

**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO**

**FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



**REVISIÓN CRÍTICA: DETERMINACIÓN DE LA PRIVACIÓN DEL  
SUEÑO DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE DE UNA UNIDAD  
DE CUIDADOS INTENSIVOS**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE  
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS  
INTENSIVOS**

**AUTOR**

**INGRID FIORELLA BENITES ALVARADO**

**ASESOR**

**AURORA VIOLETA ZAPATA RUEDA**

<https://orcid.org/0000-0003-0642-3277>

**Chiclayo, 2021**

**REVISIÓN CRÍTICA: DETERMINACIÓN DE LA PRIVACIÓN  
DEL SUEÑO DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE DE  
UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**

PRESETADA POR  
**INGRID FIORELLA BENITES ALVARADO**

A la Facultad de Medicina de la  
Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo  
para optar el Título de

**SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE  
ENFERMERÍA EN CUIDADOS INTENSIVOS**

APROBADO POR:

Mercedes Elizabeth López Diaz  
PRESIDENTE

Blanca Esther Ramos Kong  
SECRETARIO

Aurora Violeta Zapata Rueda  
VOCAL

## **DEDICATORIA**

A mis padres, toda mi vida y logro es para ellos.

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios, quien es el eje central en mi vida y  
fuente de cada logro obtenido.

A mi asesora Zapata Rueda Aurora,  
por sus enseñanzas y motivación constante  
para culminar la presente revisión.

A cada una de las docentes que compartieron  
sus conocimientos y habilidades técnicas,  
gracias a ellas hoy me permiten  
ser una mejor profesional.

## Índice

<b>RESUMEN</b> .....	<b>6</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>7</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>8</b>
<b>CAPÍTULO I: MARCO METODOLÓGICO</b> .....	<b>12</b>
1.1 Tipo de Investigación .....	12
1.2 Metodología.....	12
1.3 Formulación de la pregunta según esquema PS .....	15
1.4 Viabilidad y pertinencia de la pregunta .....	15
1.5 Metodología de Búsqueda de Información .....	16
1.6 Síntesis de la Evidencia encontrada a través de la Guía de Validez y utilidad aparentes de Gálvez Toro.....	20
1.7 Listas de chequeo específicas a emplear para los trabajos seleccionados.....	21
<b>CAPÍTULO II: DESARROLLO DEL COMENTARIO CRÍTICO</b> .....	<b>21</b>
2.1 El Artículo para Revisión .....	21
2.2 Comentario Crítico .....	23
2.3 Importancia de los resultados.....	28
2.4 Nivel de Evidencia.....	29
2.5 Respuesta a la Pregunta .....	29
2.6 Recomendaciones .....	29
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>30</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>33</b>

## RESUMEN

La revisión Crítica "Determinantes de La Privación del Sueño desde la Perspectiva del Paciente de una Unidad de Cuidados Intensivos", tuvo como identificar los determinantes de privación del sueño desde la perspectiva del paciente de una unidad de cuidados intensivos, con una metodología de Enfermería Basada en Evidencias, formulando la pregunta clínica PS: ¿Cuáles son los determinantes de la privación de sueño desde la perspectiva de pacientes de una unidad de cuidados intensivos?

Para la revisión bibliográfica se emplearon buscadores como Google Académico, Cochrane, Biblioteca Virtual de Salud, SciELO y ELSEVIER. De las 10 investigaciones encontradas, se seleccionaron 2 estudios que cumplieron con los criterios de validación de Gálvez Toro, de las cuales se tomó la investigación titulada Determinantes de la privación del sueño según lo percibido por los pacientes de la unidad de cuidados intensivos: hallazgos de una revisión sistemática, meta-resumen y meta síntesis, en la cual se aplicó el instructivo CASPe para la evaluación de la calidad metodológica del estudio.

En respuesta a la pregunta clínica se encontró que existen determinantes externos e internos que desencadenan la privación del sueño en el paciente crítico, entre los principales factores externos se incluye el sonido de alarmas y conversaciones del personal de salud, también se menciona los procedimientos ejecutadas por las enfermeras, la luz y la admisión de pacientes. Entre los factores internos, se describen las características propias de la enfermedad, los sentimientos de temor, preocupaciones y seguridad con respecto a la atención brindada.

**Palabras Claves:** Privación del sueño, perspectiva, paciente, unidad de cuidados intensivos.

## ABSTRACT

The Critical Review "Determinants of Sleep Deprivation from the Perspective of the Patient in an Intensive Care Unit" had to identify the determinants of sleep deprivation from the perspective of the patient in an intensive care unit, with a methodology of Nursing Based in Evidence, formulating the clinical question PS: What are the determinants of sleep deprivation from the perspective of patients in an intensive care unit?

For the bibliographical revision, search engines were used, such as Google Scholar, Cochrane, Virtual Health Library, SciELO and ELSEVIER. Of the 10 investigations found, 2 studies were selected that met the validation criteria of Gálvez Toro, from which the research titled Determinants of sleep deprivation was taken as perceived by the patients in the intensive care unit: findings from a systematic review, meta-summary and meta-synthesis, in which the CASPe instruction was applied to evaluate the methodological quality of the study.

In response to the clinical question, it was found that there are external and internal determinants that trigger sleep deprivation in the critical patient, among the main external factors is the sound of alarms and conversations of health personnel, the procedures performed by Nurses, light and patient admission. Among the internal factors, the characteristics of the disease, feelings of fear, worries and safety regarding the care provided are described.

**Keywords:** Sleep deprivation, perspective, patient, intensive care unit

## INTRODUCCIÓN

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), es un espacio físico conformado por insumos, equipos, personal profesional y técnico, destinado a la atención especializada de la persona en estado crítico. Este tipo de pacientes, presentan alteradas múltiples dimensiones que conlleva la movilización de recursos y sobre todo la ejecución permanente de actividades que posibiliten la recuperación y salida del estado de gravedad de la persona enferma<sup>1</sup>.

Es el profesional de Enfermería, quien pasa la mayor parte del tiempo en compañía de la persona enferma, realizando diversas actividades de cuidado, desde los cambios posturales que ayuden a la prevención de úlceras por presión y contribuyen a una adecuada fisioterapia respiratoria, hasta procedimientos invasivos de diversa complejidad como la inserción de catéteres periféricos y centrales, aspiración de secreciones, administración de medicamentos, intubaciones, toma de analíticas sanguíneas y la movilización y traslado para la ejecución de métodos de apoyo diagnóstico, como radiografías, tomografías o ecografías<sup>1</sup>.

Dado que las características del paciente, demandan de una monitorización y vigilancia estricta que permitan evaluar periódicamente la evolución del paciente en búsqueda de la mejora progresiva del estado de salud, los procedimientos son realizados en diversos horarios, tanto diurno como nocturno, implicando muchas veces, la alteración del ritmo del sueño de la persona enferma. Es entonces que la persona atendida en una UCI, constituye una fuente latente en el desarrollo de alteraciones del sueño, esto originado por factores que van desde los inherentes a la patología del paciente como una enfermedad aguda severa, patologías crónicas exacerbadas, uso de sedantes, y un ambiente anormal provocado por la luminosidad y el ruido propio de la UCIs, así como las originadas por las diversas acciones realizadas por el personal de salud<sup>1</sup>.

El sueño es un estado fisiológico normal que contribuye a la normalización de los procesos internos de la persona, que en el caso de atravesar por un proceso de enfermedad, favorece a una mejor evolución y recuperación en los enfermos graves, sin embargo, en ocasiones esto es olvidado debido a la gran tecnificación de los cuidados en las unidades críticas. A ello se unen deficiencias en los conocimientos del personal sobre la importancia de la higiene del sueño del paciente<sup>2</sup>.

La consecuencia de una inadecuada higiene del sueño es los «arousals» (actividad cortical) que dan lugar a la conciencia o no conciencia de despertares y a la mala calidad del sueño. La psicosis de las unidades de cuidados intensivos y el síndrome de la UCI son procesos

psicológicos que según se ha descrito afectan a pacientes de cuidados intensivos. Sugieren que la pobre calidad del sueño, debida en parte a la mala higiene del sueño, puede precipitar este proceso<sup>2</sup>.

Simini evaluó a 76 pacientes en Italia, de los cuales 61% refiere privación del sueño durante la hospitalización. En una experiencia similar, Franck, et al. reportaron que el 47% de sus pacientes presentaron disturbios del sueño durante su estadía en UCI. Un estudio multicéntrico portugués realizado a 464 pacientes de 10 hospitales por Granja et al. arrojó que el 51% de ellos recuerda haber tenido pesadillas, de los cuales el 14% aún las presentaba 6 meses después de la hospitalización, lo que impactaba en su calidad de vida<sup>3</sup>.

Diversos estudios han sido orientados a determinar cuáles son aproximadamente el tiempo de sueño de los pacientes internados en estas unidades, es así que en una publicación de Trompeo et al<sup>4</sup>. encontró que 29 pacientes críticos estudiados con polisomnografía nocturna, tuvieron solo 5 horas de sueño, siendo el menor tiempo de sueño registrado en un paciente de solo 11 minutos. Esto demuestra que la calidad de sueño en estos pacientes es muy deficiente, teniendo una repercusión negativa en la pronta recuperación de la persona, promoviendo una mayor estancia hospitalaria, movilización de recursos materiales, diagnósticos y humanos, así como incidir en el impacto anímico, emocional y económico de la familia.

Al respecto Calvete R<sup>5</sup>, et al, refieren que la privación de sueño tiene consecuencias graves para el enfermo sometido a ventilación mecánica, prolongando el período de destete, y es citado por los pacientes, junto con el dolor, como uno de los factores físicos productores de estrés y ansiedad más importantes. Crippen incluye las alteraciones en el patrón de sueño como una de las causas de alteración del metabolismo neuro-humoral que puede provocar agitación, delirio y bajo nivel de conciencia.

Se ha encontrado además que esta repercusión de la privación del sueño, trasciende más allá del ambiente hospitalario, es así que en un estudio realizado por Gómez C<sup>2</sup>, en pacientes que tuvieron una estancia mayor a 2 días en UCI, encontró que del total de los pacientes que fueron internados, solo un 22,7% de ellos refirieron que tomaban previamente medicación en sus casas para dormir, mientras que este porcentaje aumentó considerablemente a un 74,7% después de su estancias en la UCI.

Se puede decir que la causa de la privación del sueño tiene un origen multifactorial. Entre los factores más relevantes están los ambientales como el ruido, luz constante y actividades de

enfermería, factores intrínsecos de la condición crítica y finalmente las actividades relacionadas al tratamiento, como son la ventilación mecánica y los fármacos empleados en la UCI, en particular los sedantes que frecuentemente requieren los pacientes en ventilación mecánica<sup>3</sup>.

Estos factores también son descritos por otros autores, quienes refieren que la causa más importante de alteración del sueño en los pacientes críticos son los factores ambientales propios de las UCIs como el ruido, la luminosidad ambiental, necesidad de aplicar cuidados rutinarios con mucha frecuencia, entre otros. Sobre los ruidos ambientales presentes en las UCIs, Balogh et al, determinaron una intensidad media de los niveles sonoros de la UCI durante 24 horas, en 65 decibelios, con picos de más de 95 dB, sobrepasando los límites de 45 dB que marca la Agencia de Protección Medioambiental de Estados Unidos como admisibles para un hospital<sup>5</sup>.

Gómez C<sup>2</sup>, encontró que entre los factores ambientales que perturbaron el sueño de los pacientes, destaca el ruido como el factor que les resultó más molesto, seguido de la luz y de las actividades de enfermería en las primeras posiciones. Dentro de las causas que originan ruido, identificaron escuchar gente hablando como el más molesto, seguido del ruido de las alarmas y del pulsoxímetro.

Sin embargo otros autores localizan el dolor como el factor más disruptivo para los pacientes por encima del ruido e incluso en este trabajo afirman que los pacientes que durmieron ayudados de medicación tuvieron peor calidad de sueño que los que no tomaron nada<sup>2</sup>.

Las causas descritas anteriormente pudieron ser evidenciadas por la autora en la realidad local, es así que se podía observar que tanto el personal médico y de enfermería constantemente se aproxima a la unidad para desarrollar diversas actividades, como la toma de analítica de gases arteriales, glucometrías de forma periódica, monitorización de signos vitales y administración de terapia prescrita. Otro de los factores concordantes con los autores anteriormente mencionados, se encuentra el sonido de las alarmas de monitores y ventilador mecánico, así como el encendido permanente de la luz para la realización de los procedimientos.

Teniendo en cuenta la problemática anteriormente descrita, la revisión tuvo como objetivo identificar los determinantes de privación del sueño desde la perspectiva del paciente de una unidad de cuidados intensivos.

La investigación se justifica en la medida de que es responsabilidad del profesional de enfermería desarrollar actividades de cuidado que contribuyan a una atención de calidad en las

múltiples dimensiones de la persona enferma, considerando al sueño, como una necesidad básica en las UCIs, siendo esto muchas veces descuidado por el profesional de salud.

Se justifica además porque como se ha descrito anteriormente, la privación del sueño trae diversas consecuencias para el estado de salud en la persona en la unidad crítica, como el aumento de la presión arterial sistémica y de la frecuencia cardíaca, conllevándolo a un alto riesgo de infarto miocárdico por aumento de la acción simpática, a nivel metabólico se evidencia una acentuada alteración en los picos secretorios circadianos de hormona de crecimiento, variaciones en la síntesis de proteínas, incremento en el consumo de oxígeno y en las concentraciones de catecolaminas y alteraciones del pH, con dominio de una tendencia a la alcalosis respiratoria y a nivel inmunológico, la privación del sueño se ha asociado con disfunción del sistema de defensa y con incremento en el riesgo de procesos infecciosos<sup>6</sup>.

Por lo tanto, identificar los principales determinantes de privación del sueño, permitirá establecer estrategias para lograr una mejor calidad de cuidado, lo que contribuya a una recuperación eficaz del estado de salud y la prevención de complicaciones secundarios a la alteración del patrón de descanso.

La investigación se realizará además porque es parte de la responsabilidad legal y social de enfermería, promover la investigación continua que ayuden a reducir los problemas generados de los procesos de atención.

La revisión crítica servirá además como material bibliográfico y como antecedente para futuras investigaciones que abarquen la misma problemática.

La revisión estará estructurada en tres capítulos, el Capítulo I está orientado a la elaboración metodológica del estudio, donde se formuló la pregunta clínica de la revisión, así como la metodología de búsqueda y síntesis de la evidencia encontrada.

En el Capítulo II se desarrollará el comentario crítico de la mejor evidencia seleccionada empleando para ello las listas de chequeo de acuerdo al diseño metodológico del estudio sujeto a revisión.

Finalmente en el Capítulo III se desarrollará el modelo de la Propuesta para lograr el cambio positivo del cuidado que para la presente revisión, estará orientado al cuidado de la salud del sueño.

## **CAPÍTULO I: MARCO METODOLÓGICO**

### **1.1 Tipo de Investigación**

El tipo de Investigación empleada en la presente revisión, fue la investigación secundaria.

