

**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



**REVISIÓN CRÍTICA: INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA QUE
FAVORECEN LA NECESIDAD DE DESCANSO-SUEÑO EN PACIENTES
INGRESADOS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**

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

AUTOR

EDWIN OMAR DIAZ AGAPITO

ASESORA

Mtro: AURORA VIOLETA ZAPATA RUEDA

Chiclayo 2019

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vi
INTRODUCCIÓN.....	7
CAPÍTULO I: MARCO METODOLÓGICO.....	10
1.1. Tipo de investigación.....	10
1.2. Metodología EBE.....	10
1.3. Formulación de la Pregunta según esquema P S.....	13
1.4. Viabilidad y pertinencia de la pregunta.....	13
1.5. Metodología de Búsqueda de Información.....	14
1.6. Síntesis de la Evidencia encontrada a través de la Guía de Validez y utilidad aparentes de Gálvez A.....	19
1.7. Listas de chequeo específicas a emplear para los trabajos seleccionados.....	20
CAPÍTULO II: DESARROLLO DEL COMENTARIO CRÍTICO.....	21
2.1. Artículo para Revisión.....	21
2.2. Comentario Crítico.....	24
2.3. Importancia de los resultados.....	30
2.4. Nivel de evidencia.....	31
2.5. Respuesta a la pregunta.....	31
2.6. Recomendaciones.....	31
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....,	33
ANEXOS.....	37

DEDICATORIA

A mis padres, por enseñarme a ser perseverante y poder alcanzar mis objetivos trazados.

A todas las docentes de la especialidad de cuidados intensivos adulto, por compartir sus conocimientos y experiencias.

Edwin Omar

AGRADECIMIENTO

A Dios, por ser fuerza y luz que me guían, por darme todas las bendiciones.

A los respetables miembros del jurado, por sus grandes aportes en la culminación de esta investigación.

Un profundo agradecimiento a mi asesora: Mtra. Aurora Zapata, por su inmensa ayuda en la realización de esta investigación.

Edwin Omar

RESUMEN

Los pacientes ingresados en cuidados intensivos tienen alterada la necesidad de descanso-sueño; satisfacción que se convierte en aspecto fundamental en el paciente hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo (UCI), existiendo evidencias sobre las complicaciones derivadas de la privación del sueño, lo que incrementa la estancia hospitalaria, la aparición de delirium y el retraso en la reincorporación del paciente a la vida social, laboral y emocional. La metodología fue la Enfermería basada en la evidencia (EBE); elaborándose el esquema PS para luego plantearse la pregunta clínica a investigar: ¿Qué intervenciones de enfermería favorecen la necesidad de descanso-sueño en pacientes ingresados en unidad de cuidados intensivos? Se realizó la búsqueda de evidencias en base de datos: Pubmed, Medline, Scielo, google académico Science Direct, Scielo, PubMed, encontrándose 50 artículos, de los cuales se escogieron 10 considerando criterios de inclusión el año, idioma, estar completos y fáciles de entender y los de exclusión: antigüedad, por ser resúmenes incompletos entre otros, sometiéndose a la lista de Gálvez A., finalmente se seleccionó un artículo, que se analizó con la guía de lectura crítica CASPe, por tratarse de un Revisión Sistemática. Los resultados refieren que todos los adultos en unidades de cuidados intensivos (UCI) a menudo sufren de una falta o frecuentes interrupciones del sueño y las intervenciones no farmacológicas pueden mejorar la duración y calidad del sueño disminuyendo su riesgo o de alterarse, delirio, trastorno de estrés posttraumático (TEPT), y la duración de la estancia en la UCI.

Palabras Clave: Enfermería, descanso-sueño cuidados intensivos.

ABSTRACT

Patients admitted to intensive care have altered the need for rest-sleep; satisfaction that becomes a fundamental aspect in the patient hospitalized in the intensive care unit (ICU), there is evidence about the complications derived from sleep deprivation, which increases hospital stay, the appearance of delirium and the delay in reinstatement from the patient to social, work and emotional life. The methodology was evidence-based Nursing (EBE); elaborating the PS scheme to then ask the clinical question to investigate: What nursing interventions favor the need for rest-sleep in patients admitted to the intensive care unit? The search for evidence was carried out in a database: Pubmed, Medline, Scielo, google academic Science Direct, Scielo, PubMed, with 50 articles, of which 10 were chosen considering inclusion criteria for the year, language, being complete and easy to read. understand and exclusion: seniority, being incomplete summaries among others, submitting to the list of Galvez A., finally an article was selected, which was analyzed with the CASPe critical reading guide, because it is a Systematic Review. The results indicate that all adults in intensive care units (ICU) often suffer from a lack or frequent interruptions of sleep and non-pharmacological interventions can improve the duration and quality of sleep by decreasing their risk or altering, delirium, disorder of posttraumatic stress (PTSD), and the length of stay in the ICU.

Keywords: Nursing, rest-sleep intensive care.

INTRODUCCIÓN

El descanso y el sueño son aspectos fundamentales para mantener la salud. El gasto de energía que consumimos durante el día, se repone en parte durante el sueño y esto permite un funcionamiento óptimo del organismo¹. Los pacientes de cualquier hospital, por su propia patología, tienen desajustes en este tipo de necesidad. Mucho más si hablamos de las unidades de cuidados intensivos, donde el trabajo es constante, donde minuto a minuto se han de realizar técnicas, toma de constantes, administración de fármacos, sin olvidarnos de la gran tecnología que caracteriza a este tipo de unidades y todo el ruido que de ellas derivan, donde los pacientes lo conciben como una zona de peligro, un lugar inhóspito, de agresión, donde el peligro es inminente segundo a segundo.

Igualmente, se puede considerar que la necesidad del sueño constituye un problema importante en los pacientes ingresados en las unidades de críticos. En estas unidades, se sabe que la conciliación y el mantenimiento del sueño son difíciles. Por ello, el personal de enfermería ha de conocer cuáles son los principales factores que alteran esta necesidad, para poder actuar sobre ellos en la medida de lo posible y favorecer el adecuado bienestar de los pacientes, y así contribuir con ello a una disminución de la morbimortalidad asociada a la intervención quirúrgica².

Frente a estos fundamentos teóricos es necesario mencionar que diversos estudios señalan que el sueño de los pacientes en las unidades de cuidados intensivos se caracteriza por ser ligero, con dificultades para conciliarlo y con despertares frecuentes³, por tanto, no se considera que este sea reparador, sin embargo, Torres⁴, señala que en la privación del sueño de un paciente hospitalizado existen factores ambientales como la iluminación, las alarmas de los distintos equipos biomédicos, las actividades del personal asistencial y los distintos procedimientos practicados; y factores personales como la pérdida de control sobre su propia persona, la desvinculación familiar, el miedo y la ansiedad.

Es necesario mencionar que muchas veces parece adecuado que el tratamiento de estos pacientes sea multidisciplinario, atendiendo tanto las necesidades físicas relacionadas con la enfermedad, como las psicológicas, porque a su vez existen varios tipos de alteraciones

ambientales, como restricciones de movimiento, posturas inadecuadas que no permiten al paciente conciliar el sueño, el ruido, las alarmas, los equipos de aspiración y los teléfonos como factores que contribuyen al malestar de los pacientes⁵.

En la experiencia del investigador ha podido observar que en la UCI de las sedes de práctica, muchas veces las enfermeras especialistas que laboran olvidan que el paciente neurológicamente ha mejorado y que necesitan de este descanso y sueño dejando las alarmas prendidas, o a todo volumen, igualmente, las alarmas de los celulares o no se considera el tono de voz para las conversaciones en la unidad, permiten al personal que realiza la limpieza sacuda o jale las camas produciendo chillido aterrador y fastidioso o simplemente el mismo personal por extremar la limpieza mueve bruscamente las camas o porte un celular que produce música en volúmenes irregulares interrumpiendo el descanso y sueño de estos pacientes.

Cabe mencionar, que en situaciones más específicas, el médico coloca el tambor del estetoscopio para auscultar a algún paciente, sin antes procurar a través de fricción calentarlo para evitar sensaciones incómodas en el paciente o despertarlo repentinamente, pues podría estar dormido, esto puede ocasionar ya no poder conciliar sueño, predisponiéndole a tener irritabilidad, necesitando recurrir a terapia farmacológica para ayudarlo al descanso. Se observa también que las enfermeras muchas veces no orientan al familiar cuando entra a visitar a su familiar para que module el tono de voz o hasta el mismo personal de enfermería produce conversaciones, risas o lamentos entre ellas mismas o con el personal que ahí labora, sin tomar en cuenta que esto puede ser un factor distractor para que el paciente logre conciliar el descanso.

Por lo tanto, se puede concluir que la calidad del sueño en los enfermos críticos es un problema grave que requiere un abordaje multidisciplinario por estar inmerso en los cuidados que la enfermera brinda teniéndose que considerar que: La Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA) incluye en su lista de diagnósticos la «Alteración del Patrón del Sueño», por tanto, la enfermera de cuidados intensivos debe tener la capacidad de identificar adecuadamente el problema y poner en marcha las medidas necesarias para su resolución, tomando en consideración las necesidades de cada paciente⁶.

El objetivo de la presente investigación fue: Identificar las intervenciones de enfermería que favorecen la necesidad de descanso-sueño en pacientes ingresados en unidad de cuidados intensivos, siendo importante esta revisión crítica para justificarla, porque en todas las unidades de Cuidado Intensivos, se genera la necesidad de cuidar al paciente satisfaciendo todas sus necesidades alteradas, siendo una de ellas la necesidad según la NANDA la «Alteración del Patrón del Sueño»; sin embargo existen efectos contraproducentes porque el personal de enfermería necesita de un espacio de información con respecto al comportamiento que guarda la necesidad del sueño en un paciente, que además se encuentra en un área crítica y probablemente expuesto a una o varias patologías. Por lo que se hace necesario que se aporte información actualizada sobre la privación de sueño en pacientes de la UCI, a fin de diseñar una propuesta de intervención que prevenga la repercusión de estos factores externos y manipulables que podrían afectar el bienestar y recuperación del paciente se decide iniciar el presente estudio.

También se justificó por la falta de estudios realizados y publicados por enfermeros que nos brinde información sobre las variaciones en el patrón del sueño que sufre el paciente crítico producto del estímulo generado por el entorno particular de las unidades de cuidados intensivos ni de la labor de este para protegerlo de dichos factores, cuya relevancia es no solo publicarlo en el área de UCI donde se realizó este trabajo sino que, se dio a conocer cómo se mejorará esta necesidad de descanso-sueño encontrando soluciones para la disminución el costo beneficio del paciente, familia e institución.

CAPÍTULO I: MARCO METODOLÓGICO

1.1. Tipo de Investigación

Es una investigación secundaria, se denomina así, porque se vale de las investigaciones primarias para su desarrollo, las cuales contribuyen a la Práctica Basada en la Evidencia mediante el uso de métodos explícitos que permiten identificar, seleccionar, valorar, resumir de forma crítica, volúmenes de información y agilizar el proceso de toma de decisiones⁷.

1.2. Metodología

La metodología que se utilizó en la presente investigación es Enfermería Basada en la Evidencia (EBE), se puede definir como la aplicación consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia científica disponible relativa al conocimiento enfermero para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes, teniendo en cuenta sus preferencias y valores e incorporando la pericia profesional en esta toma de decisiones^{8,9}.

El presente método consta de cinco fases que a continuación se explica:

El primer paso es la formulación de la pregunta clínica: se realizó en base a la metodología PS; pregunta estructurada fundamental para poder buscar respuesta. Existen entidades científicas con gran repercusión nacional e internacional, que destacan sus acciones de promoción de la investigación sobre cuidados de salud en el contexto europeo e iberoamericano que refieren que la estructura de la pregunta describe el diseño estructurado para formular preguntas clínicas que, si bien está fundamentada en las propuestas y adaptaciones de algunos autores, ellos, incorporan una lógica levemente modificada, pues integran al contexto, las evidencias internas, la experiencia del clínico y del paciente cuando es el caso y el análisis estructurado del problema tomando como referencia un entorno clínico específico¹⁰.

Cabe mencionar que la formulación de la pregunta esta investigación partió de la problemática de salud al conocer la necesidad de descanso-sueño en pacientes ingresados en unidad de cuidados intensivos, así como las actividades que los profesionales de enfermería deben de realizar para la resolución de las mismas. Muchas veces al interrogar a la enfermera (o) que ahí labora, hacen referencia al complejo y delicado momento de superar la necesidad de

descanso-sueño en estos pacientes durante su estancia en esta unidad apareciendo en ellos sentimientos de miedo, infelicidad, incertidumbre, etc. Los cuidados que los profesionales de enfermería brindan a los pacientes con la alteración de la necesidad de descanso –sueño, deben ir encaminados a minimizarlos con técnicas, procedimientos que están en relación con estresores ambientales. Al respecto el investigador primero plantea su esquema PS, y luego formulan la siguiente pregunta clínica: ¿Cuál será la intervención de enfermería para mejorar la necesidad de descanso-sueño en pacientes ingresados en unidad de cuidados intensivos? (Ver cuadro en anexo N°1)

El paso número dos, se describe la búsqueda de artículos; este se ejecutó mediante una revisión exhaustiva, sistemática, utilizando ecuaciones de búsqueda con palabras claves como: Enfermería, descanso-sueño cuidados intensivos. Todos estos documentos secundarios, contienen datos e información de documentos primarios apareciendo como resúmenes, siendo los datos bibliográficos la fuente de información secundaria¹¹.

Esta fuente de datos primarios sirvió al investigador para revisar en todos ellos la necesidad de descanso-sueño en pacientes ingresados en unidad de cuidados intensivos y los cuidados que la enfermera brinda para disminuirlos o conocer los factores ambientales que alteran el patrón del reposo y sueño. Se realizó la búsqueda en bases de datos como: Pubmed, Medline, Scielo, google académico Science Direct, Scielo, PubMed, y otros; recopilándose 50 artículos científicos los cuales fueron seleccionados por tiempo de antigüedad, algunos incompletos, idiomas, y otros por ser solo referencias, de todos ellos se seleccionaron solo 10 artículos que fueron validados por el check list de Gálvez A., seleccionándose solo 01 que servirá para el análisis crítico.

Como tercer paso es la evaluación de la calidad de la Investigación. En este paso se realizó la validez y utilidad de los hallazgos, es decir a los 10 artículos se aplicó la lista de chequeo de Gálvez, para tener la certeza de su utilidad para la investigación propuesta. Cabe mencionar que se analizaron solo 10 artículos de los 50, encontrados, como se muestran en los cuadros posteriores. En esta evaluación es entender que ya se formula una pregunta clínica relevante, como ¿Cuál será la intervención de enfermería para mejorar la necesidad de descanso-sueño en pacientes ingresados en unidad de cuidados intensivos? encontrando evidencias con

recursos documentales y a la vez, tomando decisiones importantes hacia una información científica con tablas estructuradas¹².

El investigador al seleccionar 10 artículos relacionados con la lista aparente mencionada eligió solo uno que le ayudó a resolver su pregunta clínica planteada mencionada anteriormente. A este artículo se aplicó la guía de lectura crítica de artículos de salud CASPe.

En la implementación o aplicación de resultados como cuarto paso después que se analizaron los resultados y los que se consideraron válidos, se realizó la planificación para la implementación de los cambios. Así por ejemplo las Guías de Práctica Clínica (GPC) son una de las herramientas más destacadas para facilitar el proceso de implementación, ya que constituyen un puente de unión vital entre la práctica y la teoría y debe ser evaluado en relación con el contexto en el que se proporciona el cuidado y a la vez la intervención en el que influyen factores individuales y organizativos¹³, en la lectura crítica el clínico tuvo la capacidad y el criterio para valorar de forma rápida la “validez aparente” por ser evidencia nueva que se le propone a la práctica procediendo de una investigación clínica relevante. En esta etapa el investigador logró ejecutar su propuesta, sus metas y evaluación de acuerdo a sus indicadores de cambio sobre la intervención de enfermería para mejorar la necesidad de descanso-sueño en pacientes ingresados en unidad de cuidados intensivos, sin embargo, esta investigación solo ejecutó los tres primeros pasos por ser claves en la búsqueda de mejoras para el paciente, enfermera e institución.

Finalmente, **el paso cinco**, es la evaluación del proceso de la EBE que consistió en evaluar las consecuencias de la aplicación de la intervención elegida. Para la práctica de enfermería es importante determina la retroalimentación entre investigación y clínica. Evaluar la repercusión de los cambios introducidos en la práctica, identificar si éstos han sido o no efectivos. La situación ideal es que la evaluación se llevó a cabo analizando resultados sensibles a las intervenciones de enfermería, con la finalidad de estimar los beneficios, daños y costes de las intervenciones¹⁴.

Cabe mencionar que el investigador no ejecutó los pasos cuatro y cinco, porque solo busca evidencias científicas sobre la intervención de enfermería para mejorar la necesidad de descanso-sueño en pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos, con el objetivo de difundirla en la institución donde labora.

1.3. Formulación de la Pregunta según esquema P S

Oxford-Centre of Evidence Based Medicine.		
Cuadro N° 02: Formulación de la Pregunta y Viabilidad		
P	Población	Pacientes ingresados a la unidad de cuidados intensivos que presentan alteración de la necesidad del patrón descanso y sueño
S	Situación	Personal de enfermería que labora en la unidad de cuidados intensivos adultos quien juega un rol fundamental en la mejora del paciente, y en mejorar las necesidades alteradas, siendo una de ellas de acuerdo a la NANDA la alteración del patrón del reposo y sueño, sin embargo con el fin de dar cuidados esenciales, se olvida y/o no observa detenidamente que el paciente después de haber salido de su cuadro grave por el que fue ingresado a esta unidad necesita reposar y dormir sin interrupciones existiendo factores ambientales que la enfermera puede lograr disminuirlos en bien del paciente crítico.
Di Censo, Guyatt y Ciliska, desarrollado 2005.		

¿Qué intervenciones de enfermería favorecen la necesidad de descanso-sueño en pacientes ingresados en unidad de cuidados intensivos?

1.4. Viabilidad y pertinencia de la pregunta

Esta pregunta tiene viabilidad y pertinencia porque el sueño se convierte en un aspecto fundamental que se debe valorar en el paciente hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo (UCI), puesto que existe evidencia sobre las complicaciones derivadas de la privación del sueño, lo que impacta en el incremento de la estancia hospitalaria, la aparición de delirium y el retraso en la reincorporación del paciente a la vida social, laboral y emocional. Es pertinente porque la enfermera (o), debe favorecer el descanso y sueño en estos pacientes a pesar de los diversos factores que puedan confluír para impedirlo existen evidencias para resolver la interrogante como se describen en los cuadros posteriores.

1.5. Metodología de Búsqueda de Información

La búsqueda de información se hizo con la revisión de bases de datos, Biblioteca Virtual de Salud, disponible en la red, google académico, Cochrane, Epistemonikos Lilacs Science Direct, Scielo, PubMed, entre otros, el período de búsqueda aproximadamente fue de 01 mes, teniendo como palabras clave:

Cuadro N°03: Paso 1: Elección de las palabras claves			
Palabra Clave	Inglés	Portugués	Sinónimo
Enfermera	Nursing	Enfermagem	Cuidadora
Descanso	Break	Descanso	Rellano, descansillo reposo, respiro, tregua, pausa, parada, sosiego, ocio, cesación, quietud.
Sueño.	Dream.	Sonho	Modorra, somnolencia, siesta, cabezada, coma, narcosis.
Cuidados intensivos	Intensive care	Cuidados intensivos	Cuidados ejemplares recetar los cuidados.

