Manteniendo creencias	22

6.2.	FASES DE SUEÑO	23
6.3.	PERTURBADORES DEL SUEÑO	24
6.3.1.	Perturbadores endógenos	24
6.3.1.1.	Edad	24
6.3.1.2.	Situación previa	24
6.3.1.3.	Síntomas	24
6.3.1.4.	Enfermedad / alteración metabólica	25
6.4.	PERTURBADORES EXÓGENOS	25
6.4.1.	Medio ambiente	25
6.4.2.	El ruido	26
6.4.3.	La luz	26
6.4.4.	Intervenciones terapéuticas	26
6.4.5.	Sedación y sueño farmacológico	27
6.5.	Consecuencias de la falta de sueño	28
6.5.1.	Síndrome de cuidados intensivos	28
6.5.2.	Deterioro del ritmo cardiaco	29
6.5.3.	Síndrome de abstinencia (SA)	30
6.5.4.	Trastornos metabólicos	30
6.5.5.	Cambios cognoscitivos y de comportamiento	31
6.5.6.	Cambios fisiológicos	31
7.	PRINCIPIOS ETICOS	32
7.1.	EL PRINCIPIO DE LA AUTONOMIA	32
7.2.	EL PRINCIPIO DE BENEFICENCIA	32
7.3.	EL PRINCIPIO DE NO MALEFICENCIA	32
7.4.	EL PRINCIPIO DE JUSTICIA	32
7.5.	EL PRINCIPIO DE RESPETO	33

8. ANALISIS DE GRUPO DE INTERES	33
9. MATRIZ DEL MARCO LOGICO	34
10. PLAN DE ACCION	35
11.DESARROLLO DE ACTIVIDADES DEL PLAN DE ACCION	37
11.1. OBJETIVOS	38
11.1.1. Actividad “sesión Educativa”	38
11.2. OBJETIVOS	38
11.2.1. Actividad “Juego de roles”	38
11.3. OBJETIVOS	39
11.3.1 Actividad “Reproducción de testimonios”	39
12.CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	40
13.ANALISIS DE RESULTADOS DE ACTIVIDADES	40
13.1. SESION EDUCATIVA	41
13.2. JUEGO DE ROLES	42
13.3. REPRODUCCION DE TESTIMONIOS Y REFLEXIONES	43
14.CONCLUSIONES	45
15.RECOMENDACIONES	46
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	47

LISTA DE GRAFICAS

	pág.
Grafica I Distribución porcentual del conocimiento y aplicación del tema tratado en la sección educativa	42
Grafica II Distribución porcentual de reflexiones generadas en la dinámica de juego de roles	43
Grafica III Distribución porcentual de los intereses generados al personal de enfermería sobre la presentación de los testimonios	44

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1	
Matriz del marco lógico	34
Tabla 2	
Plan de acción 1	35
Tabla 3	
Plan de acción 2	36
Tabla 4	
Plan de acción 3	37
Tabla 5	
Evaluación de indicadores de participación de actividades	41

LISTA DE ANEXOS

	pág.
Anexo A	51
Consentimiento informado para la realización de grabación de testimonio de pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos con trastorno de descanso y sueño.	
Anexo B	52
Lista de asistencia en la participación de la sección educativa	
Anexo C	53
Lista de asistencia en la participación de juegos de roles	
Anexo D	54
Lista de asistencia en la participación de reproducción de testimonios	

RESUMEN

La necesidad de descanso y sueño, relacionada a la comodidad y el bienestar de los pacientes, gradualmente va teniendo más acogida en la implementación de estrategias a nivel hospitalario para el desarrollo de intervenciones que beneficien al paciente. En las Unidades de Cuidado Intensivo el paciente tiene que lidiar no sólo con su enfermedad, sino que ha de soportar el tratamiento que se le administra, la disciplina a la que se ve sometido en numerosas ocasiones, y además debe conservar fuerzas para su restablecimiento.

El objetivo del presente proyecto, es desarrollar diferentes actividades encaminadas a mejorar la calidad del cuidado de enfermería en la promoción del descanso y sueño de los pacientes hospitalizados en este servicio, para esto es importante que el profesional conozca cada una de las causas que ocasionan la perturbación del sueño en el paciente, así como analizar las modificaciones que se puedan realizar en el entorno y permitir la interacción con el paciente de una forma acertada para mantenerlo satisfecho y fomentar su recuperación.

Palabras clave: descanso, sueño, paciente crítico, Unidad de Cuidado Intensivo, deterioro del patrón de sueño.

ABSTRACT

The need for rest and sleep, related to the comfort and welfare of patients, gradually getting more acceptance in the implementation of hospital-wide strategies for the development of interventions that benefit the patient. In Intensive Care Units patients must fight not only with his disease and has to bear the treatment that is given him , the discipline that is subjected on several occasions, and also must retain forces to his recovery.

The objective of this project is to develop different activities to improve the quality of nursing care in promoting relaxation and sleep in patients hospitalized in this service, it is important that the professional knows each one of the reasons that cause sleep disturbance in patients and to analyze the changes that can be done in the environment and allow interaction with the patient in a right way to keep you satisfied and promote recovery.

Keywords: rest, sleep, critical patient, Intensive Care Unit, impaired sleep pattern.

INTRODUCCION

El descanso y el sueño son aspectos esenciales para mantener una adecuada salud. El gasto de energía que consumimos durante el día, se repone en parte durante el sueño y esto permite un funcionamiento óptimo del organismo (1).

La carencia de sueño puede repercutir de forma negativa en los aspectos físicos, psicológicos y de conducta, pudiendo retrasar en muchas ocasiones el proceso de recuperación de la enfermedad. Este tipo de privación puede conducir igualmente al desarrollo del deterioro cognitivo pudiendo ir desde la apatía y la confusión al delirio (2).

Los pacientes en los centros hospitalarios, por su propia patología, tienen desajustes en este tipo de necesidad. Mucho más si hablamos de los pacientes ingresados en las Unidades de Cuidados Intensivos, donde el trabajo es constante, donde minuto a minuto se ha de realizar procedimientos que perturban el sueño del paciente.

Durante algunas conversaciones con pacientes hospitalizados en este servicio, estos describen varias fuentes fundamentales de ruido que perturban el descanso y el sueño: por un lado las alarmas, el ruido de los aparatos, y el sonido de la radio y por otro, las conversaciones de las enfermeras y el personal sanitario. A veces los pacientes describen las conversaciones de las enfermeras como un ruido más molesto que el de los ventiladores mecánicos o las alarmas.

La modificación del comportamiento y de los hábitos rutinarios en el trabajo, de las enfermeras y del personal auxiliar de enfermería de las Unidades de Cuidados Intensivos, es fundamental para disminuir los factores que alteran el sueño de los pacientes.

Por lo anterior, el objetivo de este proyecto es mejorar la calidad en el cuidado de enfermería ofrecido al paciente en la Unidad de Cuidado Intensivo, ya que la enfermera es la encargada del cuidado directo del paciente y de satisfacer las necesidades de descanso y sueño durante su hospitalización; para el logro de ese objetivo se planearon una serie de actividades para motivar y concientizar al personal de enfermería en el mejoramiento del patrón del sueño del paciente hospitalizado en una de la Unidad de Cuidado Intensivo del Hospital Federico Lleras Acosta de la ciudad de Ibagué tomando como referencia la teoría de mediano rango de Kristen M. Swanson sobre el cuidado informado para el bienestar de los demás, se escogió esta teoría pues nos brinda tres componentes de importancia para la planeación de actividades enfocadas en el bienestar del paciente, estos componentes son: conocer, hacer para y permitir, que se explicaran a lo largo del proyecto.

En el marco teórico se podrá encontrar conceptos importantes acerca del sueño y sus etapas, las cuales son importantes para determinar los cambios

fisiológicos que ocurren con la satisfacción de la necesidad de descanso y sueño, también se retomaran mediante una explicación breve cada uno de los perturbadores del sueño en estos servicios y las consecuencias que produce la falta de sueño en los diferentes pacientes.

En los principios éticos se ha centrado el planeamiento y desarrollo de las actividades del proyecto, con el fin de respetar los derechos del paciente hospitalizado en la Unidad de Cuidado Intensivo y de las enfermeras que participan en cada una de las actividades.

La metodología de la realización de las actividades están basadas en el desarrollo de sesiones educativas, juego de roles y reflexiones grupales en donde los testimonios de los pacientes jugaran un papel importante en la sensibilización del personal de enfermería, quien es encargado de brindar el cuidado permanente a los pacientes con trastornos del sueño.

La mala calidad del sueño en los enfermos críticos es un problema grave, que requiere un abordaje multidisciplinar. La enfermera de la Unidad de Cuidado Intensivo debe identificar adecuadamente el problema y poner en marcha las medidas necesarias para su resolución, tomando en consideración las necesidades individuales y la situación de cada paciente.

1. JUSTIFICACION

La elaboración de este proyecto surge por la necesidad que se tiene en la Unidad de Cuidado Intensivo de plantear unas intervenciones puntuales por parte del personal de enfermería, que garanticen la calidad del cuidado de los pacientes con trastornos del sueño y que han generado en el paciente una serie de problemas psicológicos, emocionales y fisiológicos adicionales a su patología de base, ocasionados por factores externos los cuales pueden ser modificables en su mayoría por el personal de salud que está directamente relacionado con el cuidado del paciente.

La intervención de enfermería juega un papel importante en el cuidado del paciente, debido a que la enfermera se encuentra permanentemente en contacto con los pacientes de la unidad, por lo tanto sus cuidados deberían ir encaminados a facilitar la comodidad del paciente en un entorno agresivo y desagradable para este, con diversos estímulos negativos que evitan la conciliación del sueño.

Con este proyecto se pretende entrar a solucionar el problema planteado, brindando conocimiento al personal de enfermería sobre el significado que tiene la falta de sueño en los pacientes a los que le ofrece cuidado, así como las causas que desencadenan la vigilia y consecuencias físicas y psicológicas en el paciente, de esta forma el personal de enfermería que labora en la Unidad de Cuidado Intensivo permanentemente brindando cuidado, tome conciencia de la importancia que tiene la necesidad de descanso y sueño en los pacientes de la Unidad De Cuidado Intensivo, ya que para poder brindar un cuidado basado en la calidad se debe poseer conocimientos que le permita al personal ser reconocido como experto, esto se comprobará con la satisfacción del paciente, la conciliación del sueño y su mejoría clínica.