Las fuentes secundarias "son listas, compilaciones y resúmenes de referencias o fuentes primarias publicadas en un área del conocimiento en particular". Es decir, reprocesan información de primera mano. Comentan brevemente artículos, libros, tesis, disertaciones y otros documentos (publicaciones básicamente en inglés, aunque también se incluyen referencias en otros idiomas)<sup>7</sup>.

Bounocore<sup>8</sup>, las define como aquellas que “contienen datos o informaciones reelaborados o sintetizados...”. Ejemplo de ella lo serían los resúmenes, obras de referencia (diccionarios o enciclopedias), un cuadro estadístico elaborado con múltiple fuentes entre otros.

Las Investigaciones secundarias interpretan y analizan fuentes primarias. Las fuentes secundarias son textos basados en fuentes primarias, e implican generalización, análisis, síntesis, interpretación o evaluación<sup>9</sup>.

### **1.2 Metodología**

La metodología empleada en la revisión, fue la Enfermería Basada en la Evidencia (EBE). Ingerson<sup>9</sup> la define como: “la utilización consciente, explícita y juiciosa de teoría derivada; la información basada en investigación en la toma de decisiones para el cuidado que se da a individuos o grupos de pacientes en consideración con las necesidades y preferencias individuales”.

En la I Reunión sobre EBE, realizada en Granda, se adoptó la siguiente definición: “La enfermería basada en la evidencia es el uso consciente y explícito, desde el mundo del pensamiento de las enfermeras, de las ventajas que ofrece el modelo positivista de síntesis de la literatura científica de la medicina basada en la evidencia, integrado en una perspectiva crítica, reflexiva y fenomenológica tal que haga visible perspectivas de la salud invisibilizadas por el pensamiento hegemónico”.

La aplicación de la EBE se desarrolla en cinco fases integradas dentro de un proceso dinámico y continuo que surge de la interacción paciente/enfermera. Tal y como argumenta Sackett<sup>7</sup>, el punto de inicio es la definición de la pregunta de investigación. La adecuada formulación de la pregunta evita que se pierda mucho tiempo en la búsqueda de la evidencia. Después de identificar la evidencia científica disponible, se lleva a cabo una lectura crítica para valorar la calidad de los estudios<sup>9,10</sup>.

De esta forma, la aplicación de la EBE consta de 5 fases de las cuales se desarrolló solo tres, entre las que se incluyen:

**-Formulación de la pregunta clínica:** La primera fase de la EBE consiste en reflexionar sobre la práctica enfermera con la finalidad de formular preguntas estructuradas y concretas que pueden responder a la incertidumbre o a los problemas identificados.

En esta primera etapa, la investigadora describió alguna de las problemáticas presentadas en las UCIs, siendo una de ellas la privación del sueño del paciente crítico ocasionado por los múltiples factores, desde los inherentes a la patología de la persona enferma, hasta los ocasionados por los factores del entorno, como los ruidos ocasionados en la unidad, la luz, el dolor producto de la realización de procedimientos invasivos y de las actividades realizadas por los profesionales que laboran en dichas unidades, encontrando que tienen una repercusión negativa en la mejora del estado de salud e inclusive en el desarrollo de diversas complicaciones de foco multisistémico.

Finalmente se elaboró la siguiente pregunta clínica: ¿Cuáles son los determinantes de la privación de sueño desde la perspectiva de pacientes de una unidad de cuidados intensivos?

**-Búsqueda bibliográfica:** en esta fase se identificó la bibliografía existente y disponible para responder a la pregunta. Para ello se consultaron buscadores como ELSEVIER, Cochrane, SciELO, BVS y Google Académico, de donde finalmente se seleccionaron 10 investigaciones que pudieran dar respuesta a la pregunta clínica formulada. Finalmente 2 investigaciones respondieron a las interrogantes planteadas en la guía de validez formulada por Gálvez Toro, de donde se seleccionó la investigación "Determinantes de la privación del sueño según lo percibido por los pacientes de la unidad de cuidados intensivos: hallazgos de una revisión sistemática, meta-resumen y meta síntesis", sujeta a revisión crítica mediante la guía CASPe.

-**Lectura crítica:** mediante la lectura crítica se valorará la metodología y el diseño de los estudios, lo que permitirá objetivar criterios de calidad para cada diseño. Con la lectura crítica se objetiva la relevancia de los estudios lo que puede llevar a plantear su posterior aplicación. Es por este motivo que la lectura crítica tiene especial relevancia dentro de la práctica de la EBE.

Después de la elección de las 10 Investigaciones que pasaron el filtro de Validación de Gálvez Toro, se seleccionó la investigación que presentó la mayor validez y sobre todo, que respondió de la mejor manera a la respuesta planteada en la revisión.

-**Implementación:** una vez que disponemos de la información necesaria que responda a la pregunta clínica, es el momento de llevar a cabo esa nueva intervención o cambio de procedimiento.

-**Evaluación:** paralelamente a la fase anterior, se tratará de comprobar si ese cambio que se ha introducido en la práctica es efectiva y proporciona mejores resultados que la intervención que se realizaba previamente.

Cabe referir que las dos últimas fases de la EBE no fueron realizadas en la revisión.

### 1.3 Formulación de la pregunta según esquema PS

<b>Cuadro N° 02: Formulación de la Pregunta y Viabilidad</b>		
<b>P</b>	<b>Paciente o Problema</b>	Evidencia de factores desencadenantes de la privación del sueño en pacientes hospitalizados en las unidades de cuidados intensivos, como los ocasionados por los ruidos de alarma de monitores, equipos biomédicos, el encendido permanente de la luz artificial, los procedimientos invasivos y dolorosos realizados en el paciente y la actividad desarrollada por el personal de salud.
<b>S</b>	<b>Situación</b>	Se buscará describir los principales determinantes que incurren en la deprivación del sueño en el paciente hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos, lo que contribuirá a generar medidas de cuidado para lograr la evolución favorable y reducir las complicaciones secundaria a la afección del ritmo normal del sueño.

Pregunta Clínica: ¿Cuáles son los determinantes de la privación de sueño desde la perspectiva del paciente de una unidad de cuidados intensivos?

### 1.4 Viabilidad y pertinencia de la pregunta

La formulación de la pregunta clínica de investigación surgió de lo evidenciado en las unidades de cuidados intensivos, en donde el paciente diariamente es atendido en un ambiente condicionado de factores estresores que intervienen perjudicialmente en el mantenimiento del patrón del sueño del paciente crítico, reconociendo según la bibliografía citada, que su alteración produce la afección de los diversos sistemas de la persona retrasando el periodo de recuperación y haciéndolo más proclive a la aparición de enfermedades e inclusive, teniendo un impacto negativo en la calidad del sueño posterior al alta de la unidad crítica.

Por lo tanto, identificar los diversos determinantes que afectan el sueño, permitirá generar estrategias que contribuyan a reducir y controlar todos los factores responsables de la privación del sueño en el paciente crítico y con ello reducir las complicaciones, acortar el periodo de recuperación y con ello la estancia hospitalaria, gastos económicos y el sufrimiento tanto del paciente como del entorno familiar.

### **1.5 Metodología de Búsqueda de Información**

Para la búsqueda de la información, en primera instancia se procedió a la búsqueda de palabra claves (Privación del sueño, perspectiva, paciente, Unidad de Cuidados Intensivos), para posteriormente ser traducidas al inglés y portugués. Seguidamente se establecieron ecuaciones de búsqueda, los que sirvieron para digitarlos en buscadores en línea como Google Académico, Cochrane, Biblioteca Virtual de Salud (BVS), SciELO, ELSEVIER., encontrando un total de 10 investigaciones que concordaban con el objetivo de la investigación.

Posteriormente cada una de las investigaciones fueron evaluadas a través de de la Guía de Validez y utilidad aparentes de Gálvez Toro, en la cual solo 02 investigaciones cumplieron con los 5 criterios de evaluación. Finalmente se seleccionó la investigación titulada "Determinantes de la privación del sueño según lo percibido por los pacientes de la unidad de cuidados intensivos: hallazgos de una revisión sistemática, meta-resumen y meta síntesis", la cual será sujeta a revisión mediante el empleo de la guía desarrollada por CASPe.

Dentro de las limitantes para la búsqueda, fue la poca información actualizada y la dificultad en el acceso a investigaciones por encontrarse en revistas sujetas a inscripción. Además, la gran mayoría de las investigaciones seleccionadas, se encontraban en idioma inglés, siendo una gran dificultad por el poco manejo del idioma.

En las siguientes tablas se resume la metodología de búsqueda y se señala además las investigaciones encontradas en la revisión:

<b>Cuadro N° 03 Paso 1: Elección de las palabras claves</b>			
<b>Palabra Clave</b>	<b>Inglés</b>	<b>Portugués</b>	<b>Sinónimo</b>
Privación del sueño	Sleep Deprivation	Privação do sono	Afección del sueño/ Alteración del sueño
Perspectiva	Perspective	Perspetiva	Vista/ Referencia
Paciente	patient	Paciente	Paciente
Unidad de Cuidados Intensivos	Intensive care unit	Unidade de cuidados Intensivos	Unidad Crítica/ Unidad de Terapia Intensiva

<b>Cuadro N° 04: Paso 2: Registro escrito de la búsqueda</b>				
<b>Base de datos consultada</b>	<b>Fecha de la búsqueda</b>	<b>Estrategia para la búsqueda o Ecuación de búsqueda</b>	<b>N° de artículos encontrados</b>	<b>N° de artículos seleccionados</b>
ELSEVIER	06-04-19	Sleep Deprivation and Intensive care unit	33	04
BVS	08-04-19	Privación del sueño and Unidad de Cuidados Intensivos	109	01
Cochrane	08-04-19	Sleep Deprivation and Intensive care unit	50	01
SciELO	08-04-19	Alteración del sueño and Paciente de Unidad Crítica	69	01
Google Académico	08-04-19	Privación del sueño and Unidad de Cuidados Intensivos	1500	03

<b>Cuadro N°5 Paso 3: Ficha para recolección bibliográfica</b>					
<b>Autor (es)</b>	<b>Título de artículo</b>	<b>Revista (Volumen ,año, número)</b>	<b>Link</b>	<b>idioma</b>	<b>Método</b>
Hooper K, et al <sup>11</sup> .	Actitudes del personal sanitario y barreras identificadas para el sueño del paciente en la unidad de cuidados intensivos médicos.	Heart & Lung 44 (2015)	<a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25686516">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25686516</a>	Inglés	Estudio Cualitativo
Mattiussi E, et al <sup>12</sup> .	Determinantes de la privación del sueño según lo percibido por los pacientes de la unidad de cuidados intensivos: hallazgos de una revisión sistemática, meta-resumen y meta-síntesis	Intensive & Critical Care Nursing (2019)	<a href="https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0964339718302520?via%3Dihub">https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0964339718302520?via%3Dihub</a>	Inglés	Revisión Sistemática
Rosalind E, McKinley S <sup>13</sup> .	El desarrollo de una guía de práctica clínica para mejorar el sueño en pacientes de cuidados intensivos: un enfoque centrado en la solución	Intensive and Critical Care Nursing (2014); 30 (5)	<a href="https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0964339714000378?via%3Dihub">https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0964339714000378?via%3Dihub</a>	Inglés	Guía de Práctica Clínica
Hofhuis J, et al <sup>14</sup> .	Prácticas clínicas para promover el sueño en la UCI: una encuesta multinacional	International Journal of Nursing Studies (2018) 107–114	<a href="https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S002074891830052X?via%3Dihub">https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S002074891830052X?via%3Dihub</a>	Inglés	Guía de Práctica Clínica
Telias I, Wilcox M <sup>15</sup> .	El sueño y el ritmo circadiano en la enfermedad crítica	Critical care 2019	<a href="https://ccforum.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13054-019-2366-0">https://ccforum.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13054-019-2366-0</a>	Inglés	Revisión Bibliográfica
Gabe F, et al <sup>16</sup> .	Dormir en la unidad de cuidados intensivos	J Bras Pneumol. 2015;41(6)	<a href="http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v41n6/1806-">http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v41n6/1806-</a>	Inglés	Revisión Bibliográfica

			3713-jbpneu-41-06-00539.pdf		
Pascoal J, et al <sup>17</sup> .	Factores que influncian la calidad del sueño en la persona en unidad de cuidados intensivos	CuidArte, Enferm; 10(2): 195-200, jul.-dez.2016.	<a href="http://www.webfipa.net/facfipa/ner/sumarios/cuidarte/2016v2/195-200.pdf">http://www.webfipa.net/facfipa/ner/sumarios/cuidarte/2016v2/195-200.pdf</a>	Portugués	Revisión sistemática
Achury D, et al <sup>18</sup> .	El sueño en el paciente hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo	Investig. Enferm. Imagen Desarr. (2014)	<a href="https://revisitas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/6857">https://revisitas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/6857</a>	Español	Estudio observacional descriptivo
Engwall M, et al <sup>19</sup> .	Iluminación, sueño y ritmo circadiano: un estudio de intervención en la unidad de cuidados intensivos.	Intensive and Critical Care Nursing (2015) 31.	<a href="https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0964339715000439?via%3Dihub">https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0964339715000439?via%3Dihub</a>	Inglés	Estudio comparativo, descriptivo.
Iriarte S <sup>20</sup> .	Descanso Nocturno en una Unidad de Cuidados Intensivos	2016	<a href="https://zagan.unizar.es/record/47870/files/TE SIS-2016-055.pdf">https://zagan.unizar.es/record/47870/files/TE SIS-2016-055.pdf</a>	Español	Estudio descriptivo observacional transversal

### 1.6 Síntesis de la Evidencia encontrada a través de la Guía de Validez y utilidad aparentes de Gálvez Toro

<b>Cuadro N° 06: Síntesis de la Evidencia</b>			
<b>Título del Artículo</b>	<b>Tipo de Investigación- Metodología</b>	<b>Resultado</b>	<b>Decisión</b>
1. Actitudes del personal sanitario y barreras identificadas para el sueño del paciente en la unidad de cuidados intensivos médicos.	Estudio Cualitativo	Sólo responde 4 de las 5	No se puede emplear
2. Determinantes de la privación del sueño según lo percibido por los pacientes de la unidad de cuidados intensivos: hallazgos de una revisión sistemática, meta-resumen y meta síntesis	Revisión Sistemática	Responde todas las preguntas.	Puedo aplicarlo
3. El desarrollo de una guía de práctica clínica para mejorar el sueño en pacientes de cuidados intensivos: un enfoque centrado en la solución	Guía de Práctica Clínica	Solo responde 3 de las 5 preguntas	No se puede emplear
4. Prácticas clínicas para promover el sueño en la UCI: una encuesta multinacional	Guía de Práctica Clínica	Solo responde 3 de las 5 preguntas	No se puede emplear
5. El sueño y el ritmo circadiano en la enfermedad crítica	Revisión Bibliográfica	Solo responde 2 de las 5 preguntas	No se puede emplear
6. Dormir en la unidad de cuidados intensivos	Revisión Bibliográfica	Solo responde 4 de las 5 preguntas	No se puede emplear
7. Factores que influyen la calidad del sueño en la persona en unidad de cuidados intensivos	Revisión sistemática	Solo responde 4 de las 5 preguntas	No se puede emplear
8. El sueño en el paciente hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo	Estudio observacional descriptivo	Solo responde 1 de las 5 preguntas	No se puede emplear
9. Iluminación, sueño y ritmo circadiano: un estudio de intervención en la unidad de cuidados intensivos.	Estudio comparativo, descriptivo.	Solo responde 3 de las 5 preguntas	No se puede emplear
10. Descanso Nocturno en una Unidad de Cuidados Intensivos	Estudio descriptivo observacional transversal	Responde todas las preguntas.	Puedo aplicarlo

## 1.7 Listas de chequeo específicas a emplear para los trabajos seleccionados

<b>Cuadro N° 07: Listas de chequeo según artículo y su nivel de evidencia</b>			
<b>Título del Artículo</b>	<b>Tipo de Investigación- Metodología</b>	<b>Lista empleada</b>	<b>Nivel de evidencia</b>
1. Determinantes de la privación del sueño según lo percibido por los pacientes de la unidad de cuidados intensivos: hallazgos de una revisión sistemática, meta-resumen y meta síntesis	Revisión Sistemática	CASPe	I - A
2. Descanso Nocturno en una Unidad de Cuidados Intensivos	Estudio descriptivo observacional transversal	STROBE	III - A

## CAPÍTULO II: DESARROLLO DEL COMENTARIO CRÍTICO

### 2.1 El Artículo para Revisión

#### a. Título de la Investigación secundaria que desarrollará:

DETERMINANTES DE LA PRIVACIÓN DEL SUEÑO DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.