Cuadro N° 04: Paso 2: Registro escrito de la búsqueda				
Base de datos consultada	Fecha de la búsqueda	Estrategia para la búsqueda o Ecuación de búsqueda	N° de artículos encontrados	N° de artículos seleccionados
Pubmed	14/11/2014	El[All Fields] AND sueno[All Fields] AND ("enzymology"[Subheading] OR "enzymology"[All Fields] OR "en"[All Fields]) AND el[All Fields] AND paciente[All Fields] AND hospitalizado[All Fields] AND("enzymology"[Subheading] OR "enzymology"[All Fields] OR "en"[All Fields]) AND una[All Fields] AND unidad[All Fields] AND ("drugeffects"[Subheading	6	2

] OR ("drug"[All Fields] AND "effects"[All Fields]) OR "drug effects"[All Fields] OR "de"[All Fields]) AND cuidado[All Fields]		
	06/10/2014	EI[All Fields] AND sueno[All Fields] AND ("enzymology"[Subheading] OR "enzymology"[All Fields] OR "en"[All Fields]) AND el[All Fields] AND paciente[All Fields] AND hospitalizado[All Fields] AND("enzymology"[Subheading] OR "enzymology"[All Fields] OR "en"[All Fields]) AND una[All Fields] AND unidad[All Fields] AND ("drugeffects"[Subheading] OR ("drug"[All Fields] AND "effects"[All Fields]) OR "drug effects"[All Fields] OR "de"[All Fields]) AND cuidado[All Fields] AND intensivo[All Fields]	3	1
Google académico	27/1/2015	-Necesidad de descanso-sueño -Pacientes -Ingresados en cuidados críticos	25	3
Cochrane,	20/12/2015	Patients' perceptions of sleep in a Critical Care Unit-Quality of sleep in patients undergoing cardiac surgery during the postoperative period in intensive care	14	2
Lilacs Direct Sáciense	1/5/2015	Descanso, sueño, paciente, cuidados enfermería cuidados intensivos.	2	2
TOTAL			50	10

Cuadro N° 05: Ficha para recolección Bibliográfica					
Autor (es)	Título Artículo	Revista (Volumen, año, número)	Link	Idioma	Método
1. Hu RF, Jiang XY, Chen J, Zeng Z, Chen XY, Li Y, Huining X, Evans DJW, Wang S.	Intervenciones farmacológicas para la promoción del sueño en la unidad de cuidados intensivos.	Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Número 10. Art. No: CD008808.	https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD008808.pub2/full/es	Inglés	Revisión Sistemática
2. Tania Tineo Drovea, Almudena Montero Pérez, María José Trujillo González, Pamela Rodríguez Latorrea, Mercedes Gómez Puyelob, Henar Valdivieso López y Marián Santos Ampuero	¿Por qué se altera la necesidad de descanso-sueño en los pacientes ingresados en cuidados críticos?	Rev Cient Soc Esp Enferm Neurol. 2011;34(2):39-45	https://www.elsevier.es/es-revista-revista-cientifica-sociedad-espanola-enfermeria-319-articulo-por-que-se-altera-necesidad-X201352461136212X	Español	Estudio observacional descriptivo, prospectivo y transversal
3. Achury Saldaña, Diana Marcela; Rodríguez Colmenares, Sandra Mónica; Achury Beltrán, Luisa Fernanda	El sueño en el paciente hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo	Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo, vol. 16, núm. 1, enero-junio, 2014, pp. 49-59	https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/6857	Español	Estudio observacional descriptivo

		Pontificia Universidad Javeriana Bogotá, Colombia.			
4. Alves, Ana Isabel Gomes1 ; Rabiais, Isabel Cristina Mascarenhas2 & Nascimento, Maria Merita Alves3	Promoción de intervencione s de sueño y comodidad en pacientes de cuidados intensivos unidos	Revista Internacion al de Enfermería December 2015, Vol. 2, No. 2, pp. 94- 103	http://ijnnet.com/journals/ijn/Vol_2_No_2_December_2015/11.pdf	Inglés	Revisión Sistemática
5. Francisca Guillén Pérez*, Marta Bernal Barquero, Silvia García Díaz, María Josefa García Díaz, Carmen Rosario Illán Noguera, María del Camino Álvarez Martínez, Manuel Martínez Rabadán, Luisa María Pina Díaz.	Calidad del sueño de los pacientes ingresados en UCI: relación con estresores ambientales	Artículo de Revisión Enfermería Docente 2013; 100: 34-39	http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/huvvsites/default/files/revistas/ED-100-09.pdf	Español	Búsqueda bibliográfica.
6. Laura Nesbitta, Debbie Goodeb.	Nurses perceptions of sleep in the intensive care unit environment: A literature review	Available online at www.sciencedirect.com ScienceDirect journal homepage: www.elsevier.com/icc	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24486160	Inglés	The online databases Cochrane, CINAHL and Science Direct were searched for English language articles, published between

7. Luis Basco PradoI; Silvia Fariñas RodríguezII; Miguel Ángel Hidalgo BlancoIII	Características del sueño de los pacientes en una unidad de cuidados intensivos	Revista Cubana de Enfermería .2010; 26(2)44-51	http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-0319201000200006	Español Inglés	Rev Cubana Enfermer v.26 n.2 Ciudad de la Habana abr.-jun. 2010
8. *González Gómez, Ana **Montalvo Prieto, Amparo ***Herrera Lian, Arleth	Comodidad de los pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo e intermedio	Enfermería Global http://dx.doi.org/10.6018/enfermeria.global.16.1.260101	http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n45/1695-6141-eg-16-45-00266.pdf	Español	Estudio analítico transversal.
9. Alexandra Pazos Domínguez. Tutora: Rosa Pita Vizoso	Trastorno del patrón de sueño en unidades de cuidados críticos: definición operacional de los indicadores de “sueño” (NOC)	Escola Universitaria De Enfermaría A Coruña Universidade Da Coruña	https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/15282/PazosDomínguez_Alexandra_TFG_2015.pdf?sequence=2&isAllowed=y	Portugués.	Plan de cuidados las Taxonomías “Trastorno del patrón de sueño”, el resultado NOC “sueño” y las intervenciones
10. Bihari S ¹ , Doug McEvoy R, Matheson E, Kim S, Woodman RJ, Bersten AD.	Factors affecting sleep quality of patients in intensive care unit.	Indexed for MEDLINE	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2701388	Inglés	Estudio transversal con utilización de cuestionario.

1.6.- Síntesis de la Evidencia encontrada a través de la Guía de Validez y utilidad aparentes de Gálvez A:

Título del Artículo	Tipo de Investigación- Metodología	Resultado	Decisión
1. Intervenciones no farmacológicas para la promoción del sueño en la unidad de cuidados intensivos.	Revisión Sistemática	Pasan las 5 preguntas	Se puede emplear
2.¿Por qué se altera la necesidad de descanso-sueño en los pacientes ingresados en cuidados críticos?	Estudio observacional descriptivo, prospectivo y transversal	Pasan solo 4 preguntas	No se puede emplear.
3. El sueño en el paciente hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo	Estudio observacional descriptivo	Pasan solo 4 preguntas	No se puede emplear.
4. Promoción de intervenciones de sueño y comodidad en pacientes de cuidados intensivos unidos	Revisión Sistemática	Pasan solo 4 preguntas	No se puede emplear.
5. Calidad del sueño de los pacientes ingresados en UCI: relación con estresores ambientales	Búsqueda bibliográfica.	Pasan solo 4 preguntas	No se puede emplear.
6.Nurses perceptions of sleep in the intensive care unit environment: A literature review	The online databases Cochrane, CINAHL and Science Direct were searched for English language articles, published between	Pasan solo 3 preguntas	No se puede emplear.
7.Características del sueño de los pacientes en una unidad de cuidados intensivos	Rev Cubana Enfermer v.26 n.2 Ciudad de la Habana abr.- jun. 2010	Pasan solo 4 preguntas	No se puede emplear.

8. Comodidad de los pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo e intermedio	Estudio analítico transversal.	Pasan solo 2 preguntas	No se puede emplear.
9. Trastorno del patrón de sueño en unidades de cuidados críticos: definición operacional de los indicadores de “sueño” (NOC)	Plan de cuidados utilizando las Taxonomías NANDA -I, NIC y NOC. El diagnóstico de enfermería elegido fue “Trastorno del patrón de sueño”, el resultado NOC “sueño” y las intervenciones	Pasan solo 4 preguntas	No se puede emplear.
10. Factors affecting sleep quality of patients in intensive care unit.	Estudio transversal con utilización de cuestionario.	Pasan solo 3 preguntas	No se puede emplear.

1.7.- Listas de chequeo específicas a emplear para los trabajos seleccionados:

Título del Artículo	Tipo de Investigación- Metodología	Lista a emplear
1. Intervenciones no farmacológicas para la promoción del sueño en la unidad de cuidados intensivos. Non-pharmacological interventions for sleep promotion in the intensive care unit (Review)	Revisión Sistemática	CASPE

CAPÍTULO II: DESARROLLO DEL COMENTARIO CRÍTICO

2.1. El Artículo para Revisión

Intervenciones no farmacológicas para la promoción del sueño en la unidad de cuidados intensivos¹⁵.

a. Título de la Investigación secundaria que desarrollará

Intervenciones de enfermería que favorecen la necesidad de descanso-sueño en pacientes ingresados en unidad de cuidados intensivos.

b. Revisor(es)

Lic. Enf. Edwin Omar Díaz Agapito

c. **Institución:** Universidad católica Santo Toribio de Mogrovejo. Escuela de Enfermería-Chiclayo- Perú.

d. Dirección para correspondencia

Calle. José Carlos Mariátegui # 26- Distrito Pomalca.

maranatha173@hotmail.com

e. Referencia completa del artículo seleccionado para revisión

Hu RF, Jiang XY, Chen J, Zeng Z, Chen XY, Li Y, Huining X, Evans DJW, Wang S.

f. Resumen del artículo original

Este artículo está escrito en inglés, su finalidad es reconocer que los adultos en unidades de cuidados intensivos (UCI) a menudo sufren de una falta de sueño o sueño frecuentes interrupciones. Intervenciones no farmacológicas pueden mejorar la duración y calidad del sueño y disminuir el riesgo de alteración del sueño, delirio, el trastorno de estrés postraumático (TEPT), y la duración de la estancia en la UCI. Sin embargo, no hay evidencia clara de la eficacia y los riesgos de diferentes intervenciones no farmacológicas para la promoción del sueño en adultos ingresados en UCI, la justificación al realizar esta investigación fue porque existen evidencia

sobre las intervenciones no farmacológicas (tratamientos no farmacológicos es decir) para mejorar el sueño en los adultos críticamente enfermos, considerando el sueño esencial para que los adultos en la unidad de cuidados intensivos (UCI) para recuperarse de sus enfermedades. Sin embargo, los adultos en la UCI a menudo sufren de sueño con frecuencia perturbado o la falta de este.

Presentan tres objetivos principales: 1) Para evaluar la eficacia de las intervenciones no farmacológicas para la promoción del sueño en adultos en estado crítico en la UCI.

2) Para establecer si las intervenciones no farmacológicas son seguros y clínicamente eficaces en la mejora de la calidad del sueño y reducir la duración de la estancia en la UCI en adultos críticamente enfermos.

3) Para establecer si las intervenciones no farmacológicas son rentables.

El diseño es una Revisión Sistemática donde incluyeron ensayos controlados aleatorios (ECA) y ensayos controlados cuasi aleatorios que evaluaron los efectos de las intervenciones no farmacológicas. Para la promoción del sueño en unidades de cuidados críticos (CCU) o cuidados intensivos unidades (UCI) para participantes adultos críticamente enfermos (de 18 años de edad y más viejo). También incluyeron todos los estudios, publicados o no publicados, en cualquier idioma. Esta revisión sistemática fue hecha por los colaboradores de Cochrane y organizaciones relacionadas como Cochrane y el Grupo de Emergencias de Cuidados Críticos, incluido el Servicio Nacional de salud (NHS) del Reino Unido, siendo los sujetos de investigación adultos en estado crítico en la UCI.

Como Intervención/Factor de riesgo fue que la calidad de la evidencia existente en relación con el uso de intervenciones no farmacológicas para promover el sueño en los adultos en la UCI era baja o muy baja. Se encontraron algunas pruebas de que el uso de tapones para los oídos o máscaras de ojo o ambos pueden tener efectos beneficiosos sobre el sueño y la incidencia de delirio en esta población, aunque la calidad de las pruebas fue baja. Se necesita más investigación de alta calidad para fortalecer la base de pruebas. Para la recogida de datos y análisis mencionan que dos autores de forma independiente los resultados de búsqueda y evaluaron el riesgo de sesgo en los ensayos seleccionados. Un autor extrajo los datos y un segundo verificó los datos estén correctos y completos. Siempre que sea posible, los resultados se combinaron en metanálisis

mediante las diferencias de medias y las diferencias de medias estandarizadas para los resultados continuos y cocientes de riesgos para los resultados dicotómicos. Utilizamos las puntuaciones después de las pruebas en esta revisión.

Dentro de sus principales medidas de resultados incluyeron 30 ensayos, con un total de 1569 participantes, en esta revisión. Se incluyeron ensayos de modo de ventilador o tipo, tapones para los oídos o máscaras de ojo o ambos, masaje, las intervenciones de relajación, baños de pies, intervenciones musicales, intervenciones de enfermería, acu presión valeriana, aromaterapia, y el enmascaramiento de sonido. Los resultados incluyeron los resultados del sueño objetivas, de calidad subjetiva del sueño y de cantidad, riesgo de delirio, satisfacción de los participantes, duración de la estancia en la UCI, y los eventos adversos. Sólo tres ensayos, todos los tapones para los oídos o máscaras de ojos o ambos, proporcionan datos adecuados para dos meta-análisis separados. Estas meta-análisis, cada uno de dos estudios, mostraron una menor incidencia de delirio durante la estancia en la UCI.

Como principales resultados y calidad de la evidencia, en general, la calidad de la evidencia de un efecto de las intervenciones en cualquiera de los resultados fue baja o muy baja. Del mismo modo, un bajo número de estudios encontró que las técnicas de relajación, masaje de pies, acu presión, de enfermería o de intervención social y de enmascaramiento de sonido puede proporcionar pequeñas mejoras en la calidad del sueño participante-reporte o enfermera-evaluado y cantidad, pero la calidad de las pruebas fue baja. En resumen, más bien diseñado y es necesaria una investigación llevada a cabo para fortalecer la evidencia para el uso de estas intervenciones para mejorar el sueño en los adultos críticamente enfermos. Aunque no había pruebas de muy baja calidad que el modo de ventilador podría influir en ciertos efectos adversos que pueden suceder cuando la gente está conectada a un respirador. En resumen, más bien diseñado y es necesaria una investigación llevada a cabo para fortalecer la evidencia para el uso de estas intervenciones para mejorar el sueño en los adultos críticamente enfermos. Aunque no había pruebas de muy baja calidad que el modo de ventilador podría influir en ciertos efectos adversos que pueden suceder cuando la gente está conectada a un respirador. En resumen, más bien diseñado y es necesaria una investigación llevada a cabo para fortalecer la evidencia para el uso de estas intervenciones para mejorar el sueño en los adultos críticamente enfermos.

Los investigadores concluyeron que la calidad de la evidencia existente en relación con el uso de intervenciones no farmacológicas para promover el sueño en los adultos en la UCI era baja o muy baja. Se encontraron algunas pruebas de que el uso de tapones para los oídos o máscaras de ojo o ambos pueden tener efectos beneficiosos sobre el sueño y la incidencia de delirio en esta población, aunque la calidad de las pruebas fue baja. Se necesita más investigación de alta calidad para fortalecer la base de pruebas.

Entidad financiadora de la investigación y declaración de conflictos de interés

No hubo declaración de conflictos, ni entidad financiadora ya que Cochrane utiliza bases de datos y repositorios de los institutos Nacionales de Salud de ensayos en curso Registro mostrando sus links y registros de ensayos.

E-mail de correspondencia de los autores del artículo original

E-mail: jiangxy320@163.com.

Dirección de contacto

Xiao-Ying Jiang, Escuela de Enfermería, Universidad de Medicina de Fujian, Fujian, China.

Palabras clave

No presentan palabras clave.

2.2. Comentario Crítico

El artículo seleccionado fue el de: Hu RF, Jiang XY, Chen J, Zeng Z, Chen XY, Li Y, Huining X, Evans DJW, Wang S. “Intervenciones no farmacológicas para la promoción del sueño en la unidad de cuidados intensivos”¹⁵, Se procedió a realizar el comentario crítico utilizando el programa de lectura crítica Caspe, plantilla para ayudar a entender estudios de revisiones sistemáticas¹⁶. Estos autores realizaron la investigación a través de búsqueda electrónica en bases de datos conocidas, encontrando 11,772 artículos, y de otras fuentes 634 artículos.

La población de estudio fueron los pacientes adultos críticamente enfermos con estado hemodinámico estables que fueron ingresados en unidades de cuidados intensivos o unidades de cuidados críticos y tenían una longitud de estancia de más de 24 horas. Estos adultos en unidades de cuidados intensivos (UCI) a menudo sufren de una falta de sueño o sueño con frecuentes interrupciones. Para entender este comentario es necesario citar autores como Akerstedt y colaboradores¹⁷ porque define el sueño como un lapso de disminución de respuesta a los estímulos externos que regularmente se alternan con periodos de vigilia y una disminución del umbral de respuesta a estímulos externos, por lo que se convierte en un aspecto fundamental en el mantenimiento de la salud, ya que se relaciona con la restauración de la energía y el funcionamiento óptimo del organismo¹⁸. De esta manera y en forma particular, el paciente en estado crítico experimenta trastornos del sueño, usualmente relacionados con factores intrínsecos (edad, sintomatología, patología y factores psicológicos) y con factores extrínsecos, entre los que se encuentran las condiciones medioambientales de la unidad de cuidado intensivo (luz y ruido) y las intervenciones terapéuticas realizadas que incluyen las acciones de cuidado de enfermería¹⁹.

El título de la investigación es: Intervenciones no farmacológicas para la promoción del sueño en la unidad de cuidados intensivos (traducida). Este, identifica el tipo de investigación, como revisión sistemática, cuenta en inglés como original con 12 palabras y en español traducido con 14 palabras demostrando el tema que investigaron mostrando de manera comprensiva todas las intervenciones no farmacológicas para promocionar el sueño en las unidades de cuidados intensivos. Para analizar el título es necesario citar a Balestrini²⁰, porque plantea algunas consideraciones importantes afirmando que el título es lo que identifica la investigación, por ello es necesario reflejar el área temática que se propone investigar, sin embargo, autores otros autores²¹, afirman que el título debe tener capacidad comunicativa suficiente, esto implica, que es necesario aportar la información necesaria para valorar la naturaleza de la investigación y del contenido del documento, con un sentido de brevedad es decir que, un buen título debe definir el contenido de la investigación con el menor número de palabras posible, así mismo Bell²² cuando se refiere al título describe que además de ser conciso debe tener como máximo de 15 a 19 palabras, reconociendo que el título del artículo en mención no cuenta con estas características.

