



FACULTAD DE ENFERMERIA NO. 2
POSGRADO DE ENFERMERIA
ESPECIALIDAD DE ENFERMERIA EN CUIDADOS INTENSIVOS
GENERACION 2018-2020

TESIS

TITULO:
SATISFACCION DEL SUEÑO Y DESCANSO DEL PACIENTE EN LA
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS EN UN HOSPITAL DE
SEGUNDO NIVEL DE ATENCION EN ACAPULCO GUERRERO

PRESENTA:
JESÚS ARTURO SOLANO SALDÍVAR TAPIA

ASESOR INTERNO

M.C.E NORMA ANGÉLICA BERNAL PÉREZ TEJADA

ASESOR EXTERNO

M.C.E IMELDA VILLEGAS LELOVSKA

ACAPULCO DE JUAREZ, GRO.

AGRADECIMIENTOS

Extiendo mi agradecimiento a todas y cada una de las personas que me apoyaron y orientaron en el desarrollo de la tesis, mis asesoras la **M.C.E Norma Angélica Bernal Pérez Tejada** y la **M.C.E Imelda Villegas Lelovska**, mis maestros **M.C. Miguel Ángel Cuevas Budhart** y la **M.C.E. Elena Zúñiga Onorato**, así como al **DR. Oscar Cabrera Avendaño**, pues fueron no solo un gran apoyo si no también un gran ejemplo.

Pero el mayor agradecimiento es para mi compañera de vida **Kenia Lizeth Vazquez Vargas** quien me impulso a seguir adelante con mis proyectos y me ha acompañado sin importar los obstáculos.

RESUMEN

El sueño en el paciente crítico debe ser considerado una necesidad primordial dentro de su proceso de recuperación, en la actualidad el ambiente de las terapias intensivas adultos son un medio muy agresivo para el paciente crítico, generando diversas complicaciones conforme aumenta su tiempo de estancia al interior del servicio.

El paciente es atacado tanto de manera fótica como sonora debido a los diversos aparatos tecnológicos que lo rodean, a su vez la invasión a su privacidad sufrida por parte del personal médico y paramédico del servicio son parte de algunos de los factores que contribuyen a la disminución en la calidad del sueño y descanso de los pacientes en estado crítico.

Objetivo: Determinar la satisfacción del sueño y descanso en los pacientes del área de terapia intensiva adultos en el hospital general ISSSTE de Acapulco.

Se obtuvo una muestra de 9 pacientes a quienes se les aplicó el cuestionario de Richards-Campbell, encontrando que la percepción del sueño en su mayoría es buena a pesar de los despertares frecuentes, también vemos una concordancia en pacientes de corta estancia o dentro de los primeros días de permanencia en la UCI en cuanto al sueño malo, por lo cual es importante que el personal de enfermería tome como herramienta cotidiana la valoración de la percepción del sueño y descanso.

PALABRAS CLAVE:

Sueño, descanso, cuidados intensivos

ABSTRACT

Sleep in the critical patient should be considered a primary need in their recovery process, currently the environment of adult intensive therapies is a very aggressive environment for the critical patient, generating various complications as their time to stay inside increases from service.

The patient is attacked both in a photographic and audible manner due to the various technological devices that surround him, in turn the invasion of his privacy suffered by the medical and paramedical staff of the service are part of some of the factors that contribute to the decrease in the quality of sleep and rest of patients in critical condition.

Objective: To determine sleep and rest satisfaction in patients in the adult intensive care area at the ISSSTE general hospital in Acapulco.

A sample of 9 patients who were given Richards-Campbell's questionnaire were obtained, finding that the perception of sleep is mostly good despite frequent awakenings, we also see a match in short-lived or within- the first days of staying in the ICU in terms of bad sleep, so it is important that nurses take as a daily tool the assessment of the perception of sleep and rest.

KEYWORDS:

Sleep, rest, intensive care

INDICE

1. INTRODUCCION	6
2. MARCO TEÓRICO	7
2.1 Conceptos de enfermería	7
2.2 Fisiología del sueño	7
2.3 Causas de la privación del sueño	9
2.4 Efectos de la privación del sueño	12
2.5 Síndrome UCI	12
3. JUSTIFICACION	13
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
5. OBJETIVOS	15
5.1 General	15
5.2 Específicos	15
6. HIPOTESIS.....	15
7. METODOLOGÍA.....	16
7.1 Tipo de estudio	16
7.2 Unidad de estudio	16
7.3 Universo o población	16
7.4 Criterios de inclusión	16
7.5 Criterios de exclusión.....	16
7.6 Criterios de eliminación.....	16
7.7 Variables del estudio	17
7.8.1 Método de recolección de datos	18
8. ASPECTOS ETICO - LEGALES DEL ESTUDIO	19
9. RESULTADOS	23
10. CONCLUSIONES.....	23
11. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	25
12. ANEXOS.....	27

1. INTRODUCCION

El sueño es definido por Akerstedt y colaboradores 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 organismo.

(Akerstedt T, 2003)¹

Ello debido a que modula el sistema inmunológico y controla una gran cantidad de procesos fisiológicos, como la temperatura, el pulso, la tensión arterial y la secreción hormonal. (Basco L, 2010)²

El sueño del paciente crítico debe ser considerado una necesidad de reposo, ligada claramente al confort y al bienestar de los pacientes.