#### b. Revisor(es): Lic. Enf. Ingrid Fiorella Benites Alvarado.

#### c. Institución: Escuela de Enfermería: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Chiclayo - Perú.

#### d. Dirección para correspondencia: Calle Santa Rosa de Lima #359 PP.JJ Santa Rosa de Lima – Chiclayo. Correo: fiorellabenitesalvarado878@gmail.com

**e. Referencia completa del artículo seleccionado para revisión:**

Mattiussi E, et al. Determinantes de la privación del sueño según lo percibido por los pacientes de la unidad de cuidados intensivos: hallazgos de una revisión sistemática, meta-resumen y meta-síntesis. *Intensive & Critical Care Nursing* [Revista Online]; 2019 [Consultado el 09 de Abril del 2019] Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0964339718302520?via%3Dihub>

**f. Resumen del artículo original:**

La investigación tuvo como objetivo resumir la evidencia sobre la privación del sueño y/o los factores determinantes del sueño deficiente según lo experimentado por los pacientes de la unidad de cuidados intensivos.

Se realizó una revisión sistemática de los estudios cualitativos identificados a través de las bases de datos PubMed, CINAHL y Scopus publicadas en inglés hasta 2018, siguiendo las pautas de PRISMA. Los estudios incluidos se evaluaron críticamente utilizando la herramienta del Programa de Evaluación Crítica. Los hallazgos del estudio fueron luego sometidos a un meta-resumen y una meta-síntesis.

Se incluyeron siete estudios cualitativos que documentaron la experiencia de 109 pacientes adultos. Un total de 12 códigos surgieron como causas de la falta de sueño y el "sentir miedo / preocupación" se informó con la mayor frecuencia (71.4%) en el meta-resumen. Los 12 códigos se clasificaron en tres temas principales que influyen directa e interdependientemente en la calidad del sueño: (1) Experimentar interacciones complejas con el entorno (actividades de enfermería, sonidos atemorizantes o perturbadores, sonidos aceptables, desorientación del tiempo y el espacio); (2) Experimentar emociones y sentimientos intensos (miedo / inquietudes, estado de abandono, insomnio inexplicable, incapacidad para moverse, incapacidad para hablar) y (3) recibir un estándar de atención adecuado (dolor físico, sentirse seguro / inseguro).

Llegaron a la conclusión de que a pesar de la mayor relevancia de la falta de sueño y la mala calidad del sueño, hasta la fecha solo se han realizado algunos estudios dirigidos a identificar los factores involucrados en el fenómeno según la experiencia del paciente. La mayoría de los determinantes identificados desde la perspectiva de los pacientes son modificables.

Esta investigación no recibió ninguna subvención específica de ninguna agencia de financiamiento en los sectores público, comercial o sin fines de lucro. Así mismo no se declararon conflicto de intereses por los autores.

**E-mail de correspondencia:** [alvisa.palese@uniud.it](mailto:alvisa.palese@uniud.it)

**Palabras claves:** paciente adulto, unidad de cuidados intensivos, meta-resumen, meta-síntesis, investigación cualitativa, privación del sueño.

## 2.2 Comentario Crítico

El comentario crítico se realizó para evaluar la calidad metodológica, su importancia y utilidad en la práctica clínica; para ello se empleó la guía desarrollada por CASPe (Anexo 3), la cual es una herramienta corta (10-11 preguntas) y todas ellas comienzan con un par de preguntas de eliminación (aquel artículo que no supere estas preguntas puede ser desestimado). El resto de las preguntas exploran la calidad metodológica de los diseños de investigación y su aplicación en el medio local<sup>21</sup>.

El artículo seleccionado para la revisión crítica fue: Determinantes de la privación del sueño según lo percibido por los pacientes de la unidad de cuidados intensivos: hallazgos de una revisión sistemática, meta-resumen y meta síntesis. Tuvo como objetivo resumir los factores determinantes del sueño deficiente según lo experimentado por los pacientes de la unidad de cuidados intensivos. Para la agrupación de resultados, el estudio empleó como metodología la meta-síntesis y meta-resumen de los datos encontrados en las 7 investigaciones seleccionadas<sup>12</sup>.

El meta-resumen o meta análisis consiste en el análisis de una colección amplia de análisis de resultados de estudios individuales, con el objeto de integrar los hallazgos. Esto da la posibilidad a los investigadores de obtener en un estudio, los resultados de diversas citas científica, acortando el proceso de búsqueda de datos y consolidando la información que no pueden ser abordados en un pequeño estudio de investigación<sup>22</sup>.

Para la elaboración del meta-análisis se deben seguir un proceso sistemático que incluyen pasos ordenados, entre los que se menciona El planteamiento del problema la formulación

de hipótesis y objetivos, la metodología del estudio, el registro de los datos y su calidad de estudio, el análisis cuantitativo de los datos y la elaboración del informe<sup>22</sup>.

Es así que en la investigación se planteó el problema ¿Cuáles son los determinantes de la falta de sueño o la mala calidad del sueño experimentada por los pacientes de la UCI? Partiendo de ello se realizó la búsqueda de la información, en la cual participaron todos los investigadores por separado para posteriormente consolidar las citas recopiladas. De las 1006 citas iniciales, 683 se excluyeron en el primer examen porque no eran consistentes con los criterios de inclusión; además, se eliminaron 18 estudios por duplicados. De los 305 estudios restantes, 297 se excluyeron porque no fueron compatibles con los criterios de inclusión. Finalmente se seleccionaron 7 investigaciones, en donde se aplicó la herramienta del Programa de Evaluación de la Evaluación Crítica (CASP), para evaluar la calidad de las investigaciones. Cada uno de los resultados fueron discutidos por todo el comité investigador<sup>12</sup>.

Sin embargo, una de las limitantes evidenciadas en el estudio comprende la reducción de búsqueda de artículos en idioma inglés, excluyendo a cualquiera de otro idioma, además de limitarlo solo a la búsqueda informática, excluyendo investigaciones escritas que no puedan encontrarse en internet.

Finalmente el meta-análisis proporcionó la elaboración de doce códigos, entre los que se incluyeron: Sentir miedo/ preocupaciones, Experimentar sonidos aterradores o perturbadores, Ser perturbado por las actividades de enfermería, Sentirse inseguro, Experimentando el tiempo y la desorientación del espacio, Experimentando sonidos aceptables, Sentirse a salvo, Experimentar el dolor físico, Sentirse en un estado de abandono, Ser incapaz de moverse, No poder hablar y Experimentando insomnio inexplicable<sup>12</sup>.

El meta-análisis, permitió estructurar la meta-síntesis, clasificando tres temas: (1) "Experimentar interacciones complejas con el medio ambiente"; (2) "Experimentar emociones y sentimientos intensos", y (3) "Recibir el nivel de atención adecuado"<sup>12</sup>.

La meta-síntesis puede definirse como las teorías, narrativas globales, generalizaciones o traducciones interpretativas producidas para integrar o comparar los hallazgos obtenidos a

partir de estudios cualitativos; es además una forma de revisión sistemática o integración de hallazgos de investigación cualitativa que son síntesis interpretativas de datos. El objetivo de la meta-síntesis es crear grandes representaciones interpretativas de los hallazgos de estudios primarios, permaneciendo fiel a las interpretaciones de cada estudio particular<sup>23</sup>.

Con respecto al primer tema: *Experimentar complejas interacciones con el medio ambiente*, incluyen referencias de que las enfermeras les molestan con sus actividades de enfermería, experimentan sonidos alarmantes/perturbadores o sonidos aceptables, y están desorientados en el tiempo y el espacio, y se ha informado que afectan al Calidad del sueño.

Los profesionales de enfermería, durante el horario nocturno, continuamente desarrollan actividades de cuidado con el paciente, lo que incluye cambios de posición, el baño e higiene, administración de terapia y procesos invasivos. Estos resultados también fueron encontrados por diversos estudios, donde refirieron que las actividades del personal de salud y sobre todo de enfermería, se encontraba como uno de los factores desencadenantes de la privación del sueño. Es así que Guillén<sup>24</sup> en su estudio sobre los factores ambientales como estresores en la calidad del sueño, encontró que el ruido del personal de UCI, así como el sonido de sus celulares, fueron citados con frecuencia como causas de interrupción del sueño en pacientes en UCI.

Así mismo Hooper K<sup>11</sup>, encontró que casi todos los participantes notaron que el ruido debido a monitores, otros pacientes y personal médico era una barrera para el sueño del paciente. Procedimientos de enfermería, como bañarse, voltearse, realizar Signos vitales, y administración de medicamentos a pacientes, fueron también mencionados con frecuencia. Similares resultados fueron encontrados por Munive, et al<sup>25</sup>.

Se estima de que se producen un promedio de 41 a 52 interacciones personal de salud-paciente durante la noche, con promedio de 8 intervenciones por hora, la mayor parte debida a ajuste en las infusiones endovenosas, administración de medicamentos, aplicación de escalas de enfermería y determinación de signos vitales<sup>6</sup>.

Esto también es evidenciado en nuestra realidad, en donde la gran cantidad de procedimientos de enfermería son destinados al horario nocturno, dado que en el trabajo diurno se deben realizar una gran cantidad de procesos administrativos como gestión de

procedimientos, solicitudes de imágenes y análisis laboratorial, solicitud de fármacos, trámite documentario, entre otros, por lo cual muchos de los cuidados tienden a ser postergados en el rol nocturno.

Otro de los factores determinantes de la privación del sueño, también se encuentra el provocado por la presencia de diversos sonidos, identificando entre ellos el conversar de los profesionales de salud, el provocado por las alarmas, el entrar y salir de la unidad y la admisión de pacientes. Frente a este último determinantes, Hooper<sup>11</sup> encontró que el ruido y el bullicio asociados con el cuidado para una nueva admisión afectó no solo al paciente ingresado, sino también a pacientes en habitaciones adyacentes.

Se ha encontrado que el ruido excesivo en la UTI tiene efectos nocivos, entre los que destacan: aumento de la presión arterial sistémica, retraso en la cicatrización de heridas, alteración de la función inmunitaria, aumento de la frecuencia cardiaca y del estrés en general<sup>6</sup>.

Guillén<sup>24</sup>, encontró en su estudio que existe una baja calidad de sueño en el paciente crítico, siendo estas causadas principalmente por el ruido procedentes de diferentes fuentes, especialmente de máquinas y alarmas. Se evidenció además, que ante la presencia de cualquiera de estos factores, los pacientes presentaban taquicardia, aumento de la presión arterial, taquipnea y desacople al ventilador mecánico.

Gabe F, et al<sup>16</sup>., también reportó que el ruido ambiental ha sido reportado como el principal factor perturbador del sueño, siendo las principales fuentes de ruido, el diálogo entre el personal de salud, monitorear alarmas, bombas de infusión, alarmas, teléfonos y televisión.

Entre los códigos generados se encontró que la desorientación en tiempo y espacio fue una de las características más resaltantes, ante ello se recopila lo redactado por uno de los participantes al señalar "No sabes cuándo es de día o de noche, en tus sueños puedes hacerlo en cualquier momento". "Cuando quieras llamarlo día, entonces es de día... Pedí por el día y la hora. Pero cuando miraste afuera no coincidió"<sup>12</sup>.

La luz es la señal primaria ambiental responsable de establecer el ciclo circadiano. Se ha demostrado que los niveles de luz en el rango de 100 a 500 lux afectan la secreción nocturna

de melatonina, los niveles de 300 y 500 lux tienen efecto en el marcapasos circadiano humano. Los niveles de lux en la UTI sobrepasan por mucho estos rangos<sup>5</sup>.

Guillén<sup>24</sup> refiere en su estudio que el no saber qué hora es, también fue considerada una causa de disrupción del sueño, así como la presencia de luz artificial, lo que invertía las horas del sueño, haciendo que el paciente esté despierto principalmente por la noche. Por otra parte, Gabe F, et al<sup>16</sup>., encontró que la luz no fue un factor principal de la privación del sueño, basado en estudio de segregación de melatonina, enfatizando en el ruido como principal desencadenante disruptivo del sueño. Es sin duda que estos factores están asociados con la inadecuada gestión del tiempo por parte del personal de salud, en donde una gran cantidad de procedimientos también son realizados por la noche y esto es dado en gran medida por el grado de inestabilidad del paciente, por lo que casi las 24 hora del día, la luz en estas unidades, se encuentran encendidas, alterando el correcto ritmo circadiano del paciente.

Con respecto al Tema 2: *Experimentar emociones y sentimientos intensos*, al respecto se informó la referencia de dormir en la UCI, puede constituirse como un lugar donde la muerte es generalizada; así como el miedo y/o la preocupación por no volver a despertarse también se han documentado como un sueño inquietante. Además, se ha informado que las preocupaciones relacionadas con las condiciones de salud también afectan negativamente la calidad del sueño<sup>12</sup>. Al respecto Iriarte<sup>20</sup>, consideró la preocupación por la enfermedad, así como el miedo a la muerte como uno de los causantes de privación del sueño reconocido por los pacientes, esto sumado al sonido de alarmas que agravan aún más el sentimiento de preocupación. Esto es evidenciado sobre todo en pacientes en estado crítico, quienes perciben todo lo que ocurre en estas unidades y sobre todo en pacientes con trastornos cardiacos, quienes en nuestro campo manifestaban su deseo de salir de dichas unidades, pues no toleraban más el ruido de máquinas y ver a los demás pacientes en las situaciones en las que se encontraban.