En relación a la búsqueda fue electrónica realizada en diferentes bases de datos, considerando autores adecuados porque su objetivo es evaluar la eficacia de las intervenciones no farmacológicas para la promoción del sueño en adultos en estado crítico en la UCI y establecer si las intervenciones no farmacológicas son seguras y clínicamente eficaces en la mejora de la calidad del sueño y reducir la duración de la estancia en la UCI en adultos críticamente enfermos.

Los autores de este estudio son originalmente de china perteneciendo a diferentes hospitales y diferentes facultades, encaminados a investigar las intervenciones no farmacológicas para mejorar el sueño de los pacientes en estas unidades críticas, por lo que es necesario citar autores como Day²³, quien manifiesta, que en la lista de autores debe incluir a aquellos que contribuyan realmente a la concepción general y la ejecución de la investigación, De todos los autores, solo el autor número 6 presenta dirección de contacto: Xiao-Ying Jiang, y la escuela donde pertenece (Escuela de Enfermería, Universidad de Medicina de Fujian, Fujian, China), así mismo su dirección de contacto jiangxy320@163.com. Esto nos hace suponer que por ser investigación que se relaciona con la parte neurológica del paciente sea este investigador el principal por pertenecer al departamento de neuro-medicina.

El tipo de artículos seleccionados es adecuado porque incluyeron ensayos controlados aleatorios (ECA) considerados por ser la forma más fiable de evidencia científica porque si se implementa correctamente puede eliminar todos los posibles sesgos en la estimación del efecto del tratamiento²⁴, igualmente ensayos controlados cuasi aleatorios²⁵, porque debieron estar ampliamente descritos, pero aunque esto suceda el revisor es quien tiene que determinar en qué forma se realizó el estudio para evaluar los efectos de las intervenciones no farmacológicas y poderlos incluir en la Revisión Sistemática; señalan también que algunos son meta análisis. Es necesario mencionar que el meta análisis, es una metodología utilizada en todas las disciplinas en las que se emplea el análisis estadístico, aunque seguramente es en medicina donde se han dedicado más esfuerzos y recursos a su desarrollo y refinamiento²⁶.

Del mismo modo la pregunta se dirige al objetivo principal porque evalúa la eficacia de las intervenciones no farmacológicas para la promoción del sueño en adultos en estado crítico en

la UCI y para establecer si las intervenciones no farmacológicas son seguros y clínicamente eficaz en la mejora de la calidad del sueño y reducir la duración de la estancia en la UCI en adultos críticamente enfermos.

Los estudios son importantes y pertinentes porque su en su búsqueda incluyeron el Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados. Esta Biblioteca Cochrane es una colección de bases de datos sobre ensayos clínicos controlados en medicina y otras áreas de la salud relacionadas con la información que alberga la Colaboración Cochrane²⁷. También hubo seguimiento de las referencias al mencionar las fechas de la búsqueda y el contacto personal con expertos sin dejar de mencionar que algunos lograron contactarlos y otros no respondieron.

Igualmente, para realizar esta revisión sistemática hicieron esfuerzos para valorar la calidad de los estudios considerando el rigor de todo lo que identificaron mencionando que en su calidad metodológica presentan 6 dominios como: Generación de secuencia aleatoria; Ocultación de la asignación; Cegamiento de los participantes, el personal y los evaluadores de resultados; Datos de resultados incompletos; Información selectiva; y Otras fuentes de validez. Para entender este contexto, es necesario mencionar que se define revisión sistemática²⁸ como un estudio integrativo, observacional, retrospectivo, secundario, en el cual se combinan estudios que examinan la misma pregunta. A su vez, dentro de la revisión sistemática existen dos formas: “cuantitativa o meta análisis” y “cualitativa u overview”. Las diferencias están dadas fundamentalmente por el uso de métodos estadísticos, que permite la combinación y análisis cuantitativo de los resultados obtenidos en cada estudio. Aunque a veces se utilicen indistintamente los dos términos, una revisión sistemática no es igual a metanálisis²⁹.

Sus contactos los hicieron a través de correos electrónicos mencionando que algunos respondieron y algunos no respondieron, aun también publicaron estudios de diferentes idiomas al inglés, en este caso en chino y para considerar el rigor, mencionan que dos autores (HRF, LYP) evaluaron de forma independiente la calidad de todos los ensayos incluidos como se describe en el Manual Cochrane para la Evaluación Sistemática. Así mismo las revisiones de Intervenciones (Higgins 2011). Se evaluó la Calidad metodológica de todos los ensayos sobre la base de los siguientes seis dominios:

- Generación de secuencia aleatoria;
- Ocultación de la asignación;
- Cegamiento de los participantes, el personal y los evaluadores de resultados;
- Datos de resultados incompletos;
- Información selectiva; y
- Otras fuentes de validez.

No muestran similitud porque, exploraron la heterogeneidad clínica mediante la evaluación de la clínica y características metodológicas de los estudios incluidos ejemplo, diseño del ensayo, características de los participantes, intervención, o medición de resultados. Agruparon datos de múltiples estudios, evaluaron formalmente la heterogeneidad utilizando la estadística I^2 y por inspección visual de las parcelas forestales³⁰ llamadas así a los grupos de participantes considerando en su estadística el Chi^2 con un valor de $p < 0,10$ o una inconsistencia entre estudios (estadística I^2) superiores al 50% como evidencia de heterogeneidad relevante.

Estos investigadores utilizaron el chi cuadrado (Chi^2)³¹ por ser un procedimiento de elección para el contraste de investigaciones encontradas, porque esta prueba estadística se emplea en el análisis de dos o más grupos o más variables, describiendo las autoras en su cuadro las variables cualitativas, como tipo de intervenciones no farmacológicas para la promoción del sueño en la UCI, así mismo, describen haber utilizado el “valor de p” porque indican que la asociación es estadísticamente significativa y ha sido arbitrariamente aceptado por consenso³². Dicho en otros términos, esto representa una seguridad del 95% de la asociación estudiada por estar todos los estudios claramente presentados. Esto demuestra que todos sus estudios están claramente presentados.

Sin embargo, discuten los motivos de cualquier variación porque mencionan que enviaron correo electrónico a algunos autores para aclarar ciertas dudas, recibiendo respuestas a su envío, como algunos no respondieron a pesar que insistieron, dejando en duda el sesgo que presentaron. El sesgo de investigación³³, también denominado sesgo del experimentador, constituye un proceso en el cual los científicos que realizan la investigación influyen en los resultados, con el fin de representar un determinado resultado, así mismo, es la presentación interesada de los

informes de resultados de la investigación científica, que se publicarán dependiendo de las características y dirección de los resultados obtenidos³⁴.

Como resultado global se puede considerar la declaración de los autores que en general, la calidad de la evidencia de un efecto de las intervenciones en cualquiera de los resultados fue baja o muy baja. Normalmente, nos gustaría probar para poner en común los resultados de ensayos similares de cada intervención, pero esto era difícil, ya que el diseño de los ensayos varió considerablemente. Fueron capaces de combinar los resultados de tres ensayos de tapones para los oídos y antifaces y encontramos que su uso se incrementó el número de horas de sueño y evitó que el delirio en los adultos en la UCI. Sin embargo, no podemos estar seguros acerca de estos hallazgos debido a problemas con la forma en los ensayos se llevaron a cabo.

Los autores menciona que a) Mencionan que en cuatro estudios la música puede mejorar la calidad subjetiva del sueño. b) Un bajo número de estudios encontró que las técnicas de relajación, masaje de pies, acu presión, de enfermería o de intervención social y de enmascaramiento de sonido puede proporcionar pequeñas mejoras en la calidad del sueño. c) Sólo un estudio midió la duración de la estancia en la UCI y no encontró ningún efecto significativo de tapones para los oídos más máscaras de ojos. Estos resultados como ya se mencionó anteriormente están expresados en CI, valor p, I^2 , Chi^2 , además de utilizamos los índices de riesgo (RR) con IC.

Como precisión de los resultados en sus intervalos de confianza estimaron la base para el riesgo asumido es la mediana del riesgo del grupo de control entre los estudios. De tal forma que para entender este comentario se describe el concepto de intervalo de confianza por ser un rango de valores, derivado de los estadísticos de la muestra, que posiblemente incluya el valor de un parámetro de población desconocido. Debido a su naturaleza aleatoria, es poco probable que dos muestras de una población en particular produzcan intervalos de confianza idénticos, del mismo modo el intervalo de confianza describe la variabilidad entre la medida obtenida en un estudio y la medida real de la población (el valor real). Corresponde a un rango de valores, cuya distribución es normal y en el cual se encuentra, con alta probabilidad, el valor real de una determinada variable. Esta «alta probabilidad» se ha establecido por consenso en 95%. Así, un

intervalo de confianza de 95% nos indica que dentro del rango dado se encuentra el valor real de un parámetro con 95% de certeza^{35,36}.

Sus resultados se pueden aplicar en mi área porque se identifican todas las intervenciones de enfermería que favorecen la necesidad de descanso-sueño en pacientes ingresados en unidad de cuidados intensivos. Y si medio es muy diferente al del estudio me ayuda a responder mi pregunta planteada: ¿Qué intervenciones de enfermería favorecen la necesidad de descanso-sueño en pacientes ingresados en unidad de cuidados intensivos? Considerándose todos los resultados importantes para tomar la decisión correcta y hacer cambios para la mejora de estos pacientes y de la institución.

Todos los beneficios merecen la pena frente a los perjuicios y costes ya que mi opinión sobre esta revisión es que no todos los ensayos midieron todos los resultados relevantes porque los estudios incluidos examinaron los resultados objetivos del sueño o subjetivos los resultados del sueño o ambos, sin embargo opino como los autores que se debe continuar investigando.

2.3. Importancia de los resultados

Los resultados resultan relevantes e importantes pues, las intervenciones de enfermería no farmacológicas favorecen la necesidad de descanso-sueño en los pacientes ingresados a la UCI, además es viable la puesta en práctica de estas estrategias que resultan efectivas y rentables para cualquier institución, si requieren de preparación y sensibilización por parte del personal para que puedan incorporarse a la prácticas de cuidados.

Recordemos además que favorecer el descanso y sueño en este paciente puede traducirse a posterior en una recuperación más rápida, evitar continuar invadiendo al paciente con aparatos e instrumentos o administrarles más sedación. Lo que repercute en la calidad de atención y prepuesto de las instituciones.

2.4. Nivel de evidencia

Según GRADE^{36,37} el nivel de evidencia del trabajo de investigación es 2 ++ y su grado de recomendación alta, ya que el nivel de evidencia alcanzado muestra opiniones basadas en los diferentes estudios, la heterogeneidad de la metodología de los diferentes estudios y su grado de recomendación es A ya que presenta buena evidencia de que la medidas es eficaz y los beneficios superan ampliamente a los perjuicios y porque cumple con los parámetros dentro de lo establecido para que sea una investigación bien sustentada.

2.5. Respuesta a la pregunta

Respondiendo a la pregunta planteada todos los adultos en unidades de cuidados intensivos (UCI) a menudo sufren de una falta de sueño o sueño frecuentes interrupciones y las Intervenciones no farmacológicas pueden mejorar la duración y calidad del sueño y disminuir el riesgo de alteración del sueño, delirio, el trastorno de estrés postraumático (TEPT), y la duración de la estancia en la UCI; sin embargo se puede considerar que las intervenciones de enfermería favorecen la necesidad de descanso-sueño en los pacientes ingresados a la UCI, por ejemplo: la música puede mejorar la calidad subjetiva del sueño, igualmente las técnicas de relajación, masaje de pies, acu presión, de enfermería o de intervención social y de enmascaramiento de sonido, como hablar en voz baja, los celulares solo en vibración, educación al personal para que en lo posible durante su labor que realizan disminuyan el ruido, proporcionar mejoras en la calidad del sueño y taponos para los oídos, además de máscaras para los ojos disminuyendo de esta manera la estancia hospitalaria en el área ya mencionada.

2.6. Recomendaciones

1. Crear programas donde se incluya la musicoterapia, siempre y cuando el paciente guste de cierta música que lo pueda inducir al sueño.
2. Concientizar al personal no profesional que cuando realicen sus actividades de aseo en lo posible disminuyan el ruido o movimientos bruscos de las camas como de sus recipientes.

3. Recomendar al personal de colocaren vibrador sus equipos móviles para evitar que este sonido brusco interrumpa el sueño de estos pacientes.
4. Recomendar a todo el personal disminuir el tono de voz cuando tengan que interactuar entre ellos.
5. Recomendar aislarlos a zonas donde la luz del ambiente por la noche llegue con menor intensidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Carrillo B., González M. Granados Gámez C, Gutiérrez Izquierdo G, Latorre Fernández MI, Márquez Membrive I, et al. Alteración del sueño. Revista de Enfermería. Universidad de Albacete. 1996; 6:30-7.
2. Kennedy K. Dormir bien toda la noche. Nursing. 2005; 23:44.
3. Achury-Saldaña D., Achury L. Sueño en el paciente crítico: una necesidad insatisfecha en una unidad de cuidado intensivo. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo. 2010 Enero-Junio; 12(1): p. 25-42.
4. Torres L. La pesadilla de no poder dormir: ¿Una realidad para el paciente de cuidados críticos? Tempus Vitalis. Revista Internacional para el Cuidado del Paciente Crítico. 2002; 2(1).
5. Nicolás A, Iruarrizaga A, Margall Coscojuela M, Aizpitarte E, Vázquez Calatayud M. Percepción de los pacientes quirúrgicos del sueño nocturno en una Unidad de Cuidados Intensivos. Enferm Intensiva. 2002;13:57-67.
6. NANDA International. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación. Primera ed. Heather Herdman T, editor. Barcelona, España: ELSEVIER; 2015.
7. Gálvez A. Aproximación a la evidencia científica. Definición, fundamentos, orígenes e historia. Índex Enferm (Gran). 2000; 30:36-40
http://www.index-f.com/index_enfermería/pagina=4&criterio=evidencia.
8. Di Censo A, Cullum N, Ciliska D. Implementing evidence-based nursing: some misconceptions. Evid Based Nurs 1998; 1: 38-39.
<http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/viewArticle/5486/5626>
9. Wallace M, Shorten A, Russell KG. Paving the way: stepping stones to evidence-based nursing. Int J Nurs Pract 1997; 3 (3): 147-152.
10. Gálvez, A. Enfermería Basada en la Evidencia. Como incorporar la investigación a la práctica del cuidado. Fundación Índex: Granada, 2007. Capítulo 4, Pág. 91.
11. Limón E. Investigación en enfermería. La enfermería basada en la evidencia. Rev. Investigación En Enfermería 1999;(7):35-8.
12. Gálvez, A. Enfermería Basada en la Evidencia. Como incorporar la investigación a la práctica de los cuidado. Fundación Índex: Granada, 2007. Capítulo 7, Pág. 154.

13. Coello, P., et al. Enfermería Basada en la Evidencia. Hacia la excelencia en los cuidados. Primera edición: año 2004.
<https://bibliovirtual.files.wordpress.com/2012/03/enfermeriabasadaevidencia.pdf>
14. Alonso P, Ezquerro O, Fargues IGJ, Marzo M, Navarra M, Subirana M, et al. Enfermería Basada en la Evidencia. Hacia la excelencia en los cuidados. DAE ed. Madrid, España. 2004.
15. Hu R, Jiang X, Chen J, Zeng Z, Chen X, Li Y, Huining X, Evans D, Wang S. Intervenciones no farmacológicas para la promoción del sueño en la unidad de cuidados intensivos. Disponible en:
<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD008808.pub2/full/es>
16. Cabello J. Por Caspe. Plantilla para ayudarte a entender Estudios de Cohortes. En: Caspe. Guías Caspe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: Caspe; 2005. Cuaderno II. p.23-27.
17. Akerstedt T, Nilsson P. Akerstedt T, Nilsson PM. Sleep as restitution: an introduction. J Intern Med. 2003;254:6-12.
18. Basco L, Fariñas S, Hidalgo M. Características del sueño de los pacientes en una unidad de cuidados intensivos. Rev Cubana Enfermer. 2010;26(2):44-51.
19. Elliott R, McKinley S, Cistulli P. The quality and duration of sleep in the intensive care setting: An integrative review. Int J Nurs Studies. 2011;48:384-400.
20. Balestrini M. cómo se elabora el proyecto de investigación. Caracas, Venezuela: editorial consultores asociados; 2006 [accesado 09 de junio 2016] disponible en:
<http://metodologiaeconomia2011.blogspot.pe/2011/06/el-titulo-dela-investigacion.html>
21. Hurtado j. el proyecto de investigación. 2010 bogotá: quirón. p. 56.
<https://impactocientifico.files.wordpress.com/2015/10/5-artc3adculo-marco-fidel-barreras.pdf>
22. Bell, J. “como hacer tu primer trabajo de investigación. Guía para investigadores en educación y ciencias sociales”. 5ta edición. Gedisa editorial S.A. España. 2005.
23. Day a. cómo escribir y publicar trabajos científicos. 3a. ed. washington, d.c.: ops, © 2005. (Publicación científica y técnica no. 598)
<http://www.bvs.hn/honduras/pdf/comoescribirypublicar.pdf>

24. Randomized Control Trials». Innovations for Poverty Action (en inglés). 15 de julio de 2015. Consultado el 8 de junio de 2019.
25. Centro Cochrane Iberoamericano, traductores. Manual Cochrane de Revisiones Sistemáticas de Intervenciones, versión 5.1.0 [actualizada en marzo de 2011]
26. Glass, G. V. (2016). Cien años de investigación de aspiraciones prudentes. Investigador educativo, 45 (2), 69-72.
file:///C:/Users/USER/Downloads/19030-50026-1-PB%20(1).pdf
27. Colaboración Cochrane - Acerca de la Colaboración Cochrane Archivado el 16 de diciembre de 2014 en la Wayback Machine.
28. Centro Cochrane Español, “Las revisiones narrativas. Curso de Revisiones Sistemáticas”, en www.cochrane.es., diciembre de 2004. 3
<http://www.scielo.org.co/pdf/rcg/v20n1/v20n1a09.pdf>
29. Ortiz, Z., “¿Qué son las revisiones sistemáticas?”, en www.centrocochrane.mx., diciembre de 2004. 6
30. Higgins JPT, Green S (editores). Manual Cochrane para revisiones sistemáticas de intervenciones versión 5.1.0 [actualizado en marzo de 2011]. La Colaboración Cochrane, 2011. Disponible en www.cochrane-handbook.org.
31. De Justo, A. Moreau. Material exclusivo para el IES N° 1
http://www.geocities.ws/nievas_ies/psicoestadistica2/chi_cuadrado.pdf
32. Manterola, C. El valor de “p” y la “significación estadística .Aspectos generales y su valor en la práctica clínica. Rev. Chilena de Cirugía. Vol 60 - N° 1, Febrero 2012; págs. 86-89.
<http://www.scielo.cl/pdf/rchcir/v60n1/art18.pdf>
33. Heckman J. Sample selection bias as a specification, enero 1979
http://www.ahepe.es/VICongreso/descargas/Cristina_Sanchez_Figueroa.pdf
34. Green S, Higgins S, editors: Glossary. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions 4.2.5.
https://es.wikipedia.org/wiki/Sesgo_de_informaci%C3%B3n_cient%C3%ADfica
35. Whitley E, Ball J. Revisión estadística 2: Muestras y poblaciones. Cuidados Críticos 2002; 6: 143-8.