A nivel de la profesión se desea contribuir con el mejoramiento en la prestación de cuidado de enfermería en la necesidad de descanso y sueño de los pacientes que se encuentren hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo, brindar conocimientos para utilizarlos en la practica de la solución de problemas referentes al descanso y sueño, mejorando por medio del cuidado la calidad de vida de las personas que ingresan a las Unidades de Cuidado Intensivo.

A nivel institucional se pretende que logre una gran acogida por parte del personal de enfermería de la unidad en primer lugar y a todas las enfermeras que laboran en la institución, para que contribuyan en el progreso de la calidad del cuidado en el patrón del sueño de los pacientes que se encuentren hospitalizados, convirtiendo el hospital en una Institución pionera en el cuidado de enfermería de los pacientes hospitalizados en Unidades de Cuidado Intensivo con trastornos del sueño o con riesgo potencial de poseerlos.

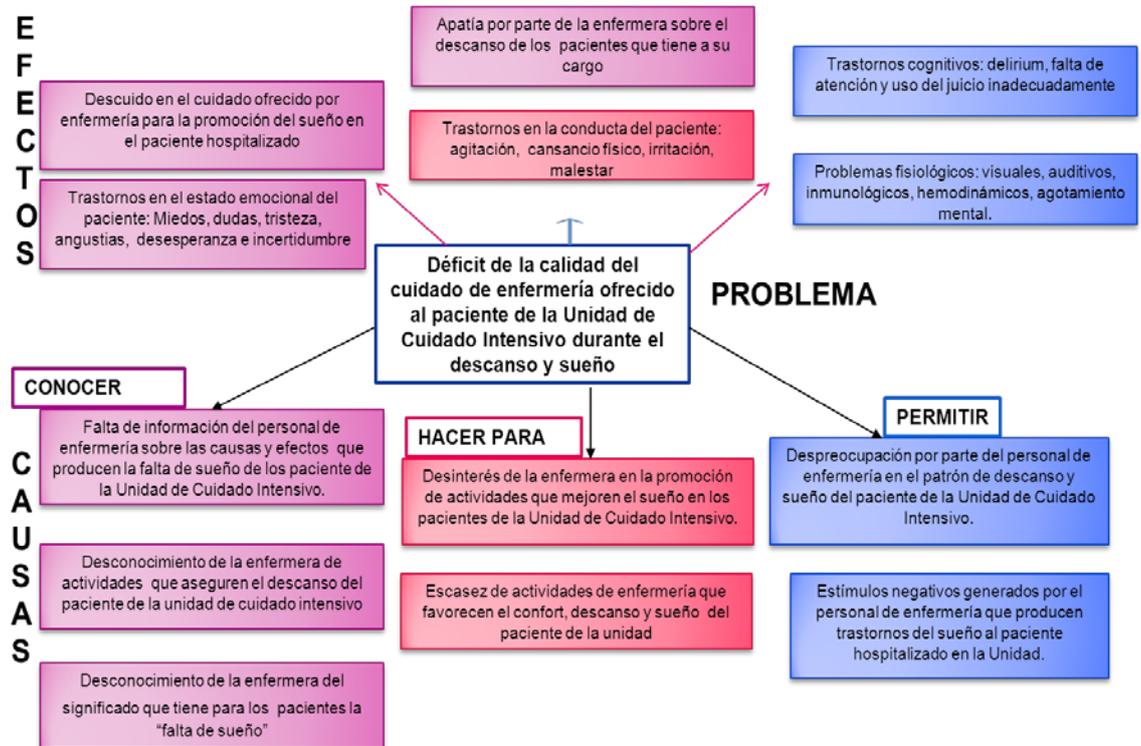
Con esto no solo se lograra disminuir los índices de problemas secundarios a la falta de sueño como trastornos psicológicos, emocionales y físicos que repercuten de una forma negativa en el paciente sino que también disminuirán las hospitalizaciones prolongadas y por lo tanto los altos costos institucionales.

Este proyecto contribuirá además en mí crecimiento personal, pues se podrá aportar en el mejoramiento de la calidad del cuidado del paciente con problemas de sueño, hospitalizado en la Unidad de Cuidado Intensivo, creando conciencia a las enfermeras que trabajan en el servicio de la importancia que tiene su papel como cuidadoras principales en el mejoramiento de la necesidad del descanso y sueño de los pacientes.

El cuidado de enfermería debe responder las necesidades del paciente, para esto, hay que conocerlo y preocuparse por él, se debe tener conciencia de las necesidades del paciente y trabajar por su bienestar, si se realiza un cuidado con calidad, se hace visible el aporte de enfermería a la recuperación del paciente, basado en el conocimiento que desde la profesión se genera.

2. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

ÁRBOL DE PROBLEMAS



3. ANÁLISIS DEL PROBLEMA

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 la adecuada recuperación de los pacientes (3).

La necesidad de reposo, ligada claramente al confort y el bienestar de los pacientes, paulatinamente va incrementando su importancia en el desarrollo de estrategias, intervenciones y líneas de investigación. En las Unidades de Cuidado Intensivo ningún profesional puede ser ajeno a la profunda agresión a la que se somete al paciente y a lo antinatural del medio, ya que tiene que lidiar no sólo con su enfermedad, sino que debe de soportar el tratamiento que se le administra, la disciplina a la que se ve sometido en numerosas ocasiones, y además debe conservar fuerzas para su restablecimiento (4).

Luego de varios estudios, se ha podido demostrar que el perfil de sueño de los pacientes de las Unidades de Cuidado Intensivo se ha caracterizado por ser un sueño ligero, con despertares frecuentes y generalmente dificultad para conciliarlo nuevamente. En una cohorte de 50 pacientes de Unidad de Cuidado Intensivo, el insomnio ocupó el segundo puesto en la Escala de Estresores de Unidad de Cuidado Intensivo, en el Hospital Juan Canalejo de La Coruña, entre abril de 1998 y enero de 1999, en donde se incluyó que aquellos pacientes que ingresaron en la Unidad de Cuidado Intensivo con una permanencia de mínimo cinco días, percibieron que factores ambientales como el sonido de las alarmas, el dolor, la intubación endotraqueal y la ventilación mecánica fueron las técnicas que más interfirieron en el sueño de los pacientes; Los pacientes refieren que duermen peor en la Unidad De Cuidado Intensivo que en su casa, sin mostrar diferencias con el incremento de la estancia hospitalaria y la presencia de ventilación mecánica (5).

Los trastornos del sueño pueden suponer un importante riesgo de trastornos somáticos y psicológicos que afectan negativamente la calidad de vida de los pacientes. Múltiples estudios han demostrado que ciertos trastornos relacionados con el sueño constituyen un importante factor de riesgo para la salud, independientemente de aspectos como la edad, el sexo, la obesidad, el consumo de tabaco, etc. Así, las personas que informan de insomnio presentan una tasa incrementada de morbilidad y mortalidad (6).

Un 75% de las personas con trastornos del ciclo sueño-vigilia tienen síntomas de ansiedad o depresión y más de un 50% de los pacientes con quejas persistentes de sueño padecen un trastorno psicológico (7).

La presencia de estos problemas del sueño provoca efectos negativos como fatiga, malestar psicológico y deterioro de la calidad de vida que se van a

añadir a la propia enfermedad. Se ha documentado que el tratamiento del insomnio puede mejorar el sueño en estos pacientes y esto se asocia a una mejoría significativa de la sintomatología depresiva, de la fatiga física, de diversas dimensiones cognitivas y de la calidad de vida (7).

Gran parte de los factores reseñados por los pacientes a la hora de justificar la mala calidad del sueño, si no son totalmente subsanables, son fácilmente mejorables y es ahí donde se debe prestar la atención oportuna por los principales prestadores de cuidado, que es la enfermera, pues permanentemente establece un contacto directo con el paciente para promover un cuidado oportuno y de calidad.

Desafortunadamente en la Unidad de Cuidado Intensivo se ha visto cierta apatía por parte del personal de enfermería al tema de cuidado con calidad en el descanso y sueño del paciente, algunas de estas razones son el desconocimiento de los efectos negativos que se pueden presentar en el paciente, el horario nocturno de trabajo en donde para la mayoría de la población es el momento de descansar, se percibe por parte del personal de salud como el inicio de la jornada laboral, donde el ruido de las risas, los comentarios y la música en alto nivel, se vuelven factores contribuyentes a la perturbación del sueño del paciente durante la noche, esto sumado al descuido en el ajuste de las alarmas de los diferentes equipos biomédicos, la luz y el despertar frecuente del paciente para la realización de procedimientos, hace de la Unidad de Cuidado Intensivo un ambiente desagradable en donde es imposible descansar.

La calidad del cuidado de enfermería se debe basar en el humanismo teniendo en cuenta el compromiso moral, los valores, las acciones de cuidado, las acciones interpersonales y el conocimiento (8). Por esta razón enfermería debería trabajar en la modificación de diferentes factores negativos que alteran el ambiente en la Unidad, coordinar las técnicas con el proceso de descanso en la medida de lo posible y, por supuesto, la detección precoz del dolor y manejo de los horarios de intervenciones.

Las actividades de educación e información al personal de enfermería son importantes para promocionar la aceptación y el cumplimiento de planes de cuidado de enfermería guiados en el mejoramiento del descanso y el sueño del paciente hospitalizado en la Unidad. También pueden ser utilizadas directamente para fomentar la reducción del ruido y el aumento de la concienciación de los enfermeros del Hospital para mejorar la calidad del cuidado de enfermería en el patrón del sueño del paciente hospitalizado.

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL:

Mejorar la calidad en el cuidado de enfermería ofrecido al paciente de la Unidad de Cuidado Intensivo durante el descanso y sueño.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

CONOCER

- Educar al personal de enfermería que labora en la Unidad de Cuidado Intensivo sobre la importancia que tiene el sueño en los pacientes, así como las causas y las consecuencias de los trastornos de sueño y las diferentes intervenciones que se pueden realizar para mejorar esta necesidad en el paciente.
- Reconocer el significado que tiene para los pacientes la falta de sueño.