La incapacidad para moverse independientemente o libremente en la cama, así como la incapacidad para hablar, amenazan la expresión de las necesidades del personal. Esto puede ser enmarcado por los factores intrínsecos de paciente lo cual es presentado por diversos autores, dado que la condición de salud y características propias de la enfermedad, como

el tipo de patología, procedimientos invasivos y complicaciones desarrolladas, son factores de alteración del ritmo normal del sueño<sup>11,17,18,20</sup>.

Con lo que respecta al tema 3, Recibir un nivel adecuado de atención: Los pacientes refirieron que el sentirse seguros por una buena calidad de atención era una de las razones por las cuales podían dormir tranquilamente, sucediendo exactamente lo contrario si sentían que no estaban recibiendo un cuidado de calidad y no se les podía transmitir seguridad<sup>12</sup>. Al respecto, no se encontró temáticas referentes a este último tema, como factor desencadenante de la alteración del sueño, sin embargo si pudo ser evidenciado en el medio hospitalario, cuando en algunas oportunidades los pacientes referían no haber podido descansar tranquilamente por el trato recibido por el personal de salud, lo que les genera inseguridad con respecto a la mejora en el estado de salud.

### **2.3 Importancia de los resultados**

Dado a que la metodología empleada para la recopilación de datos basados en el meta-análisis y meta-síntesis, toda la información fue obtenida por la persona con interrupción del sueño en UCI y dado a que se trataron de investigaciones primarias de tipo cualitativa, si se tuvo en cuenta la opinión de la población diana para determinar la aplicabilidad de diversas intervenciones en beneficio de ellos.

Como se ha discutido en la revisión, la alteración del sueño, no solo afecta el normal ciclo circadiano de la persona en estado crítico, sino además, tiene efectos adversos e inclusive fatales en la persona que la padece, pues ocasiona diversos trastornos orgánicos que van desde la prolongación la estancia hospitalaria, secreción de catecolaminas con efectos cardiovasculares y pulmonares negativos. Así mismo se ha establecido problemas en la adaptabilidad a la ventilación mecánica provocadas por la alteración del sueño. Es por estos factores, que los resultados encontrados cobran una real importancia, pues permitirá desarrollar cuidados basados en la evidencia, con el objetivo de mejorar la calidad de atención y con ello reducir los riesgos en el desarrollo de complicaciones en el paciente crítico.

## 2.4 Nivel de Evidencia

La evaluación del Nivel de Evidencia se determinó en base al sistema de clasificación GRADE<sup>26</sup>, la cual emplea una herramienta que permite evaluar la calidad de la evidencia y graduar la fuerza de las recomendaciones en el contexto de desarrollo de guías de práctica clínica, revisiones sistemáticas o evaluación de tecnologías sanitarias. Ante ello, la presente revisión presentó un Nivel de evidencia de I dado que se realizó una revisión sistemática empleado como metodología el metaanálisis o metasíntesis, recopilando información de investigaciones con alto grado de recomendación científica. A su vez tiene un grado de recomendación A, dado que existe una buena evidencia para recomendar la intervención clínica.

## 2.5 Respuesta a la Pregunta

Se encontró que existen determinantes externos e internos que desencadenan la privación del sueño en el paciente crítico, entre los primeros se mencionan el ruido como uno de los principales factores, los que incluyen el sonido de alarmas y conversaciones del personal de salud, también se menciona los procedimientos ejecutados por las enfermeras, la luz y la admisión de pacientes. Entre los factores internos, se describen las características propias de la enfermedad, los sentimientos de temor, preocupaciones y seguridad con respecto a la atención brindada.

## 2.6 Recomendaciones

- Comunicación de los resultados a las instituciones de salud, para la toma de acciones en cuanto a la mejora del patrón del sueño en el paciente crítico de las Unidades de Cuidados intensivos, lo que ayude a su recuperación y reducción de la estancia hospitalaria.
- A las Unidades de Cuidados Intensivos, para que mediante una adecuada gestión de personal, la mayor parte de cuidados sean realizados en el horario diurno, mejorando el patrón de sueño y normalizando el ritmo circadiano del paciente crítico.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Achury D, Achury L. Sueño en el paciente crítico: una necesidad insatisfecha en la unidad de cuidado intensivo. [En Internet] 2010. [Consultado el 06 de Abril del 2019] Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view>
2. Gómez C. Calidad del sueño de los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos. ELSEVIER [Revista Online]; 2013. [Consultado el 06 de Abril del 2019]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-calidad-del-sueno-los-pacientes-S1130239912000909>
3. Tobar E, Parada R. Trastornos del sueño en los pacientes críticos. Rev Hosp Clín Univ Chile. [Revista Online]; 2012. [Consultado el 06 de Abril del 2019] Disponible en: [https://www.redclinica.cl/Portals/0/Users/014/14/14/Publicaciones/Revista/trastorno\\_sueno\\_paciente\\_critico.pdf](https://www.redclinica.cl/Portals/0/Users/014/14/14/Publicaciones/Revista/trastorno_sueno_paciente_critico.pdf)
4. Trompeo A, et al. Sleep disturbances in the critically ill patients: role of delirium and sedative agents. *Minerva Anestesiol* 2011;77:604-12.
5. Calvete R, et al. El sueño de los pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos y los factores que lo alteran. ELSEVIER. [Revista Online]; 2010. [Consultado el 06 de Abril del 2019] 11(1). Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-el-sueno-los-pacientes-ingresados-13008812>
6. Carrillo R, et al. Alteraciones del sueño en el enfermo grave. Un evento de gran repercusión y poco tomado en cuenta. *Med Int Méx.* [Revista Online]; 2017. [Consultado el 06 de Abril del 2019] 33(5). Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/mim/v33n5/0186-4866-mim-33-05-618.pdf>
7. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. 6ta Ed. México: Mc Graw-Hill Interamericana; 2016.
8. Wigodski J. Fuentes Primarias y Secundarias. [En Línea][Consultado el 07 de Abril del 2019]. Disponible en: <http://metodologiaeninvestigacion.blogspot.com/2010/07/fuentes-primarias-y-secundarias.html>
9. Coello P, et al. Enfermería Basada en la Evidencia. [En Línea]. [Consultado el 07 de Abril del 2019]. Disponible en: <http://www.efamiliarcomunitaria.fcm.unc.edu.ar/libros/evidencia.PDF>
10. Limón E. Investigación en enfermería. La enfermería basada en la evidencia. [En Internet]; 2012.[Consultado el 07 de Abril del 2019] Disponible en: [http://www.revistaseden.org/files/art320\\_1.pdf](http://www.revistaseden.org/files/art320_1.pdf)
11. Hooper K, et al. Actitudes del personal sanitario y barreras identificadas para el sueño del paciente. *Heart & Lung* [Revista Online]; 2015. [Consultado el 09 de Abril del 2019] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25686516>

12. Mattiussi E, et al. Determinantes de la privación del sueño según lo percibido por los pacientes de la unidad de cuidados intensivos: hallazgos de una revisión sistemática, meta-resumen y meta-síntesis. *Intensive & Critical Care Nursing* [Revista Online]; 2019 [Consultado el 09 de Abril del 2019] Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0964339718302520?via%3Dihub>
13. Rosalind E, McKinley S. El desarrollo de una guía de práctica clínica para mejorar el sueño en pacientes de cuidados intensivos: un enfoque centrado en la solución. *Intensive and Critical Care Nursing* [Revista Online]; 2014. [Consultado el 09 de Abril del 2019] 30(5) Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0964339714000378?via%3Dihub>
14. Hofhuis J, et al. Prácticas clínicas para promover el sueño en la UCI: una encuesta multinacional. *International Journal of Nursing Studies*. [Revista Online]; 2018. [Consultado el 09 de Abril del 2019] Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S002074891830052X?via%3Dihub>
15. Telias I, Wilcox M. El sueño y el ritmo circadiano en la enfermedad crítica. *Critical care* [Revista Online]; 2019. [Consultado el 10 de Abril del 2019] Disponible en: <https://ccforum.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13054-019-2366-0>
16. Gabe F, et al. Dormir en la unidad de cuidados intensivos. *J Bras Pneumol*. [Revista Online]; 2015. [Consultado el 10 de abril del 2019] 41(6). Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v41n6/1806-3713-jbpneu-41-06-00539.pdf>
17. Pascoal J, et al. Factores que influyen la calidad del sueño en la persona en unidad de cuidados intensivos. *CuidArte, Enferm*. [Revista Online]; 2016. [Consultado el 10 de abril del 2019] 10(2). Disponible en <http://www.webfipa.net/facfipa/ner/sumarios/cuidarte/2016v2/195-200.pdf>
18. Achury D, et al. El sueño en el paciente hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo. *Investig. Enferm. Imagen Desarr*. [Revista Online]; 2014 [Consultado el 10 de Abril del 2019] Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/6857>
19. Engwall M, et al. Iluminación, sueño y ritmo circadiano: un estudio de intervención en la unidad de cuidados intensivos. *Intensive and Critical Care Nursing* [Revista Online]; 2015. [Consultado el 11 de Abril del 2019] Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0964339715000439?via%3Dihub>
20. Iriarte S. Descanso Nocturno en una Unidad de Cuidados Intensivos. [En línea]; 2016. [Consultado el 11 de Abril del 2019] Disponible en: <https://zagan.unizar.es/record/47870/files/TESIS-2016-055.pdf>
21. Santillán A. Lectura crítica de la Evidencia Científica. *Enferm Cardiol*. [Revista Online]; 2014. [Consultado el 21 de Abril del 2019]. Disponible en: [https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/63\\_01.pdf](https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/63_01.pdf)

22. León S, Aguilera J. Metodología de los estudios de meta-análisis en la investigación clínica. *Rev Mex Ortop Traum.* [Revista Online]; 2001. [Consultado el 22 de Abril del 2019]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ortope/or-2001/or012i.pdf>
23. Carreño S, Chaparro L. Metasíntesis: Discusión de un Abordaje Metodológico. *Cienc. enferm.* [Revista Online]; 2015. [Consultado el 21 de Abril del 2010] 21 (3). Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532015000300011](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532015000300011)
24. Guillén F, et al. Calidad del sueño de los pacientes ingresados en UCI: relación con estresores ambientales. *Enfermería Docente.* [Revista Online]; 2013. [Consultado el 22 de Abril del 2019] Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/huvv/sites/default/files/revistas/ED-100-09.pdf>
25. Munive et al. Factores Externos Relacionados con la Privación del Sueño en los Pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos. [Tesis]; 2015. Universidad Cayetano Heredia.
26. Manterola C, et al. Jerarquización de la evidencia. Niveles de evidencia y grados de recomendación de uso actual. *Rev. chil. infectol.* [Revista Online]; 2014. [Consultado el 26 de noviembre de 2019] 31(6). Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0716-10182014000600011](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182014000600011)

## ANEXOS

## ANEXO N° 01

<b>Cuadro N° 01: Descripción del Problema</b>		
<b>1</b>	<b>Contexto-Lugar</b>	Unidad de Cuidados Intensivos
<b>2</b>	<b>Personal de Salud</b>	-
<b>3</b>	<b>Paciente</b>	Paciente crítico con presencia de privación del sueño.
<b>4</b>	<b>Problema</b>	Evidencia de diversos factores que contribuyen a la privación del sueño en el paciente crítico, en las que se incluye la luz, el ruido, sonido de alarmas, actividades o procedimientos del personal de salud y procedimientos invasivos.
<b>4.1</b>	<b>Evidencias internas: Justificación de práctica habitual</b>	Desarrollo de actividades en igual proporción, tanto por la noche como en turno diurno, encendido de la luz artificial las 24 horas, movilización y traslado de pacientes, así como la admisión de los mismos en el horario nocturno, dado a que en el turno diurno muchas actividades priorizan al paciente ambulatorio de consulta externa.
<b>4.2</b>	<b>Evidencias internas: Justificación de un cambio de práctica</b>	Reducir las actividades nocturnas, así como las movilizaciones y cuidados directos con el paciente. Exponer al paciente a menos luz artificial durante la noche. Empleo de tampones o reducir los niveles de ruido en la Unidad.
<b>5</b>	<b>Motivación del problema</b>	Evidencia de efectos adversos provocados por la privación del sueño, que ocasiona mayor estancia hospitalaria, complicaciones cardiovasculares y respiraciones que afectan una adecuada recuperación del paciente crítico.

## ANEXO N°02

<b>Cuadro de validez de Gálvez Toro ARTÍCULO N° 01</b>		
<b>Título de la investigación a validar:</b> Actitudes del personal sanitario y barreras identificadas para el sueño del paciente en la unidad de cuidados intensivos médicos.		
<b>Metodología:</b> Cualitativo		
<b>Año:</b> 2015		
<b>Pregunta</b>	<b>Descripción</b>	<b>Respuesta*</b>
¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?	Las políticas institucionales y el flujo de trabajo del hospital pueden contribuir a la interrupción del sueño en la UCI.	Se demuestra que las actividades de cuidado diario establecido en políticas institucionales son responsables del mal patrón del sueño del paciente UCI.
¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema?	Casi todos los participantes notaron que el ruido debido a monitores, otros pacientes y personal médico era una barrera para sueño del paciente. Los procedimientos de enfermería, como bañarse, voltearse, realizar signos vitales, y administración de medicamentos a pacientes fueron otro de los factores de interrupción del sueño.	Resuelve el problema
¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio?	Los factores identificados como agentes desencadenantes de la privación del sueño, también son detectados en la realidad local, muchos de ellos dependientes de las actividades de cuidado del personal de salud.	Puedo aplicarlo
¿Son seguras las evidencias para el paciente?	En la investigación se autorizó la participación de las unidades de análisis a través del consentimiento informado y aprobación del comité de investigación.	Si
¿Son válidos los resultados y los hallazgos?	Dado a la metodología empleada, se limita la generalización de los resultados y aprovechamiento de estos para aplicarlos a cualquier realidad hospitalaria.	Se puede considerar.