En las unidades de cuidado intensivo ningún profesional puede desconocer el medio agresivo a que se expone el paciente crítico y las necesidades insatisfechas, como lo es el sueño.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Conceptos de enfermería

Dormir debe de ser considerado una prioridad dentro de los cuidados de enfermería, y ha sido descrito como una de las 14 necesidades a satisfacer, según Virginia Henderson, quien lo describe como: “El sueño y el descanso son necesidades básicas e imprescindibles de la persona por las importantes funciones reparadoras que ejercen en el organismo, contribuyendo a la salud física y psicológica del mismo”. (Achury Saldaña DM, 2014-16)³

Además de los 11 patrones de Marjory Gordon, identifican el dormir como una necesidad o patrón a satisfacer, es porque esto tiene que llamar la atención de los profesionales e ingresarlo dentro de sus planes de cuidados, para poder satisfacerlo. No puede ser menos importante durante el curso de la enfermedad crítica, ya que el rol de la enfermera es cuidar y de la mejor manera. (Gomez Giraldo & Correa Mira, 2018)⁴

La importancia del buen descanso simboliza un impacto para el sistema de salud en costo-beneficio, complicación en salud y calidad de vida.

2.2 Fisiología del sueño

La palabra sueño se deriva del latín “**somnum**” y su raíz original se conserva en las palabras somnífero, somnoliento y sonámbulo. Según el Diccionario de la Real Academia Española, sueño, significa el acto de dormir como el deseo de hacerlo y ensueño equivale al acto de soñar, es la representación onírica de quien duerme.

El adjetivo onírico proviene del griego “**ónar**” que significa ensueño. Soñar es la representación mental de imágenes, sonidos, pensamientos y sensaciones durante el sueño generalmente de forma involuntaria.

El sueño, como lo concebimos diariamente, se lo puede definir como un estado normal, recurrente y reversible de disminución de la percepción y de la capacidad de respuesta al medio ambiente. (Silber MH, 2004)⁵

En una persona normal adulta joven, el promedio de sueño es de 8 horas diarias con 16 horas de vigilia; el sueño, cuenta con 2 fases perfectamente definidas, la etapa de descanso se genera en el sueño NREM o de ondas lentas que tiene 4 etapas:

Etapa I, de somnolencia o adormecimiento, caracterizada por la desaparición del ritmo alfa y aplanamiento del registro con ondas theta (47 HZ) mezcladas y ondas vértex al término de ésta.



Etapa II, con la aparición de actividad beta (mayor de 13 HZ), husos de sueño y complejos K.



Etapa III, donde se observan ondas lentas thetas con mayor frecuencia (más del 50%) que deltas (entre 7 a 4 HZ).



Etapa IV, de ondas deltas (de 0 a 4 HZ).



Siendo la etapa III y IV las más importantes para el descanso. (Adler CH, 2005)⁶

2.3 Causas de la privación del sueño

Se han descrito diferentes factores tanto predisponentes como precipitantes asociados con la privación del sueño en la UCI, de los que destacan:

Predisponentes:

- **Edad:**

Las horas de sueño al día varían decrecientemente a medida que aumenta la edad del individuo. El envejecimiento está relacionado con un incremento en los despertares nocturnos, dificultad para conciliar el sueño, reducción de las últimas fases del sueño no REM, disminución de la eficiencia del sueño y mayor fragilidad en el mantenimiento del ritmo circadiano. Se ha postulado que los sistemas biológicos cambian durante el proceso de envejecimiento, pues aparece el estrés y se altera el sueño, aumenta con la edad el número de despertares nocturnos y siestas diurnas y, así mismo, se incrementa el número de siestas y su duración antes de los 75 años, lo que da lugar a un mayor tiempo total de sueño. (Aurell J, 1985)⁷

Teniendo en cuenta lo anterior y la distribución de la pirámide poblacional, donde los adultos ocupan la mayor proporción de la población, es de gran importancia priorizar el desarrollo de intervenciones como parte del plan de atención de enfermería, que promuevan un mejoramiento del patrón de sueño en el paciente adulto mayor hospitalizado en las UCI.

- **Dolor:**

Es uno de los factores generadores de estrés en el ambiente hospitalario. Los síndromes de dolor crónico producen importantes alteraciones en la continuidad del sueño. (Carrillo Esper R, 2017)⁸

- **Agentes farmacológicos:**

Los medicamentos administrados con frecuencia en este grupo de pacientes, como benzodiazepinas, propofol y opioides, se relacionan estrechamente con alteraciones en los patrones fisiológicos de sueño. (Carrillo Esper R, 2017)⁸

- **Psicológicos:**

La ansiedad y la depresión afectan a la capacidad para dormir. La primera impide el sueño y disminuye las etapas 4 no REM y REM, porque aumentan las concentraciones de norepinefrina, adrenalina y corticoides. (Freedman NS, 2001)⁹

- **Enfermedad:**

En diferentes estudios se ha demostrado que la gravedad de la enfermedad está relacionada con alteraciones del sueño en pacientes críticamente enfermos. Se observó que al aumento en el puntaje de APACHE II correlaciona de manera muy estrecha con mayor índice de despertar, menor tiempo de sueño y disminución del sueño de ondas lentas en comparación con voluntarios sanos. (Carrillo Esper R, 2017)⁸

Precipitantes:

- **Intervenciones terapéuticas:**

A pesar de los modernos y complejos equipos de monitoreo, se producen un promedio de 41 a 52 interacciones personal de salud-paciente durante la noche, con promedio de 8 intervenciones por hora, la mayor parte debida a ajuste en las infusiones endovenosas, administración de medicamentos, aplicación de escalas de enfermería y determinación de signos vitales, todo ello interrumpe el sueño con la consiguiente alteración de éste. (Gabor JY, 2003)¹⁰

- **Ventilación mecánica:**

La ventilación mecánica en la UCI tiene varios objetivos, como mejorar el intercambio gaseoso y mantener en reposo los músculos respiratorios, estas dos condiciones generalmente se dan durante el sueño fisiológico. Además de los factores ambientales, severidad de la enfermedad, intensidad de la luz, ruido ambiental, medicamentos, la ventilación mecánica y sus diferentes modalidades son un factor de riesgo importante para reducir el tiempo y calidad del sueño; además, causan una arquitectura anormal del mismo. Las principales causas de las alteraciones del sueño son: colocación del tubo endotraqueal, la incapacidad de comunicación y la ansiedad. (Carrillo Esper R, 2017)⁸

- **Ruido:**

Se ha encontrado que el ruido excesivo en la UCI tiene efectos nocivos, entre los que destacan: aumento de la presión arterial sistémica, retraso en la cicatrización de heridas, alteración de la función inmunitaria, aumento de la frecuencia cardíaca y del estrés en general.