36. Martin P. Gonzales de Dios J. Valoración de la calidad de la evidencia y fuerza de las recomendaciones (I).El sistema grad. Evidencia peditrica.2010;6-63.Disponible en: sistefile:///C:/Users/laboratorio_computo/Downloads/Dialnet-ValoracionDeLaCalidadDeLaEvidenciaYFuerzaDeLasReco-3315659.pdf
37. Zavando D. Manterola C. Cómo interpretar los "Niveles de Evidencia" en los diferentes escenarios clínicos
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718402620090006000

ANEXOS

ANEXO n°1

Cuadro N° 01 : Descripción del Problema		
1	Contexto-Lugar	Unidad de cuidados intensivos
2	Personal de Salud	Personal profesional de enfermería del área de UCI
3	Paciente	Pacientes que después de haber salido de la fase aguda se encuentran despiertos, orientados y/o confusos que necesitan continuar en reposo y tener sueño conservado.
4	Problema	Complicaciones neurológicas desorientación irritabilidad por la luz, la bulla o reconocer ciertos equipos que lo rodean.
4.1	Evidencias internas: Justificación de práctica habitual	La enfermera descuida la posición de equipos como bombas infusoras produciendo sonidos irritantes, la luz permanece las 24 horas pudiéndose disminuir la que está cerca al paciente, el sonido de camilla o de camas al no colocarse bien los seguros entre otras evidencias volumen de celulares prendidos, conversaciones en alta voz.
4.2	Evidencias internas: Justificación de un cambio de práctica	Se debe reconocer que la alteración del patrón del reposo y sueño es fundamental para estos pacientes que han logrado superar la etapa crítica, por lo tanto la enfermera dentro de sus cuidados debe mejorar esta necesidad utilizando su arte y su ciencia.
5	Motivación del problema	✓ Disminuir el riesgo de secuela neurológica irreversible en el paciente que después de superar la fase crítica el paciente debe regresar a su unidad sin secuelas ni complicaciones.

ANEXO N° 2

Cuadro de validez de Gálvez A. ARTÍCULO N° 01		
Título de la investigación a validar: Intervenciones no farmacológicas para la promoción del sueño en la unidad de cuidados intensivos.		
Metodología: Revisión Sistemática		
Año: 2018		
PREGUNTA	DESCRIPCIÓN	RESPUESTA
¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?	. Los resultados incluyeron los resultados del sueño objetivas, de calidad subjetiva del sueño y de cantidad, riesgo de delirio, satisfacción de los participantes, duración de la estancia en la UCI, y los eventos adversos.	Su resultado puede resolver mi problema.
¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema?	Son útiles porque la calidad de la evidencia no farmacológica de todos sus resultados ayuda a resolver mi problema, incluyendo tapones para los oídos o máscaras de ojos entre lo mencionado en diferentes ensayos.	Los hallazgos ayudan a resolver mi problema.
¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio?	Si son aplicables porque las intervenciones no farmacológicas, como la reducción de ruido, la musicoterapia, terapias alternativas y complementarias, y el apoyo social, se recomiendan para mejorar el sueño en estos pacientes que ingresaron a la UCI.	Se puede aplicar y resolver el problema de mi medio.
¿Son seguras las evidencias para el paciente?	Los autores evaluaron la búsqueda y el riesgo de sesgo en los ensayos seleccionados. Extrajeron datos y verificaron lo correcto y completo combinando con metanálisis mediante las diferencias de medias y las diferencias de medias estandarizadas para los resultados cocientes de riesgos y resultados dicotómicos	Son seguras todas sus evidencias.
¿Son válidos los resultados y los hallazgos?	Revisión Sistemática: Ensayos clínicos plataforma de Registro (www.who.int/trialsearch). Se realizaron búsquedas manuales en revistas de cuidados críticos y listas de referencias y contacto con los expertos pertinentes para identificar datos no publicados pertinentes.	Si se puede emplear
Cualquier respuesta negativa o la dificultad de obtener una conclusión clara son suficientes para excluir el estudio.		

Cuadro de validez de Gálvez A. ARTÍCULO N° 02		
Título de la investigación a validar: ¿Por qué se altera la necesidad de descanso-sueño en los pacientes ingresados en cuidados críticos?		
Metodología: Estudio observacional descriptivo, prospectivo y transversal.		
Año: 2013		
PREGUNTA	DESCRIPCIÓN	RESPUESTA
¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?	El análisis de la t de Student y de la regresión indica que no existen diferencias ni estadística, ni clínicamente significativas para las variables estudiadas, considerando un nivel de significación de $p < 0,05$. La tendencia general es que los pacientes valoran negativamente su descanso, duermen mal y se despiertan con gran frecuencia. Valoran su sueño como poco reparador. Califican su descanso de mala calidad y, aunque no tardan demasiado en conciliar el sueño, se despiertan en repetidas ocasiones durante la noche.	Su resultado puede resolver mi problema.
¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema?	Son útiles porque los pacientes ingresados en cuidados intensivos tienen alterada en muchas ocasiones la necesidad de descanso-sueño. La etiología es muy diversa, pero los factores físicos y psicológicos de la intervención quirúrgica están íntimamente relacionados.	Los hallazgos ayudan a resolver mi problema.
¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio?	Si son aplicables porque el objetivo principal del estudio como enfermeras expertas en el cuidado, describen la percepción que tienen los pacientes ingresados en la Unidad de Reanimación Post anestesia respecto a la necesidad de dormir y descansar.	Se puede aplicar y resolver el problema de mi medio.
¿Son seguras las evidencias para el paciente?	No mencionan revisión de pares ni permiso de algún comité.	No son seguras todas sus evidencias.
¿Son válidos los resultados y los hallazgos?	Estudio observacional descriptivo, prospectivo y transversal.	Si se puede emplear
Cualquier respuesta negativa o la dificultad de obtener una conclusión clara son suficientes para excluir el estudio.		

Cuadro de validez de Gálvez A. ARTÍCULO N° 03		
Título de la investigación a validar: El sueño en el paciente hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo ¹		
Metodología: Estudio observacional descriptivo		
Año: 2014		
PREGUNTA	DESCRIPCIÓN	RESPUESTA
¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?	El sueño percibido por los pacientes en la UCI es regular, se considera que este no es reparador; es fundamental entonces que el profesional de enfermería incluya en su plan de cuidado diario la valoración del sueño e identifique las posibles causas que desencadenan su privación, con el fin de minimizarlas mediante la implementación de acciones de cuidado que promuevan un entorno tranquilo y propicio.	Su resultado puede resolver mi problema.
¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema?	Son útiles porque la satisfacción del sueño se convierte en un aspecto fundamental que se debe valorar en el paciente hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo (UCI), puesto que existe evidencia sobre las complicaciones derivadas de la privación del sueño, lo que impacta en el incremento de la estancia hospitalaria, la aparición de delirium y el retraso en la reincorporación del paciente a la vida social, laboral y emocional.	Los hallazgos ayudan a resolver mi problema.
¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio?	Si son aplicables porque el objetivo principal del estudio es Identificar la percepción del sueño en los pacientes hospitalizados en una UCI.	Se puede aplicar y resolver el problema de mi medio.
¿Son seguras las evidencias para el paciente?	Todos estos estudios para ser seleccionados mencionan haber pasado por comité de ética.	No son seguras todas sus evidencias.
¿Son válidos los resultados y los hallazgos?	Estudio observacional descriptivo	Si se puede emplear
Cualquier respuesta negativa o la dificultad de obtener una conclusión clara son suficientes para excluir el estudio.		

Cuadro de validez de Gálvez A. ARTÍCULO N° 04		
Título de la investigación a validar: Promoción de intervenciones de sueño y comodidad en pacientes de cuidados intensivos unidos.		
Metodología: Revisión Sistemática		
Año: 2015		
PREGUNTA	DESCRIPCIÓN	RESPUESTA
¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?	La privación del sueño se basa en una etiología multifactorial donde la evidencia muestra que las causas principales se centran principalmente en aspectos inherentes del medio ambiente y el comportamiento de los profesionales de la salud.	Su resultado puede resolver mi problema.
¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema?	Son útiles porque las intervenciones que se implementarán tienen como objetivo proporcionar un entorno que soporte el sueño y reconozca su papel en la recuperación del paciente: estabilizando el ambiente nocturno, reduciendo las conversaciones entre el personal, reduciendo las luces y el volumen de las llamadas de alarma y promoviendo técnicas de relajación a través del masaje, musicoterapia, toque terapéutico, imagen mental y relajación.	Los hallazgos ayudan a resolver mi problema.
¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio?	Definitivamente es necesario establecer unas guías de actuación para el personal de enfermería encaminadas a mejorar la calidad del sueño de los pacientes ingresados en UCI, reduciendo el nivel de presencia de los estresores ambientales, especialmente el ruido.	No se puede emplear porque exige continuar con estudios o guías.
¿Son seguras las evidencias para el paciente?	Son seguras por ser artículos seleccionados que cumplieron con la evaluación del comité de ética e institucional.	Si se puede emplear
¿Son válidos los resultados y los hallazgos?	Revisión Sistemática.	Si se puede emplear
Cualquier respuesta negativa o la dificultad de obtener una conclusión clara son suficientes para excluir el estudio.		

Cuadro de validez de Gálvez A. ARTÍCULO N° 05		
Título de la investigación a validar: Calidad del sueño de los pacientes ingresados en UCI: relación con estresores ambientales		
Metodología; Búsqueda bibliográfica.		
Año: 2013		
PREGUNTA	DESCRIPCIÓN	RESPUESTA
¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?	Las enfermeras de la UCI carecen de una comprensión compleja de la importancia del sueño y las intervenciones necesarias para promoverlo. De hecho, los estudios sugieren que la falta de atención a la capacitación suficiente y la falta de un protocolo estructurado dentro de la práctica hacen que la provisión de sueño para el paciente de la UCI imposible.	Su resultado puede resolver mi problema.
¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema?	La falta de sueño dentro de las unidades de cuidados intensivos (UCI) sigue siendo una norma recurrente a pesar de la extensa investigación que destaca una necesidad crucial para la promoción del sueño. La falta de sueño que se puede asociar a la atención de las enfermeras sigue sin estar clara. El objetivo explorar el conocimiento y la priorización de las enfermeras.	Son útiles sus hallazgos
¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio?	Por lo tanto, aunque se requiere más investigación empírica, puede ser necesario tener en cuenta que la evidencia basada en programas de educación y herramientas de evaluación del sueño desarrollo dentro del entorno de la UCI.	No se puede emplear porque se debe continuar con estudios.
¿Son seguras las evidencias para el paciente?	Son seguras por ser artículos seleccionados que cumplieron con la evaluación del comité de ética e institucional.	Se pueden utilizar.
¿Son válidos los resultados y los hallazgos?	Bases de datos en línea Cochrane, CINAHL y Science Direct.	Se puede emplear.
Cualquier respuesta negativa o la dificultad de obtener una conclusión clara son suficientes para excluir el estudio.		

Cuadro de validez de Gálvez A. ARTÍCULO N° 06		
Título de la investigación a validar: Nurses perceptions of sleep in the intensive care unit environment: A literature review		
Metodología: Revisión de literaturas.		
Año: 2010		
PREGUNTA	DESCRIPCIÓN	RESPUESTA
¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?	Mencionan que las Unidades de Cuidados Intensivos han sido consideradas generadoras de estrés debido a su propia arquitectura y su avanzada tecnología, relacionándose de este modo con la aparición de síntomas cognitivos por parte de los pacientes que conjuntamente con otros factores han desembocado en el llamado "síndrome UCI".	Su resultado pueden ayudar a resolver mi problema.
¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema?	Porque el objetivo de la presente revisión es describir los factores que influyen sobre el sueño de los pacientes de cuidados intensivos.	Son útiles sus hallazgos.
¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio?	Las Unidades de Cuidados Intensivos han sido consideradas generadoras de estrés debido a su propia arquitectura y su avanzada tecnología, relacionándose de este modo con la aparición de síntomas cognitivos por parte de los pacientes que conjuntamente con otros factores han desembocado en el llamado "síndrome UCI"	No son aplicables
¿Son seguras las evidencias para el paciente?	El estudio no fue evaluado ni aprobado por un Comité de Investigación institucional al no mencionar.	No son válidos sus resultados.
¿Son válidos los resultados y los hallazgos?	Revisión de literaturas	Se pueden emplear.
Cualquier respuesta negativa o la dificultad de obtener una conclusión clara son suficientes para excluir el estudio.		

Cuadro de validez de Gálvez A. ARTÍCULO N° 07		
Título de la investigación a validar: Características del sueño de los pacientes en una unidad de cuidados intensivos		
Metodología: Estudio de tipo descriptivo correlacional y transversal		
Año: 2015		
PREGUNTA	DESCRIPCIÓN	RESPUESTA
¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?	En sus variables considera como factores externos a aquellos estímulos que son generados por agentes externos al paciente, siendo considerados para el estudio el ruido y la iluminación como los factores generados por el ambiente específico de la Unidad de Cuidados Intensivos.	Se puede emplear dependiendo de cómo encuentren sus factores externos como el ruido entre otros.
¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema?	No son útiles por ser aún un proyecto	No son útiles sus hallazgos, resuelve mi problema.
¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio?	Serán aplicables después de conocer la operacionalización de sus variables.	No se puede emplear.
¿Son seguras las evidencias para el paciente?	Son seguras por contar con el comité de ética de su institución.	Se puede emplear.
¿Son válidos los resultados y los hallazgos?	Estudio de tipo descriptivo correlacional y transversal.	Se puede emplear.
Cualquier respuesta negativa o la dificultad de obtener una conclusión clara son suficientes para excluir el estudio.		

Cuadro de validez de Gálvez A. ARTÍCULO N° 08		
Título de la investigación a validar: Comodidad de los pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo e intermedio.		
Metodología: Estudio analítico transversal		
Año: 2013		
PREGUNTA	DESCRIPCIÓN	RESPUESTA
¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?	Los pacientes hospitalizados en la UCI con un mayor estrato socioeconómico presentaron menor probabilidad de sentir comodidad durante su hospitalización; en la dimensión social, los pacientes con mayor educación tuvieron mayor probabilidad de sentirse cómodo. El pertenecer a un estrato socioeconómico mayor que 2, reduce la probabilidad de que el paciente hospitalizado se sienta cómodo en las dimensiones ambiental y física.	No son útiles sus hallazgos, no se puede emplear.
¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema?	Predominó el tipo de confort en las dimensiones social, psico espiritual y física y en la dimensión ambiental el tipo de confort alcanzado fue la tranquilidad. Se encontró asociación entre las dimensiones física, social y ambiental con ser de un estrato socioeconómico mayor que 2 y contar con estudios de secundaria o superiores	No resuelve mi problema porque no busca mejorar el confort reposo y sueño.
¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio?	Asociar los factores sociodemográficos a las dimensiones de la comodidad (físico, social, psicoespiritual y ambiental) de los pacientes hospitalizados en las Unidades de Cuidado Intensivo e Intermedio.	No puedo aplicarlo, no resuelve mi problema.
¿Son seguras las evidencias para el paciente?	Obtuvieron el permiso de los directores científicos de las instituciones de salud.	Se puede aplicar.
¿Son válidos los resultados y los hallazgos?	Estudio analítico transversal	Si se puede utilizar.
Cualquier respuesta negativa o la dificultad de obtener una conclusión clara son suficientes para excluir el estudio.		

Cuadro de validez de Gálvez A. ARTÍCULO N° 09		
Título de la investigación a validar: Trastorno del patrón de sueño en unidades de cuidados críticos: definición operacional de los indicadores de “sueño” (NOC)		
Metodología: Plan de cuidados con búsqueda bibliográfica detallada en las principales bases de datos de ciencias de la salud (PubMed, LILACS, IBECS, Cochrane Plus)		
Año: 2015		
PREGUNTA	DESCRIPCIÓN	RESPUESTA
¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?	En los resultados de la búsqueda, utilizando las palabras claves citadas, no se han obtenido artículos que desarrollen la planificación de cuidados de enfermería para el diagnóstico “Trastorno del patrón de sueño. Se han utilizado también los libros de taxonomía NANDA-I, NIC y NOC, para el desarrollo completo del plan.	Sus hallazgos son útiles porque se basan de la NANDA para mejorar el cuidado de estos pacientes.
¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema?	Porque los pacientes ingresados en unidades de cuidados críticos son más susceptibles de desarrollar alteraciones del sueño, y en estas unidades están causadas fundamentalmente por factores extrínsecos.	Se puede emplear.
¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio?	Si son aplicables por tener en cuenta la experiencia asistencial en estas unidades, y la bibliografía recogida, se establece el siguiente plan de cuidados para el “Trastorno del patrón de sueño” en los pacientes ingresados en unidades de cuidados críticos	Se puede utilizar.
¿Son seguras las evidencias para el paciente?	No mencionan aprobación d ningún comité ni consentimiento informado	No se puedo utilizar.
¿Son válidos los resultados y los hallazgos?	Plan de cuidados con búsqueda bibliográfica detallada en las principales bases de datos de ciencias de la salud (PubMed, LILACS, IBECS, Cochrane Plus)	Se puedo utilizar
Cualquier respuesta negativa o la dificultad de obtener una conclusión clara son suficientes para excluir el estudio.		

Cuadro de validez de Gálvez A. ARTÍCULO N° 10		
Título de la investigación a validar Factors affecting sleep quality of patients in intensive care unit.		
Metodología: Estudio transversal con utilización de cuestionario.		
Año: 2015		
PREGUNTA	DESCRIPCIÓN	RESPUESTA
¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?	Se sabe que los factores ambientales afectan la calidad del sueño en la UCI. Además de los factores ambientales previamente establecidos, se identificaron varios factores no ambientales que se asociaron con un sueño de baja calidad auto informado en la UCI.	Sus resultados se pueden emplear.
¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema?	Sueño interrumpido se asocia con disfunción del sistema inmunitario, resistencia deteriorada a la infección, alteraciones en el equilibrio de nitrógeno, cicatrización de heridas deteriorada y consecuencias cardiorrespiratorias y neurológicas.	Son útiles sus hallazgos para mi problema.
¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio?	Mencionan aplicar encuestas a pacientes, demostrando que en esta unidad se encuentra solo el paciente crítico.	No son aplicables no ayuda a resolver mi problema.
¿Son seguras las evidencias para el paciente?	No presenta evidencias	No se puede emplear.
¿Son válidos los resultados y los hallazgos?	Estudio transversal con utilización de cuestionario.	Se puede emplear.
Cualquier respuesta negativa o la dificultad de obtener una conclusión clara son suficientes para excluir el estudio.		

Intervenciones no farmacológicas para la promoción del sueño en la unidad de cuidados intensivos (traducida)

Hu RF, Jiang XY, Chen J, Zeng Z, Chen XY, Li Y, Huining X, Evans DJW, Wang S.

Intervenciones no farmacológicas para la promoción del sueño en la unidad de cuidados intensivos.

Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Número 10. Art. No. : CD008808.

DOI: 10.1002 / 14651858.CD008808.pub2.

www.cochranelibrary.com

Intervenciones no farmacológicas para la promoción del sueño en la unidad de cuidados intensivos (traducida)

Copyright © 2018 Colaboración Cochrane. Publicado por John Wiley & Sons, Ltd.

Intervenciones no farmacológicas para la promoción del sueño en la unidad de cuidados intensivos (traducida)

Copyright © 2018 Colaboración Cochrane. Publicado por John Wiley & Sons, Ltd.