<b>Cuadro de validez de Gálvez Toro ARTÍCULO N° 02</b>		
<b>Título de la investigación a validar:</b> Determinantes de la privación del sueño según lo percibido por los pacientes de la unidad de cuidados intensivos: hallazgos de una revisión sistemática, meta-resumen y meta-síntesis.		
<b>Metodología: Revisión sistemática</b>		
<b>Año: 2019</b>		
<b>Pregunta</b>	<b>Descripción</b>	<b>Respuesta*</b>
¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?	Según la experiencia, los pacientes eran amenazados en su sueño debido principalmente a las interacciones complejas con el medio ambiente; sus emociones y sentimientos; y el nivel de atención que reciben.	Se describen los factores desencadenantes de la privación del sueño en el paciente de UCI, el cual responde a la pregunta clínica formulada.
¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema?	Entre los factores de privación del sueño, se señala al ruido como uno de los principales que incluye las actividades de enfermería como las más resaltantes, seguido del ruido de alarmas y conversaciones. También se incluye la movilización	Resuelve el problema
¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio?	Los factores descritos pueden ser abordados en nuestra realidad hospitalaria.	Puedo aplicarlo
¿Son seguras las evidencias para el paciente?	La metodología aplicada, permite la selección de investigaciones donde se comprueba la correcta aplicación de principios éticos y seguridad de su aplicación en las poblaciones estudiadas.	Si
¿Son válidos los resultados y los hallazgos?	Se encontraron 1006 citas iniciales, encontrados en base de datos CINHALL, MEDLINE PubMed y Scopus. Finalmente se seleccionaron 7 investigaciones que cumplían con los criterios de investigación.	Si

<b>Cuadro de validez de Gálvez Toro ARTÍCULO N° 03</b>		
<b>Título de la investigación a validar:</b> El desarrollo de una guía de práctica clínica para mejorar el sueño en pacientes de cuidados intensivos: un enfoque centrado en la solución		
<b>Metodología:</b> Guía de Práctica Clínica		
<b>Año: 2014</b>		
<b>Pregunta</b>	<b>Descripción</b>	<b>Respuesta*</b>
¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?	Ya se cuenta con una guía en la cual deben realizarse una serie de cuidados que incluye el control del ruido ambiental y brindar condiciones óptimas para favorecer el sueño por la noche, sin embargo estas medidas aún no son aplicadas.	La guía ofrece la mejores terapias para reducir la privación del sueño basados en la evidencia, sin embargo no está dirigida a resolver el problema de estudio.
¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema?	En la guía se establecen las principales estrategias para favorecer la adopción del sueño en el paciente en UCI, pero no ofrece los factores desencadenantes de la privación del sueño.	No lo resuelve
¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio?	Se establecen medidas de cuidado y tratamiento que contribuya a una mejor terapia del sueño en el paciente crítico, con intervenciones que pueden ser aplicadas en el medio local.	Puedo aplicarlo
¿Son seguras las evidencias para el paciente?	El estudio fue aprobado por comité de ética de la Universidad y Hospital donde se realizó el estudio. A su vez para la recolección de la información se solicitó la firma del consentimiento informado.	Si
¿Son válidos los resultados y los hallazgos?	En una primera etapa se realizó una revisión bibliográfica, luego se determinaron los factores de alteración del sueño, para posteriormente en una tercera etapa, contrastar los datos encontrados con los presentados en la UCI del hospital investigado. Se realizó una revisión integradora con guías de evaluación de estudios observacionales. Los estudios revisados fueron investigaciones originales del sueño en pacientes adultos de la UCI que contenían datos sobre el sueño derivados de la polisomnografía o informes de pacientes mientras el paciente fue tratado en la UCI.	Si
<b>Cuadro de validez de Gálvez Toro ARTÍCULO N° 04</b>		

<b>Título de la investigación a validar:</b> Prácticas clínicas para promover el sueño en la UCI: una encuesta multinacional		
<b>Metodología:</b> Guía de Práctica Clínica		
<b>Año:</b> 2018		
<b>Pregunta</b>	<b>Descripción</b>	<b>Respuesta*</b>
¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?	El estudio realizado en Europa muestra diversos protocolos de intervención en la promoción del sueño en el paciente crítico, siendo Europa central quien los considera de mayor importancia para su aplicación.	Las conclusiones responden a la pregunta que se formula en su estudio, mas no contribuyen a responder a nuestro objetivo de investigación.
¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema?	El uso farmacológico de medicamentos , fue uno de los protocolos ampliamente empleado por las UCIs. Entre otras acciones se encontró la reducción del ruido, que incluyó el uso de tampones, reducción de la luz y la cantidad de cuidados por la noche. Sin embargo los resultados encontrados no responden a los objetivos del problema en estudio.	No lo resuelve
¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio?	Muchas de las medidas de cuidado del sueño aplicados en el estudio pueden ser aplicados en nuestra realidad hospitalaria.	Puedo aplicarlo
¿Son seguras las evidencias para el paciente?	Las encuestas fueron aprobadas por el comité de ética de cada país y las respuestas fueron obtenidos previa firma del consentimiento informado.	Si
¿Son válidos los resultados y los hallazgos?	Dado que se realizó un estudio multicéntrico en varios países, los datos obtenidos a través de una escala de likert, fueron comparados con los hallazgos seleccionados de investigaciones encontradas en Pubmed y Embase, estableciendo una correlación medida a través de Chi cuadrado. Así mismo utilizaron las pruebas de Kruskal-Wallis para comparar las respuestas entre los países de donde se obtuvo la información, la cual es una prueba para identificar si los datos son obtenidos del mismo tipo de población.	Si

<b>Cuadro de validez de Gálvez Toro ARTÍCULO N° 05</b>		
<b>Título de la investigación a validar:</b> El sueño y el ritmo circadiano en la enfermedad crítica		
<b>Metodología:</b> Revisión Bibliográfica		
<b>Año:</b> 2019		
<b>Pregunta</b>	<b>Descripción</b>	<b>Respuesta*</b>
¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?	Existen interacciones complejas entre los factores fisiológicos, de comportamiento y ambientales que contribuyen al sueño y las alteraciones del ritmo circadiano en pacientes de UCI. Los esfuerzos hasta la fecha se han centrado en estrategias no farmacológicas y farmacológicas para mejorar el sueño	El estudio no se dirige a responder a los objetivos del estudio.
¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema?	Los resultados de la investigación se dirigen más hacia las consecuencias orgánicas secundarias a la privación del sueño en el paciente crítico y cuáles son las medidas más eficaces de cuidado.	No lo resuelve
¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio?	Las medidas de tratamiento para la promoción del sueño presentados en el estudio, pueden ser empleados en el campo clínico.	Puedo aplicarlo
¿Son seguras las evidencias para el paciente?	La metodología del estudio no demuestra que las evidencias encontradas sean seguras para el paciente.	No
¿Son válidos los resultados y los hallazgos?	La metodología empleada se dirige a la recopilación de información para la estructuración de la investigación.	Si

<b>Cuadro de validez de Gálvez Toro ARTÍCULO N° 06</b>		
<b>Título de la investigación a validar:</b> Dormir en la unidad de cuidados intensivos		
<b>Metodología:</b> Revisión Bibliográfica		
<b>Año:</b> 2015		
<b>Pregunta</b>	<b>Descripción</b>	<b>Respuesta*</b>
¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?	Existen trastorno del sueño en el paciente crítico internado en Unidades de cuidados intensivos, sin embargo, la comprensión de la patogénesis de la perturbación del sueño sigue siendo incompleta, y no hay conocimiento de la contribución relativa de posibles fuentes de alteración del sueño.	Se detallan en el estudio los factores desencadenantes de la privación del sueño en el paciente crítico.
¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema?	Entre los resultados se encontró que los factores desencadenantes de la alteración del sueño se deben a condiciones ambientales, factores relacionados de la UCI, factores intrínsecos como la naturaleza crítica de la enfermedad y aquellos relacionados a los fármacos administrados.	Lo resuelve
¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio?	La universalidad de los factores desencadenantes de privación del sueño en el paciente, hacen que las medidas adoptadas puedan ser adoptadas en cualquier medio hospitalario.	Puedo aplicarlo
¿Son seguras las evidencias para el paciente?	La metodología del estudio no hace referencia de que las evidencias encontradas sean seguras para el paciente.	No
¿Son válidos los resultados y los hallazgos?	La metodología empleada se dirige a la recopilación de información para la estructuración de la investigación.	Si

<b>Cuadro de validez de Gálvez Toro ARTÍCULO N° 07</b>		
<b>Título de la investigación a validar:</b> Factores que influyen la calidad del sueño en la persona en unidad de cuidados intensivos		
<b>Metodología:</b> Revisión sistemática		
<b>Año:</b> 2016		
<b>Pregunta</b>	<b>Descripción</b>	<b>Respuesta*</b>
¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?	Es fundamental que los equipos de salud que trabajan en estas unidades desenvuelvan protocolos o bundles sobre la calidad del sueño de estos pacientes.	Se fundamenta cada uno de los determinantes de la privación del sueño en UCI, proponiendo intervenciones que aseguren una mejor calidad del sueño en el paciente crítico.
¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema?	Entre los principales factores desencadenantes de la alteración del sueño se encuentra el ruido, la luminosidad y las actividades del personal de salud, sobre todo del profesional de enfermería.	Resuelve el problema
¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio?	Los resultados obtenidos así como los métodos de cuidado pueden ser aplicados al campo clínico de la UCI.	Puedo aplicarlo
¿Son seguras las evidencias para el paciente?	No se describe en el artículo la metodología empleada para asegurar la ética de la investigación.	No
¿Son válidos los resultados y los hallazgos?	Para su elaboración se realizó la lectura de artículos existentes en la base de datos EBSCO hot entre los años 2011 y 2016, obteniendo un total de 84 artículos, seleccionando 4 para el estudio. La metodología de búsqueda, estuvo dirigida por los 7 pasos propuestos por el centro Cochrane.	Si

<b>Cuadro de validez de Gálvez Toro ARTÍCULO N° 08</b>		
<b>Título de la investigación a validar:</b> El sueño en el paciente hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo		
<b>Metodología:</b> Estudio observacional descriptivo		
<b>Año:</b> 2014		
<b>Pregunta</b>	<b>Descripción</b>	<b>Respuesta*</b>
¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?	Por tanto, a pesar de que el sueño percibido por los pacientes en la UCI es regular, se considera que este no es reparador.	Los resultados muestran el tipo de sueño presentado en el paciente en UCI.
¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema?	No ofrece información sobre los factores desencadenantes de la privación del sueño en el paciente en UCI.	No lo resuelve
¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio?	Los resultados son descriptivos de la característica del sueño, mas no proporciona actividades de aplicación en la realidad problemática.	No puedo aplicarlo
¿Son seguras las evidencias para el paciente?	No se describe en el estudio	No
¿Son válidos los resultados y los hallazgos?	Para la recolección de datos se empleó el cuestionario del sueño de Richards-Campbell validado con un alfa de Cronbach de 0.90, empleando para el análisis estadística descriptiva planteada en el instrumento.	Si .

<b>Cuadro de validez de Gálvez Toro ARTÍCULO N° 09</b>		
<b>Título de la investigación a validar:</b> Iluminación, sueño y ritmo circadiano: un estudio de intervención en la unidad de cuidados intensivos		
<b>Metodología:</b> Estudio comparativo, descriptivo.		
<b>Año:</b> 2015		
<b>Pregunta</b>	<b>Descripción</b>	<b>Respuesta*</b>
¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?	La mayoría tenía experiencias de trastornos del sueño y la mitad tenía pesadillas / imágenes y alteración del ritmo circadiano. Casi todos quedaron satisfechos con el entorno de iluminación cíclica, que junto con la luz del día apoyó su ritmo circadiano.	El estudio de intervención propone una media de cuidado a través del empleo de luz cíclica que simule la luz de día son lo cual obtuvieron resultados favorables tras su aplicación.
¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema?	Los resultados no muestran los principales factores que promueven la privación del paciente en UCI.	No lo resuelve
¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio?	La instalación de sistemas de iluminación cíclica tendrían que ser gestionada con la parte directiva y administrativa del hospital.	Puede aplicarse bajo ciertas condiciones
¿Son seguras las evidencias para el paciente?	La aprobación ética fue otorgada por el Comité Regional de Investigación en Ética de la Universidad, a su vez la declaración de Helsinki de Principios éticos para la investigación médica con seres humanos guió el estudio	Si
¿Son válidos los resultados y los hallazgos?	Las puntuaciones y los valores medios para cada factor que se analizó estadísticamente (utilizando la prueba de Mann-Whitney para comparar las experiencias de iluminación de los pacientes entre las dos salas, tanto de día como de noche. La Parte II, se sometió a análisis de contenido cuantitativo y cualitativo convencional, enfocándose en el contenido subjetivo del texto.	Si

<b>Cuadro de validez de Gálvez Toro ARTÍCULO N° 10</b>		
<b>Título de la investigación a validar:</b> Descanso Nocturno en una Unidad de Cuidados Intensivos		
<b>Metodología:</b> Estudio descriptivo observacional transversal		
<b>Año:</b> 2016		
<b>Pregunta</b>	<b>Descripción</b>	<b>Respuesta*</b>
¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?	La mayoría de los pacientes incluidos en el estudio, tienen la percepción de que el sueño nocturno es regular o malo durante su estancia en la unidad de cuidados intensivos.	En el estudio se evaluaron la calidad del sueño y su relación con los factores estresantes y desencadenantes de la alteración del sueño en el paciente de UCI.
¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema?	Los factores que, según los pacientes, les han resultado más molestos según los datos obtenidos en la escala ICUESS han sido: la falta de disponibilidad de baño, seguido por la preocupación de la enfermedad o motivo de ingreso y el dolor.	Resuelve el problema
¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio?	Los resultados obtenidos al igual que las medidas de cuidado propuestos pueden ser aplicados en el estudio.	Puedo aplicarlo
¿Son seguras las evidencias para el paciente?	Este estudio fue evaluado favorablemente por del Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón.	Si
¿Son válidos los resultados y los hallazgos?	Para las variables que toman valores cuantitativos se aplica el test de la t-Student para muestras independientes, si se cumplen las hipótesis necesarias, si no se cumplen se utilizan las técnicas no paramétricas de la U de Mann-Whitney o el test de Kruskal-Wallis. En aquellos casos en donde el ANOVA o el test de Kruskal-Wallis es significativo, se realiza las comparaciones múltiples entre los grupos para ver cuáles de ellos son significativamente diferentes entre sí. Para variables que toman valores cuantitativos, se utiliza el coeficiente de correlación de Pearson o Spearman, que nos mide el grado de asociación entre las variables.	Si