Las alarmas de los monitores, teléfonos, televisores, beepers, máquinas de ventilación y las conversaciones del personal de salud son contribuyentes importantes del ruido ambiental en la UCI. Varios estudios han demostrado que el ruido en la UCI puede alcanzar su punto máximo por encima de los valores recomendados para el día (45 dB) y la noche (35 dB). (Carrillo Esper R, 2017)⁸

- **Luz:**

La luz es la señal primaria ambiental responsable de establecer el ciclo circadiano. Se ha demostrado que los niveles de luz en el rango de 100 a 500 lux afectan la secreción nocturna de melatonina, los niveles de 300 y 500 lux tienen efecto en el marcapasos circadiano humano. Los niveles de lux en la UCI sobrepasan por mucho estos rangos. La desincronización de la secreción de melatonina producida en ambientes de luz excesiva es más común en pacientes graves sometidos a ventilación mecánica, condición frecuente en la UCI.

(Carrillo Esper R, 2017)⁸

2.4 Efectos de la privación del sueño

Las causas de la privación del sueño en una unidad de cuidados intensivos, son multifactoriales. Según N. Ayllón et al (2007) *"las causas que condicionan el no poder dormir bien en las UCIS son, por un lado, las atribuidas a la propia estructura de la mayoría de estas unidades, en las que el entorno está alterado por un elevado nivel de ruido permanente y por luces ambientales que dificultan la orientación entre el día y la noche, dando lugar a cambios en el ritmo circadiano"*.

2.5 Síndrome UCI

El ambiente propio de la UCI afecta psicológicamente a los pacientes de un modo negativo. Además, tienen que abandonar, al menos temporalmente, los roles que previamente desempeñaban (familia, trabajo,) y adoptar un rol pasivo y dependiente hacia el equipo médico del hospital y las máquinas y equipamiento que les rodean. Como consecuencia, puede ser difícil lograr y mantener la identidad y la integración social de estas personas que no se encuentran en un ambiente familiar. (Gómez-Carretero P, 2007)¹¹

La evidencia sugiere que una parte importante de los enfermos que tienen una estancia en Unidades de Medicina Intensiva por más de 3 días, es altamente probable que experimenten un cambio en su estado mental y emocional. Los cambios en el estado mental son casi siempre secundarios a problemas fisiológicos subyacentes. (Alvarado Mentado FP, 2003)¹²

Las alteraciones en el patrón de sueño pueden generar alteraciones del metabolismo y provocar: agitación, delirio y bajo nivel de conciencia.

Los factores estresantes en la UCI son subjetivos y, por tanto, pueden variar bajo la percepción de cada individuo. Entendiendo el estrés como el conjunto de reacciones físicas y psicológicas que se desencadenan en el organismo cuando éste se enfrenta a agentes nocivos, cualquiera que sea su naturaleza, son muchos los factores que pueden influir en su aparición. (Ayllón Garrido N, 2007)¹³

De inicio brusco y evolución fluctuante, que cursa con síntomas de desorientación, agitación, e incluso ideas paranoides o alucinaciones.

(Ayllón Garrido N Á. G., 2007)¹⁴

McKegney (1966) que lo definía como: *"un síndrome orgánico cerebral agudo que sufren los pacientes encamados en la UCI, caracterizado por la alteración de sus funciones intelectuales, primordialmente la memoria y el juicio"*.

3. JUSTIFICACION

En las unidades de cuidados intensivos existen gran cantidad de factores que contribuyen a una disminución en la satisfacción del sueño y descanso del paciente crítico; tales como el ruido de los aparatos electro-biomedicos, el generado por el personal de salud, la luminiscencia, las intervenciones periódicas del personal con el paciente, el uso recurrente de analgésicos- sedantes, además de la sensación de aislamiento generada por el entorno.

Además de que la disminución en la calidad del sueño puede ocasionar diferentes alteraciones cognitivas, en el sistema locomotor, estado de ánimo, así como metabólicas e inmunológicas, las cuales aumentan la estancia intrahospitalaria del paciente.

Es por eso que se busca identificar la percepción del sueño y descanso en los pacientes de terapia intensiva, con el fin de generar estrategias o mejoras en los planes de cuidado e infraestructura dentro de las unidades de cuidados intensivos.

Dicho estudio arrojará beneficios para la institución, la atención del personal de enfermería, el servicio de UCI y para la salud del paciente.

Dentro de dichos beneficios se encuentran:

INSTITUCIÓN:

- Disminución de días de estancia hospitalaria

PERSONAL DE ENFERMERÍA:

- Mejorar los procesos e intervenciones para mejorar la calidad del sueño y descanso del paciente hospitalizado en la UCI.

SERVICIO:

- Generar estrategias o mejoras en los planes de cuidado e infraestructura dentro de las unidades de cuidados intensivos.