Rong-fang Hu¹, Xiao-Ying Jiang¹, Junmin Chen², Zeng Zhiyong³, Xiao Y Chen⁴, Yueping Li⁵, Xin Huining⁶, David JW Evans⁷, Wang Shuo⁸

¹Escuela de Enfermería, Universidad de Medicina de Fujian, Fujian, China. ²Departamento de Hematología y Reumatología, el Primer Hospital Afiliado de la Universidad Médica de Fujian, Fuzhou, China. ³Departamento de Hematología y Reumatología, el Primer Hospital Afiliado de la Universidad Médica de Fujian, Fuzhou, China. ⁴Departamento de Medicina Respiratoria, El Segundo Hospital Afiliado de la Universidad Médica de Fujian, Quanzhou, China. ⁵Escuela de Salud Pública de la Universidad Médica de Fujian, Fuzhou, China. ⁶Departamento de Neuro-medicina, el Hospital Provincial de Fujian, Dongjie, China. ⁷Escuela de Medicina de Lancaster, Lancaster, Reino Unido. ⁸Escuela de Enfermería, Universidad de Medicina de Fujian, Fuzhou, China.

Dirección de contacto: Xiao-Ying Jiang, Escuela de Enfermería, Universidad de Medicina de Fujian, Fujian, China. jiangxy320@163.com.

Grupo editorial: Cochrane y el Grupo de Emergencias de Cuidados Críticos.

Estado de la publicación y la fecha: Editado (sin cambios a conclusiones), publicada en el número 12, 2018.

Citación: Hu RF, Jiang XY, Chen J, Zeng Z, Chen XY, Li Y, Huining X, Evans DJW, las intervenciones Wang S. no farmacológicas para la promoción del sueño en la unidad de cuidados intensivos. Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2015, Número 10. Art. No .: CD008808. DOI:

10.1002 / 14651858.CD008808.pub2.

Copyright © 2018 Colaboración Cochrane. Publicado por John Wiley & Sons, Ltd.

RESUMEN

Fondo

Los adultos en unidades de cuidados intensivos (UCI) a menudo sufren de una falta de sueño o sueño frecuentes interrupciones. Intervenciones no farmacológicas pueden mejorar la duración y calidad del sueño y disminuir el riesgo de alteración del sueño, delirio, el trastorno de estrés postraumático (TEPT), y la duración de la estancia en la UCI. Sin embargo, no hay evidencia clara de la eficacia y los riesgos de diferentes intervenciones no farmacológicas para la promoción del sueño en adultos ingresados en UCI.

Objetivos

Para evaluar la eficacia de las intervenciones no farmacológicas para la promoción del sueño en adultos en estado crítico en la UCI.

Para establecer si las intervenciones no farmacológicas son seguros y clínicamente eficaz en la mejora de la calidad del sueño y reducir la duración de la estancia en la UCI en adultos críticamente enfermos.

Para establecer si las intervenciones no farmacológicas son rentables.

Métodos de búsqueda

Se realizaron búsquedas en el Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados (CENTRAL, 2014, Número 6), MEDLINE (OVID, 1950 a junio de 2014), EMBASE (1966 a junio de 2014), CINAHL (Cumulative Index de Enfermería y Afines de la Bibliografía de Salud de 1982 a junio 2014), Institute for Scientific Information (ISI) web of Science (1956 a junio de 2014), CAM en PubMed (1966 a junio de 2014), Alt HealthWatch (1997 a junio de 2014), PsycINFO (1967

hasta junio de 2014). El Informe Literatura Gris de la Academia de Medicina de la Biblioteca de Nueva York (www.greylit.org), OpenGrey (www.opengrey.eu), Y la Organización Mundial de la Salud Internacional.

Criterio de selección

Se incluyeron todos los ensayos controlados aleatorios (ECA) y cuasi aleatorios que evaluaron los efectos de las intervenciones no farmacológicas para la promoción del sueño en adultos críticamente enfermos (mayores de 18 años y mayores) durante su ingreso en unidades de cuidados intensivos o unidades de cuidados intensivos.

Recogida y análisis de datos

Dos autores de forma independiente los resultados de búsqueda y evaluaron el riesgo de sesgo en los ensayos seleccionados. Un autor extrajo los datos y un segundo verificó los datos estén correctos y completos. Siempre que sea posible, los resultados se combinaron en metanálisis mediante las diferencias de medias y las diferencias de medias estandarizadas para los resultados continuos y cocientes de riesgos para los resultados dicotómicos. Utilizamos las puntuaciones después de las pruebas en esta revisión.

Resultados principales

Se incluyeron 30 ensayos, con un total de 1569 participantes, en esta revisión. Se incluyeron ensayos de modo de ventilador o tipo, tapones para los oídos o máscaras de ojo o ambos, masaje, las intervenciones de relajación, baños de pies, intervenciones musicales, intervenciones de enfermería, acupresión valeriana, aromaterapia, y el enmascaramiento de sonido. Los resultados incluyeron los resultados del sueño objetivas, de calidad subjetiva del sueño y de cantidad, riesgo de delirio, satisfacción de los participantes, duración de la estancia en la UCI, y los eventos adversos. Estos meta-análisis, cada uno de dos estudios, mostraron una menor incidencia de delirio durante la estancia en la UCI (cociente de riesgos 0,55, 95% intervalo de confianza (CI) 0,38-0,80, valor de $p = 0,002$, dos estudios, 177 participantes) y un efecto positivo de tapones para los oídos o máscaras de ojos o de ambos en el tiempo total de sueño (diferencia media 2,19 horas, 95% CI 0,41 a 3,96, valor $p = 0,02$, dos estudios, 116 participantes); Clasificamos la calidad de las pruebas para estos dos resultados tan bajos. 177 participantes) y un efecto positivo de tapones para los oídos o máscaras de ojos o de ambos en el tiempo total de sueño (diferencia media 2,19 horas, 95% CI 0,41 a 3,96, valor $p = 0,02$, dos estudios, 116 participantes); Clasificamos la calidad de las pruebas para estos dos resultados tan bajos. 177 participantes) y un efecto positivo de tapones para los oídos o máscaras de ojos o de ambos en el tiempo total de sueño (diferencia media 2,19 horas, 95% CI 0,41 a 3,96, valor $p = 0,02$, dos estudios, 116 participantes); Clasificamos la calidad de las pruebas para estos dos resultados tan bajos.

También hubo alguna evidencia de baja calidad que la música (350 participantes, cuatro estudios) puede mejorar la calidad subjetiva del sueño y la cantidad, pero no pudimos agrupar los datos. Del mismo modo, hay algunas pruebas de que las técnicas de relajación, masaje de pies, acu presión, de enfermería o de intervención social y de enmascaramiento de sonido puede proporcionar pequeñas mejorías en varias mediciones subjetivas de la calidad y cantidad del sueño, pero la calidad de las pruebas fue baja.

Conclusiones de los autores

La calidad de la evidencia existente en relación con el uso de intervenciones no farmacológicas para promover el sueño en los adultos en la UCI era baja o muy baja. Se encontraron algunas pruebas de que el uso de tapones para los oídos o máscaras de ojo o ambos pueden tener efectos beneficiosos sobre el sueño y la incidencia de delirio en esta población, aunque la calidad de las pruebas fue baja. Se necesita más investigación de alta calidad para fortalecer la base de pruebas.

Resumen en términos sencillos

Los tratamientos no farmacológicos para promover el sueño en los adultos en la unidad de cuidados intensivos

Pregunta de la revisión

Las razones para la interrupción del sueño pueden incluir la enfermedad subyacente, la terapia incómoda, estrés psicológico, o el propio entorno de la UCI.

Intervenciones para la promoción del sueño incluyen tratamientos farmacológicos y las intervenciones no farmacológicas. Los medicamentos pueden producir efectos secundarios, tales como una disminución de la capacidad de pensar con claridad y los efectos negativos sobre la respiración, y también pueden interferir con los patrones de sueño normales y conducir a un riesgo de la tolerancia o la dependencia de drogas. Por lo tanto, las intervenciones no farmacológicas, como la reducción de ruido, la musicoterapia, terapias alternativas y complementarias, y el apoyo social, se han buscado y se recomiendan para mejorar el sueño en los adultos críticamente enfermos.

Fecha Buscar

La evidencia actual es junio de 2014.

Características del estudio

Encontramos 30 ensayos, con un total de 1569 participantes, y las intervenciones incluyeron cambios de ventilador tipo y configuraciones, tapones para los oídos y antifaces, terapia de

relajación, música inductor del sueño, masajes, baños de pies, aromaterapia, acupresión valeriana, enmascaramiento de sonido, y cambiar el horario de visita de miembros de la familia. Se evaluaron los efectos de estas intervenciones sobre los resultados del sueño (por ejemplo, la calidad y cantidad de sueño), duración de la estancia en la UCI, la aparición de delirio, otros eventos adversos, y la muerte.

Principales resultados y calidad de la evidencia

En general, la calidad de la evidencia de un efecto de las intervenciones en cualquiera de los resultados fue baja o muy baja. Normalmente, nos gustaría probar para poner en común los resultados de ensayos similares de cada intervención, pero esto era difícil, ya que el diseño de los ensayos varió considerablemente. Hemos sido capaces de combinar los resultados de tres ensayos de tapones para los oídos y antifaces y encontramos que su uso se incrementó el número de horas de sueño y evitó que el delirio en los adultos en la UCI. Sin embargo, no podemos estar seguros acerca de estos hallazgos debido a problemas con la forma en los ensayos se llevaron a cabo.

FONDO

DESCRIPCIÓN DE LA CONDICIÓN

El sueño es una necesidad básica para la supervivencia humana y es esencial para la recuperación de adultos críticamente enfermos. El sueño humano normal es generalmente categorizado en dos estados: movimiento ocular no rápido (NREM) y movimiento ocular rápido (REM), que alterna cíclicamente a través de un episodio de sueño. La Academia Americana de puntuación de SleepMedicine Manual (SiIber 2007) subdivide aún más el sueño NREM en etapas uno a tres.

Los adultos en unidades de cuidados intensivos (UCI) a menudo sufren de falta de sueño o interrupciones frecuentes del sueño (Gabor 2003; Meyer 1994). Tanto los estudios subjetivos como los objetivos han demostrado ser significativos.

Las razones de la interrupción del sueño son multifactoriales e incluyen factores subyacentes. Enfermedad, terapia incómoda, estrés psicológico, relacionado. Cambios en los patrones de sueño, dolor, ventilación mecánica, y el entorno de la UCI (Drouot 2008; Friese 2008; Weinhouse 2006; Weinhouse 2009). Se cree que los estímulos ambientales son factores importantes. Luz, ruido, actividades de atención al paciente y médico. Todas las intervenciones contribuyen a la privación del sueño; ruido y se piensa que las actividades de atención al paciente representan aproximadamente 30% de las alteraciones del sueño observadas (Gabor 2003). Exposición continua a la luz también puede alterar la presencia natural del paciente ritmos circadianos (Czeisler 1986).

Las intervenciones para la promoción del sueño implican tanto farmacológicas como tratamiento e intervenciones no farmacológicas. Generalmente, las terapias farmacológicas se utilizan para el tratamiento de los trastornos del sueño. (Abad 2015). Agentes farmacológicos que inducen el sueño. Proporcionan sedación y analgesia y se usan comúnmente en la UCI ajuste. Sin embargo,

las intervenciones farmacológicas tienen potencial efectos secundarios, incluida la función cognitiva alterada, riesgo de tolerancia o dependencia, ventilación deprimida, y afectada adversamente. Fisiología del sueño normal (Mistraletti 2008). Por ejemplo, las benzodiazepinas, Los opiáceos o los barbitúricos alteran los patrones normales de sueño y disminuir la actividad REM y la etapa 3 del sueño (Achermann 1987; Cronin 2001), mientras que el propofol conduce a una actividad de onda lenta que imita el sueño de ondas lentas y modifica los ritmos circadianos (Ozono 2000). Por lo tanto, la sedación en la UCI es tanto una causa como un potencial tratamiento para la interrupción del sueño en pacientes de UCI (Weinhouse 2009). Adicionalmente, la inducción del sueño por drogas está contraindicada. en ciertos grupos de pacientes, como los pacientes no ventilados que sufren Enfermedad pulmonar hipercápnica (Shilo 1999). Por lo tanto, no farmacológico se han buscado intervenciones, y una multifacética. Se recomienda un enfoque para mejorar el sueño de los pacientes críticos. (Jacobi 2002). En general, la eficacia de los fármacos no farmacológicos. Se ha considerado que las intervenciones médicas para mejorar el sueño son Métodos menos farmacológicos que sin riesgo de fármacos. tolerancia o dependencia (Hauri 1997; McClusky 1991).

Cómo podría funcionar la intervención

Terapias complementarias, como masajes, musicoterapia, terapias terapéuticas, tacto, aromaterapia, relajación e imaginario mental, parecen consolar y reducir los niveles de estrés y ansiedad en forma crítica pacientes enfermos, lo que a su vez puede conducir a una mejoría dormir (Richards 2003). Una combinación de relajación e imágenes.

Puede ser efectivo para mejorar el sueño del adulto crítico. (Richards 2003). Intervenciones ambientales, como la reducción de ruido, control de la iluminación, reproducción de ruido blanco y adecuada ininterrumpida. tiempo para dormir, son seguras y lógicas las intervenciones para ayudar a los pacientes a dormir (Richards 2003). Varios estudios encontraron que el uso de tapones para los oídos y máscaras para los ojos como métodos de reducción de ruido y el control de la luz mejoró la calidad del sueño (Koo 2008; Richardson 2007; Scotto 2009). Optimizando los modos de ventilación mecánica.

También puede facilitar el sueño, ya que se ha encontrado que algunos modos causan menos despertares y despertares por hora (Cabello 2008; Friese 2008; Parthasarathy 2004). Sin embargo, el uso de tales medicamentos no farmacológicos. Las intervenciones en cuidados críticos deben tener en cuenta los aspectos ambientales. Y consideraciones pacientes. Las intervenciones deben ser fáciles de implementar (es decir, práctico) y no debe dañar ni disminuir al paciente la seguridad.

¿Por qué es importante hacer esta revisión?

Varias revisiones sistemáticas han resaltado los beneficios de los fármacos no farmacológicos. Intervenciones para mejorar el sueño en diferentes pacientes y poblaciones. Las revisiones sistemáticas anteriores han evaluado la eficacia de valeriana y melatonina exógena para mejorar

el sueño (Bent2006; Buscemi 2005). Del mismo modo, revisiones Cochrane anteriores se examinaron los efectos de la terapia de luz brillante, cognitivo conductual.

Terapia y acupuntura para mejorar la calidad del sueño en pacientes con insomnio o personas mayores (Cheuk 2012; Montgomery 2002; Montgomery 2003). Sin embargo, queda poca evidencia clara de la efectividad de las intervenciones no farmacológicas para mejorar calidad del sueño en pacientes críticamente enfermos que residen en críticos, unidades de cuidados. Una revisión sistemática anterior examinó los efectos de masaje en relajación, confort y sueño agudo y crítico ajustes de cuidado y concluyó que los datos clínicos existentes en el tiempo fue insuficiente y se requirieron más estudios (Richards 2000a). Una revisión posterior de complementaria y alternativa terapias para promover el sueño en pacientes críticos concluyeron que técnicas para promover el sueño a través de la relajación muscular podrían ser difícil para los pacientes críticos debido a la necesidad de que los pacientes sé consciente de recibir la terapia. La revisión también informó que intervenciones como la musicoterapia, intervenciones ambientales, el toque terapéutico y el masaje relajante parecían ser seguros pero que se necesitaron ensayos controlados aleatorios adicionales para evaluar eficacia (Richards 2003). Por lo tanto, era importante realizar esta revisión, que examinó los estudios recientes, en particular como allí sigue habiendo poca orientación sobre la eficacia potencial y los daños de estas intervenciones para pacientes adultos en la unidad de cuidados críticos.

OBJETIVOS

Para evaluar la eficacia de las intervenciones no farmacológicas (Apéndice 1) para la promoción del sueño en pacientes adultos críticamente enfermos en la UCI. Establecer si las intervenciones no farmacológicas son seguras. y clínicamente eficaz para mejorar la calidad del sueño y reducir duración de la estancia en la UCI en adultos en estado crítico. Establecer si las intervenciones no farmacológicas son costo eficaz.

METODOS

Criterios para considerar estudios para esta revisión.

TIPOS DE ESTUDIO

Se incluyeron ensayos controlados aleatorios (ECA) y ensayos controlados cuasi aleatorios que evaluaron los efectos de las intervenciones no farmacológicas. Para la promoción del sueño en unidades de cuidados críticos (CCU) o cuidados intensivos unidades (UCI) para participantes adultos críticamente enfermos (de 18 años de edad y más viejo). Incluimos todos los estudios, publicados o no publicados, en cualquier idioma.

TIPO DE INTERVENCIONES

Incluimos cualquier intervención no farmacológica para mejorar. el sueño, como los que examinaron una o una combinación de intervenciones, y comparándolos con diferentes no farmacológicos intervenciones, intervenciones farmacológicas (por ejemplo, sedación), o

atención estándar (por ejemplo, atención de enfermería de rutina). Incluimos los siguientes tipos de intervenciones no farmacológicas:

- Intervenciones psicológicas (cognitivas o conductuales), tales como como musicoterapia, masaje de espalda, relajación muscular, imágenes, y toque terapéutico;
- Intervenciones ambientales, como la reducción del ruido, control de iluminación, y sincronización de las actividades de la UCI con luz;
- Intervenciones de apoyo social;
- Modificación de equipos, incluyendo ventilación mecánica;
- Terapias complementarias y alternativas: aromaterapia, hierbas, acupuntura; y
- Modalidades de la terapia física.

Tipos de medidas de resultado

Resultados primarios

- Cambios en las variables objetivas del sueño (medido por polisomnografía, ActiGraph o índice biespectral), que incluye Índice de eficiencia del sueño (SEI), movimiento rápido de los ojos (REM) Tiempo, latencia del sueño REM e índice de fragmentación del sueño.
- Duración de la estancia en la UCI.
- Mortalidad.

Resultados secundarios

- Cualquier reacción o evento adverso.
- Riesgo de delirio durante la estancia en la UCI.
- Cambios en la calidad o cantidad subjetiva del sueño, medida.

Por informe del participante u observación médica o de enfermería.

Riesgo de trastorno por estrés postraumático (TEPT) una vez dado de alta del hospital.

- Satisfacción del participante (según lo informado por los autores del estudio).
- Resultados económicos.

Métodos de búsqueda para identificación de estudios.

Búsquedas electrónicas.

Se realizaron búsquedas en el Registro Central Cochrane de Ensayos Controlados. MEDLINE, EMBASE, CINAHL, PubMed (1966 a junio de 2014), Alt HealthWatch (1997 a junio de 2014), PsycINFO (1967 a junio de 2014), China. Base de datos de medicina biológica (CBM-disc, 1979 a junio de 2014), y China National Knowledge Infrastructure (Base de datos CNKI, 1999 a junio de 2014).

Se buscaron ensayos en curso relevantes hasta junio de 2014 utilizando el siguiente sitio web.

- La Organización Mundial de la Salud Internacional Clínica Plataforma de registro de ensayos (OMS ICTRP) (www.who.int/trialsearch) - cuatro registros primarios de la ICTRP de la OMS.

Buscando otros recursos

Se realizaron búsquedas manuales en revistas y resúmenes apropiados de actas de congresos. Buscamos las listas de referencias de todos los recuperados.

Recogida y análisis de datos

Dos autores (HRF, CXY) examinaron de forma independiente los títulos y resúmenes identificados a partir de la búsqueda. Recuperamos y evaluamos texto completo de estudios potencialmente relevantes. Dos autores (HRF, ZZY) evaluamos de forma independiente su elegibilidad según nuestra inclusión. y criterios de exclusión, resolviendo cualquier desacuerdo mediante discusión.