## ANEXO N° 03

## Plantilla para evaluación de una Revisión Sistemática: CASPe

INTERROGANTES	RESPUESTA	COMENTARIO
<b>¿Los resultados de la revisión son válidos?</b>		
¿Se hizo la revisión sobre un tema claramente definido?	Si <input checked="" type="checkbox"/> No Sé <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	El estudio estuvo dirigido a determinar los factores determinantes del sueño deficiente según lo experimentado por los pacientes de la unidad de cuidados intensivos.
¿Buscaron los autores el tipo de artículos adecuado?	Si <input checked="" type="checkbox"/> No Sé <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	La investigación realizó una revisión de literatura de tipo cualitativa, sobre poblaciones que hayan tenido privación del sueño durante su estancia en UCI, con el objetivo de determinar los factores que provocaron dicha privación.
¿Crees que estaban incluidos los estudios importantes y pertinentes?	Si <input type="checkbox"/> No Sé <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Se realizó una revisión de diversos artículos las cuales fueron obtenidas de bases de datos como PubMed, CINAHL y Scopus. Para ello, cada investigador realizó una revisión sistemática con el objetivo de abordar en su totalidad las investigaciones de tipo cualitativo que respondan al objetivo de investigación. Sin embargo una de las limitantes más resaltantes es que solo se tuvieron en cuenta investigaciones realizadas en inglés, exceptuando estudios en otro idioma y citas escritas, ya que solo se realizó la búsqueda en internet.
¿Crees que los autores de la revisión han hecho suficiente esfuerzo para valorar la calidad de los estudios incluidos?	Si <input checked="" type="checkbox"/> No Sé <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	De las 1006 citas iniciales, 683 se excluyeron en el primer examen porque no eran consistentes con los criterios de inclusión; además, se eliminaron 18 estudios por duplicados. De los 305 estudios restantes, 297 se excluyeron porque no fueron compatibles con los criterios de inclusión. Finalmente se

		seleccionaron 7 investigaciones, en donde se aplicó la herramienta del Programa de Evaluación de la Evaluación Crítica (CASP), para evaluar la calidad de las investigaciones. Cada uno de los resultados fueron discutidos por todo el comité investigador.
Si los resultados de los diferentes estudios han sido mezclados para obtener un resultado "combinado", ¿era razonable hacer eso?	Si <input checked="" type="checkbox"/> No Sé <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Dado a que se desea unificar los resultados encontrados, el estudio empleó la metasíntesis, que es una forma de integrar hallazgos de investigación cualitativa con el fin de lograr una nueva interpretación que explica el fenómeno con un nivel mayor de evidencia científica.
<b>¿Cuáles son los resultados?</b>		
¿Cuál es el resultado global de la revisión?	Los 12 códigos que surgieron, se clasificaron en tres temas: (1) "Experimentar interacciones complejas con el medio ambiente"; (2) "Experimentar emociones y sentimientos intensos", y (3) "Recibir el nivel de atención adecuado". Se ha informado que los temas que surgieron afectaron la calidad del sueño al interactuar entre sí.	
¿Cuál es la precisión del resultado/s?	El código es más frecuente en todos los estudios fueron 'Experimentando miedo / preocupaciones' (71.4%), seguidos de 'Experimentar sonidos atemorizantes o perturbadores' (57.1%) y 'Estar perturbada por actividades de enfermería' (57.1%), por el contrario, los códigos menos frecuentes fueron 'Sentirse en un estado de abandono', 'Ser incapaz de moverse', 'Ser incapaz de hablar' y 'Experimentar un insomnio inexplicable', que se informa con la misma frecuencia del 14.3%.	
<b>¿Son los resultados aplicables en tu medio?</b>		
¿Se pueden aplicar los resultados en tu medio?	Si <input checked="" type="checkbox"/> No Sé <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Los determinantes encontrados en las investigaciones seleccionadas, concuerdan con los presentados en nuestra realidad hospitalaria y las intervenciones que puedan desarrollarse también pueden ser aplicados en diversos ámbitos del ambiente de cuidados intensivos.

¿Se han considerado todos los resultados importantes para tomar la decisión?	Si <input checked="" type="checkbox"/> No Sé <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	El estudio aborda factores tanto externos, como aquellos inherentes al paciente para establecer sus resultados.
¿Los beneficios merecen la pena frente a los perjuicios y costes?	Si <input type="checkbox"/> No Sé <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	El estudio describe los determinantes de alteración del sueño, mas no se redactan actividades de intervención, por lo tanto no existen beneficios que puedan ser evaluados tras su ejecución.

## ANEXO N° 04

### **Determinantes de la privación del sueño según lo percibido por los pacientes de la unidad de cuidados intensivos: hallazgos de una revisión sistemática, meta-resumen y meta-síntesis.**

Elisa Mattiussi, Matteo Danielis, Lucia Venuti, Marta Vidoni, Alvisa Palese

#### **Resumen**

**Objetivos:** Resumir la evidencia sobre la privación del sueño y/o los factores determinantes del sueño deficiente según lo experimentado por los pacientes de la unidad de cuidados intensivos.

**Metodología / diseño de la investigación:** Se realizó una revisión sistemática de los estudios cualitativos identificados a través de las bases de datos PubMed, CINAHL y Scopus publicadas en inglés hasta 2018, siguiendo las pautas de PRISMA. Los estudios incluidos se evaluaron críticamente utilizando la herramienta del Programa de Evaluación Crítica. Los hallazgos del estudio fueron luego sometidos a un meta-resumen y una meta-síntesis.

**Entorno:** Unidades de Cuidados Intensivos.

**Principales medidas de resultados:** Experiencias de pacientes críticamente enfermos de falta de sueño.

**Resultados:** Se incluyeron siete estudios cualitativos que documentaron la experiencia de 109 pacientes adultos. Un total de 12 códigos surgieron como causas de la falta de sueño y el "sentir miedo / preocupación" se informó con la mayor frecuencia (71.4%) en el meta-resumen. Los 12 códigos se clasificaron en tres temas principales que influyen directa e interdependientemente en la calidad del sueño: (1) Experimentar interacciones complejas con el entorno (actividades de enfermería, sonidos atemorizantes o perturbadores, sonidos aceptables, desorientación del tiempo y el espacio); (2) Experimentar emociones y sentimientos intensos (miedo / inquietudes, estado de abandono, insomnio inexplicable, incapacidad para moverse, incapacidad para hablar) y (3) recibir un estándar de atención adecuado (dolor físico, sentirse seguro / inseguro).

**Conclusiones:** A pesar de la mayor relevancia de la falta de sueño y la mala calidad del sueño, hasta la fecha solo se han realizado algunos estudios dirigidos a identificar los factores involucrados en el fenómeno según la experiencia del paciente. La mayoría de los determinantes identificados desde la perspectiva de los pacientes son modificables

**.Palabras clave:** paciente adulto, unidad de cuidados intensivos, meta-resumen, meta-síntesis, investigación cualitativa, privación del sueño.

#### **Introducción:**

En las unidades de cuidados intensivos (UCI), los pacientes son sometidos con frecuencia a la privación del sueño o al sueño de mala calidad (Kamdar et al., 2012). La falta de sueño (FS) se ha definido como interrupciones limitadas en el tiempo en la cantidad y calidad del sueño

debido a factores externos (Hamze et al., 2015) que pueden ocurrir durante una estadía nocturna en la UCI (Romero-Bermejo, 2014). Desde el punto de vista de los pacientes de la UCI, según los datos autoinformados (Elliott et al., 2013; Bihari et al., 2012), aproximadamente el 38% de ellos ha experimentado dificultades para conciliar el sueño y alrededor del 61% ha reportado una mayor necesidad para dormir en comparación con sus rutinas (Orwellius et al., 2008); además, casi el 70% de los pacientes de la UCI han informado un nivel moderado o grave de FS (Nelson et al., 2001). Desde el punto de vista de las medidas de diagnóstico disponibles, alrededor del 90% de los pacientes en UCI han documentado que pasan su tiempo total de sueño (TTS) en el sueño superficial, caracterizado por múltiples períodos de sueño cortos y no contiguos y por numerosas arousals (Elliott et al. al., 2013), experimentando hasta  $41 \pm 28$  períodos de sueño por 24 horas, con cada período de sueño con un promedio de  $15 \pm 9$  min (Kamdar et al., 2012; Freedman et al., 2001). Además, la calidad deficiente del sueño en las UCI se ha documentado en estudios polisomnográficos de 24 horas (por ejemplo, Kamdar et al., 2012).

Los antecedentes de FS se han establecido a nivel clínico, como disfunción inmune, resistencia deteriorada a infecciones, alteraciones en el balance de nitrógeno, curación de heridas (Pulak y Jensen, 2016; Bihari et al., 2012), alteraciones cardiovasculares y respiratorias; además, los antecedentes de FS también se han identificado en los estímulos del entorno de la UCI, como las alarmas luminosas y ruidosas y las voces del personal que se hacen más pronunciadas durante las noches (Romero-Bermejo, 2014).

Las consecuencias de la FS, por otro lado, han sido reconocidas principalmente a nivel psicológico, como una de las tres principales fuentes de ansiedad y estrés durante la estadía en la UCI, junto con el dolor y el tubo endotraqueal (Kamdar et al., 2012; Rotondi et al., 2002). Además, se ha documentado que la FS desencadena depresión, trastornos continuos del sueño y trastornos por estrés postraumático (Randall et al., 2008), trastornos cognitivos que causan apatía, confusión y delirio (Pulak y Jensen, 2016). Además, la pérdida de sueño se ha documentado como (a) disminución de la actividad física en el corto plazo que afecta la recuperación del paciente (Kamdar et al., 2012) y (b) que amenaza la calidad de vida durante un tiempo variable después del alta de la UCI (Pisani). et al., 2015).

Matthews (2011) ha contextualizado el "Modelo de tres factores" teórico desarrollado por Spielman et al. (1987) identificando factores predisponentes, precipitantes y perpetuos que desencadenan el desarrollo y la continuación de la FS entre los pacientes de la UCI. Se han documentado factores predisponentes a nivel del paciente, que involucran dimensiones fisiológicas y psicológicas como el miedo, la ansiedad, la psicosis, el dolor y los trastornos del sueño preexistentes (Pisani et al., 2015; Kamdar et al., 2012). Los factores precipitantes, por otro lado, se han establecido (a) a nivel ambiental, como ruidos, luz, procedimientos de atención médica y (b) a nivel de tratamiento/medicación, por ejemplo. vasopresores, antibióticos, sedantes, analgésicos, así como ventilación mecánica y tratamientos de soporte de órganos (Pulak y Jensen, 2016; Pisani et al., 2015). Finalmente, los factores de perpetuación se han identificado a nivel del comportamiento, como los promulgados por los pacientes para compensar la pérdida de sueño así como las estrategias de adaptación inadaptadas que conducen al insomnio crónico y los cambios en la arquitectura del sueño (Matthews, 2011).

Hasta la fecha, se han documentado diferentes estrategias dirigidas a prevenir la FS, como el control de la luz y los ruidos, la reducción de intervenciones innecesarias y procedimientos de diagnóstico, la evaluación y el tratamiento del dolor, el mejor manejo de los sedantes y los medicamentos con benzodiazepina, así como la Orientación de los pacientes en relación con el tiempo y el espacio (Patel et al., 2014). Sin embargo, a pesar de su relevancia para los resultados a corto y largo plazo, hasta donde sabemos, no se ha desarrollado ninguna revisión sistemática de estudios que describan los determinantes de la FS según lo experimentado por los pacientes de la UCI hasta la fecha. Comprender sus experiencias puede ayudar a diseñar y probar intervenciones dirigidas a aumentar tanto la calidad como la cantidad de sueño entre los pacientes de UCI. Por lo tanto, el propósito general de este estudio fue mejorar el conocimiento disponible en el campo al resumir los estudios que exploran las experiencias de los pacientes de la UCI con respecto a la FS.

### **Método:**

La pregunta de investigación fue: "¿Cuáles son los determinantes de la FS o la mala calidad del sueño experimentada por los pacientes de la UCI?". Por lo tanto, siguiendo el marco de la Población, la Exposición y el Resultado (PEO) (Bettany-Saltikov, 2012), el interés se centró en: (a) pacientes críticamente enfermos en la UCI (P), (b) que habían sufrido FS y / o calidad deficiente del sueño (E), (c) causas de FS y / o mala calidad de sueño según lo experimentado por los pacientes (O). De acuerdo con la pregunta de investigación y el marco de PEO, el objetivo del estudio fue resumir la evidencia reportada en estudios cualitativos con respecto a los antecedentes de FS y/o la mala calidad de sueño según lo experimentado por los pacientes de la UCI.

### **Diseño del estudio**

Una revisión sistemática preliminar (Liberati et al., 2009) de los estudios cualitativos disponibles en el campo y luego un meta-resumen y meta-síntesis (Sandelowski y Barroso, 2007) de los estudios incluidos cuyo propósito fue desarrollar una comprensión más profunda de la Realidad subjetiva de los pacientes (Walsh y Down, 2005), se realizaron de forma secuencial. Al realizar el estudio, se siguieron estrictamente las tres fases recomendadas por las pautas de Sandelowski y Barroso (2007): (a) la concepción de la síntesis, mediante la búsqueda y recuperación de los estudios primarios; (b) evaluar y clasificar los hallazgos que surgieron de los estudios incluidos y (c) sintetizar los hallazgos en un meta-resumen y una meta-síntesis.

### **Buscando y recuperando literatura**

Cuatro investigadores (VM, LV, EM, MD) realizaron de forma independiente la búsqueda sistemática de los estudios primarios en diferentes marcos temporales (primer y segundo semestre de 2017, primer semestre de 2018) con el objetivo de garantizar que se recuperaron todos los estudios elegibles. Se accedió a tres bases de datos electrónicas: el Índice acumulativo de literatura de enfermería y afines (CINHAL), MEDLINE (PubMed) y Scopus. Por lo tanto, se utilizaron los siguientes términos de búsqueda como palabras clave y encabezados de temas médicos (MeSH) cuando se los asignó: (a) Población (P): " unidades de cuidados intensivos ", 'cuidados intensivos', (b) Exposición (E) : " sueño ", " falta de sueño ", " trastornos del sueño ",

" cuidado nocturno ", " noche ", (c) resultado (O): " experiencia " y 'd)' 'investigación cualitativa ", " Estudio fenomenológico". También se agregaron los operadores booleanos (AND, OR) entre las palabras clave / términos MeSH cuando están disponibles.

Los estudios se consideraron elegibles y se incluyeron cuando cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: (a) estudios primarios escritos en inglés; (b) basado en diseños de estudios cualitativos; (c) dirigido a explorar las experiencias subjetivas de los pacientes con respecto a las causas de los trastornos del sueño o la mala calidad del sueño durante la noche en la UCI; (d) según lo informado durante la estadía en la UCI o después del alta hospitalaria y (e) publicado antes de febrero de 2018. Por lo tanto, los estudios no informan la experiencia del paciente, así como aquellos que incluyen una población pediátrica (edad <18 años) o realizados en contextos clínicos otros que la UCI (por ejemplo, unidades semi-intensivas), fueron excluidas. Los criterios de inclusión se aplicaron de forma independiente por cuatro investigadores (VM, LV, EM y MD) y luego se pusieron de acuerdo con un investigador principal (AP), para alcanzar un acuerdo completo sobre los estudios incluidos.

La base de datos de investigación arrojó 1006 citas iniciales. De ellos, 683 se excluyeron en el primer examen porque no eran consistentes con los criterios de inclusión; además, se eliminaron 18 estudios por duplicados. De los 305 estudios restantes, 297 se excluyeron porque no es compatible con (a) la población en estudio (= 51, no pacientes de la UCI o pacientes <18); (b) la exposición (= 95, no con respecto a la experiencia del sueño); (c) los resultados del estudio (= 39, que no documentan las causas y / o antecedentes de la DE), (d) el diseño del estudio (= 110) u otro (= 2, por ejemplo, idioma). Finalmente, solo ocho fueron considerados elegibles; después de haber analizado cuidadosamente su texto completo y de excluir un artículo que informaba sobre las experiencias agregadas de pacientes y familiares, se conservaron siete estudios primarios, que se incluyeron todos. Las referencias de los estudios incluidos también se verificaron con el objetivo de recuperar posibles estudios perdidos.