HACER PARA

- Desarrollar actividades de motivación al personal de enfermería para que mejoren el cuidado en la necesidad de descanso y sueño del paciente de la Unidad de Cuidado Intensivo.
- Instruir al personal de enfermería que labora en la Unidad de Cuidado Intensivo sobre las actividades que promueven el sueño en el paciente.

PERMITIR

- Promover el interés del personal de enfermería por mejorar el patrón del sueño de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidado intensivo.

5. DEFINICION DE TERMINOS

5.1. Sueño: estado de reposo uniforme de un organismo, caracterizado por los bajos niveles de actividad fisiológica (presión sanguínea, respiración, latidos del corazón) y por una respuesta menor ante estímulos externos (9).

5.2. Insomnio: trastorno del sueño caracterizado por dificultad para iniciar el sueño o despertares frecuentes impidiendo la recuperación que el cuerpo necesita para el descanso (10).

5.3. Cuidado de enfermería: para Swanson el cuidado de enfermería se caracteriza por la actitud filosófica de la enfermera, la comprensión, los mensajes verbales y no verbales, las acciones terapéuticas y las consecuencias de los cuidados. El Cuidado informado de enfermería va desde ser un principiante hasta tener capacidad experta en la práctica (11).

5.4. Unidad de cuidado intensivo es un servicio de alta complejidad cuyo objetivo es brindar un cuidado integral a aquellas personas en condiciones críticas de salud, que fueron internados allí, bien sea por un trauma, en el postoperatorio o en la agudización de la insuficiencia renal o de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, entre otras (12).

5.5. Calidad del cuidado: para Donabedian es el “cambio en el estado de salud actual y futuro del paciente que puede atribuirse a la atención precedente en salud”, es decir, se refiere a los resultados de la atención y usa una definición amplia de salud que incluye mejoría de las funciones sociales y psicológicas, además del énfasis usual en los aspectos físicos y psicológicos que comprenden también actividades del paciente, conocimientos de salud adquiridos por él y cambios conductuales relacionados con la salud (13).

6. MARCO TEORICO

Este proyecto se desarrollara en base de la teoría del cuidado informado para el bienestar de los demás de Kristen M. Swanson, en donde se tendrán en cuenta tres de los componentes de su teoría conocer, hacer para y permitir.

6.1. CONCEPTOS DEL MODELO

Kristen M. Swanson afirma que “La enfermería es como el cuidado informado para el bienestar de los demás”. Esta teorista realizó una estructura del cuidado que está relacionada con las actitudes filosóficas de las enfermeras, el conocimiento informado, la transmisión del mensaje, acciones terapéuticas y un resultado esperado. Cada uno de los componentes de la teoría son (14):

6.1.1. Conocer: es esforzarse por entender los eventos en tanto tienen significado en la vida de los otros. El “conocer” traslada el idealismo de mantener las creencias hacia el realismo de la condición humana. Esto involucra evitar suposiciones, centrarse en el que está siendo cuidado, valorar comprensivamente todos los aspectos de la condición del cliente y su realidad, y finalmente comprometer la voluntad y la personalidad de la enfermera y el cliente en una transacción de cuidado. El conocer evitar suposiciones, propone centrarse en el paciente, se requiere de una valoración meticulosa, búsqueda de pistas y compromiso de ambos.

6.1.2. Hacer para: simplemente, es hacer por el otro lo que él podría hacer por sí mismo si le fuese posible. Hacer para involucra acciones de parte de la enfermera que son realizadas en beneficio del bienestar del cliente a largo término. Estas acciones tienen intención final por parte de las enfermeras de preservar la totalidad del otro. Hacer para reconfortar, anticipar, actuar competentemente, eficientemente, proteger y preservar la dignidad.

6.1.3. Permitir: involucra: entrenamiento, información y explicación al otro, ayudar al otro y permitirle tener su experiencia, asistir al otro en el enfoque sobre asuntos importantes, ayudarlo a generar alternativas, guiarlo hacia una consideración detenida de las cosas, ofrecer retroalimentación, validar la realidad del otro. Así como en hacer por, la meta del permitir es asegurar el beneficio del otro a largo plazo. Permitir Informar/explicar, apoyar/empoderar, generar alternativas/pensar y valorar/retroalimentar.

6.1.4. Estar con: estar emocionalmente presente para el otro, es la categoría de cuidado que transmite a los clientes que él y sus experiencias son importantes para la enfermera. La presencia emocional es una forma de compartir los significados, sentimientos y experiencias vividas del paciente. Estar con asegura a los clientes de que su realidad es apreciada y que la enfermera está lista y dispuesta a estar ahí para él. Estar ahí no solo incluye la

presencia física sino también el mensaje claro de disponibilidad y la habilidad de soportar con el otro.

6.1.5. Manteniendo creencias: personas está en la base de todo cuidado, es de esta instancia que las enfermeras definen lo que es importante y hacia dónde dirigir el cuidado. Así sean las enfermeras quienes articulan el cuidado, los clientes son abordados con la convicción de que existe un significado personal a ser encontrado en cualquier condición de salud o cambios en su desarrollo que la persona está enfrentando (14).

Mantener la creencia es un fundamento de la práctica de cuidado de enfermería. Esto es, sostener la fe en la capacidad de los otros para atravesar eventos y transiciones y enfrentar el futuro con un nuevo sentido que inicia y se sostiene con el cuidado de enfermería.

En el presente proyecto se tendrán en cuenta tres componentes de la teoría de Kristen M. Swanson:

Conocer: Las enfermeras de la unidad deben conocer el patrón de sueño de los pacientes que tienen a cargo, las causas por las cuales no se puede satisfacer adecuadamente esta necesidad, así como la forma adecuada en la que puede contribuir para mejorar la calidad del cuidado proporcionado a sus pacientes.

Hacer para: si los pacientes hospitalizados en la Unidad De Cuidado Intensivo pudieran, cambiarían muchos estímulos ambientales negativos que impiden la conciliación del sueño. La enfermera debe ayudar al paciente a alcanzar sus satisfacciones en esta necesidad.

Permitir: La enfermera de la unidad debe permitir que el paciente alcance un patrón adecuado de sueño, generando medidas alternativas realizadas por ella y el paciente.

Usualmente quienes duermen pasan a través de varias etapas o fases, en cada una de estas etapas se producen una serie de cambios fisiológicos y psicológicos y que son de importancia estar al tanto de estas, ya que el alcance de la mayoría de estas etapas, produce en el individuo un sueño satisfactorio y reparador.

6.2. FASES DEL SUEÑO:

La actividad cerebral no es aparente, esta puede ser detectada a través de un electroencefalograma (EEG) (3).

El sueño en función de la actividad cerebral y muscular detectada puede dividirse en dos fases distintas: la fase NREM, de movimientos oculares lentos y a la fase REM, de movimientos oculares rápidos. La fase NREM, a su vez, se subdivide en 4 estadios, caracterizados por un enlentecimiento progresivo de la actividad cerebral y un relajamiento muscular general. Por el contrario la fase REM se caracteriza por un elevado índice de actividad cerebral y muscular, hay un aumento de la temperatura corporal, del flujo sanguíneo cerebral y del consumo de oxígeno (15).

El sueño tiene un desarrollo cíclico y unidireccional. Primero se suceden los 4 estadios NREM, que en su primer ciclo durará unos 90 minutos y que paulatinamente se reducirá hasta casi los 30 minutos mientras el sueño se prolongue. Después tendrá lugar la fase REM, la primera puede durar tan sólo unos 10 minutos, pero las últimas pueden llegar a rondar la hora. Así pues en un intervalo de 8 horas el ciclo se completará unas 4-5 veces. Si en cualquier momento el sueño se ve interrumpido, el ciclo habrá de comenzar desde el principio, sea cual sea el punto en el que se encontrase. El costoso, en ocasiones, ascenso hacia la reparadora fase REM puede ser truncado, pues, con facilidad (16). El sueño es mucho más que un periodo de reposo físico y nervioso, sus funciones biológicas, homeostáticas están en clara relación con su naturaleza cíclica, ajustándose a lo que se denomina Ritmo Circadiano. Este fue descrito por Conroy (1968) como un ciclo endógeno de oscilaciones diarias que afectan a todo el organismo. Durante el periodo de reposo se produce un incremento en los factores de transcripción celulares y la síntesis proteica (producción de anticuerpos, cicatrización, respuesta inmune inespecífica, proteínas de diversas hormonas, como la de crecimiento (secretada en la fase REM), además numerosos neurotransmisores entran en liza para optimizar las funciones del eje hipotálamo-hipofisario y el Sistema Reticular Activador Ascendente (15).

En la actualidad hay nuevas ciencias que investigan las conexiones entre el cerebro y sistema inmune, con interesantes resultados. La psiconeuroinmunología investiga como las interacciones neurales y neuroendocrinas pueden ser moduladas por nuestro cerebro, y en su investigación el sueño se ha revelado como un poderoso regulador, que va más allá del reposo y la reorganización del sistema (16).

Los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo experimentan diariamente una serie de estímulos negativos que hacen que la conciliación del sueño sea algo difícil, a continuación se mostraran los estímulos negativos que perturban el sueño de los pacientes hospitalizados.

6.3. PERTURBADORES DEL SUEÑO

6.3.1. Perturbadores endógenos

6.3.1.1. Edad. Está asociada con un incremento en los despertares nocturnos, dificultad para conciliar el sueño, reducción de las últimas fase del sueño NREM, disminución de la eficiencia del sueño y mayor labilidad en el mantenimiento del ritmo circadiano. Aunque numerosos estudios avalan la correlación positiva entre edad avanzada y problemas del sueño, en diversas series de cuestionarios auto administrados a pacientes ingresados en cuidados intensivos no se observan diferencias entre los diversos grupos de edad a la hora de reflejar estos trastornos (17).