SALUD DEL PACIENTE:

- Evitar alteraciones cognitivas, en el sistema locomotor, estado de ánimo, así como metabólicas e inmunológicas, endocrinológicas, cardiorespiratorias.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad el sueño y descanso de los pacientes no es tomado como una necesidad primordial, nos enfocamos más en restablecer la hemodinamia del paciente que dejamos de lado los múltiples beneficios que genera el sueño en el paciente dentro de las áreas críticas.

De acuerdo a lo anterior la pregunta sería:

¿Qué nivel de satisfacción del sueño y descanso tiene los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos adultos del Hospital General del ISSSTE de Acapulco?

La investigación va enfocada a los pacientes internados en el área de cuidados intensivos adultos del Hospital General del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado en el puerto de Acapulco de Juárez.

5. OBJETIVOS

5.1 General

Determinar la satisfacción del sueño y descanso en los pacientes del área de terapia intensiva adultos en el hospital general ISSSTE de Acapulco.

5.2 Específicos

1. Identificar y describir la percepción del sueño y descanso en los pacientes del área de terapia intensiva.
2. Determinar los principales factores individuales y ambientales condicionantes del sueño
3. Realizar una intervención enfocada al profesional de enfermería de acuerdo a los resultados obtenidos del estudio.

6. HIPOTESIS

Existe una disminución en el sueño y descanso de los pacientes en estado crítico en la unidad de cuidados intensivos, debido a que, están expuesto a un ambiente hostil, así como a la invasión a su privacidad que sufren de parte del personal de dicha unidad, así como distintos factores que contribuyen a romper con el ciclo circadiano.

7. METODOLOGÍA

7.1 Tipo de estudio

Cuali-Cuantitativo

- **Cuantitativo:** Estudio observacional, transversal y descriptivo
- **Cualitativo:** Investigación-acción

7.2 Unidad de estudio

Pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos adultos del Hospital General del ISSSTE de Acapulco.

7.3 Universo o población

Todos los pacientes internados en la unidad de cuidados intensivos adultos del Hospital General del ISSSTE de Acapulco que cumplan con los criterios de inclusión.

7.4 Criterios de inclusión

1. Pacientes mayores de 18 años.
2. Ambos sexos
3. Con adecuado estado cognitivo.
4. Pacientes sin uso de hipnóticos o inductores del sueño o que tengan más de 24 hrs. de su retiro.
5. Pacientes que acepten participar en el estudio.

7.5 Criterios de exclusión

1. Pacientes con dispositivos endotraqueales o supraglóticos instalados.
2. Pacientes con alteraciones en el habla.
3. Pacientes con alteraciones mentales o cognitivas.

7.6 Criterios de eliminación

1. No concluir con el cuestionario del estudio.

7.7 Variables del estudio

7.7.1 Variables dependientes

Percepción:

- Dolor
- Temor/ ansiedad
- Falta de intimidad
- Frio/ calor
- Cambio posturales

7.7.2 Variables independientes

Entorno:

- Ruido/ alarmas
- Luz
- Medio ambiente
- Intervenciones terapéuticas

7.8 INSTRUMENTO

Cuestionario del sueño de Richards-Campbell el cual, cuenta con 5 dimensiones, cada una de ellas son:

- Sueño profundo
- Conciliar el sueño
- Interrupciones del sueño
- Porcentaje del tiempo despierto
- Calidad del sueño.

Cada uno de los cuales se puntúa de 0 (peor sueño) a 100 (óptimo sueño), siguiendo una escala de visual donde el paciente señala su respuesta en una regla graduada de 0 a 100 mm. La puntuación total se calcula dividiendo la suma de las 5 puntuaciones en 5 (anexo 1).

Un puntaje de 0 a 33 es un mal sueño, de 34 a 66 es regular y de 67 a 100 es bueno (anexo 2).

Este cuestionario fue traducido del inglés al español y cuenta con un alfa de Cronbach de 0,90.

7.8.1 Método de recolección de datos

La recolección de datos se realizara aplicando el cuestionario del sueño de Richards Campbell de manera directa cara a cara con el paciente hospitalizado en el área de cuidados intensivos del Hospital General del ISSSTE de la ciudad y puerto de Acapulco de Juárez, y que cumplan con los criterios de inclusión.

Se realizara en un horario de 8:00 a 10:00 am de lunes a viernes, en un periodo comprendido de Diciembre 2019 a Enero 2020; previa autorización por las autoridades de la institución.

8. ASPECTOS ETICO - LEGALES DEL ESTUDIO

REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE INVESTIGACION PARA LA SALUD

TITULO PRIMERO

CAPITULO UNICO

Disposiciones Generales

ARTICULO 3o.- La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

- I. Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos;
- II. Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social;
- III. A la prevención y control de los problemas de salud;
- IV. Al conocimiento y evaluación de los efectos nocivos del ambiente en la salud;
- V. Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud, y
- VI. A la producción de insumos para la salud.

ARTICULO 6o.- Las secretarías de Salud y de Educación Pública, en la esfera de sus respectivas competencias, podrán celebrar convenios de colaboración o de concertación con las instituciones educativas que realicen investigación en salud, a fin de que éstas, sin perjuicio de la autonomía que por ley les corresponda contribuyan con las expresadas Dependencias en el desarrollo de las acciones tendientes a impulsar la investigación en salud, así como para el cumplimiento de lo dispuesto en el Título Quinto de la Ley.

TITULO SEGUNDO

De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos

CAPITULO I

Disposiciones Comunes

ARTÍCULO 13.-En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

ARTÍCULO 14.- La Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

I. Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen.

II.- Se fundamentará en la experimentación previa realizada en animales, en laboratorios o en otros hechos científicos.

III.- Se deberá realizar sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo.