### **Evaluación de calidad y extracción de datos**

Se trata de la herramienta del Programa de Evaluación de la Evaluación Crítica (CASP, por sus siglas en inglés) (CASP, 2018) para evaluar la calidad de la información de los estudios incluidos. La herramienta está compuesta por 10 elementos para evaluar la calidad de los dominios, entre ellos: (a) el objetivo del estudio; (b) la adecuación de la metodología cualitativa; (c) el diseño de la investigación; (d) la estrategia de reclutamiento; (e) el proceso de recolección de datos; (f) la relación investigador y participante; (g) la ética de la investigación; (h) el proceso de análisis de datos; (i) los hallazgos y (j) la contribución al desarrollo del conocimiento. De acuerdo con la literatura disponible (Satink et al., 2013), cada uno se puede calificar como 'Sí' (Y), 'No' (N) o 'No claro' (U). adecuadamente. Por lo tanto, la puntuación puede ser como resultado tres opciones: 1 (Y), 0,5 (U) y 0 (N) (Satink et al., 2013) que dan una puntuación máxima de 10: calidad del estudio.

De acuerdo con estudios anteriores (por ejemplo, Rossettini et al., 2018) dado que la herramienta CASP no ofrece un límite, los investigadores acordaron considerar todos los estudios con resultados bajos (CASP 0-5), medianos (CASP 6-8) y altos niveles de calidad (CASP 9-10). Por lo tanto, después de haber leído los estudios incluidos varias veces, dos

revisores realizaron una evaluación de forma independiente (AP, MD) y los desacuerdos se resolvieron mediante discusión. En la Tabla 1 se informaron los estudios incluidos y las puntuaciones que surgieron en cada dominio bajo evaluación y en la puntuación total de CASP.

Luego, se realizó la extracción de datos utilizando un modelo de matriz (Garrard, 2003). Los investigadores acordaron los encabezados de las columnas al decidir extraer e incluir los siguientes elementos de cada estudio: objetivo (s) del estudio; Metodología de investigación; sitios de recolección de datos (de naturaleza mono o multicéntrica); año de recolección de datos; características de los participantes; métodos de recolección de datos; y principales conclusiones. Cada estudio se leyó de forma independiente, los datos principales se extrajeron y luego se leyeron de nuevo en pares para verificar la consistencia de la extracción de datos.

### **Sintetizando hallazgos**

De acuerdo con los objetivos del estudio, solo se analizaron los elementos / factores que influyen en la calidad del sueño y la aparición de SD durante la estancia en la UCI, según lo experimentado y informado en los estudios incluidos; por lo tanto, no se consideraron los datos relativos, por ejemplo, a las experiencias generales de la UCI. Además, en aquellos estudios que incluyeron más participantes (por ejemplo, pacientes, familiares, enfermeras), solo se extrajeron e incluyeron los hallazgos que surgieron de los pacientes o, cuando se realizó el análisis, integrando los hallazgos de dos o más grupos de participantes (Ding et al. , 2017), solo se consideraron aquellos que se describieron como superpuestos y agrupados en la misma categoría (p. Ej., Los signos vitales o la evaluación de enfermería programada fueron fuentes de perturbaciones tanto para el grupo de pacientes / familiares como para el grupo del personal, en Ding et al., 2017 ).

Luego, siguiendo los métodos de Sandelowski y Barroso (Sandelowski y Barroso, 2007; Ludvigseng et al., 2015) se realizó un análisis inductivo: (a) extrayendo los hallazgos y separándolos de otros elementos del informe de investigación; (b) editar los resultados extraídos para hacerlos accesibles a cualquier lector; (c) agrupar los hallazgos en dominios comunes; (d) resumen de hallazgos en códigos y (e) mediante la realización del meta-resumen, calculando la frecuencia manifiesta y el tamaño de los efectos de intensidad. La frecuencia se obtuvo al calcular la frecuencia de cada código en cada estudio incluido; luego, estas frecuencias se convirtieron en porcentajes para determinar la prevalencia de cada código (Onwuegbuzie, 2003). Los tamaños del efecto de intensidad se establecieron mediante el cálculo de la concentración de códigos en cada estudio; todos los tamaños del efecto de la intensidad se convirtieron en porcentajes (Onwuegbuzie, 2003).

Los hallazgos extraídos y codificados se agruparon y categorizaron en temas por replicación o confirmación, extensión o refutación mutua, en función de su similitud (Sandelowski y Barroso, 2007, pág. 157) según se informa en la Tabla 2. Específicamente, se usó la replicación o confirmación cuando un número específico de fragmentos de estudios informaron una experiencia específica; por otro lado, la extensión se usó cuando un número específico de estudios se enfocó en un aspecto, mientras que otros enfatizaron aspectos diferentes al completar el primer aspecto. La refutación se utilizó cuando un conjunto de hallazgos informó un aspecto, mientras que otro conjunto de hallazgos informó que los mismos aspectos no

tuvieron influencia o relevancia. Luego, se desarrolló un diagrama conceptual que representa los determinantes de la SD o la mala calidad del sueño en la UCI de acuerdo con la experiencia de los pacientes tal como surgió a través del proceso de síntesis.

Todos los investigadores (ver autores) realizaron de forma independiente el proceso mencionado anteriormente para evitar sesgos que influyan en el proceso de análisis y codificación de temas; Los desacuerdos se resolvieron mediante consenso y consulta recíproca.

## **Resultados**

### **Las características metodológicas de los estudios incluidos**

Se incluyeron un total de siete estudios: tres se realizaron en Europa (Bélgica, Van Rompaey et al., 2015; Francia, Charhaoui et al., 2015; Suecia, Johansson et al., 2012), mientras que los cuatro estudios restantes se realizaron respectivamente en Australia (Tembo et al., 2013), Hong Kong (Wong y Arthur, 2000), Jordán (Zeilani y Seymour, 2010) y Connecticut, EE. UU. (Ding et al., 2017). Con la excepción de un estudio (Zeilani y Seymour, 2010), todos eran de naturaleza monocéntrica.

Participaron 109 pacientes que informaron de su propia experiencia y, de ellos, 56 (51,4%) eran hombres. Cuando se informó, la edad promedio de los pacientes fue de 60.6 años (de 18 a 88 años), pero en algunos estudios, la edad se informó como rangos (Wong y Arthur, 2000) o clases (Ding et al., 2017).

Las razones para el ingreso en la UCI variaron: en Wong y Arthur (2000), los pacientes ingresaron por cirugía electiva de carcinoma gastrointestinal o renal, mientras que en otros estudios las causas difirieron de las médicas (evento cardíaco, neumonía, como en Tembo et al., 2013), para cirugía (por ejemplo, cirugía abdominal, como en Wong y Arthur, 2000), y para eventos traumáticos / de shock (por ejemplo, neumotórax, trauma, shock, en Charhaoui et al., 2015). La duración promedio de la estadía (LOS) fue de 14,5 días (con un intervalo de 1 a 65 días) como se informó en solo cinco estudios (Charhaoui et al., 2015; Ding et al., 2017; Johansson et al., 2012; Tembo et al., 2013; Wong y Arthur, 2000). Con respecto a los objetivos, solo dos estudios se centraron en SD (Ding et al., 2017; Tembo et al., 2013), mientras que los otros se centraron en diferentes experiencias de ser pacientes de UCI. Además, tres estudios utilizaron un enfoque fenomenológico (Charhaoui et al., 2015; Tembo et al., 2013; Wong y Arthur, 2000), dos enfoques hermenéuticos (Johansson et al., 2012; Van Rompaey et al., 2015), uno un enfoque narrativo (Zeilani y Seymour, 2010) y el restante un enfoque cualitativo (Ding et al., 2017).

Los datos se recopilan mediante entrevistas realizadas en algunos estudios solo una vez (Charhaoui et al., 2015; Johansson et al., 2012; Tembo et al., 2013; Zeilani y Seymour, 2010), mientras que en otros fue 2 veces. Además, el tiempo transcurrido entre la experiencia en la UCI y la entrevista también fue diferente entre los estudios: solo en un estudio se entrevistó en los pacientes durante la estadía en la UCI cuando fue posible (Van Rompaey et al., 2015), mientras que en el resto, se entrevistó a los pacientes después de su alta en la UCI o después de

la alta hospitalaria en sus hogares dentro de un período variable (desde dos días, en Johansson et al., 2012; hasta 11 meses, en Tembo et al., 2015).

### **Meta-resumen**

Surgieron doce códigos. El estudio de Johansson et al. (2012) presentó la intensidad del código más alta (71.4%), mientras que Zeilani y Seymour (2010) informó la intensidad del código más baja (7.0%) como se muestra en la Tabla 4. Además, el código es más frecuente en todos los estudios fueron 'Experimentando miedo / preocupaciones' (71.4%), seguidos de 'Experimentar sonidos atemorizantes o perturbadores' (57.1%) y 'Estar perturbada por actividades de enfermería' (57.1%), como se informa en la Tabla 5. Por el contrario, los códigos menos frecuentes fueron 'Sentirse en un estado de abandono', 'Ser incapaz de moverse', 'Ser incapaz de hablar' y 'Experimentar un insomnio inexplicable', que se informa con la misma frecuencia del 14.3%.

### **Meta-síntesis**

Como se informó en la Fig. 2, los 12 códigos que surgieron se clasificaron en tres temas: (1) "Experimentar interacciones complejas con el medio ambiente"; (2) "Experimentar emociones y sentimientos intensos", y (3) "Recibir el nivel de atención adecuado". Se ha informado que los temas que surgieron afectaron la calidad del sueño al interactuar entre sí.

### **Tema 1: Experimentar complejas interacciones con el medio ambiente**

El entorno de la UCI puede perturbar o facilitar el sueño nocturno a través de diferentes factores que a veces los pacientes perciben de forma antitética: las enfermeras les molestan con sus actividades de enfermería, experimentan sonidos alarmantes / perturbadores o sonidos aceptables, y están desorientados en el tiempo y el espacio, y se ha informado que afectan al Calidad del sueño.

Se ha informado que las actividades de atención de enfermería influyen en la estancia nocturna de los pacientes en la UCI, por ejemplo, cuando se mueven de una cama a otra, hablan con otros miembros del personal, manejan las alarmas o cuando ofrecen explicaciones al paciente (Johansson et al., 2012). Se ha informado que "las personas que entran y salen de la unidad" son un factor perturbador porque estos movimientos hacen que el paciente se pregunte qué está pasando (Johansson et al., 2012); escuchar conversaciones también ha sido reportado como una causa de estar despierto (Wong y Arthur, 2000); además, se ha informado que las intervenciones de recepción ('Mi sangre se toma cada tres horas', Ding et al., 2017) causaron que la despertaran varias veces, interrumpiendo el sueño (Charhaoui et al., 2015; Ding et al., 2017).

Diferentes sonidos, como ruidos fuertes, ruidos de objetos que caen (Wong y Arthur, 2000) y todos los demás ruidos que lo rodean (Charhaoui et al., 2015; Johansson et al., 2012), han sido recordados por los pacientes como los que los mantienen despiertos. Sin embargo, mientras que en algunos estudios estos sonidos se han reportado como aceptables porque son capaces de mantener al paciente en un mundo real y comprensible, en otros estudios se ha informado que los sonidos son atemorizantes o perturbadores. En Wong y Arthur (2000), algunos pacientes informaron que estaban acostumbrados a estar rodeados de sonidos y que también podían

detectar de dónde venían; en Johansson et al. (2012) se ha informado que todos los sonidos aceptables, como las voces bajas y tranquilas de las enfermeras, o el "Sonido rítmico de mi ventilador como un zumbido continuo" facilitan el sueño. Por el contrario, en el mismo estudio de Johansson et al. (2012), los sonidos también se han descrito como aterradores porque el paciente no pudo entender lo que estaba sucediendo; en Ding et al. (2017) y en Johansson et al. (2012) los pacientes identificaron las alarmas como una fuente de estrés ("El ruido es tremendo hasta aquí ... las alarmas se activan y los pitidos se activan"). Además, se ha informado que la ausencia de sonidos perturba la calidad del sueño: "Hace algunas noches me desperté y no reconocí el entorno en absoluto". Como no escuché ningún sonido familiar, no sabía dónde estaba ni a qué hora era "(Johansson et al., 2012).

Se ha informado que la desorientación del tiempo/espacio confunde a los pacientes con respecto a lo que se espera de ellos, en términos de permanecer despiertos o dormir (Charhaoui et al., 2015; Johansson et al., 2012). Específicamente, en Van Rompaey et al. (2015) un paciente informó que "No sabes cuándo es de día o de noche, en tus sueños puedes hacerlo en cualquier momento". Cuando quieras llamarlo día, entonces es de día. . . Pedí por el día y la hora. Pero cuando miraste afuera no coincidió. En las mañanas dijeron que duermen bien, y por la tarde se despidieron o algo similar ".

## **Tema 2: Experimentar emociones y sentimientos intensos**

Los pacientes experimentan varias emociones y sentimientos intensos durante la noche, y se ha informado que los mismos alteran la calidad del sueño: sentir miedo / preocupación, sentirse en un estado de abandono, estar constreñidos en expresar sus necesidades y experimentar un insomnio inexplicable. Los reportados por los pacientes incluidos en los estudios.

Se ha informado que el miedo y/o las preocupaciones surgen especialmente durante la noche porque los pacientes no lo saben " . . . Qué esperar en los próximos minutos con respecto a los sonidos "(Johansson et al., 2012). Las alarmas auditivas también pueden ser aterradoras con respecto a algo que podría suceder (por ejemplo, "...A la muerte de que la máquina está a punto de detenerse", Johansson et al., 2012). Además, sentir miedo y/o ser.

También se informó sobre la posibilidad de dormir en un lugar donde la muerte es generalizada (por ejemplo, "No pude dormir en ese lugar porque todos a mi alrededor se estaban muriendo", Tembo et al., 2013); así como el miedo y/o la preocupación por no volver a despertarse también se han documentado como un sueño inquietante (Van Rompaey et al., 2015). El mismo temor o preocupación también se ha informado en momentos de despertar: "Cuando me desperté, me preguntaba, ¿qué estoy haciendo aquí? Y luego me golpeó, y pensé, ¿estoy muerto? ¿O por qué me gusta esto? "(Charhaoui et al., 2015). Además, se ha informado que las preocupaciones relacionadas con las condiciones de salud también afectan negativamente la calidad del sueño: "No dormí tanto como quería". . . pero tenía muchas cosas en mente ...Tuve algunas malas noticias, bastante malas "(Ding et al., 2017).

Se ha informado que la incapacidad para moverse independientemente o libremente en la cama, así como la incapacidad para hablar, amenazan la expresión de las necesidades del personal: en Johansson et al. (2012) un paciente informó que "no podía decir nada ni moverme porque estaba

muy cansado y conectado a los cables y al ventilador" y "estaba demasiado cansado para levantarme y salir. Ni siquiera tenía la fuerza suficiente para decirle al personal cómo me sentía o cómo pedir ayuda ". Como consecuencia, los pacientes han reportado la sensación de estar solos, abandonados o sin ninguna ayuda ("Me sentí realmente asustado y abandonado", Johansson et al., 2012).