6.3.1.2 Situación previa. Los trastornos primarios del sueño son un hallazgo frecuente cuando se incide sobre el tema, diversos estudios cifran entre un 7-10% la incidencia de los trastornos del sueño en la población adulta sana (18). La pauta de reposo previa al ingreso, trastornos psíquico o neurológicos, costumbres o hábitos condicionan de manera decisiva la adaptación del paciente al nuevo medio. En la misma línea se ha constatado como personalidades dominantes, con alto índice de autoconfianza, poco predispuestas a la flexibilidad y escasa capacidad de soportar la frustración, están predispuestas a trastornos psicóticos, y al insomnio. Si bien es verdad que el deterioro crónico del patrón de reposo parece tener un valor predictivo sobre la aparición posterior de alteraciones, pocos son los estudios que contemplan esta problemática y la mayoría sólo relacionados con la apnea del sueño (19).

6.3.1.3 Síntomas. El dolor se considera como el evento más estresante y generador de discomfort para un elevado porcentaje de los pacientes. El 63% de los pacientes incluidos en un estudio de unidades quirúrgicas, señalaban al dolor como su principal obstáculo para dormir. Además el 49%, del total, refería que el dolor y las molestias eran más frecuentes por la noche (20). Otros autores abundan en esta cuestión y citan que pese a que el 90% de los pacientes tienen tratamiento para el dolor, el 50% de ellos no están bien tratados.

El incremento del dolor y de malestar se convierte en centro nucleador de una cadena que lleva al incremento de la ansiedad e inquietud, deterioro del patrón de reposo, y suele concluir con el delirio. El déficit de reposo lesiona de igual manera los mecanismos propios del control del dolor. El dolor es una señal de alarma que una vez disparada debe ser manejada o desconectada por el propio organismo sino quiere ocasionar malestar y mal vivir (21).

Así pues disponemos de un complejo sistema neurohormonal de control, muy preciso, constituido por el sistema límbico y el eje hipotálamo-hipofisario El

objetivo de tan alambicado ingenio es la síntesis de endorfinas y mediadores capaces de gestionar eficazmente la situación de alerta (21).

La falta de sueño embota el sistema, se ha demostrado como las personas que duermen como mínimo 7 horas toleran mejor el dolor, que aquellas que presentan insomnio. La alternativa al fracaso endógeno de la analgesia es el soporte externo, la farmacopea (22). Más allá de la componente física, el dolor presenta una vertiente emocional, el sufrimiento, que por el contrario es escasamente abordable desde el punto de vista biomédico. Además la respuesta al dolor está mediatizada por determinadas características personales que la convierten en un evento propio de cada individuo. El paciente se enfrenta a él con las armas de su intelecto, su personalidad y los apoyos emocionales de los que disponga, estamos hablando de su capacidad de resistencia (23).

Un paciente en la Unidad de Cuidado Intensivo puede ver mermada de manera dramática su capacidad de adaptación y reacción, por lo agudo y extremo del proceso. Paralelamente su ámbito de referencia, se ve alterado debido a su ingreso en un medio nuevo, a veces hostil y poblado por desconocidos.

A esta pérdida o reducción en sus argumentos para la lucha, se unen el temor o la ansiedad permanente y la dificultad, a veces faraónica, para recuperar medianamente su castigado cerebro con un sueño reparador. Pero esta vertiente del sufrimiento y el deterioro del patrón del reposo permanece aún ignota, o como mínimo poco transitada (23).

6.3.1.4 Enfermedad/alteración metabólica. El proceso que ha conducido al paciente a la Unidad de Cuidado Intensivo es, evidentemente, el embrión de cualquier trastorno. Diversos estudios en la actualidad tratan de dilucidar la posible relación entre algunos hallazgos electroencefalográficos y las sepsis generalizadas. Al parecer los trastornos de la conducta, del sueño y su correlato en el EEG podrían ser un marcador precoz y no invasivo de la progresión de cuadros infecciosos. El estrés metabólico y fisiológico de los pacientes en nuestras unidades es de por sí un potente generador de malestar que afecta todas las facetas de la persona y multitud de estudios unen de manera inextricable trastornos fisiológicos y psicológicos postulando que el control de los primeros (concentraciones iónicas, de glúcidos, de hormonas, de oligoelementos, de metabolitos) llevará al equilibrio de los segundos (24).

6.4. Perturbadores exógenos:

6.4.1 Medio ambiente. Desde casi el inicio en la andadura de las Unidades de Cuidado Intensivo. Se las consideraba lugares con un medio ambiente agresivo, Korfeld et al (1965), donde las alteraciones sensoriales y perceptivas, junto con la falta de reposo, contribuían al desarrollo de cuadros psicóticos y confusionales. La filiación de los factores más estresantes, determinar los puntos donde cualquier intervención sería más efectiva y contar para ello con la opinión de los afectados ha sido el objetivo de numerosas investigaciones.

Múltiples candidatos han surgido para “portar” el epíteto del más dañino, el factor más pernicioso, pero la pesquisa pese a la dedicación y a la ciencia desplegada, sólo ha descubierto “presuntos” y colaboradores no máximos responsables.

6.4.2 El ruido se ha perfilado como un buen candidato, es capaz de afectar al durmiente, incluso al anestesiado, y está asociado a las Unidades de Cuidado Intensivo de manera tan simbiótica como la mejora técnica. El ruido merma la duración y el número de periodos REM, incrementa el tiempo requerido para conciliar el sueño y disminuye su calidad subjetiva. Además se ha demostrado como el ruido regula el incremento en la secreción de noradrenalina y de su metabolito intermedio, la adrenalina, a nivel suprarrenal (25). Incrementos de 10 dB en el ruido ambiente duplican la percepción sonora del evento.

El Consejo Internacional del Ruido, perteneciente a la OMS, recomienda un nivel acústico máximo de ruido para los hospitales de 45 dB por el día y 40 dB por la noche. En el Estado Español existe una ley (Real Decreto Ley 1386/1989) para la regulación del sonido ambiente en los hospitales, que permite niveles inferiores a los 40 dB por el día y por debajo de 35 en horario nocturno. Sin embargo en casi toda la literatura disponible hallamos datos de valores incómodamente superiores, con picos ocasionales, o no tanto, que van de los 50 hasta rozar lo 90 dB.

Entre los ruidos más referidos por los pacientes como molestos encontramos los relacionados con el equipamiento técnico (monitores, ventiladores, aparataje de infusión) y la conversación del personal cuidador (25).

Numerosas investigaciones basadas en cuestionarios y entrevistas destacan al ruido como agente perturbador, pero sorprendentemente las puntuaciones son contradictorias. Un estudio basado en polisomnografía continua, a pacientes en una Unidad de Cuidado Intensivo general, solo ha sido capaz de atribuir al ruido un 15% en la etiología de las perturbaciones del sueño de los afectados (26). Así pues el ruido se destaca como acompañante del fenómeno de los perturbadores del sueño pero difícilmente como el protagonista.

6.4.3 La luz. Czeizler et al (1986) demostraron que la exposición a luces brillantes podían alterar, hasta en 6 horas, la cadencia del ritmo circadiano humano. La luz es el primer y principal agente regulador del ciclo, su presencia e intensidad dispara, a través de la conexión retino-talámica, la síntesis de las proteínas que controlan nuestros ritmos de actividad. De esta manera la falta de un ciclo lumínico fisiológico, y de luz natural, muy frecuente en nuestras unidades genera la descoordinación en la actividad de los efectores metabólicos (27). Esto añade una nueva agresión a un sistema, a un organismo, en grave situación.

6.4.4. Intervenciones Terapéuticas.

La aproximación, la interacción entre enfermo y profesional, la realización de técnicas más o menos invasivas o del control rutinario, a menudo horario, de constantes vitales aparecen como uno de los eventos que más arremeten

contra la necesidad de reposo y sueño en el paciente hospitalizado en la Unidad de Cuidado Intensivo.

Es un hecho que a ningún profesional se le oculta que la situación del enfermo es la que debe modular la intensidad de las intervenciones, todos entendemos que estados críticos exigen acciones contundentes, agresivas, ruidosas, orientadas a salvaguardar la vida “a toda costa”. Por lo general estas son excepcionales, así que el resto de nuestra actividad ha de estar encaminada a no sorprender, no agredir, a respetar en lo posible el reposo y la intimidad de los pacientes bajo nuestro cuidado en la unidad (28).

La necesidad de soporte mecánico para la respiración lleva aparejados numerosos riesgos físicos y psicológicos, y ambos repercuten y se relacionan de manera directa con la necesidad de reposo y la futura recuperación del paciente. En numerosos estudios se recoge como el paciente sufre pánico y sensación de muerte durante el tiempo que recibe ventilación mecánica (35%). Esto se correlaciona además con periodos de desadaptación o falta de sincronía con el respirador (28). Aunque no existan estudios que vinculen este hecho a la falta de sueño, parece razonable su conexión. En cualquier caso la progresión hacia el abandono del soporte externo se ve seriamente obstaculizada por la falta de reposo.

6.4.5. Sedación y sueño farmacológico. Por sedación en *sensu lato* entendemos la instauración de un tratamiento farmacológico orientado a abolir o disminuir el disconfort, la ansiedad y el dolor de los pacientes sometidos a diferentes traumáticas. El estado pues inducido es parecido al del sueño fisiológico, primordialmente en el aspecto externo –la quietud- no tanto en el interno (4).

El empleo de sedantes, hipnóticos, analgésicos, relajantes y ansiolíticos es una realidad consustancial a las Unidades De Cuidado Intensivo. Los ambientes antes descritos, la situación clínica del paciente, a menudo caótica, y el empleo de técnicas agresivas, conllevan el uso de tamaño arsenal farmacológico. Su administración mejora la adaptación inicial y el bienestar del paciente, y contribuye a la tolerancia de numerosas medidas de soporte a las que se ve sujeta la persona.

En la actualidad se aboga por mantener estados de sedación intermedios, se trata de evitar situaciones de pseudoanestesia constante, frecuente en otras épocas. Se trata así de favorecer el bienestar del paciente reduciendo en lo posible los efectos adversos de la sobre medicación. Estudios observacionales han identificado la sedación como un factor de riesgo en el desarrollo de neumonías en los pacientes sujetos a ventilación mecánica. En el mismo sentido la infusión continua de estos fármacos condiciona la prolongación de la ventilación asistida, frente a otros modos de administración. Además la sedación excesiva interfiere con la valoración y el seguimiento de la situación neurológica del paciente, incrementa los riesgos de complicaciones y nos hurta la capacidad de acceder aunque sea mínimamente, a su esfera íntima (29).