IV.- Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficiados esperados sobre los riesgos predecibles.

V.- Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este Reglamento señala.

VI.- Deberá ser realizada por profesionales de la salud a que se refiere el artículo 114 de este Reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación.

VII. Contará con el dictamen favorable de las Comisiones de Investigación, Ética y la de Bioseguridad, en su caso, y

VIII. Se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución de atención a la salud y, en su caso, de la Secretaría, de conformidad con los artículos 31, 62, 69, 71, 73, y 88 de este Reglamento.

ARTICULO 15.- Cuando el diseño experimental de una investigación que se realice en seres humanos incluya varios grupos, se usarán métodos aleatorios de selección para obtener una asignación imparcial de los participantes en cada grupo y deberán tomarse las medidas pertinentes para evitar cualquier riesgo o daño a los sujetos de investigación.

ARTÍCULO 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

ARTÍCULO 21.- para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

- I. La justificación y los objetivos de la investigación;
- II. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales;
- III. Las molestias o los riesgos esperados;
- IV. Los beneficios que puedan observarse;
- V. Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto;
- VI. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto;
- VII. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento;
- VIII. La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad;
- IX. El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando;
- X. La disponibilidad de tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tendría derecho, por parte de la institución de atención a la salud, en el caso de daños que la ameriten, directamente causados por la investigación, y

XI. Que si existen gastos adicionales, éstos serán absorbidos por el presupuesto de la investigación.

ARTÍCULO 22.- El consentimiento informado deberá formularse por escrito y deberá formularse por escrito y deberá reunir los siguientes requisitos:

I. Será elaborado por el investigador principal, indicando la información señalada en el artículo anterior y de acuerdo a la norma técnica que emita la Secretaría;

II.- Será revisado y, en su caso, aprobado por la Comisión de Ética de la institución de atención a la salud;

III.- Indicará los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que éstos tengan con el sujeto de investigación;

IV. Deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su caso. Si el sujeto de investigación no supiere firmar, imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que él designe, y

V. Se extenderá por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal.

ARTICULO 25.- Cuando sea necesario determinar la capacidad mental de un individuo para otorgar su consentimiento, el investigador principal deberá evaluar su capacidad de entendimiento, razonamiento y lógica, de acuerdo a los parámetros aprobados por la Comisión de Ética.

ARTICULO 26.- Cuando se presuma que la capacidad mental de un sujeto hubiere variado en el tiempo, el consentimiento informado de éste o, en su caso, de su representante legal, deberá ser avalado por un grupo de profesionistas de reconocida capacidad científica y moral en los campos específicos de la investigación así como de un observador que no tenga relación con la investigación, para asegurar la idoneidad del mecanismo de obtención del consentimiento, así como su validez durante el curso de la investigación.

En este estudio se necesitó del consentimiento por parte de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos. (Anexo 3)

Por otro lado, se solicitaron los permisos correspondientes a las autoridades del Hospital General del ISSSTE de Acapulco. (Anexo 4)

9. RESULTADOS

Respecto a las variables sociodemográficas, se encontró que la mayoría de los pacientes corresponden al sexo masculino, con una media de edad de 58 años y una estancia promedio de 6 días en la UCI. Con relación al motivo de ingreso a esta unidad, se encontró que la mayoría presentó patologías cardíacas con un 67% de los encuestados, respiratorias un 22% y otras un 11% (Anexo 5).

Para el análisis de los resultados de la percepción del sueño se utilizaron los rangos establecidos en el instrumento, teniendo variaciones en los resultados de los pacientes encuestados más de un día.

Descripción de la percepción del sueño en los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos (Anexo 6).

En cuanto a las variables dependientes e independientes se observa en la mayoría de los pacientes una elevación en su primer día de estancia en la UCI. (Anexo 7-16)

10. CONCLUSIONES

En relación a las variables sociodemográficas no se observa una diferencia dentro de la percepción del sueño de acuerdo al sexo o edad de los pacientes, ni si se encontraron orointubados.

En cuanto a la patología, se encontró predominio de pacientes con afecciones cardíacas; sin embargo, algunos autores (Solís V, 2011)¹⁵ señalan que, independientemente de la patología, la enfermedad desencadena estados de estrés fisiológico y emocional que afectan considerablemente el sueño, debido a que el individuo experimenta temor y ansiedad (McKinley S, 2008)¹⁶, por un sentimiento de amenaza a la vida (Freedman NS, 2001)¹⁷.

Respecto a la estancia hospitalaria, se coincide con lo establecido por Parthasarathy y Tobin (Parthasarathy S, 2003)¹⁸ quienes refieren que los pacientes que ingresan a la UCI y tienen un tiempo de estancia inferior a 24 horas presentan con mayor frecuencia alteraciones en el sueño y descanso, puesto que se enfrentan a un ambiente distinto y tienen muchos interrogantes respecto a su condición y manejo.

Si bien los resultados dentro de la unidad de cuidados intensivos estudiada son alentadores ya que se encuentran con una elevada percepción del sueño bueno, aunque con despertares frecuentes; es necesario que el profesional de enfermería reconozca la valoración del sueño como una prioridad en el cuidado del paciente crítico y utilice herramientas prácticas, sencillas, rápidas y específicas, como el cuestionario de Richard-Campbell.