Finalmente, también se ha reportado un problema de experimentar un insomnio inexplicable y esto causó trastornos del sueño ("No había ninguna razón por la cual [la falta de sueño], ya sea la medicación o los alrededores o lo que fuera, simplemente no pude conseguirlo". Volví a dormir. Simplemente no pude ", Tembo et al., 2013).

### **Tema 3: Recibir un nivel adecuado de atención**

Se ha informado que la atención estándar, cuando se encuentra por debajo de lo esperado, causa trastornos del sueño: tanto la vida con dolor no tratado como la sensación de inseguridad se han reportado como una disminución de la calidad del sueño; por otro lado, se ha informado que recibir un estándar de atención adecuado aumenta la calidad del sueño porque el paciente se siente seguro.

Physical pain has been reported as disturbing sleep by patients interviewed by Wong and Arthur (2000) and by Zeilani and Seymour (2010) (e.g., ‘. . .I was full of pain(s); my legs hurt a lot, I was covered in plaster cast’, Zeilani and Seymour, 2010).

Además, se ha informado que la percepción de estar inmerso en una condición insegura cambia o perturba los patrones de sueño. Algunos pacientes informaron que se sentían en riesgo al quedarse dormidos porque nunca se despertaban (Van Rompaey et al., 2015), mientras que otros informaron que eran incapaces de dormir porque las personas se estaban muriendo y pensaban que también corrían el mismo riesgo de morir ( Tembo et al., 2013). Además, se han informado diferentes sonidos como una indicación de peligro (Johansson et al., 2012). Por el contrario, los pacientes que recibieron explicaciones del personal, ayudándoles a comprender mejor lo que sucedía a su alrededor, y cuando los pacientes percibieron que el personal estaba trabajando en equipo para brindar la mejor atención, informaron una mayor percepción de seguridad y, por lo tanto, una mayor probabilidad. de dormir: "Varias veces me explicaron los motivos de la alarma, así que ahora me siento segura y ni siquiera reacciono cuando escucho las alarmas. En cambio, cuando escucho que el equipo funciona bien, me siento seguro "(Johansson et al., 2012). Los mismos sentimientos también se han reportado en Ding et al. (2017) "Me sentí a gusto. Me sentí segura por la noche, y sentí que todos estaban cuidando mis necesidades lo mejor que podían. . . no mucha conmoción, solo una comunidad muy relajante ".

Además, los pacientes atendidos en espacios abiertos en lugar de habitaciones individuales, han informado que se sienten seguros porque se comunicaron fácilmente (por ejemplo, para pedir ayuda) con el equipo (Wong y Arthur, 2000).

## Discusión

### Características metodológicas de los estudios incluidos

A pesar de la aparición de FS (casi el 70% de los pacientes en UCI, Nelson et al., 2001) y sus consecuencias a corto y largo plazo (Pulak y Jensen, 2016; Pisani et al., 2015; Kamdar et al., 2012), solo se han realizado siete estudios hasta la fecha centrados en pacientes. Entre los estudios considerados, solo dos (Ding et al., 2017; Tembo et al., 2013) se han centrado en la SD. Involucrar a pacientes de la UCI en estudios basados en métodos cualitativos puede ser difícil debido, por ejemplo, a su nivel de conciencia y su fatiga, que pueden amenazar su participación. Debido a este problema, Ding et al. (2017) han incluido sustitutos cuando los pacientes no pudieron informar su experiencia, pero la precisión en su informe sobre la calidad del sueño debe evaluarse más a fondo. Sin embargo, de acuerdo con el valor de las medidas de experiencia informadas por los pacientes para informar sobre la calidad de la atención y promover su mejoría (Weldring y Smith, 2013), se recomienda encarecidamente aumentar la participación de los pacientes en estudios futuros.

Los estudios publicados hasta la fecha han sido bien diseñados, según lo evaluado por la herramienta CASP (CASP, 2018). Estos se han llevado a cabo en diferentes países, principalmente de naturaleza monocéntrica, por lo que involucran UCI individuales, y la mayoría se han publicado en los últimos cinco años. Sin embargo, una gran cantidad de estudios no informan el año de recopilación de datos, lo cual es importante en el contexto de la UCI debido a su rápida evolución debido a las mejoras tecnológicas, los sistemas de monitoreo y los cambios de diseño (Vincent, 2013), que pueden afectar la calidad de dormir. Además, los estudios variaron con respecto a los enfoques metodológicos utilizados: aunque todos se basaron en entrevistas abiertas o semiestructuradas, algunos se administraron más de una vez (2, Zeilani y Seymour, 2010), lo que garantiza la confiabilidad de los datos recopilados (Morse, 2015). Además, el tiempo transcurrido desde la experiencia en la UCI y la entrevista también fue diferente entre los estudios así como en el LOS, lo que podría haber afectado la calidad de las experiencias y su precisión en el retiro. Además, se incluyeron principalmente pacientes adultos, con una representación equilibrada de hombres y mujeres, y con diferentes condiciones clínicas, lo que sugiere que los hallazgos reflejan las causas de la FS a partir de la experiencia de los pacientes en la UCI general.

### Meta-resumen

En términos de intensidad, los estudios variaron en sus códigos, proporcionando así una influencia variable en la meta-síntesis final, con Johansson et al. (2012) proporcionando la más alta, y Zeilani y Seymour (2010) la más baja. Las similitudes entre el estudio de Johansson et al. (2012), que desarrolló el conocimiento sobre el significado de ser un paciente crítico en un entorno de UCI, y el proporcionado por Ding et al. (2017) y por Tembo et al. (2013) estrictamente enfocados en la noche y el sueño, se limitaron al código "experimentando miedo / preocupaciones". Este código, que puede categorizarse entre los factores predisponentes a nivel individual, según el marco de Matthews (2011), fue el más frecuente en todos los estudios, alcanzando > 70% de intensidad, lo que sugiere que pueden jugar algunos factores a nivel del paciente. Un gran papel en la determinación de SD. Los otros códigos más intensivos (> 50%)

fueron "Experimentar sonidos alarmantes o perturbadores" y "Estar perturbado por las actividades de enfermería", todos incluidos entre los factores precipitantes (Matthews, 2011) que pueden considerarse en gran medida modificables.

### **Meta-synthesis**

Los tres temas que surgieron están en línea con los descritos por Matthews (2011), quienes documentaron la relevancia de los factores individuales, ambientales y de tratamiento / medicación para afectar la calidad del sueño. Estos factores han surgido como una influencia directa en la calidad del sueño al interactuar entre sí, lo que sugiere que la SD es un fenómeno complejo, generado por diferentes causas, que requiere intervenciones de múltiples niveles dirigidas a aumentar la calidad del sueño.

Con respecto al primer tema, que también informó sobre la mayor intensidad de los códigos, a saber, "Experimentar interacciones complejas con el medio ambiente", esto refleja los factores precipitantes documentados por Matthews (2011) y parece ser modificable principalmente por enfermeras que pueden desempeñar un papel más importante. en la prevención de la ocurrencia de SD involucrando también a cuidadores familiares Las actividades de atención de enfermería durante la noche deben diseñarse de manera apropiada para garantizar que solo involucren aquellas requeridas para la condición clínica específica de cada paciente y limitando los movimientos y las conversaciones entre el personal. Sin embargo, equilibrar la necesidad del paciente de dormir y su necesidad de ser monitoreado con procedimientos invasivos (por ejemplo, muestras de sangre), así como la necesidad de que las enfermeras se hablen entre sí para tomar la mejor decisión, puede ser realmente un desafío. en algunas condiciones y una fuente de angustia moral (Mealer and Moss, 2016). Además, los sonidos de la UCI se han informado antitéticamente, siendo inaceptables para algunos pacientes y aceptables para otros, lo que sugiere que el impacto del sonido en la calidad del sueño debe evaluarse a nivel del paciente. Además, la desorientación del tiempo y el espacio debe detectarse temprano y abordarse (Patel et al., 2014).

El segundo tema, "vivir emociones y sentimientos intensos", parece, por otro lado, estar cerca de los factores perpetuos expresados por Matthews (2011), incluidas algunas estrategias de adaptación adaptadas por los pacientes para la compleja situación que enfrentan. Las enfermeras deben considerar las emociones negativas que los pacientes consideran las causas de la mala calidad del sueño en su cuidado diario al aumentar las estrategias destinadas a tranquilizarlos (p. Ej., Con respecto al miedo y las preocupaciones), al ayudarlos a expresar sus necesidades (p. Ej., La lectura de los labios). , Ten Hoorn et al., 2016), así como también para mantener vigilados a aquellos que sufren de insomnio al permanecer cerca de ellos. Las enfermeras deben ser apoyadas para apoyar emocionalmente a los pacientes, interrumpiendo los factores perpetuos que influyen en su calidad de sueño. Se recomienda enfáticamente las estrategias de educación continua, con el objetivo de aumentar la capacidad de las enfermeras para evaluar las necesidades emocionales, así como las estrategias de adaptación inadaptadas implementadas por los pacientes y mejorar las competencias en diversas técnicas de comunicación (Ten Hoorn et al., 2016). Además, también se sugiere involucrar a los miembros de la familia para brindar apoyo emocional y tranquilidad a los pacientes.

El tercer tema surgido, a saber, "Recibir un estándar de atención adecuado", no parece estar incluido entre los identificados por Matthews (2011), pero su mecanismo refleja tanto factores precipitantes (p. Ej., Dolor) como factores perpetuantes (p. Ej., Percibir estar en un situación insegura y de riesgo). Específicamente, la sensación de dolor como consecuencia de un tratamiento subóptimo se debe evitar absolutamente y esto requiere trabajo en equipo multiprofesional (Wong y Arthur, 2000), dado que las enfermeras no están a cargo de las prescripciones de analgésicos. De manera similar, la percepción de estar en riesgo o en un contexto o proceso de atención inseguro debe limitarse al proporcionar información continua y tranquilidad a los pacientes. Si se proporciona una explicación a los pacientes con respecto a las alarmas, son más capaces de tolerarlos (Johansson et al., 2012). En este contexto, también se debe considerar la sugerencia de que las UCI se diseñen como espacios abiertos donde los pacientes puedan tener fácil acceso al personal tal como surgió en Wong y Arthur (2000): una atención de enfermería adecuada respaldada por una proporción adecuada de enfermero a paciente también durante Las noches (Falk y Wallin, 2016), así como un entorno clínico adecuado donde se apoya continuamente el trabajo en equipo, pueden evitar fácilmente la percepción de que es difícil acceder al personal, incluso para los pacientes que se alojan en habitaciones individuales, donde pueden sentirse menos perturbados por el ambiente desafiante.

### **Limitaciones y fortalezas**

Hay varias limitaciones y fortalezas de este estudio. En primer lugar, dado que el concepto de FS se ha introducido recientemente en la literatura (Hamze et al., 2015), hemos utilizado una gama más amplia de palabras clave. Por un lado, este enfoque más amplio ha calidad del sueño y la FS en línea con el propósito de esta meta-síntesis; de hecho asegurado la inclusión de todos los estudios que documentan la experiencia de solo dos estudios (Ding et al., 2017; Tembo et al., 2013) se centraron exclusivamente en la noche y la FS. Nuestra atención se centró en la FS y sus determinantes, no en las experiencias psicológicas de los pacientes en la UCI. Por otro lado, con la mayor claridad del concepto de FS, las meta-síntesis adicionales deben identificar un criterio de inclusión más selectivo, centrándose así solo en los problemas de trastornos de sueño en la UCI según lo percibido por los pacientes.

En segundo lugar, no se realizaron búsquedas en la literatura gris o en las actas de congresos mediante búsquedas manuales dado que solo hemos utilizado bases de datos electrónicas. Por lo tanto, los estudios pertinentes se pueden haber perdido.

En tercer lugar, los estudios incluidos se realizaron en diferentes países (por ejemplo, Jordania, Bélgica) y algunos de estos se realizaron en el idioma del país, que es diferente del inglés. Por lo tanto, la primera traducción realizada (del idioma nativo de los pacientes entrevistados al inglés, con fines de publicación) y la segunda traducción, donde todos los estudios fueron leídos y releídos por los autores (no nativos del inglés), pudieron haber afectado los hallazgos. Además, los estudios se realizaron en diferentes contextos culturales y, aunque esto podría haber enriquecido los hallazgos, no tener en cuenta las influencias culturales también podría haberlos amenazado. Sin embargo, con el objetivo de aumentar la validez en el proceso de extracción y resumen de los datos, los investigadores realizaron un diálogo reflexivo que evalúa la congruencia, la legitimidad y la relevancia (Ludvigsen et al., 2015).

Por último, nuestro objetivo fue identificar la experiencia de los pacientes con respecto a la SD o los antecedentes de mala calidad del sueño; por lo tanto, no surgieron factores clínicos que amenazan la calidad del sueño (por ejemplo, medicamentos, Matthews, 2011), como no lo informaron los pacientes. Además, un estudio (Van Rompaey et al., 2015) se centró en pacientes con episodios de delirio en la UCI y, a partir de la narrativa, no fue posible comprender si sus descripciones de la experiencia nocturna estaban influenciadas por el delirio o no.

## **Conclusiones**

A pesar de la mayor relevancia de la SD y de la mala calidad del sueño, su aparición y sus consecuencias, hasta la fecha se han realizado pocos estudios destinados a identificar los factores involucrados en estos fenómenos según la experiencia de los pacientes. Los pacientes se sienten amenazados mientras duermen, principalmente debido a (a) las complejas interacciones con el entorno; (b) sus emociones intensas y sentimientos; y (c) el nivel de atención que reciben. Surgieron factores que influyen en la calidad del sueño, directa o indirectamente, al interactuar unos con otros; por lo tanto, las intervenciones diseñadas para aumentar la calidad del sueño deben ser multinivel, enfocadas en diferentes factores involucrados en la SD.

Se recomienda encarecidamente continuar estudiando las causas de la SD involucrando a más pacientes en múltiples UCI, con diferentes condiciones y edades clínicas; además, también se recomienda encarecidamente el diseño de estudios de métodos mixtos para identificar la experiencia del paciente recopilada con variables cuantitativas con respecto a su condición clínica / tratamiento. Además, con el objetivo de aumentar la validez de los hallazgos con una perspectiva de tiempo más amplia, la recopilación de datos durante la estadía en la UCI, justo después del alta y a largo plazo, podría ofrecer una comprensión profunda del fenómeno desde sus orígenes hasta sus consecuencias.

## **Conflicto de intereses**

Ningún conflicto de intereses ha sido declarado por los autores.

## **Declaración de financiación**

Esta investigación no recibió ninguna subvención específica de ninguna financiación.

Agencia en los sectores público, comercial o sin fines de lucro.

## **Aprobación ética**

No aplica.

**Correspondencia:** Udine University, Viale Ungheria 20, 33100 Udine, Italy.

**Correo electrónico:** [alvisa.palese@uniud.it](mailto:alvisa.palese@uniud.it) (A. Palese).