Tercer autor (CJM) resolvió cualquier desacuerdo. Donde corresponda, Nos comunicamos con los autores del estudio por teléfono o por correo electrónico a aclarar la elegibilidad del estudio. Registramos las razones de la exclusión del estudio en las tablas "Características de los estudios excluidos".

Extracción y manejo de datos

Dos autores (HRF, XHN) extrajeron los datos de forma independiente mediante un Herramienta desarrollada por los autores (Apéndice 5). Resolvimos cualquier desacuerdo por discusión con un tercer autor (CJM). Dos criticas los autores ingresaron los datos en el software Review Manager (RevMan 5.3), y un tercer autor (JXY) verificó los datos.

Evaluación del riesgo de sesgo en los estudios incluidos.

Dos autores (HRF, LYP) evaluaron de forma independiente la calidad de todos los ensayos incluidos como se describe en el Manual Cochrane para la Evaluación Sistemática Revisiones de Intervenciones (Higgins 2011). Evaluamos la Calidad metodológica de todos los ensayos sobre la base de los siguientes seis dominios:

- Generación de secuencia aleatoria;
- Ocultación de la asignación;
- Cegamiento de los participantes, el personal y los evaluadores de resultados;
- Datos de resultados incompletos;
- Información selectiva; y
- Otras fuentes de validez.

Medidas del efecto del tratamiento.

Se calcularon las diferencias de medias (DM) con intervalos de confianza del 95% (CI) para datos continuos y diferencias medias estandarizadas (DME) para las medidas de resultado utilizando resultados de diferentes escalas.

Donde fue posible, obtuvimos desviaciones estándar de la norma. Errores e intervalos de confianza. Analizamos escalas ordinales más largas como datos continuos. Combinamos categorías adyacentes y los convirtió en datos dicotómicos para resultados de tipo tricotómico. Cuando se resumieron los resultados de tipo tricotómico utilizando para los datos dicotómicos, utilizamos los índices de riesgo (RR) con IC del 95% para describir el efecto de la intervención. Estimamos la heterogeneidad utilizando la estadística I^2 (Higgins 2011). En el caso de significativos, heterogeneidad clínica, no se agruparon los resultados.

Problemas de unidad de análisis.

Se incluyeron controlados aleatorios paralelos y cruzados, ensayos. Los participantes en cada brazo de intervención fueron la unidad de Análisis en un solo diseño de grupos paralelos. De acuerdo con el Manual Cochrane para revisiones sistemáticas de intervenciones (Higgins 2011), el método recomendado para incluir múltiples grupos de un estudio es combinar todas las intervenciones experimentales relevantes, grupos del estudio en un solo grupo y combinan todas los controle de los grupos de intervención en un solo grupo de control. A pesar de que encontramos un estudio de huérfanos con más de dos brazos paralelos, grupo de intervención y algunos ensayos cruzados con más de dos grupos de intervención en esta revisión, no pudimos incluirlos en una meta análisis. Teniendo en cuenta la presencia de remanentes, tuvimos planeado analizar los datos desde el primer período en el cruce ECAs. Sin embargo, solo dos ECA cruzados informaron datos del primer período y el período de cruce, mientras que los restantes los estudios solo reportaron los datos del periodo completo. Así, tomamos la decisión de excluir los estudios cruzados de los meta análisis.

Evaluación de la heterogeneidad.

En primer lugar, exploramos la heterogeneidad clínica mediante la evaluación de la clínica y características metodológicas de los estudios incluidos ejemplo, diseño del ensayo, características de los participantes, intervención, o medición de resultados). Si agrupamos datos de múltiples estudios, evaluamos formalmente la heterogeneidad utilizando la estadística I^2 (Higgins 2011) y por inspección visual de las parcelas forestales. Nosotros consideramos una estadística de Chi^2 con un valor de $p < 0,10$ o una inconsistencia entre estudios (estadística I^2) superiores al 50% como evidencia de heterogeneidad relevante.

Evaluación de sesgos de notificación.

Se evaluó el alcance del sesgo de informe por la ausencia de resultados y por informes menos detallados de no significativos resultados debido a la pequeña cantidad de estudios incluidos en cada en esta categoría, no realizamos gráficos de embudo para el sesgo de publicación.

Síntesis de datos

Anticipamos que los estudios usarían diferentes escalas para medir los mismos resultados calculamos las diferencias medias estandarizadas (DME) de diferentes escalas. Se realizó la siguiente intervención comparaciones utilizando meta análisis: uso de tapones para los oídos o máscaras para los ojos o ambos versus ningún uso de tapones para los oídos o máscaras para los ojos. Habíamos planeado incluir las siguientes comparaciones de tratamientos adicionales, pero eran ensayos insuficientes para hacerlo, o los ensayos disponibles tenían importantes heterogeneidad clínica entre ellas: acu presión versus otras intervenciones o placebo, aromaterapia versus otras intervenciones. o placebo, masaje de espalda versus otras intervenciones o placebo, baños de pies versus otras intervenciones o placebo, relajación e imágenes versus otras intervenciones o placebo, masaje de pies versus otras intervenciones o

placebo, usando enmascaramiento de sonido versus otras intervenciones o placebo, y la intervención de apoyo social versus otras intervenciones o placebo. Por lo tanto, se incluyeron ensayos que comparan estas intervenciones con otras terapias o placebo en el narrativa pero no el meta análisis de esta revisión.

Análisis de subgrupos e investigación de heterogeneidad.

Habíamos planeado explorar los siguientes subgrupos:

- Años;
- Sexo;
- Intervenciones (diferentes métodos, diferente duración, o frecuencia de diferencia); y calidad de prueba (por ejemplo, ECA y cuasi-ECA). Sin embargo, ya que solo se agruparon dos estudios para cada meta análisis en esta revisión, no realizamos análisis de subgrupos (ver Diferencias entre protocolo y revisión).

Análisis de sensibilidad.

No realizamos análisis de sensibilidad debido al pequeño número de estudios incluidos en cada grupo (ver Diferencias entre protocolos y revisión).

"Resumen de las tablas de hallazgos"

Utilizamos los principios del Grado de Recomendaciones Enfoque de Evaluación, Desarrollo y Evaluación (GRADE) (Guyatt 2008) para evaluar la calidad del cuerpo de evidencia asociado con resultados específicos. Debido a la cantidad de intervenciones considerado, la heterogeneidad entre los estudios, y la falta de los meta análisis, proporcionamos un resumen narrativo de los hallazgos:

Resumen de los resultados para la comparación principal: Se identificaron 72 estudios potencialmente relevantes y se recuperaron para evaluación adicional. Incluimos 30 estudios (ver las "Características de las tablas de estudios incluidos), Se estableció contacto con los autores de cinco estudios, Alexopoulou 2007; Andréjak 2013; Bosma 2007; Richards 1998; Wallace 1998, por correo electrónico y detalles de los métodos de estudio recuperados y datos de ellos.

Se excluyeron un total de 27 estudios que no cumplieron con la inclusión, criterios (consulte las tablas "Características de los estudios excluidos" para obtener información detallada descripciones).

Diez ensayos registrados en los Institutos Nacionales de Salud de EE. UU. En curso los registros de ensayos (www.clinicaltrials.gov) están en curso (ver las tablas de "Características de los estudios en curso" para descripciones detalladas), y cinco estudios están pendientes de clasificación (ver el "Características de los estudios pendientes de clasificación".

Participantes

El número de participantes por estudio varió desde un mínimo de seis a un máximo de 136. Diez ensayos incluidos ventilados participantes (Alexopoulou 2007; Andréjak 2013; Bosma 2007; Cabello 2008; Córdoba-Izquierdo 2013; Hu 2010; Jaber 2007; Parthasarathy 2002; Roche-Campo

2013; Wallace 1998); La mayoría de estos estudios ventilaron a los participantes a través de un tubo endotraqueal o traqueotomía, y solo uno de estos ensayos, Córdoba-Izquierdo 2013, se utilizó ventilación no invasiva. Un estudio incluyó ambos ventilados participantes y participantes no ventilados (Jaber 2007).

Nueve estudios informaron ensayos que se realizaron en una sola cama habitaciones en la unidad de cuidados críticos; Borromeo 1998; Gragert 1990; Richards 1998; Richardson 2003; Su 2013; Toublanc 2007; Wallace 1998). Se realizaron siete ensayos. en unidades de cuidados coronarios (Borromeo 1998; Gao 2008; Gragert 1990; Li 2011; Richards 1998; Ryu 2012; Wang 2012), uno era realizado en una unidad de cuidados intensivos de cirugía cardíaca (Hu 2010), dos se realizaron en el departamento de anestesia amedicosurgical y reanimación (Jaber 2007; Le Guen 2014), una se realizó en una unidad de cuidados intensivos respiratorios (UCI) (Toublanc 2007), uno fue realizado en una unidad de cuidados pulmonares y críticos (partosaratía 2002), y el resto de los estudios se realizaron en unidades de cuidados intensivos. Trece estudios, Andréjak 2013; Bosma 2007; Córdoba- Izquierdo 2013; Capataz 2013; Gao 2008; Hu 2010; Le Guen 2014; Parthasarathy 2002; Ruan 2006; Su 2013; Sha 2013; Toublanc 2007; Wang 2012, informó que las características de referencia no difirió significativamente entre los grupos.

Intervenciones

Las intervenciones incluidas en esta revisión fueron heterogéneas con respecto a los componentes, métodos, contenido e intensidad de uso., la duración de las intervenciones varió desde 10 minutos, Chen 2012, a siete días (Wang 2012). La mayoría de los ensayos cruzados no tenían período de lavado entre períodos de intervención (Alexopoulou 2007; Andréjak 2013; Bosma 2007; Cabello 2008; Jaber 2007; Martín 2008; Parthasarathy 2002; Roche-Campo 2013; Toublanc 2007); solo dos ensayos utilizaron un período de lavado (Borromeo 1998; Namba 2012).

1. Optimización del modo, tipo o estrategia de gestión del ventilador

Seis ensayos examinaron el efecto del modo de ventilador en el sueño, a saber: Tres ensayos de ventilación asistida-control (ACV) versus presión ventilación de apoyo (PSV) (Cabello 2008; Parthasarathy 2002; Toublanc 2007), dos ensayos de ventilación asistencial proporcional (PAV) versus PSV (Alexopoulou 2007; Bosma 2007), y un ensayo de ventilación controlada por presión (PCV) versus baja PSV (Andréjak 2013).

Un ensayo, Córdoba-Izquierdo 2013, examinó el efecto de la optimización tipo de ventilador en el sueño.

Un ensayo, Roche-Campo 2013, examinó el efecto de la mecánica versus ventilación espontánea en el sueño.

2. Tapones para los oídos o máscaras para los ojos o ambos.

Se incluyeron ocho ensayos con tapones para los oídos o mascarillas o ambos. Cuatro de estos ensayos compararon el uso de tapones para los oídos versus ningún uso de tapones para los oídos durante las horas regulares de sueño nocturno (Martín 2008; Scotto 2009; Van Rompaey 2012;

Wallace 1998). Un ensayo comparó el uso de tapones para los oídos y máscaras para la vista combinados con música que induce el sueño versus no usar tapones para los oídos, ni máscaras para los ojos ni música (Hu 2010).

Dos ensayos compararon el uso de tapones para los oídos y máscaras para los ojos versus ningún uso de tapones para los oídos y máscaras para los ojos durante la noche (Le Guen 2014; Xie 2011). Un ensayo comparó la melatonina oral, la reducción del sonido auriculares y protectores para los ojos frente a la atención estándar (Foreman 2013).

La duración de las intervenciones varió de una noche, Le Guen. 2014; Martin 2008; Scotto 2009; Wallace 1998, a cuatro noches. (Van Rompaey 2012)

3. Intervención musical

Cinco estudios incluidos en esta revisión utilizaron la intervención musical con música relajante o que induce al sueño, pero los métodos de las intervenciones, frecuencia y duración de la escucha musical, y métodos en el grupo de control varió mucho entre estos ensayos. Un ensayo se comparó la música que induce el sueño en el oído durante 52 minutos grupo de control versus (no música, pero tapones para los oídos y protección ocular usados) (Ryu 2012). Un estudio comparó una escucha de música de 45 minutos.

Intervención versus atención habitual sin música (Su 2013). Un ensayo combinó el uso de tapones para los oídos y máscaras para los ojos con la música versus no usar tapones para los oídos o máscaras para los ojos y no música (Hu 2010). (También contamos este estudio en la categoría de mascarilla para los ojos / tapones para los oídos).

Un ensayo comparó una terapia relajante de 20 minutos versus sentarse y descanso ininterrumpido (Jaber 2007). Un ensayo comparado una intervención musical individualizada (12.30 p.m. a 1.30 p.m. y 8.30 p.m. a 9.30 p.m.) versus la atención habitual durante el período de la estancia en la UCI (Sha 2013).

4. Técnicas de relajación.

Tres ensayos utilizaron técnicas de relajación: Richardson 2003 utilizó una combinación de relajación e imágenes (13 a 18 minutos en longitud); Ruan 2006 utilizó una combinación de relajación, imágenes, y música relajante; Richards 1998 usó una combinación de músculo relajación, imágenes mentales y música (una relajación de 7.5 minutos cinta de audio consistente en música; imágenes guiadas; y relajación muscular.

También incluimos este ensayo bajo la intervención de masaje de espalda (abajo).

5. masaje

a) Masaje de espalda e intervención de relajación. Richards 1998 comparó el efecto de un masaje de espalda y relajación intervención en el sueño con dos grupos diferentes: grupo uno recibió un masaje de espalda de seis minutos; grupo dos recibió una enseñanza sesión sobre relajación y una cinta de audio de 7,5 minutos a la hora de acostarse de relajación muscular, imágenes mentales y fondo relajante música; El grupo tres recibió atención de enfermería habitual. La duración la intervención fue de una noche.

6. La acupresión valeriana.

Chen 2012 comparó la acupresión valeriana en los Shenmen, los puntos de acupuntura de Neiguan y Yongquan frente a la atención habitual; la duración la intervención fue de una noche.

7. Aromaterapia

Borromeo 1998 examinó los efectos de la intervención de aromaterapia. en el sueño

8. Enmascaramiento de sonido

Gragert 1990 comparó el enmascaramiento de sonido (ruido USASI) versus cuidado usual.

9. Intervención de apoyo social e intervención de enfermería.

Gao 2008 comparó el cambio del tiempo de visita en la UCI para los miembros de la familia versus atención convencional con horarios de visita estándar.

Li 2011 comparó un programa de intervención de enfermería utilizando el modelo de adaptación de Roy como guía frente a la atención convencional; la duración de la intervención fue de dos semanas.

Resultados

Dieciséis ensayos utilizaron escalas subjetivas de sueño para medir la calidad del sueño al día siguiente de la intervención, pero las escalas de sueño variaban entre estos juicios: cinco juicios, Richardson 2003; Martin 2008; Scotto 2009; Su 2013; Ryu 2012, utilizó theVerran / Synder-Halpern (VSH (Snyder-Halpern 1987)) Sleep Scale (aunque las versiones de la escala de VSHS utilizada difirió entre estos ensayos y la calificación los métodos eran diferentes); Tres estudios, Borromeo 1998; Gragert 1990; Hu 2010, utilizó el cuestionario de sueño de Richardson-Campbell (RCSQ, un instrumento de analogía visual autoinformado (Richards 2000)); Tres pruebas, Li 2011; Sha 2013; Xie 2011, utiliza un chino versión de la escala del Índice de calidad del sueño de Pittsburgh (PSQI) (Liu 1996); un ensayo, Chen 2012, utilizó el PSQI y Stanford Sleepiness Escala (SSS (Fichten 1995)); un ensayo, Wang 2012, utilizó el Escala de insomnio de Atenas (AIS (Soldatos 2000)) a medida subjetiva calidad de sueño; un ensayo, Le Guen 2014, autoevaluación medida calidad del sueño según la puntuación de Spiegel (Klimm 1987) y Medical Estudio de resultados del cuestionario sobre el sueño (Hays 2005); y dos juicios, Toublanc 2007; Van Rompaey 2012, utilizado percibido por los participantes.

Estudios excluidos

Se excluyeron 27 estudios (ver las Características de los excluidos tablas de estudios). Excluimos estos estudios por las siguientes razones: cuatro ensayos no tuvieron resultados relevantes; 13 ensayos no fueron ensayos controlados aleatorios o cuasialeatorios; en seis estudios, los tipos de participantes no eran relevantes; en dos estudios, el las intervenciones no fueron relevantes; Y dos artículos fueron sistemáticos opiniones.

Estudios en espera de clasificación

Cinco estudios, NCT01607723; NCT01580956; NCT01343095; NCT01061242; Nerbass 2011, están en espera de clasificación. (Por favor Consulte las "Características de los estudios pendientes de clasificación" para más detalles.)

Riesgo de sesgo en los estudios incluidos.

Para obtener detalles de la calificación de 'Riesgo de sesgo' para cada estudio y las razones para cada calificación, consulte las "Características de los estudios incluidos" mesas. Un resumen de los juicios de 'Riesgo de sesgo' por estudio y dominio (generación de secuencias, ocultación de la asignación, cegamiento, los datos incompletos y los informes selectivos se pueden encontrar en la Figura 2 y figura

Asignación

El método de generación de secuencia aleatoria puede haber introducido sesgo en los estudios analizados en esta revisión. Doce estudios proporcionados.

Detalles de los métodos adecuados para la generación de secuencias aleatorias: Richards 1998 utilizó un generador de números aleatorios; Richardson 2003 utilizó el lanzamiento de monedas; Dos ensayos utilizaron una aleatorización por computadora método (Toublanc 2007; Van Rompaey 2012); y tres pruebas utilizó una tabla de números aleatorios (Hu 2010; Li 2011; Namba 2012). Cinco ensayos utilizaron un método que involucraba dibujar lotes / números aleatorios (Andréjak 2013; Chen 2012; Gragert 1990; Martin 2008; Su 2013). Dieciséis estudios declararon que los participantes eran "al azar asignados" pero carecían de descripción sobre el método de secuencia Generación. (Por lo tanto, el riesgo de sesgo no estaba claro). Dos estudios utilizaron métodos inadecuados de generación de secuencias y el riesgo de el sesgo se consideró alto (Wang 2012; Xie 2011).

Cegador

Debido a la naturaleza de las intervenciones, no fue posible personal o participantes ciegos o ambos a la intervención en cualquiera de los estudios incluidos. Por lo tanto, consideramos que todos los estudios fueron con alto riesgo de sesgo de rendimiento y detección por parte de los participantes y personal, aunque observamos que esto era potencialmente menos de un factor para los resultados objetivos (por ejemplo, mortalidad y variables del sueño).

Diecisiete estudios consideraron medidas objetivas del sueño, y nueve de estos estudios, Andréjak 2013; Bosma 2007; Cabello 2008; Córdoba-Izquierdo 2013; Richards 1998; Roche-Campo 2013; Su 2013; Toublanc 2007; Wallace 1998, tuvieron un bajo riesgo de sesgo de rendimiento y detección por los evaluadores de resultados porque registros de sueño de polisomnografía (PSG) (es decir, medidas objetivas de sueño) fueron calificados por un experto que fue cegado a la aleatorización asignación. El riesgo de sesgo para los evaluadores de resultado fue no está claro en seis estudios (Alexopoulou 2007; Chen 2012; Foreman 2013; Jaber 2007; Namba 2012; Parthasarathy 2002), y allá fue un alto riesgo de sesgo para los evaluadores de resultados en un estudio (Le Guen 2014).