Dentro de la infraestructura es de utilidad contar con una entrada de luz natural como la encontrada en la terapia intensiva del nosocomio, ya que los encuestados refieren que pueden darse cuenta de la diferencia del día y la noche.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Akerstedt T, Nilsson PM. Akerstedt T, Nilsson PM. Sleep as restitution: an introduction. (2003) J Intern Med.
2. Basco L, Fariñas S, Hidalgo MA. Características del sueño de los pacientes en una unidad de cuidados intensivos. (2010) Cuba: Revista Cubana Enfermería.
3. Achury Saldaña DM, Rodríguez Colmenares SM, Achury Beltrán LF. El sueño en el paciente hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo (2014-16) Bogotá:[s.n.]
4. Correa Mira KJ, Gómez Giraldo SL, *Alteración del patrón del sueño en el paciente crítico: un reto en el cuidado de enfermería* (2018) Medellín:[s.n.]
5. Silber MH, Krahn LE, Morgenthaler TI. *Sleep Medicine in clinical practice* (2004). Florida: Taylor& Francis.
6. Adler CH, Thorpy MJ. *Sleep issues in Parkinson's disease*. Neurology (2005); EUA: [s.n.]
7. Aurell J, Elmquist D. *Sleep in surgical intensive care unit: continous poligraphic recording of sleep in nine patients receiving post-operated care*. (1985) Br Med J.
8. Carrillo Esper R, Carrillo Córdova DM, Carrillo Córdova CA, Bracho Olvera HR *Alteraciones del sueño en el enfermo grave. Un evento de gran repercusión y poco tomado en cuenta* (2017) Mexico: Med Int Méx.
9. Freedman NS, Gazendam J, Levan L, Pack AL, Schwab RJ. *Abnormal sleep/wake cycles and the effect of environmental noise on sleep disruption in the intensive care unit*. (2001) Am J Respir Crit Care Med.
10. Gabor JY, Cooper AB, Crombach SA. *Contribution of intensive care unit environment to sleep disruption in mechanically ventilated patients and healthy subjects*. (2003) Am J Respir Crit Care Med.
11. Gómez-Carretero P, Monsalve V, Soriano JF, de Andrés J. *Alteraciones emocionales y necesidades psicológicas de pacientes en una Unidad de Cuidados Intensivos*. (2007) Med Intensiva.
12. Alvarado Mentado FP, Ormeño Claudet LP, Matínez Hernández LE, Martínez Andrade LE, Dueñas Tentori H, Morales Camporredondo I. *Medición del nivel de detección de trastornos afectivos como ansiedad, depresión y delirium en las unidades de terapia intensiva y cuidados intensivos*. (2003) México: Acta Médica Grupo Ángeles.
13. Ayllón Garrido N, Álvarez González M, González García M. *Factores ambientales estresantes percibidos por los pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivo*. (2007) Enfermería Intensiva.
14. Ayllón Garrido N, Álvarez González MJ, González García MP. *Incidencia del delirio en Cuidados Intensivos y factores relacionados*. (2007) Enfermería Intensiva.

15. Solís V, Arroyo H, Vallejos R. Factores que alteran el sueño del paciente en la unidad de cuidados intensivos del hospital Guillermo Almenara Irigoyen, Lima 2011 [internet]. Documento procedente del I Congreso Nacional de Investigación (IASD), Universidad Peruana de la Unión. Disponible en: <http://papiros.upeu.edu.pe/bitstream/handle/123456789/120/CSS27Articulo.pdf?sequence=1>.
16. McKinley S, Madronio C. Validity of the faces anxiety scale for the assessment of state anxiety in intensive care patients not receiving mechanical ventilation. *J Psychosom Res.* 2008;64(5):503-7.
17. Freedman NS, Gazendam J, Levan L, Pack AL, Schwab RJ. Abnormal sleep / wake cycles and the effect of environmental noise on sleep disruption in the intensive care unit. *Am J Respir Crit Care Med.* 2001;163(2):451-7.
18. Parthasarathy S, Tobin MJ. Is sleep disruption related of severity of critical illness? *Am J Respir Crit Care Med.* 2003:167-9.

12. ANEXOS

VARIABLE SOCIO-DEMOGRÁFICAS				
Fecha de aplicación:	_____	_____	_____	Folio:
	día	mes	año	
Nombre:				

	Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	
Edad:	(____)	Número de veces ingresado a UCI:	(____)	
Patología:				
Estuvo orointubado:	(____)	Días de estancia:	(____)	
	1. Si 2. No			
Estado civil:	(____)			
	1. Soltero 2. Casado 3. Viudo 4. Divorciado 5. Unión libre			
CUESTIONARIO DEL SUEÑO DE RICHARDS CAMPBELL				
Profundidad del sueño:				
Mi sueño la pasada noche fue:		Profundo	Ligero	
Quedarse dormido:				
La noche pasada la primera vez que me dormí:		Me dormí casi de inmediato	No conseguí quedarme dormido	
Número de veces que se despierta:				
La pasada noche:		Apenas me desperté	Estuve casi toda la noche despierto	
Porcentaje de tiempo despierto:				
La pasada noche cuando me desperté:		Me volví a dormir enseguida	No pude volver a dormirme	
Calidad del sueño:				
La pasada noche:		He dormido bien	He dormido mal	

Anexo 1 Instrumento

ARTEFACTOS DE LA UNIDAD (puntuar cada ítem de 0 a 5)						
	0	1	2	3	4	5
Ruido/ alarma						
Luz						
Medio ambiente						
Intervenciones terapéuticas						
Dolor						
Temor/ ansiedad						
Falta de intimidad						
Frio/calor						
Posición incómoda/ cambios posturales						
Se le administró alguna medicación para dormir:	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>		
En su casa duerme bien:	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>		
Observaciones:						

PUNTUACIÓN	
0 - 33	mal sueño
34 - 66	Regular sueño
67 - 100	Bueno sueño

Anexo 2. Puntuación Cuestionario de R.C.