Diversos autores proponen la interrupción diaria de la sedación en los pacientes sometidos a ventilación mecánica para valorar su situación neurológica y optimizar en lo posible sus capacidades, sus recursos tanto físicos como mentales. De su manejo preciso y de una monitorización próxima y experta dependerá conseguir los efectos deseados o inducir efectos adversos o paradójicos, ya que son bien conocidos los peligros – broncoespasmo, isquemia miocárdica, aumento de la PIC, pánico - de la infra sedación o los “despertares” abruptos (30).

No está tan claro que efectos tienen sobre el cerebro y sus funciones teniendo en cuenta la situación crítica del enfermo, las dosis empleadas y el tiempo durante el que se aplican. Las benzodiacepinas suprimen los estadios 3-4 del sueño No REM y pueden interferir en el desarrollo del primer ciclo REM, reduciendo así el número de ciclos por noche. De igual manera se han detectado alteraciones en el EEG, descenso de ondas alfa e incremento de las ondas lentas, en pacientes sujetos a perfusiones continuas con midazolán. Además estos compuestos producen amnesia anterógrada y en menor grado retrógrada. La morfina y sus derivados también producen una reducción del periodo REM (31). Otras moléculas, como el propofol, aún están pendientes de estudios más profundos, pero se conoce su capacidad para provocar trastornos parecidos (tanto las benzodiacepinas como el propofol actúan modulando la acción del GABA). Así las cosas parece que en muchas ocasiones estos fármacos se comportan como disyuntores o agentes desacoplantes entre el sueño, pérdida transitoria y reversible de conciencia, y el reposo (31). La presencia de pesadillas no es un evento desdeñable, así como los terrores asociados a la medicación hipnótica. De manera general se puede afirmar que ha sido demostrado patrones de sueño atípicos en pacientes ingresados en las Unidades de Cuidado Intensivo que reciben altas dosis de sedación (32).

Cada una de estas perturbaciones producirá en el paciente unas consecuencias físicas y de comportamiento que son de importancia conocer para evitarlas.

6.5. CONSECUENCIAS DE LA FALTA DE SUEÑO

6.5.1. Síndrome de Cuidados Intensivos. El título circunscribe el cuadro pero con frecuencia este se halla ligado al hecho de la hospitalización, no al del lugar donde esta se produzca. Es un concepto muy amplio e íntimamente ligado al sueño, más exactamente a su ausencia.

La primera definición que aparece en la literatura es de McKegney (1966) que lo definía como: “un síndrome orgánico cerebral agudo que sufren los pacientes encamados en la UCI, caracterizado por la alteración de sus funciones intelectuales, primordialmente la memoria y el juicio”. Numerosos autores lo comparan con un “naufragio” mental, causado por la tortura mental que significa la prolongada inmovilidad, el aislamiento, la incertidumbre y la humillación del paciente ingresado en la UCI (33).

No podemos olvidar tampoco afectaciones psicológicas o neurológicas previas que pueden dificultar aún más el descubrimiento y el seguimiento del cuadro. Cambios bruscos en los patrones de comportamiento en los pacientes con demencia previa pueden estar avisándonos de otro proceso en ciernes. Sea como fuere la falta de sueño siempre aparece ligada al desarrollo y la evolución de estos cuadros (33).

El manejo de los pacientes confusos o delirantes más allá de la restricción mecánica, debe pasar por una lucha en lo personal por imponer nuestra cordura a una situación inestable. La panacea empleada con celeridad y recomendada, actualmente, por numerosos autores es la “sujeción” química, estéticamente menos agresiva que la mecánica, el empleo de haloperidol. Compuesto monolítico al que todos recurren para limar los márgenes del paciente agitado. Algunos autores lo califican como “camisa de fuerza química” ya que su acción se centra en la eliminación de la agitación motriz, pero poco hace a favor de minimizar la tormenta interior que asola a la persona. Pues bien esta solución universal está empezando a exhibir rasgos peligrosos y en la actualidad se aboga cada vez más por reducir su uso y buscar otras alternativas (34).

6.5.2. Deterioro del Ritmo Circadiano. La privación sensitiva y de sueños que los pacientes padecen en la Unidad de Cuidado Intensivo en momentos de extrema labilidad al estrés parece estar relacionados con la aparición de cuadros psicóticos. Pacientes ingresados en una Unidad de Cuidado Intensivo con ventanas presentaban menor incidencia en el desarrollo de estos cuadros que aquellos que no tenían acceso a luz natural (35). Así algunos investigadores han aventurado la posibilidad de que las alteraciones del ritmo circadiano afecten de manera importante a los pacientes y estén en relación directa con síndromes como los antes descritos.

La pérdida del referente día/noche, experiencia tan común e incómoda, parece ser la antesala o un síntoma precoz en nuestros pacientes. Dos siglos de estudios experimentales han demostrado la imposibilidad de establecer una correspondencia biunívoca entre el tiempo físico y el psicológico. El paciente que no duerme pierde un referente, un fulcro para apoyar su maltrecha brújula temporal. La fragmentación del sueño, la postración y la falta de luz natural harán el resto. Así pues su reloj interno se varía, cuando más necesita un ritmo hormonal ordenado, cuando su “economía” se encuentra en clara situación inflacionaria, pierde recursos sin parar (tanto físicos como psíquicos) consumidos por su enfermedad y es incapaz de utilizar sus resortes de recuperación (36).

6.5.3 Síndrome de Abstinencia (SA). La aparición de situaciones de pánico, ansiedad, acompañadas de alteraciones hemodinámicas y una cohorte florida de síntomas que afectan al paciente que ha estado sujeto a dosis elevadas y prolongadas de sedación y/o analgesia es un evento frecuente en nuestro medio.

Los fármacos más usados, opiáceos y benzodiazepinas, tienen la capacidad de desarrollar tolerancia en el individuo. Los opiáceos a altas dosis disminuyen la síntesis endógena de endorfinas y por otra parte las benzodiazepinas (y de alguna manera el propofol) interfieren en la regulación del sistema GABA (4). Así pues los adultos sometidos a tratamiento por más de una semana, son sujetos potenciales de sufrir cuadros de abstinencia, más o menos dramáticos, que se asocian con el incremento de la estancia en la Unidad de Cuidado Intensivo y de la duración de la ventilación mecánica. Durante años se ha conocido y abordado el SA a opiáceos, su peligrosidad y la rápida aparición de tolerancia en el sujeto hacía recaer sobre él toda la amplia gama de inestabilidades y padecimientos que sufrían los enfermos al iniciar su periodo de recuperación. Pero en la actualidad la plurifarmacoterapia empleada, y el mayor conocimiento de las características propias de cada medicamento, cada vez hace más relevante el papel coadyuvante, e incluso protagonista de las benzodiazepinas. Incluso numerosos autores les confieren mayor peso específico en desarrollo de los síndromes de abstinencia.

En cualquier caso la mayoría de los autores destacan que los síndromes de abstinencia en los pacientes críticos son difíciles de valorar, e incluso se carece de instrumentos validados para su abordaje en pacientes con problemas de comunicación, por ejemplo, no existen escalas de graduación para síndromes de abstinencia en pacientes sometidos a ventilación mecánica, además síntomas y signos propios de estos cuadros, como la rinorrea o los vómitos son poco aplicables al contexto de estos pacientes.

Otro evento atribuido a la reducción en la administración de narcóticos es lo que se denomina rebote REM. La reducción en el porcentaje de este periodo inducida por la medicación genera una abstinencia fisiológica por su recuperación en el momento que se den las condiciones (37). Así pues el sueño de estos pacientes en periodo de readaptación, presenta en los primeros días periodos REM de duración muy superior a lo habitual. Estos periodos REM anómalos coinciden con cuadros de ansiedad y alteraciones hemodinámicas, y los pacientes, en ocasiones, narran terribles pesadillas coincidiendo con estos (38).

6.5.4 Trastornos Metabólicos: El sueño en función de la actividad cerebral y muscular detectada puede dividirse en dos fases distintas: la fase NREM, de movimientos oculares lentos y a la fase REM, de movimientos oculares rápidos. La fase NREM, a su vez, se subdivide en 4 estadios, caracterizados por un enlentecimiento progresivo de la actividad cerebral y un relajamiento muscular general. Por el contrario la fase REM se caracteriza por un elevado índice de actividad cerebral y muscular, hay un aumento de la temperatura corporal, del flujo sanguíneo cerebral y del consumo de oxígeno (39).

6.5.5 Cambios cognoscitivos y de comportamiento:

Se han reportado alteraciones en la memoria a corto plazo, así como fenómenos alucinatorios que simulan esquizofrenia paranoide en 2% de los pacientes, adicionalmente la privación de sueño se ha asociado con

alteración en la función de los músculos respiratorios y reflejos de defensa de la vía aérea aumentando así la incidencia de extubaciones fallidas (40).

6.5.6 Cambios fisiológicos: Se han descrito alteraciones neurológicas como enlentecimiento de los reflejos corneanos, hiperactividad osteotendinosa y del reflejo nauseoso, disminución del umbral de dolor y presencia de nistagmo. Dentro de las alteraciones electroencefalográficas se observa una reducción cercana a 30% de la actividad alfa, la cual caracteriza la primera etapa del sueño (40).

La privación de sueño se relaciona también con disminución en la capacidad vital forzada, del volumen expiatorio forzado en un minuto y con control inadecuado en los índices de oxigenación y ventilación en los pacientes con EPOC, así como respuestas tardías a estímulos respiratorios inductores de despertar como hipoxia y broncoconstricción (40).

Se describen alteraciones bioquímicas como pérdida del ritmo circadiano de hormonas que guardan este patrón de secreción como prolactina, hormona de crecimiento y melatonina, adicionalmente se han reportado alteraciones en los productos de secreción tiroidea probablemente asociadas al aumento de las necesidades metabólicas por persistencia de los estados de alerta (41).

7. PRINCIPIOS ETICOS

7.1. El principio de autonomía: El personal de salud debe ejercer su capacidad para deliberar, decidir y actuar. Las decisiones personales, siempre que no afecten desfavorablemente a sí mismo y a los demás, deberán ser respetadas (42).