Datos de resultados incompletos

No hubo riesgo de sesgo de desgaste en ocho estudios (Alexopoulou 2007; Cabello 2008; Chen 2012; Gragert 1990; Namba 2012; Parthasarathy 2002; Roche-Campo 2013; Su 2013) como los hubo no hay abandonos o pérdidas de seguimiento en estos estudios calificamos a 11 estudios adicionales con un bajo riesgo de sesgo de desgaste como las razones para abandono o pérdida de seguimiento fueron documentados y aceptables (Borromeo 1998; Bosma 2007; Córdoba-Izquierdo 2013; Hu 2010; Le Guen 2014; Richards 1998; Ryu 2012; Scotto 2009; Sha 2013; Toubanc 2007; Van Rompaey 2012). Consideramos cinco los estudios deben tener un alto riesgo de sesgo de desgaste (Andréjak 2013; Jaber 2007; Martin 2008; Richardson 2003; Wallace 1998). Durante seis ensayos, no estaba claro si hubo retiros de participantes (Foreman 2013; Gao 2008; Li 2011; Ruan 2006; Wang 2012; Xie 2011).

Informes selectivos

Para dos estudios (Li 2011; Richardson 2003), parece que el grado de informe selectivo había tenido lugar, y calificamos estos estudios con alto riesgo de sesgo de notificación. Se consideraron 20 ensayos estar en un bajo riesgo de sesgo de informe, y no estaba claro si los ocho ensayos restantes tuvieron riesgo de sesgo de informe.

Otras fuentes potenciales de sesgo

Siete juicios declararon un conflicto de intereses; los otros juicios no lo hicieron declarar un conflicto de intereses, por lo que juzgamos el sesgo potencial para ser "No está claro" ya que no teníamos información suficiente para permitir un juicio.

La mayoría de los ensayos no informaron un cálculo del tamaño de la muestra. Otras fuentes potenciales de sesgo fueron evidentes en un ensayo (Richardson 2003); el autor no reportó las puntuaciones de sueño en el primer día, el segundo día y el tercer día en ambos grupos, pero informaron las medias puntuaciones de sueño en el día uno, el día dos y el día tres por sexo.

Grupo temático combinado y el grupo femenino en un solo grupo y calculó las puntuaciones medias de sueño en ambos grupos. Los resultados mostraron que las puntuaciones medias de sueño de la primera noche (es decir, la línea de base) fueron significativamente diferentes entre los dos grupos. En Chen 2012, la edad media de referencia y la puntuación media de fisiología aguda (APS) puntajes del grupo experimental fueron más altas que los del grupo control. En Córdoba-Izquierdo 2013, la línea de base las puntuaciones de Epworth Sleepiness Scale fueron más altas en el grupo NIVD que en el grupo nivicu. Sha 2013 no evaluó la línea de base de las puntuaciones del PSQI.

1 Resultado primario: variables objetivas del sueño

En resumen, los efectos de las intervenciones no farmacológicas en las mediciones objetivas de la calidad y cantidad del sueño fueron inconsistentes a través de los estudios. En general, calificamos la calidad de la evidencia como muy baja. Las razones para degradar la calidad de la

evidencia varían según el tipo de intervención y se resumen al final de cada subsección a continuación.

a) Modo o tipo de ventilador

Seis ensayos cruzados examinaron los efectos de los modos de ventilación en variables objetivas del sueño en pacientes de UCI (Alexopoulou 2007; Andréjak 2013; Bosma 2007; Cabello 2008; Parthasarathy 2002; Toubanc 2007). Todos estos ensayos midieron el sueño usando PSG, aunque hubo inconsistencia en el método de informar los resultados entre estudios. Debido a la importante heterogeneidad clínica y datos faltantes, no incorporamos estos estudios en una meta análisis. Se calificó la calidad de la evidencia como baja por el efecto del ventilador modo o tipo en variables objetivas de sueño, habiendo bajado de categoría una vez por inconsistencia (los hallazgos difirieron entre los estudios) y una vez por riesgo de sesgo de selección.

b) Tapones para los oídos o mascarillas o ambos

Dos estudios evaluaron el efecto de las máscaras o tapones para los oídos o ambos en las variables objetivas del sueño según lo medido usando PSG 2013; Wallace 1998). Debido a la heterogeneidad clínica en el diseño del estudio. Los resultados de estos estudios no pudieron combinarse estadísticamente.

c) intervención musical

Un estudio examinó los efectos de escuchar música (en comparación con los habituales cuidados) en las variables de sueño PSG en 28 pacientes en UCI (Su 2013). Los autores informaron que los participantes en el grupo de música tenían más cortos etapa dos tiempo de sueño (valor de $P = 0.014$) y mayor etapa tres sueño tiempo (valor de $p = 0,008$) en las primeras dos horas de la noche dormir según lo calculado por análisis de ecuación de estimación generalizada. No existen diferencias estadísticamente significativas en el tiempo total medio de sueño la eficiencia del sueño, y la etapa uno de los tiempos de sueño se informó entre grupos (valor de $p > 0,05$).

Un estudio midió las variables objetivas del sueño según lo medido por BIS (Jaber 2007). El autor reportó una reducción significativamente mayor en BIS en el grupo de intervención musical (media posterior a la prueba = 81, SD = 10) en comparación con el grupo de control (media posterior a la prueba = 94, SD = 5) (valor de $p < 0,01$) se calificó la calidad de la evidencia como muy baja por el efecto de música en variables objetivas del sueño, habiendo bajado de una vez para inconsistencia (hallazgos diferentes entre los estudios), una vez por indirecta (solo se incluyen dos estudios pequeños), y una vez por riesgo de sesgo de selección en Jaber 2007.

d) Técnicas de relajación.

Richards 1998 comparó un masaje de espalda de seis minutos versus relajación intervención más música relajante (relajación muscular combinada, imágenes mentales y cinta de audio) frente a la atención habitual (control).

El estudio midió variables objetivas de sueño utilizando PSG en 69 hombres mayores con enfermedad cardiovascular. Participantes en el backmassage. grupo durmió más de una hora más

que los de la grupo de control (media = 319.82, SD = 48.45 versus media = 257.33, ningún valor significativo reportado).

e) Masaje de pies o baño de pies.

Un estudio de seis participantes comparó el uso de baños de pies a 40 durante 10 minutos antes de comenzar el sueño con el cuidado habitual y medido.

El sueño PSG (Namba 2012). No hubo diferencia significativa en tiempo total de sueño, eficiencia del sueño, tiempo empleado en las etapas de sueño REMor, y fragmentación del sueño (todos los valores de $p > 0,05$).

Se calificó la calidad de la evidencia como muy baja por el efecto de masaje de pies / baño en variables objetivas de sueño, habiendo bajado de categoría una vez por riesgo de sesgo de selección, una vez por indirecta (solo un estudio población), y una vez por imprecisión.

Resultado primario: duración de la estancia en la UCI calificamos la calidad de la evidencia como muy baja para este resultado, haber bajado una vez por riesgo de sesgo de selección, una vez por indirecto (solo una población considerada), y una vez por imprecisión (intervalos de confianza amplios).

a) Tapones para los oídos, mascarillas o ambos.

Hu 2010 examinó el efecto de los tapones para los oídos más las máscaras para los ojos y la inducción del sueño. Música versus atención habitual en la duración de la estancia en la UCI. No diferencia significativa en la duración de la estancia en la UCI se encontró entre grupos (DM = -5,90, IC del 95%: -16,42 a 4,62) (valor de $p > 0,05$).

b) Otras intervenciones

Ningún otro ensayo examinó el efecto de otros fármacos no farmacológicos.

Tipos de intervención en la duración de la estancia en la UCI.

4) Resultado secundario: eventos adversos.

Calificamos la calidad de la evidencia como muy baja para este resultado, haber bajado una vez por riesgo de sesgo de selección, una vez por indirecto (La evidencia se basó únicamente en estudios de ventilador modo o tipo), y una vez por imprecisión (grandes desviaciones estándar reportado en estudios individuales).

b) Otras intervenciones

No se examinaron ensayos de otras intervenciones no farmacológicas eventos adversos.

5) Resultado secundario: delirio.

Calificamos la calidad de la evidencia como baja para este resultado, habiendo rebajado una vez por riesgo de sesgo de selección y una vez por imprecisión (amplios intervalos de confianza. Ver Resumen de hallazgos para la comparación principal).

a) Tapones para los oídos, mascarillas o ambos

Dos estudios examinaron el efecto de los tapones para los oídos o las máscaras para los ojos o ambos sobre el riesgo de delirio (Le Guen 2014; Van Rompaey 2012). Camioneta Rompaey y sus colegas utilizaron el validado Neelon y Champagne escala de confusión (NEECHAM) (Van Rompaey 2008). En LeGuen 2014, el autor no informó el método de evaluación del delirio. Un meta análisis de estos dos estudios mostró que el uso de tapones para los oídos o máscaras para los ojos o ambos disminuyeron significativamente el riesgo de delirio o confusión (cociente de riesgos (RR) 0,55; IC del 95%: 0,38 a 0,80) (valor de $p = 0,002$)

b) Otras intervenciones

No se examinaron ensayos de otras intervenciones no farmacológicas delirio.

c) Intervenciones musicales.

Cuatro estudios de intervención musical informaron la calidad subjetiva del sueño.

Un estudio, Sha 2013, usó la escala de sueño PSQI, y un estudio, Hu 2010, usó una versión china de RSCQ. No pudimos juntar datos de estos estudios, ya que no informaron un total de PSQI posterior a la prueba puntuaciones (Sha 2013), y las escalas de calidad del sueño eran incompatibles (Hu 2010). En Sha 2013, la calidad subjetiva del sueño, el tiempo de sueño, la eficiencia del sueño, y las puntuaciones totales de PSQI se mejoraron significativamente en el grupo de intervención en comparación con el grupo control (P valor <0.05). Adicionalmente, la incidencia del trastorno del sueño en el grupo de intervención musical fue significativamente menor que en el grupo control (valor de $p = 0,036$).

Dos estudios examinaron la calidad subjetiva del sueño utilizando diferentes versiones de la escala de sueño VSH (Ryu 2012; Su 2013). Sin embargo, Ryu 2012 combinó música con el uso de tapones para los oídos y máscaras para los ojos, mientras que Su 2013 no lo hizo; Por esta razón, no pudimos combinar los resultados en un metaanálisis. Ryu 2012 informó que los participantes recibir una intervención musical había mejorado la calidad del sueño en comparación con aquellos que reciben atención habitual (diferencia de medias estandarizada (DME) 0,93; IC del 95%: 0,15 a 1,72; $N = 28$). Del mismo modo, la calidad del sueño era mejorar en los participantes que reciben intervención musical más ojo máscaras y tapones para los oídos versus atención habitual (SMD 1.37, IC 95% 0.79 a 1.94; $N = 58$; Su 2013).

En general, consideramos la calidad de la evidencia del efecto de intervenciones musicales en variables objetivas del sueño como muy bajas, teniendo degradado una vez por inconsistencia (los hallazgos difirieron entre estudios) y dos veces por un alto riesgo de sesgo de selección.

d) Técnicas de relajación.

Un estudio midió la percepción de la calidad del sueño utilizando la VSH escala de sueño (Richardson 2003). No se observaron diferencias entre control y puntuaciones de sueño experimental en el día uno, dos y tres (cada valor de $p > 0,05$; no se informaron valores de la puntuación de sueño media por grupo).

e) Masaje de pies o baño de pies.

En Namba 2012, los participantes afirmaron que dormían bien la noche después de recibir un baño de pies. Un estudio, Wang 2012, de 104 participantes con problemas de sueño en una unidad de cuidados críticos coronarios.

Masaje de pies comparado con la almohada para dormir (ingredientes: chino medicina herbaria) y la calidad de sueño percibida medida con la escala de insomnio de Atenas (AIS). Este estudio encontró que la media las puntuaciones de cambio de AIS en el grupo de intervención fueron más altas que aquellos en el grupo control (media = 1.06, SD = 0.72 versus media = 0,74, SD = 0,61) (valor de $p < 0,05$). Consideramos la calidad de la evidencia del efecto del masaje de pies / baño en objetivo variables de sueño tan bajas, habiendo bajado una vez por indirecta (evidencia basada en dos poblaciones pequeñas) y una vez por riesgo de Sesgo de selección.

f) La acupresión valeriana.

Un estudio de 85 pacientes de la UCI, Chen 2012, comparó la valeriana acupresión en los puntos de acupuntura de Shenmen, Neiguan y Yongquan en comparación con la atención habitual y la calidad subjetiva del sueño medida mediante el escala de somnolencia de Stanford (SSS). Este estudio encontró que, en comparación con el grupo de control, el grupo de acupresión tuvo calificaciones más bajas de SSS (es decir, mejor sueño; media = 2.5, SD = 0.5 versus media = 3.4, SD = 1.1) (valor de $p < 0.001$) y un mayor número de horas de sueño como observado por el personal de enfermería (media = 3.4, SD = 1.7 versus medio = 2.6, SD = 1.5) (valor de $p < 0.05$).

g) aromaterapia

Un estudio comparó la intervención de aromaterapia versus la atención habitual y midió la calidad del sueño percibida por RCSQ (Borromeo 1998).

El estudio no indicó diferencias significativas entre los grupos en puntuaciones de sueño (grupo de intervención: media = 59.84, SD = 2.91; control grupo: media = 63.28, SD = 2.48) (valor de $p > 0.05$). Consideramos la calidad de la evidencia del efecto de la aromaterapia sobre el objetivo. Variables de sueño tan bajas, habiendo bajado una vez por indirecta (evidencia basada en una pequeña población) y una vez por riesgo de sesgo de selección.

h) Enmascaramiento de sonido.

Un estudio de 40 pacientes mayores en una unidad de cuidados críticos evaluó el efecto del enmascaramiento del sonido en la calidad subjetiva del sueño medida por RCSG y observación de enfermería (Gragert 1990). Los resultados indicados de una diferencia significativa en la SEI media entre la intervención grupo y el grupo de control (75% versus 61%; valor de $p = 0.016$), un mayor tiempo total de sueño (308.70 minutos versus 249.5 minutos, valor de $P = 0.012$), y un tiempo de latencia de sueño reducido (35.12 minutos versus 102,60 minutos, valor de $p = 0,000$). Participantes tuvieron menos dificultad para volver a dormir (79.90 contra 58.35, valor de $p = 0,005$) e impresiones subjetivas más bajas del ruido nivel durante la noche (90.85 versus 38.40, valor de $p = 0.000$) en el grupo de intervención en comparación con el grupo control. Nosotros consideró la calidad de la evidencia del efecto del enmascaramiento del sonido en variables

objetivas de sueño tan bajas, habiendo bajado de una vez para indirectidad (evidencia basada en una pequeña población) y una vez por riesgo de sesgo de selección.

7. Resultado secundario: trastorno de estrés postraumático

Ninguno de los estudios incluidos examinó el TEPT.

8. Resultado secundario: satisfacción de los participantes.

a) Intervenciones musicales

Un ensayo informó que cinco participantes no completaron el estudio porque rechazaron o se resintieron con la musicoterapia (Jaber 2007).

b) Otras intervenciones

Ningún ensayo examinó el efecto de otros fármacos no farmacológicos.

Tipos de intervención sobre satisfacción del participante.

9. Resultado secundario: resultados económicos.

Ninguno de los estudios incluidos examinó los resultados económicos.

DISCUSION

Resumen de los principales resultados.

Se incluyeron intervenciones no farmacológicas, como el ventilador.

Modos y tipo, tapones para los oídos o mascarillas o ambos, masaje, relajación.

Técnicas, baños de pies, intervenciones musicales, intervenciones de enfermería.

La acupresión valeriana, la aromaterapia y el uso del sonido.

Enmascaramiento, en esta revisión. Treinta estudios, con un total de 1569 adultos participantes, fueron elegibles para su inclusión, tres de los cuales proporcionaron datos adecuados para el metanálisis (los tres estudios evaluaron el uso de tapones para los oídos o mascarillas o ambos).

Los resultados incluyeron objetivo resultados del sueño (medidos por polisomnografía (PSG), bispectral Índice (BIS), o ActiGraph), calidad y cantidad de sueño subjetivo por evaluación participante u observación de enfermería, riesgo de delirio durante la estancia en la unidad de cuidados intensivos (UCI), satisfacción de los participantes, duración de la estancia en la UCI y eventos adversos.

En general, calificamos la calidad de la evidencia del efecto de ventilador como describe en variables objetivas de sueño como bajas. Del mismo modo, el Calidad de la evidencia de un efecto de las intervenciones musicales en el objetivo.

Las variables de sueño fueron muy bajas, con solo dos estudios que contribuyeron datos relevantes, que no se pudieron agrupar debido a la heterogeneidad clínica.

Los dos estudios incluidos informaron resultados contrastantes: En un estudio, Jaber 2007, las intervenciones musicales aparecieron efectivas.

En la reducción del BIS con una diferencia de 13 puntos entre grupos.

Sin embargo, Su 2013 no informó ningún efecto de las intervenciones musicales en resultados del sueño PSG. Solo un estudio incluido, Hu 2010, incorporó la longitud de la UCI permanecer como

un resultado (un resultado secundario para esta revisión). No se encontró un efecto significativo de los tapones para los oídos más las máscaras en la longitud. de la estancia en la UCI. Calificamos la calidad general de la evidencia para esto el resultado es muy bajo. Ninguna de las intervenciones examinadas en esta revisión se evaluaron en relación con el efecto sobre la mortalidad.

Integridad general y aplicabilidad de evidencia.

La revisión incluyó 29 ensayos controlados aleatorios (ECA) y un cuasi-RCT. Por el escaso número de estudios por intervención. y los diferentes resultados utilizados en los estudios, podríamos no ser incorporados muchos estudios en meta análisis en esta revisión.

Encontramos evidencia muy limitada que apoya la no farmacológica intervenciones, como masajes, acu presión, relajación de imágenes, intervención de enfermería y apoyo social. La mayoría de estos ensayos tuvieron muestras pequeñas y ninguno de los ensayos medidos a más largo plazo resultados clínicos.

Calidad de la evidencia.

Un gran número de los estudios incluidos tenían un riesgo incierto o alto del sesgo de asignación como métodos de generación de secuencia aleatoria, ocultamiento de la asignación o ambos a menudo se informaron de manera inadecuada o inapropiado Además, cegamiento de participantes y personal. a menudo no era posible para tratamientos no farmacológicos, como el masaje, el uso de tapones para los oídos y máscaras para los ojos, imágenes, relajación, la musicoterapia, o el apoyo social. Como muchos de los juicios en esta revisión se incluyó resultados subjetivos, como el sueño subjetivo puntajes, hubo un alto riesgo de sesgo de rendimiento asociado con muchos de los estudios.

Posibles sesgos en el proceso de revisión.

Nuestro objetivo fue determinar si una hubo gama no farmacológicos y si las intervenciones fueron efectivas para la promoción del sueño en pacientes de UCI.

Desarrollamos nuestra estrategia de búsqueda para cubrir tantos términos como sea posible. Buscamos en todas las bases de datos disponibles, verificamos la referencia listas de todos los ensayos relevantes, e incluyeron ensayos sin restricción de lenguaje tanto para estudios publicados como no publicados.