**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN**

Nombre del estudio:	“SATISFACCION DEL SUEÑO Y DESCANSO DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCION EN ACAPULCO GUERRERO”
Lugar y fecha:	Hospital General ISSSTE Acapulco a _____ del mes de _____ del _____
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Determinar la calidad y satisfacción del sueño y descanso en los pacientes del área de terapia intensiva adultos en el Hospital General ISSSTE de Acapulco.
Procedimientos:	Cuestionario del sueño de Richards Campbell
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Mejorar la calidad del sueño y descanso durante su estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos.
Información sobre resultados:	Al termino del estudio deseo conocer los resultados de la encuesta. Sí _____ No _____
Participación o retiro:	La persona que acepte participar en este protocolo de investigación es libre de retirarse o desistirse en cualquier momento durante el cuestionario y no se le forzará a contestar si no lo desea.
Privacidad y confidencialidad:	Se brindara total confidencialidad a los datos personales del paciente tal y como lo marca el REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE INVESTIGACION PARA LA SALUD TITULO SEGUNDO De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos CAPITULO I Disposiciones Comunes ARTÍCULO 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a: Investigador Responsable:	L.E. Jesús Arturo Solano Saldívar Tapia 7442 18 99 23

Nombre y firma de participante
(paciente)

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
(investigador)

Testigo 1
Nombre, dirección, relación y firma

Testigo 2
Nombre, dirección, relación y firma



Acapulco, Gro a 03 de diciembre de 2019.

Asunto: Gestión de autorización
para realizar investigación.

DR. GUILLERMO VELÁZQUEZ GAONA
Director Del Hospital General
ISSSTE Acapulco Guerrero

PRESENTE:

ATN: C. D JOSÉ MANUEL MARTÍNEZ OLIVARES
Jefe Del Departamento De Enseñanza

E.E.M.C.I ADELA BATALLA ADAME
Jefa De Enseñanza En Enfermería

El **C.L.E JESÚS ARTURO SOLANO SALDÍVAR TAPIA** estudiante del posgrado en Enfermería de Cuidados Intensivos, se encuentra realizando su investigación la cual se titula **Satisfacción del sueño y descanso del paciente en la unidad de cuidados intensivos en un hospital de segundo nivel de atención en Acapulco, Gro.** Por lo cual solicito su autorización para que realice búsqueda estadística, y aplicación de una encuesta a las pacientes dentro de las circunstancias mencionadas, en un horario de ocho a diez de la mañana, de lunes a viernes en un periodo comprendido de diciembre 2019 a enero de 2020

Sin más por el momento y esperando una respuesta favorable a nuestra petición, agradezco su gentil atención y quedo a sus órdenes.

M.C.E NORMA ANGELICA BERNAL PÉREZ TEJADA

COORDINADORA DE LA ESPECIALIDAD DE
ENFERMERÍA EN CUIDADO INTENSIVOS

Anexo 4 Solicitud de autorización

RESULTADOS DE VARIABLES SOCIO-DEMOGRÁFICAS		
Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	5	56
Femenino	4	44
Edad		
Media	57.9	
Mediana	59	
Desviación estándar	12.4	
Promedio	60.1	
Estuvo orointubado	Frecuencia	Porcentaje
Si	3	33
No	6	67
Días de estancia en la UCI		
Media	2.8	
Mediana	5	
Desviación estándar	4	
Promedio	6	
Patología	Frecuencia	Porcentaje
Cardiaca	6	67%
Respiratoria	2	22%
Otra	1	11%

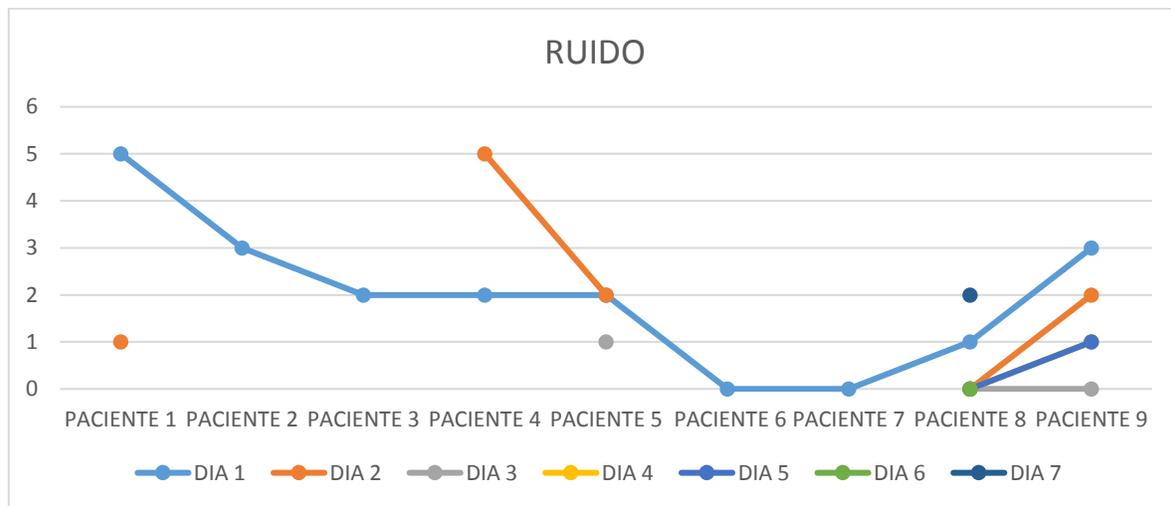
Anexo 5 Resultados de variables socio- demográficas