Este principio se abordara en el proyecto teniendo en cuenta la libertad de decisión del personal de enfermería para participar en actividades que buscan mejorar la calidad del sueño de los pacientes que tienen a cargo, es decir se trabajara con la enfermera como ser independiente y autónomo y su interés para brindar cuidado de enfermería a los pacientes con alteraciones del sueño en la Unidad de Cuidado Intensivo.

7.2.El principio de beneficencia: Se debe hacer lo que conviene a cada ser humano respetando sus características particulares, teniendo más cuidado con el más débil o necesitado y procurando que el beneficio sea más abundante y menos demandante de esfuerzos en términos de riesgos y costos. La cronicidad, gravedad o incurabilidad de la enfermedad no constituye motivo para privar de la asistencia proporcionada a ningún ser humano; se debe abogar por que se respeten de modo especial los derechos de quienes pertenecen a grupos vulnerables y estén limitados en el ejercicio de su autonomía (42).

Para lograr ello, en el proyecto se tendrán en cuenta la realización de actividades encaminadas a favorecer la satisfacción y el beneficio del descanso y el sueño del paciente de la unidad. Con la realización de este proyecto las enfermeras se empoderaran del cuidado de enfermería en beneficio del paciente mejorando su patrón de descanso y sueño en la Unidad de Cuidado Intensivo.

7.3. El principio de no maleficencia: Se debe realizar los actos que, aunque no beneficien, puedan evitar daño. La omisión de actos se sancionará cuando desencadena o pone en peligro de una situación lesiva (42).

Las actividades que se plantean en este trabajo para el desarrollo de los objetivos, ninguna producirá maleficencia en los participantes ni en los pacientes quienes por el contrario serán los mas beneficiados ya que se trabajara con la motivación de enfermería para participar en actividades sencillas que busquen el mejoramiento de la calidad del cuidado de enfermería en el descanso y sueño de los pacientes.

7.4. El principio de justicia: Equidad en la distribución de cargas y beneficios. Tratar a todos por igual, con equidad, sin discriminación (43). Se trabaja con todas las enfermeras de la misma manera con diferentes actividades que busque optimizar el sueño de los pacientes de la unidad de cuidado intensivo,

sin discriminación alguna, todos los se manejaran según las necesidades y problemas de sueño que presenten.

7.5. El principio de respeto: Se refiere al reconocimiento de la dignidad personal y la autonomía de los individuos, con especial protección de aquellas personas que tienen disminuida la autodeterminación (43).

Se respetara cada una de las opiniones de las enfermeras que se encuentran a cargo del cuidado de los pacientes de la Unidad De Cuidado Intensivo, referentes al descanso de los pacientes.

8. ANÁLISIS DE GRUPOS DE INTERÉS.

El proyecto estará dirigido al personal profesional de enfermería de la Unidad de Cuidado Intensivo del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué. Sede limonar.

Enfermeros totales: 12 enfermeros

Numero de camas: 10

Ocupación: 100%

Enfermeros por turno: 3

Edades de enfermeros que laboran en la unidad: 25 –50 años

Servicio en el que trabajan: Unidad de Cuidado Intensivo Adulto (sede limonar)

Los turnos son rotativos

Tiempo de experiencia: entre 1 a 25 años

Enfermeros especialistas: 3

9. MATRIZ DEL MARCO LOGICO

Tabla 1: Matriz Del Marco Lógico

	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
<p>PROPOSITO:</p> <p>Todas las enfermeras en la Unidad De Cuidado Intensivo brindaran calidad en el cuidado de enfermería en la necesidad de descanso y sueño de los pacientes hospitalizados.</p>	<p>Numero de enfermeras que brindan calidad en cuidado de enfermería en la necesidad de descanso y sueño en la Unidad / total de enfermeras que laboran en la Unidad de Cuidado Intensivo</p>	<p>Entrevista con los pacientes</p>	<p>*Disponibilidad de tiempo del personal de enfermería.</p> <p>*Satisfacción del personal de enfermería por la disminución de los problemas de sueño que presentan los pacientes que tiene a su cargo.</p> <p>.</p>
<p>FIN:</p> <p>Individualizar la calidad del cuidado de enfermería en la necesidad de descanso y sueño en todos los pacientes que ingresen a la Unidad de Cuidado Intensivo.</p>	<p>Numero de enfermeras que laboran en la Unidad De Cuidado Intensivo que brindan cuidado personalizado en el patrón de descanso y sueño/ total de enfermeras que laboran en la Unidad.</p>	<p>Lista de chequeo</p>	<p>Motivación del personal de enfermería.</p> <p>*Disponibilidad de tiempo del personal de enfermería para personalizar el cuidado en la necesidad de descanso y sueño de los pacientes de la Unidad de Cuidado Intensivo.</p>

10. PLAN DE ACCION

Tabla 2: Plan de acción 1

OBJETIVO	ACTIVIDAD	RECURSOS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
Educar al personal de enfermería que labora en la Unidad de Cuidado Intensivo sobre la importancia que tiene el sueño en los pacientes, así como las causas y las consecuencias de los trastornos de sueño y las diferentes intervenciones que se pueden realizar para mejorar esta necesidad en el paciente.	sesión educativa	Auditorio video beam	Numero de asistentes a la sesión educativa/ total de personal de enfermería que trabaja en la unidad.	Lista de asistencia	Desinterés del personal de enfermería en la participación de la actividad. Afinidad por el tema a tratar. Tiempo de las enfermeras para asistir a la actividad. Adherencia al tema por parte del personal de enfermería al tema de la necesidad del descanso y sueño del paciente.
Reconocer el significado que tiene para los pacientes la falta de sueño.	Reproducción de grabaciones de testimonios de pacientes hospitalizados con trastornos del sueño	Sala de reuniones grabadora	Numero de enfermeras participantes a la reunión/ total de enfermeras que laboran en la Unidad	Lista de asistencia	Tiempo del personal. Impacto positivo sobre las enfermeras.

Tabla 3: plan de acción 2

OBJETIVO	ACTIVIDAD	RECURSOS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
Desarrollar charlas de motivación al personal de enfermería para que mejoren el cuidado en la necesidad de descanso y sueño del paciente de la Unidad de Cuidado Intensivo.	Juego de Roles	Cuarto de descanso. Grabación. Equipo de sonido.	Numero de participantes en la dinámica/ total de personal de enfermería de la unidad	Lisa de asistencia.	Disposición de tiempo del personal de enfermería. Participación a la dinámica. Reflexiones positivas que generen cambios en la actitud del personal de enfermería.
Instruir al personal de enfermería que labora en la Unidad de Cuidado Intensivo sobre las actividades que promueven el sueño en el paciente.	Sesión educativa	Auditorio Video beam	Numero de asistentes a la sesión educativa/total de personal de enfermería que trabaja en la unidad.	Lisa de asistencia.	Desinterés del personal de enfermería en la participación de la actividad. Afinidad por el tema a tratar. Tiempo de las enfermeras para asistir a la sesión educativa.

Tabla 4: plan de acción 3

OBJETIVO	ACTIVIDAD	RECURSOS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
Promover el interés del personal de enfermería por mejorar el patrón del sueño de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidado intensivo.	Reproducción de grabación de testimonios de pacientes hospitalizados con trastornos del sueño al personal de enfermería.	Salón de reuniones. Grabadora	N. de personas participantes en la mesa redonda/ total de personal de enfermería que trabaje en la unidad.	Lista de asistencia.	Pacientes voluntarios que quieran dar sus testimonios.
	Mesa redonda	Salón de reuniones		Lista de asistencia	Tiempo del personal de enfermería para participar de la mesa redonda.
	Reflexión grupal	Sillas	N. de participantes de la reproducción de la reflexión /total de personal de enfermería que labora en la unidad		Reflexiones que generen cambios positivos en el personal de enfermería para promover un cuidado con calidad en la necesidad de descanso y sueño.

11. DESARROLLO DE ACTIVIDADES DEL PLAN DE ACCION

Las actividades se desarrollaron en la Unidad de Cuidado Intensivo del HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA sede limonar, Ibagué.

Las diferentes actividades planeadas en el proyecto se iniciaron a partir del 2 de agosto hasta el 12 de agosto de 2010 para dar cumplimiento a los objetivos propuestos en el proyecto.

11.1. Objetivos:

-Educar al personal de enfermería que labora en la Unidad de Cuidado Intensivo sobre la importancia que tiene el sueño en los pacientes, así como las causas y las consecuencias de los trastornos de sueño y las diferentes intervenciones que se pueden realizar para mejorar esta necesidad en el paciente.

-Instruir al personal de enfermería que labora en la Unidad de Cuidado Intensivo sobre las actividades que promueven el sueño en el paciente.

11.1.1. Actividad Planeada: “Sesión Educativa”

Mediante una Charla educativa dirigida al personal de enfermería por medio de una presentación en power point se explicaron todos los aspectos teóricos sobre el descanso y sueño de los pacientes críticamente enfermos, en esta presentación se revisaron los estudios más relevantes a nivel mundial que se han realizado de estos temas, se revisaron los principales estímulos negativos que existen en la Unidad de Cuidado Intensivo que dificultan el descanso en el paciente, los efectos negativos que tienen estos estímulos en el paciente y las diferentes actividades de enfermería que se pueden realizar para promover la conciliación del sueño.

Al finalizar la sesión educativa se formularon dos preguntas:

- ¿Conocía el tema?

- Si conocía el tema, ¿realizaba actividades para favorecer el sueño del paciente?

11.2. Objetivo:

-Desarrollar actividades de motivación al personal de enfermería para que mejoren el cuidado en la necesidad de descanso y sueño del paciente de la Unidad de Cuidado Intensivo.

11.2.1. Actividades Planeadas: “Juego De Roles”

Mediante una dinámica programada se reunió al personal de enfermería de la Unidad de Cuidado Intensivo para que los enfermeros hicieran el papel de pacientes, la actividad se realizó en el cuarto de descanso donde se creó un ambiente adecuado para descansar en medio del ruido y los estímulos negativos que usualmente se presentan en la Unidad de Cuidado Intensivo, para esto se contó con un equipo de sonido que reprodujo una grabación que contenía el ruido de las alarmas de los diferentes equipos biomédicos que se utilizan para la monitorización del paciente, ventiladores mecánicos y bombas de infusión. En la grabación también se escuchara música y conversaciones en alto volumen.