Acuerdos y desacuerdos con otros estudios o revisiones

Las intervenciones musicales han sido citadas como medidas útiles para mejorar el estado de ánimo y reducir la ansiedad en pacientes con cardiopatía coronaria. (Bradt 2009) y pacientes con ventilación mecánica (Bradt 2010) y para reducir el dolor en pacientes con cáncer (Bradt 2011). En una sistemática revisión (de Niet 2009), la relajación asistida por música tuvo un moderado efecto en la calidad del sueño de los participantes con quejas del sueño, posiblemente a través del efecto sobre los resultados psicológicos (por ejemplo, asistiendo la relajación para los pacientes de la UCI). Estos hallazgos son apoyados por los de una revisión sistemática Cochrane, que sugirió que la música la escucha puede tener un gran efecto reductor de la ansiedad mecánicamente.

AUTHORS: CONCLUSIONS

Implicaciones para la Práctica

La ventilación mecánica es un factor importante que contribuye al sueño privación. En esta revisión, varios estudios investigaron los efectos de los modos de ventilación en los resultados del sueño, aunque no pudimos realizar meta análisis de estos estudios. Había alguna evidencia de estudios individuales para sugerir que la ventilación controlada por presión modo, modo de ventilación asistido-control, y proporcional el modo de ventilación asistida puede mejorar la cantidad o calidad del sueño o ambos comparados con el modo de ventilación con presión de soporte. Sin embargo, notamos algunos hallazgos inconsistentes entre los estudios, y calificó la calidad general de la evidencia como muy baja.

Implicaciones para la investigación

La calidad de la evidencia existente relacionada con el uso de medicamentos no farmacológicos intervenciones para la promoción del sueño en pacientes de la UCI es bajo o muy bajo Si bien estas intervenciones son a menudo difíciles de evaluar en el entorno de la UCI y algunas de las dificultades metodológicas (por ejemplo, el cegamiento) se relaciona con la naturaleza de las intervenciones, nosotros debemos tener varias recomendaciones para futuras investigaciones en esta área.

En general, los estudios futuros deben garantizar lo siguiente:

- 1.** Proporcionar cálculos de potencia para que los tamaños de muestra adecuados sean utilizado y, cuando sea posible, utilizar un tamaño de muestra de los participantes tan grande como sea factible
- 2.** Asegurar bajo riesgo de sesgo a través de metodologías rigurosas. Desarrollo y reporte, por ejemplo, los ensayos deben utilizar métodos confiables de ocultación de la asignación, y métodos del cegamiento debe ser lo más robusto posible. Es esencial que el juicio.
Los métodos de diseño y los resultados se informan mejor, incluidos métodos de aleatorización, pérdida de seguimiento y detalles de medidas de resultados pre especificadas.
- 3.** Incluir una evaluación de los resultados relacionados con el sueño utilizando polisomnografía, que representa el estándar de oro del sueño medición; Son relativamente pocos los estudios publicados que utilizan esta técnica.
- 4.** Los resultados deben centrarse no solo en los resultados del sueño sino también en los resultados clínicos, como la mortalidad, la incidencia de eventos adversos, o el riesgo de delirio o trastorno de estrés postraumático. Mayor Inclusión de resultados relacionados con la satisfacción del participante, duración de la estancia en la UCI, o la economía de la salud también sería deseable.
- 5.** Incluir una escala de sueño validada para medir el sueño subjetivo calidad. (Se requiere un instrumento de consenso validado para comparación de estudios en diferentes países.)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alexopoulou 2007 *{published data only}* Alexopoulou C, Kondili E, Vakouti E, Klimathianaki M, Prinianakis G, Georgopoulos D. Sleep during proportionalassist ventilation with load-adjustable gain factors in critically ill patients. *Intensive Care Medicine* 2007;**33**(7): 1139–47. MEDLINE: 17458541

Andréjak 2013 *{published data only}* Andréjak C, Monconduit J, Rose D, Toublanc B, Mayeux I, Rodenstein D, et al. Does using pressure-controlled ventilation to rest respiratory muscles improve sleep in ICU patients?. *Respiratory Medicine* 2013;**107**(4):534–41. PUBMED: 23391488]

Borromeo 1998 *{unpublished data only}* Borromeo AR. The effect of aromatherapy on the patient outcomes of anxiety and sleep quality in coronary care unit patients [PhD thesis]. USA: Texas Woman’s University 1998. ProQuest document ID: 732929911]

Bosma 2007 *{published data only}* Bosma K, Ferreyra G, Ambrogio C, Pasero D, Mirabella L, Braghiroli A, et al. Patient-ventilator interaction and sleep in mechanically ventilated patients: pressure support versus proportional assist ventilation. *Critical Care Medicine* 2007; **35**(4):1048–54. MEDLINE: 17334259

Cabello 2008 *{published data only}* Cabello B, Thille AW, Drouot X, Galia F, Mancebo J, d’Ortho M, et al. Sleep quality in mechanically ventilated patients: comparison of three ventilatory modes. *Critical Care Medicine* 2008;**36**(6):1749–55. MEDLINE: 18496373

Chen 2012 *{published data only}* Chen JH, Chao YH, Lu SF, Shiung TF, Chao YF. The effectiveness of valerian acupressure on the sleep of ICU patients: a randomized clinical trial. *International Journal of Nursing Studies* 2012;**49**(8):913–20. PUBMED: 22391336]

Córdoba-Izquierdo 2013 *{published data only}* Córdoba-Izquierdo A, Drouot X, Thille AW, Galia F, Roche-Campo F, Schortgen F, et al. Sleep in hypercapnic critical care patients under noninvasive ventilation: conventional versus dedicated ventilators. *Critical Care Medicine* 2013;**41**(1):60–8. MEDLINE: 23222258

Foreman 2013 *{published data only}* Foreman B, Claassen J, Bazil C. Melatonin, light & noise reduction to improve sleep in the neurological intensive care unit (Abstract).. Poster session presented at 65th annual meeting of the American Academy of Neurology (AAN).2013 March 16-23; San Diego, California. EMBASE: 71129510]

ANEXO n° 4

NOMBRE DEL ARTÍCULO
INTERVENCIONES NO FARMACOLÓGICAS PARA LA PROMOCIÓN DEL SUEÑO
EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
PROGRAMA DE LECTURA CRÍTICA CASPe
Leyendo críticamente la evidencia clínica

10 preguntas para ayudarte a entender una revisión

Comentarios generales

• Hay tres aspectos generales a tener en cuenta cuando se hace lectura crítica de un estudio de Casos y Controles:

¿Son válidos los resultados del estudio?

¿Cuáles son los resultados?

¿Pueden aplicarse en tu medio?

Las 10 preguntas de las próximas páginas están diseñadas para ayudarte a pensar sistemáticamente sobre estos aspectos. Las dos primeras preguntas son preguntas "de eliminación" y se pueden responder rápidamente. Sólo si la respuesta es "sí" en ambas, entonces merece la pena continuar con las preguntas restantes.

- Puede haber cierto grado de solapamiento entre algunas de las preguntas.
- En itálica y debajo de las preguntas encontrarás una serie de pistas para contestar a las preguntas. Están pensadas para recordarte por que la pregunta es importante. ¡En los pequeños grupos no suele haber tiempo para responder a todo con detalle!
- Estas 10 preguntas están adaptadas de: Oxman AD, Guyatt GH et al, Users' Guides to The Medical Literature, VI How to use an overview. (JAMA 1994; 272 (17): 1367-1371)
- Estas 10 preguntas están adaptadas de: Oxman AD, Guyatt GH et al, Users' Guides to The Medical Literature, VI How to use an overview. (JAMA 1994; 272 (17): 1367-1371)

El marco conceptual necesario para la interpretación y el uso de estos instrumentos puede encontrarse en la referencia de abajo o/y puede aprenderse en los talleres de CASPe:

Juan B Cabello por CASPe. Lectura crítica de la evidencia clínica. Barcelona: Elsevier; 2015. (ISBN 978-84-9022-447-2)

Esta plantilla debería citarse como: Cabello, J.B. por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender una Revisión Sistemática. En: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2005. Cuaderno I. p.13-17.

A/ ¿Los resultados de la revisión son válidos?

Preguntas de eliminación

<p>1 ¿Se hizo la revisión sobre un tema claramente definido?</p> <p>PISTA: Un tema debe ser definido en términos de</p>	<p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> SÍ NO SÉ NO </p>
<p>- La población de estudio.</p>	<p>Pacientes adultos críticamente enfermos con estado hemodinámico estable que fueron ingresados en unidades de cuidados intensivos o unidades de cuidados críticos y tenían una longitud de estancia de más de 24 horas.</p>
<p>- La intervención realizada.</p>	<p>Búsqueda electrónica en diferentes bases de datos.</p>
<p>- Los resultados ("outcomes") considerados.</p>	<p>Resultados primarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambios en las variables objetivas del sueño que incluye Índice de eficiencia del sueño, movimiento rápido de los ojos, Tiempo, latencia del sueño e índice de fragmentación del sueño. • Duración de la estancia en la UCI. <p>Resultados secundarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cualquier reacción o evento adverso. • Riesgo de delirio durante la estancia en la UCI. • Cambios en la calidad o cantidad subjetiva del sueño. <p>Por informe del participante u observación médica o de enfermería.</p> <p>Riesgo de trastorno por estrés postraumático una vez dado de alta del hospital.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Satisfacción del participante (según lo informado por los autores del estudio). • Resultados económicos.
<p>2 ¿Buscaron los autores el tipo de artículos adecuado?</p> <p>PISTA: El mejor "tipo de estudio" es el que:</p> <p>- Se dirige a la pregunta objeto de la revisión.</p>	<p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> SÍ NO SÉ NO </p> <p>Incluyeron ensayos controlados aleatorios (ECA) y ensayos controlados cuasi aleatorios que evaluaron los efectos de las intervenciones no farmacológicas.</p>

- Tiene un diseño apropiado para la pregunta.	Es apropiado por ser revisiones sistemáticas que han resaltado los beneficios de los fármacos no farmacológicos y sus intervenciones para mejorar el sueño en diferentes pacientes y poblaciones.
---	---

¿Merece la pena continuar?

Preguntas de detalle

<p>3 ¿Crees que estaban incluidos los estudios importantes y pertinentes?</p> <p>PISTA: Busca</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>Qué bases de datos bibliográficas se han usado.</p>	<p>Se realizaron búsquedas en el Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados (CENTRAL, 2014, Número 6), MEDLINE (OVID, 1950 a junio de 2014), EMBASE (1966 a junio de 2014), CINAHL (Cumulative Index de Enfermería y Afines de la Bibliografía de Salud de 1982 a junio 2014), Institute for Scientific Information (ISI) web of Science (1956 a junio de 2014), CAM en PubMed (1966 a junio de 2014), Alt HealthWatch (1997 a junio de 2014), PsycINFO (1967 hasta junio de 2014), la china Biological Base de Datos de Medicina (CBM-disco de 1979 a junio de 2014), y la Infraestructura Nacional china de conocimiento (base de datos CNKI de 1999 a junio de 2014). También se buscó en las siguientes repositorios y registros y junio de 2014: ProQuest Disertaciones y Tesis globales, los Institutos Nacionales de Salud de ensayos en curso Registro (www.clinicaltrials.gov), la meta Registro de Ensayos Controlados (ISRCTN Registro) (www.controlled-trials.com), la Clínica china Registro de ensayo (www.chictr.org.cn), Los Registros de Ensayos Clínicos-India (www.ctri.nic.in), El Informe Literatura Gris de la Academia de Medicina de la Biblioteca de Nueva York (www.greylit.org), OpenGrey (www.opengrey.eu), Y la Organización Mundial de la Salud Internacional. Ensayos clínicos plataforma de Registro (www.who.int/trialsearch). Se realizaron búsquedas manuales en revistas de cuidados críticos y listas de referencias y contacto con los expertos pertinentes para identificar datos no publicados pertinentes.</p>
- Seguimiento de las referencias	Si hubo seguimiento de referencias bibliográficas al mencionar las fechas de la búsqueda.

- Contacto personal con expertos.	Existe contacto personal es revisión sistemática, algunos lograron contactarlos y otros no respondieron.
- Búsqueda de estudios no publicados.	Los autores han Incluido todos los estudios, publicados o no publicados, en cualquier idioma.
- Búsqueda de estudios en idiomas distintos del inglés	En todos los idiomas, incluidos en chino.
<p>4 ¿Crees que los autores de la revisión han hecho suficiente esfuerzo para valorar la calidad de los estudios incluidos?</p> <p>PISTA: Los autores necesitan considerar el rigor de los estudios que han identificado.</p> <p>La falta de rigor puede afectar al resultado de los estudios ("No es oro todo lo que reluce" El Mercader de Venecia. Acto II)</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí NO SÉ NO</p> <p>Si fue necesario ya que mencionan que dos autores (HRF, LYP) evaluaron de forma independiente la calidad de todos los ensayos incluidos como se describe en el Manual Cochrane para la Evaluación Sistemática Revisiones de Intervenciones (Higgins 2011). Evaluamos la Calidad metodológica de todos los ensayos sobre la base de los siguientes seis dominios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Generación de secuencia aleatoria; • Ocultación de la asignación; • Cegamiento de los participantes, el personal y los evaluadores de resultados; • Datos de resultados incompletos; • Información selectiva; y • Otras fuentes de validez.
<p>5 si los resultados de los diferentes estudios han sido mezclados para obtener un resultado "combinado", ¿era razonable hacer eso?</p> <p>PISTA: Considera si</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí NO SÉ NO</p>
- Los resultados de los estudios eran similares entre sí	Ninguno fue similar porque en primer lugar, exploraron la heterogeneidad clínica mediante la evaluación de la clínica y características metodológicas de los estudios incluidos ejemplo, diseño del ensayo, características de los participantes, intervención, o medición de resultados). Si agrupamos datos de múltiples estudios, evaluamos formalmente la heterogeneidad utilizando la estadística I ² (Higgins 2011) y por inspección visual de las parcelas forestales. Consideraron la estadística de Chi ² con un valor de p <0,10 o una inconsistencia entre estudios (estadística I ²) superiores al 50% como evidencia de heterogeneidad relevante.

- Los resultados de todos los estudios incluidos están claramente presentados.	Sí, porque primero presentan su diagrama de selección y posteriormente las características de los estudios incluidos [ordenados por ID de estudio) con su respectivo autor y año.
- Están discutidos los motivos de cualquier variación de los resultados	Sí, porque mencionan que enviaron correo electrónico a algunos autores para aclarar ciertas dudas, respondiendo como algunos no respondieron, dejando en duda el sesgo que presentaron.

B/ ¿Cuáles son los resultados?

<p>6 ¿Cuál es el resultado global de la revisión?</p> <p>PISTA: Considera</p> <p>- Si tienes claro los resultados últimos de la revisión.</p>	<p><u>Lo que los autores declaran:</u> En general, la calidad de la evidencia de un efecto de las intervenciones en cualquiera de los resultados fue baja o muy baja. Normalmente, nos gustaría probar para poner en común los resultados de ensayos similares de cada intervención, pero esto era difícil, ya que el diseño de los ensayos varió considerablemente. Hemos sido capaces de combinar los resultados de tres ensayos de tapones para los oídos y antifaces y encontramos que su uso se incrementó el número de horas de sueño y evitó que el delirio en los adultos en la UCI. Sin embargo, no podemos estar seguros acerca de estos hallazgos debido a problemas con la forma en los ensayos se llevaron a cabo.</p>
<p>- ¿Cuáles son? (numéricamente, si es apropiado).</p>	<p>a) cuatro estudios que la música puede mejorar la calidad subjetiva del sueño.</p> <p>b) Un bajo número de estudios encontró que las técnicas de relajación, masaje de pies, acu presión, de enfermería o de intervención social y de enmascaramiento de sonido puede proporcionar pequeñas mejoras en la calidad del sueño.</p> <p>c) Sólo un estudio midió la duración de la estancia en la UCI y no encontró ningún efecto significativo de tapones para los oídos más máscaras de ojos.</p>
<p>- ¿Cómo están expresados los resultados? (NNT, odds ratio, etc.).</p>	<p>En CI, valor p, I^2, Chi^2 además de utilizamos los índices de riesgo (RR) con IC</p>
<p>7 ¿Cuál es la precisión del resultado/s?</p> <p>PISTA: Busca los intervalos de confianza de los estimadores.</p>	<p>La base para el riesgo asumido es la mediana del riesgo del grupo de control entre los estudios. El riesgo correspondiente (y su intervalo de confianza del 95%) se basa en el riesgo asumido en el grupo de comparación y el efecto relativo de la intervención (y su IC del 95%). ACV: ventilación de control de asistencia; IC: intervalo de confianza; GRADO:</p>

	<p>Calificación de Evaluación de Recomendaciones, Desarrollo y Evaluación; UCI: unidad de cuidados intensivos; NA: no aplicable; PAV: ventilación asistida proporcional; PSV: ventilación con presión de apoyo; Trastorno de estrés postraumático: trastorno de estrés postraumático; RR: ratio de riesgo; SEI: Índice de eficiencia del sueño; REM: rápido movimiento ocular del sueño; SFI: índice de fragmentación del sueño.</p>
--	--

C/¿Son los resultados aplicables en tu medio?

<p>8 ¿Se pueden aplicar los resultados en tu medio?</p> <p>PISTA: Considera si</p> <p>- Los pacientes cubiertos por la revisión pueden ser suficientemente diferentes de los de tu área.</p>	<p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Si NO SÉ No </p> <p>Sí, porque mi objetivo es identificar las intervenciones de enfermería que favorecen la necesidad de descanso-sueño en pacientes ingresados en unidad de cuidados intensivos.</p>
<p>Tu medio parece ser muy diferente al del estudio.</p>	<p>No, porque me ayuda a responder mi pregunta planteada: ¿Qué intervenciones de enfermería favorecen la necesidad de descanso-sueño en pacientes ingresados en unidad de cuidados intensivos?</p>
<p>9 ¿Se han considerado todos los resultados importantes para tomar la decisión?</p>	<p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Sí NO SÉ NO </p> <p>Presentan dos tipos de resultados:</p> <p>Resultados primarios</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambios en las variables objetivas del sueño (medido por polisomnografía, ActiGraph o índice biespectral), que incluye Índice de eficiencia del sueño (SEI), movimiento rápido de los ojos (REM) Tiempo, latencia del sueño REM e índice de fragmentación del sueño. • Duración de la estancia en la UCI. • Mortalidad. <p>Resultados secundarios</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cualquier reacción o evento adverso. • Riesgo de delirio durante la estancia en la UCI. • Cambios en la calidad o cantidad subjetiva del sueño, medida. <p>Por informe del participante u observación médica o de enfermería.</p> <p>Riesgo de trastorno por estrés postraumático (TEPT) una vez dado de alta del hospital.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Satisfacción del participante (según lo informado por

	los autores del estudio). • Resultados económicos.
10 ¿Los beneficios merecen la pena frente a los perjuicios y costes?	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">SÍ</div> <div style="text-align: right;">NO</div> </div> <p>Porque, todas estas intervenciones descritas en los ensayos servirán para aplicarlos en mi medio.</p>
Aunque no esté planteado explícitamente en la revisión, ¿qué opinas?	<p>Que no todos los ensayos midieron todos los resultados relevantes para esta revisión.</p> <p>Los estudios incluidos examinaron los resultados objetivos del sueño o subjetivos los resultados del sueño o ambos, sin embargo opino como los autores que se debe continuar investigando.</p>