Además de la grabación se interrumpió el descanso de los enfermeros participantes de la dinámica con la realización de procedimientos como administración de medicamentos, cambios de posición, toma de exámenes, etc.

Al finalizar la dinámica por medio de una reflexión se concluirán medidas efectivas acordadas por todos para mejorar el cuidado del patrón del sueño del paciente crítico hospitalizado en el servicio.

Se respondieron las siguientes preguntas:

¿Considera que los estímulos que disminuyen el sueño en el paciente, son fácilmente modificables?

¿Es de su interés evitar los estímulos negativos que afectan el sueño en la unidad de cuidado intensivo?

11.3. Objetivos:

-Promover el interés del personal de enfermería por mejorar el patrón del sueño de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo.

-Reconocer el significado que tiene para los pacientes la falta de sueño.

11.3.1. Actividades Planeadas: “Reproducción De Testimonios”

Mediante una mesa redonda en donde participaron los enfermeros que laboran en la Unidad de Cuidado Intensivo se escucharon los testimonios grabados de pacientes que estuvieron previamente hospitalizados en el servicio, en la grabación los pacientes expresaron su opinión sobre el descanso y el sueño que tuvieron durante la estancia en la Unidad de Cuidado Intensivo, aquí se escucharon las diferentes causas por las cuales estos no podían conciliar el sueño.

Al finalizar la reproducción de la grabación se realizó una reflexión grupal, donde cada enfermera responderá el siguiente interrogante:

-Luego de conocer lo que significo la falta de sueño en el paciente ¿está interesado en aplicar las actividades que promuevan el sueño en el paciente de la Unidad de Cuidado Intensivo?

12. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	JULIO				AGOSTO			
	1	2	3	4	1	2	3	4
SEMANA								
• Sesión educativa (2/08/10)								
• Entrevista con pacientes que vivieron la experiencia de la hospitalización en la UCI con deficiencia de sueño.								
• Juego de roles. (6/08/10) • mesa redonda. (6/08/10) • reflexión de juego de roles. (6/08/10)								
• Reproducción de testimonios.(12/08/10) • Reflexión de la actividad. (12/08/10)								
Análisis de resultados								
Presentación final de proyecto								

13. ANALISIS DE RESULTADOS DE ACTIVIDADES

Las actividades se desarrollaron en la Unidad de Cuidado Intensivo del HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA sede limonar, Ibagué.

Se trabajo con un total de 11 profesionales de enfermería encargados de proporcionar cuidado a 10 pacientes críticamente enfermos.

Las diferentes actividades del proyecto se iniciaron a partir del 2 de agosto del 2010 hasta el 12 de agosto de mismo, las diferentes actividades cumplieron con el propósito de motivar el personal profesional de enfermería en el mejoramiento de la calidad del cuidado ofrecido al paciente hospitalizado en la Unidad de Cuidado Intensivo, por lo tanto se puede decir que los objetivos generales y específicos planteados en el presente proyecto se efectuaron satisfactoriamente.

Se obtuvo una adecuada acogida por parte del personal de enfermería en la participación de las diferentes actividades planteadas:

Tabla 5: Evaluación de indicadores de participación de actividades

Indicador	participación
N. de asistentes a la sesión educativa/total de personal de enfermería de la unidad x 100	91%
N. de participantes en la dinámica de juego de roles/ total de personal de enfermería de la unidad x 100	66.6%
N. de participantes en la reproducción de los testimonios/total de personal de enfermería de la unidad x 100	83.3%

13.1. Sesión Educativa:

Por medio de una presentación en power point se cumplieron los siguientes objetivos:

Se instruyó al personal de enfermería sobre la importancia que tiene el sueño en los pacientes de la Unidad de Cuidado Intensivo

Se capacitó al personal de la Unidad de Cuidado Intensivo sobre las causas y las consecuencias de la falta de sueño de los pacientes hospitalizados en este servicio.

Se educó al personal de enfermería que labora en la Unidad de Cuidado Intensivo sobre las actividades que promuevan el sueño en el paciente.

OBSERVACIONES: el tema causó un gran interés por parte del personal de enfermería pues reconocieron que es uno de los problemas que mas afecta a los pacientes que ingresan a la Unidad de Cuidado Intensivo comprometiendo casi en la totalidad al personal de enfermería que son los cuidadores principales, la mayoría de participantes a la sesión educativa desconocían las causas y las consecuencias de la falta del sueño, así como las actividades que se pueden realizar para el mejoramiento de este patrón, otra parte las conocen pero no las aplican pues las muchas actividades delegadas hacen perder un poco la sensibilización por brindar un mejor cuidado, solo una cantidad muy pequeña conocen los temas expuestos y procuran al máximo en promover el sueño del paciente.

Resultados de las preguntas formuladas en la sesión educativa:

- ¿Conocía el tema?
- Si conocía el tema, ¿realizaba actividades para favorecer el sueño del paciente?

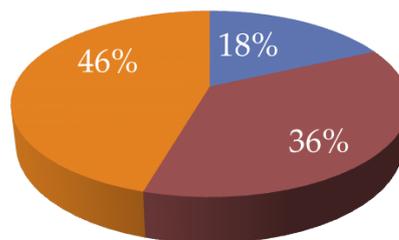
A. Personas que conocían el tema y lo aplicaban. TOTAL: 2

B. Personas que conocían el tema y no lo aplicaban. TOTAL: 4

C. Personas que desconocía los temas. TOTAL: 5

CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DEL TEMA

■ A ■ B ■ C



Grafica 1: distribución porcentual del conocimiento y aplicación del tema tratado en la sesión educativa

13.2. Juego De Roles:

En esta dinámica se logró la participación de ocho profesionales de enfermería.

Por medio de la dinámica de juego de roles que se planeó se logro desarrollar la motivación del personal de enfermería que labora en la Unidad de Cuidado Intensivo para que mejoren el cuidado en la necesidad de descanso y sueño de los pacientes hospitalizados en este servicio.

OBSERVACION: En el desarrollo de esta actividad los participantes concluyeron que era muy difícil el descanso con los diferentes estímulos ambientales a los que estaban sometidos, generó reflexiones positivas en la mayoría de los participantes para la modificación de los estímulos que interfieren en el sueño del paciente.

Resultados de las preguntas formuladas en la dinámica de juego de roles:

-¿Considera que los estímulos que disminuyen el sueño en el paciente, son fácilmente modificables?

-¿Es de su interés evitar los estímulos negativos que afectan el sueño en la Unidad de Cuidado Intensivo?

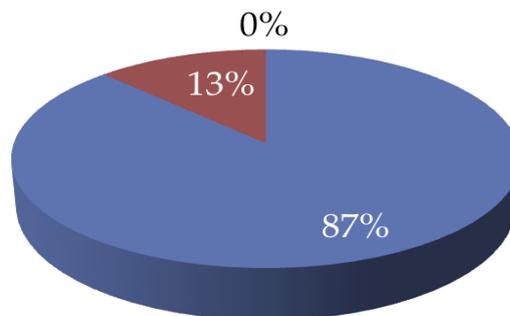
A. Personas que consideran los estímulos que disminuyen el sueño en el paciente fácilmente modificable. TOTAL: 7

B. personas que consideran los estímulos que disminuyen el sueño en los pacientes difícilmente modificables. TOTAL: 1

C. Personas a quien no les interesa evitar estímulos negativos. TOTAL: 0

REFLEXIONES GENERADAS

■ A ■ B ■ C



Grafica 2: distribución porcentual de reflexiones generada en la dinámica de juego de roles

13.3. REPRODUCCION DE TESTIMONIOS Y REFLEXIONES:

En la reproducción de los testimonios de los diferentes pacientes egresados de la Unidad de Cuidado Intensivo se logró la participación de 10 enfermeros, con el desarrollo de esta actividad se lograron los siguientes objetivos:

Se promovió el interés del personal de enfermería por mejorar el patrón del sueño de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidado intensivo.

Se reconoció el significado que tiene para los pacientes la falta de sueño.

OBSERVACION: el desarrollo de la actividad conmovió a la mayoría de los participantes al escuchar a cuatro pacientes con trastornos de sueño cuyas causas son, en la mayoría modificables. Los enfermeros se comprometieron en la aplicación de actividades que promuevan el sueño en los pacientes de la Unidad de Cuidado Intensivo.

Resultados de la pregunta formulada luego de la reproducción de los testimonios:

Luego de conocer lo que significa la falta de sueño en paciente ¿está interesado en aplicar las actividades que promuevan el sueño en el paciente de la Unidad de Cuidado Intensivo?

- A. Personas que luego de conocer lo que significa la falta de sueño en paciente, están interesadas en aplicar de actividades que promuevan el sueño en el paciente de la Unidad de Cuidado Intensivo. TOTAL 10
- B. Personas que luego de conocer lo que significa la falta de sueño en paciente, NO están interesadas en aplicar de actividades que promuevan el sueño en el paciente de la Unidad de Cuidado Intensivo. TOTAL: 0



Grafica 3: distribución porcentual de los intereses generados al personal de enfermería sobre la presentación de los testimonios.

14. CONCLUSIONES

- Al realizar actividades académicas dirigidas al personal de enfermería de la Unidad de Cuidado Intensivo acerca de las causas y consecuencias que tiene para los pacientes la falta de sueño, se tiene como resultado una mayor colaboración por parte del personal, para disminuir los factores externos que de manera directa inciden en el bienestar y descanso del paciente.
- Cuando el personal de enfermería desconoce las opiniones de los pacientes acerca de la experiencia vivida en la Unidad de Cuidado Intensivo con relación a los problemas de descanso y sueño, estos subestiman la importancia de esta necesidad en el paciente.
- El conocimiento de la enfermera sobre los factores que a los pacientes les ha resultado molestos a la hora de dormir, como el ruido de las alarmas, el sonido de la radio, del teléfono y las conversaciones del personal de salud, han sido los mismos factores que se utilizaron en una de las actividades planeadas, lo cual motivó al personal de enfermería a limitar el impacto de factores negativos sobre el sueño de los pacientes.
- Cuando se instruye al personal de enfermería sobre la importancia que tiene su participación en el desarrollo de actividades que promuevan el descanso y el sueño del paciente hospitalizado en la Unidad de Cuidado Intensivo, estos se tornan motivados por lograr que el sueño del paciente sea verdaderamente reparador.
- El desarrollo de actividades lúdicas con el personal de enfermería promueven el interés en la modificación del comportamiento dirigido a disminuir los diferentes estímulos externos que afectan la conciliación del sueño de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo.

RECOMENDACIONES

- Dar continuidad al proyecto implementando un instrumento de valoración a los pacientes que se encuentren hospitalizados en el la Unidad de Cuidado Intensivo, con el fin de evaluar la satisfacción del paciente en la necesidad de descanso y sueño, de esta forma también se evaluaría el impacto que obtuvo el proyecto sobre los enfermeros que laboran en el servicio donde se implementó el proyecto.
- Diseñar un plan de cuidado de enfermería donde se pueda cubrir e individualizar las necesidades de descanso y sueño de los pacientes que ingresan a la Unidad de Cuidado Intensivo; dicho plan estaría diseñado para la aplicación por parte de todo el personal de enfermería del servicio con el objetivo de prevenir trastornos de sueño durante la hospitalización de los pacientes.
- Plantear un programa de educación continuada al personal de enfermería, tanto profesional como auxiliar que labora en la Unidad de Cuidado Intensivo, para promover permanentemente la motivación por trabajar en el mejoramiento de la necesidad de descanso y sueño de todos los pacientes que ingresen al servicio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carrillo Ballesteros J, González Canalejo MB, Granados Gámez C, Gutiérrez Izquierdo G, Latorre Fernández MI, Márquez Membrive I, et al. Alteración del sueño. *Revista de Enfermería. Universidad de Albacete.* 1996; 6:30-7.
2. Krachman SL, Criner GJ, D'Alonzo GE. Sleep in the Intensive Care Unit. *Chest.* 1995; 107:1713-20.
3. Nicolás E. Aizpitarte, A. Iruarrizaga, M. Vázquez, M. A. Margall, M. C. Asiain. Percepción de los pacientes quirúrgicos del sueño nocturno en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Enferm Intensiva* 2002; 13(2):57-67. Disponible en <http://www.elsevier.es>. [Consultado el: 28/05/2010].
4. Torres 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(1):10.
5. Freedman N, Kotzer N, Schwab J. Patient perception of sleep quality and etiology of sleep disruption in the intensive care. *Am J Respir Care Med* 1999; p. 1155-1162.
6. Wagner J, Wagner M, Hening W. Alternative Pharmacologic Agents for the Treatment of Insomnia. *Annals of Pharmacotherapy.* 1998; 32(6):680-691
7. Miró E, Cano-Lozano MC, Buela-Casal G. SUEÑO Y CALIDAD DE VIDA. *Revista colombiana de psicología.* 2005; 1(14): 21
8. Guaqueta SR. Indicadores de la calidad del cuidado de enfermería en UCI. [En línea] [Fecha de acceso 3 de marzo de 2010]; Disponible en: http://www.enfermeria.unal.edu.co/descargas/sem_critico/4.pdf
9. EL SUEÑO COMO NOS AFECTA disponible en: <http://www.robertexto.com/archivo5/suenio.htm>, [consultado: 1/06/10].
10. Vicente Martínez Mayorga. Descanso y sueño. [Sitio en internet]. Disponible en: <http://www.pedromarti.com/app/download/.../Descanso+y+Sueño.pdf> [consultado: 2/02/10].
11. Ann Marriner Tomey, Martha Raile Alligood, Modelos y teorías en enfermería, España: ELSEVIER/ MOSBY; 2008. p.762- 768

12. Serbe Rojas. El temor y la experiencia del paciente en UCI. Creado el 16/06/09. Disponible en: http://tesis.udea.edu.co/dspace/bitstream/10495/42/3/03_Contentido.pdf [consultado 2/02/10].
13. Trincado Agudo MT, Fernández Caballero E. Calidad en enfermería. Rev Cubana Enfermer [en línea] 1995 [fecha de acceso 11 de febrero de 2010]; 11(1): 1-2. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03191995000100001&lng=es&nrm=iso
14. Peterson Sandra J, Bredow Timothy S. Middle range theories: application to nursing research. 2ed: Estados Unidos: Wolters Kluwer; 2009. pp.191-199
15. Gualberto Buela Casal, José Francisco Navarro. Avances en la investigación del sueño y sus trastornos, España, siglo XXI de España editores. 1990. pp. 169- 173
16. Cardinal P. Psychoneuroimmunology (books review) N Engl J Med 2001; 344(9): 695-696.
17. Bliwise DL, King A, Harris R, Haskell W. Prevalence of self-reported poor sleep in a health population aged. Social Science Medicine 1992; 34: 49-55.
18. Meissner H, Riemer A, Santiago S, et al. Failure of physician documentation of sleep complaints in hospital patients. Western J Med 1998; 169: 146-149.
19. Hosselet J, Ayappa I, Norman A, et al. classification of sleep- disordered breathing. Am J Respir Crit Care Med 2001 ; 163: 398-405.
20. Closs S. Patients' night-time pain, analgesic provision and sleep after surgery. Inter J Nurs Studies 1992; 29: 381-392.
21. Soler Company E, Montaner Abasolo MC. Consideraciones bioéticas en el tratamiento del dolor. Persona y bioética 2004; 8(21): 49-64
22. Young C, Knudsen N, Hilton A, et al. sedation in ICU. Crit Care Med 2000; 28(3): 854-866.
23. Morse JM, Whitaker H, Tason M. The caretakers of suffering. In: Chesworth J, ed. Transpersonal Healing: Essays on the Ecology of Health. Newbury Park, CA: Sage; 1996:91-104.
24. McGuire B, Basten C, Ryan C, et al. Intensive care unit syndrome: a dangerous misnomer. Arch Intern Med 2000; 160: 906-909.

25. 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(1):10-16.
26. Freedman N, Gazendam J, Lachelle L, et al. Abnormal sleep/wake cycles and the effect of environmental noise on sleep disruption in the ICU. *Am J Respir Crit Care Med* 2001; 163: 451-457.
27. Okamura H, Miyake S, Sumi Y, et al. Photic induction of mPer1 and mPer2 in cry-deficient mice lacking a biological clock. *Science* 1999; 286 (5449): 2531-2534.
28. Montgomery P, Dennis J. Intervenciones cognitivo-conductuales para los trastornos del sueño en adultos mayores de 60 años de edad. 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. [Consultado en: 05/03/2010].
29. Kress J, Pohlman A, O'Connor M. Daily interruption of sedative infusions in critically ill patients undergoing mechanical ventilation. *N Engl J Med* 2000; 342: 1471-7.
30. Desai P. Pain management and pulmonary dysfunction. *Crit Care Med* 1999; 15: 151-166.
31. Nogales-Gaete J. Tratado de neurología clínica. 1 ed. Chile: editorial universitaria S.A; 2005. pp. 41-48
32. Haro Martín S, Oliver Uranga P, Navarro Arnedo JM, Vela Morales C. Como duermen los pacientes en una unidad de cuidados intensivos. *Enfermería Clínica* 1999; 9(6):251-256.
33. 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*. 2007; 31(6).
34. Joy C, Adams C, Lawry S. Haloperidol versus placebo for schizophrenia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002. Disponible en: http://www.nlm.nih.gov/pubs/techbull/jf02/jf02_cochrane.html [consultado el 20 de febrero de 2010]
35. Wilson V. Identification of stressors related to patients' psychology response to the surgical ICU. *Heart and Lung* 1987; 16:267-273.
36. Vicario G. el tiempo en psicología. *Investigación y Ciencia* 1997; 253 (5): 74-82.

37. Borbély A. El secreto del sueño: Nuevos caminos y conocimientos. 1 ed. Mexico: siglo veintiuno editores S.A.; 1993.24-36
38. Busto U, Sykora K, Sellers E: A clinical scale to assess benzodiazepine withdrawal. J Clin Psychopharmacology 1989; 9:412-416
39. Knutson K.L. The metabolic consequences of sleep deprivation. Sleep Medicine Reviews; 2007. 11(3):159-62
40. J. Muñoz, D. Nariño. Sueño en la Unidad de Cuidado Intensivo. [sitio en internet]. Disponible en: www.acdn.org/guia/g6cap11.pdf [consultado: 25 de febrero de 2010].
41. Diaz Y, Campo Garcia C, Carpintero A. La calidad del sueño en los profesionales sanitarios de dos Áreas de Salud de Castilla-La Mancha. Rev Clin Med Fam [online]. 2008; .2 (4): p. 156-161.
42. Colombia. Congreso de la republica. Ley 1164 de 2007, octubre 3, cap. VI, art 35, octubre 3, Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud.
43. Elósegui Itxaso María. FUNDAMENTOS DE LA BIOÉTICA Y NECESIDADES ACTUALES. [Sitio en internet]. Disponible en: <http://www.uninet.edu/bioetica/elosegui.pdf> [Consultado: 20 de abril de 2010].

ANEXO A

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE GRABACION DE TESTIMONIO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO CON TRASTORNOS DE DESCANSO Y SUEÑO

HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA

Yo _____ identificado con c.c. _____ De _____ comprendí lo que me han informado sobre la participación en el proyecto de gestión de la enfermera ANA MILENA CARDONA RUIZ con el tema “Descanso y sueño de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo”

Dicha participación consiste en relatar la experiencia vivida anteriormente en la Unidad de Cuidado Intensivo donde estuve hospitalizado, este relato será grabado y publicado luego mediante una socialización, con el objetivo de mejorar la calidad en el cuidado de enfermería ofrecido al paciente de la Unidad De Cuidado Intensivo durante el descanso y sueño.

La enfermera _____ me ha explicado de forma sencilla que la grabación no tiene ningún riesgo sobre mí, Yo he tenido la oportunidad de hacer preguntas que han sido respondidas.

Después de reflexionar, estoy de acuerdo en participar en la grabación y reproducción pública de mi testimonio.

FIRMA

TESTIGO

N° CC

N° CC

LUGAR Y FECHA: _____