DESCRIPCIÓN DE LA PERCEPCIÓN DEL SUEÑO EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS			
	Malo	Regular	Bueno
Paciente 1 (porcentaje)	1 (50%)		1 (50%)
Paciente 2 (porcentaje)		1 (100%)	
Paciente 3 (porcentaje)	1 (100%)		
Paciente 4 (porcentaje)	2 (100%)		
Paciente 5 (porcentaje)		1 (33%)	2 (67%)
Paciente 6 (porcentaje)		1 (100%)	
Paciente 7 (porcentaje)			1 (100%)
Paciente 8 (porcentaje)		2 (29%)	5 (71%)
Paciente 9 (porcentaje)			5 (100%)

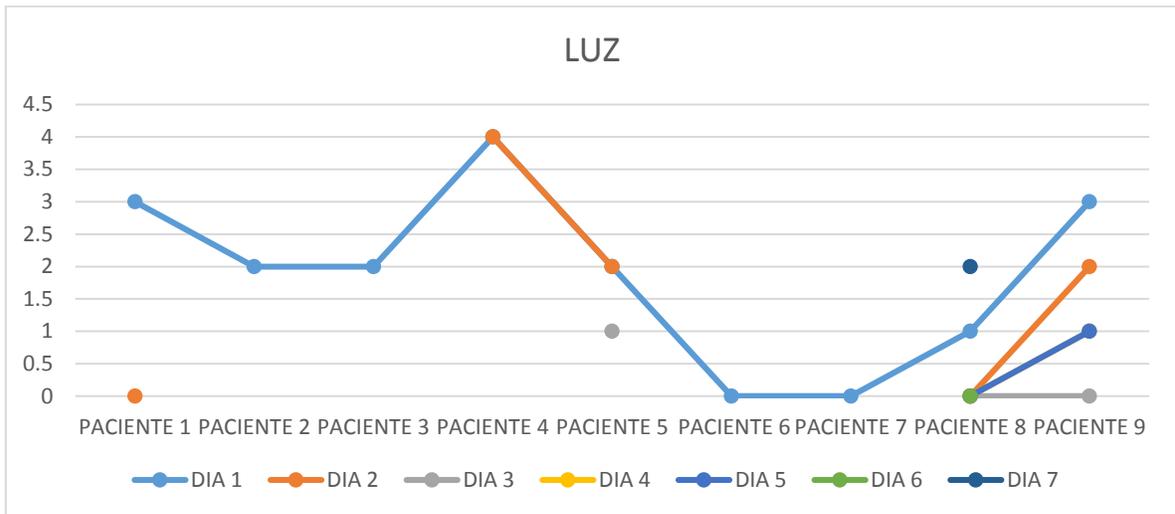
Anexo 6 Descripción de la percepción del sueño en los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos

VARIABLES	PACIENTES																						
	1	2	3	4	5	6	7	8					9										
	DIAS																						
INDEPENDIENTES	1	2	1	1	1	2	1	2	3	1	1	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5
Ruido/ alarma	5	1	3	2	2	5	2	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0	2	3	2	0	1	1
Luz	3	0	2	2	4	4	1	1	1	3	0	0	0	0	0	0	0	1	4	2	0	1	2
Medio ambiente	5	0	1	0	0	4	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2
Intervenciones terapéuticas	1	0	3	1	1	4	1	1	1	4	2	2	4	2	0	1	1	0	2	1	0	2	0
DEPENDIENTES																							
Dolor	5	0	3	3	0	1	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0
Temor/ ansiedad	5	0	4	1	4	5	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	2	0	0
Falta de intimidad	2	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Frio/calor	3	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0
Posición incómoda/ cambios posturales	3	0	2	1	3	3	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1

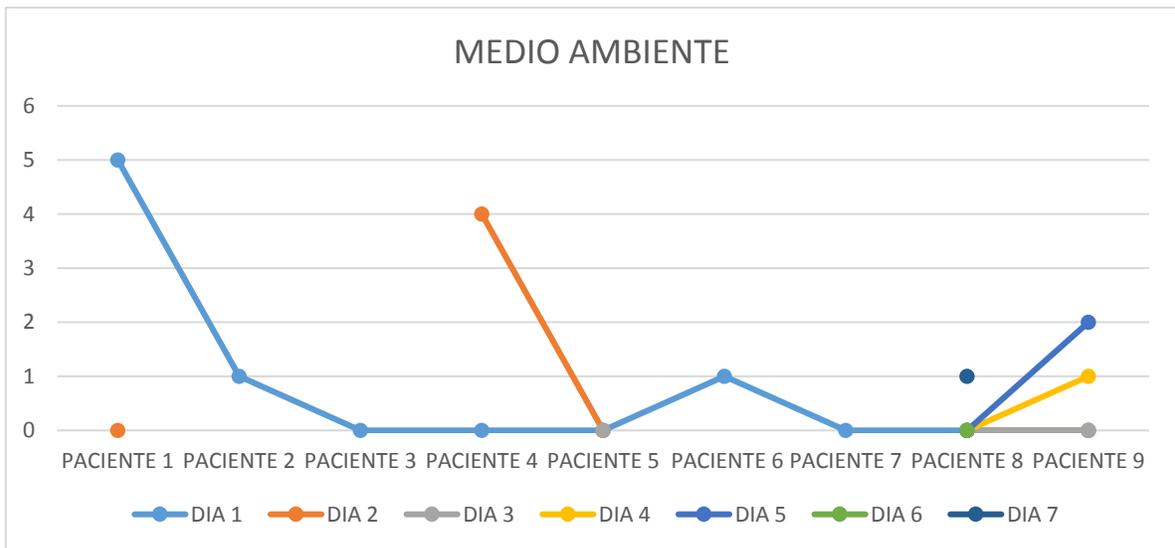
Anexo 7 Resultados de variables independientes y dependientes



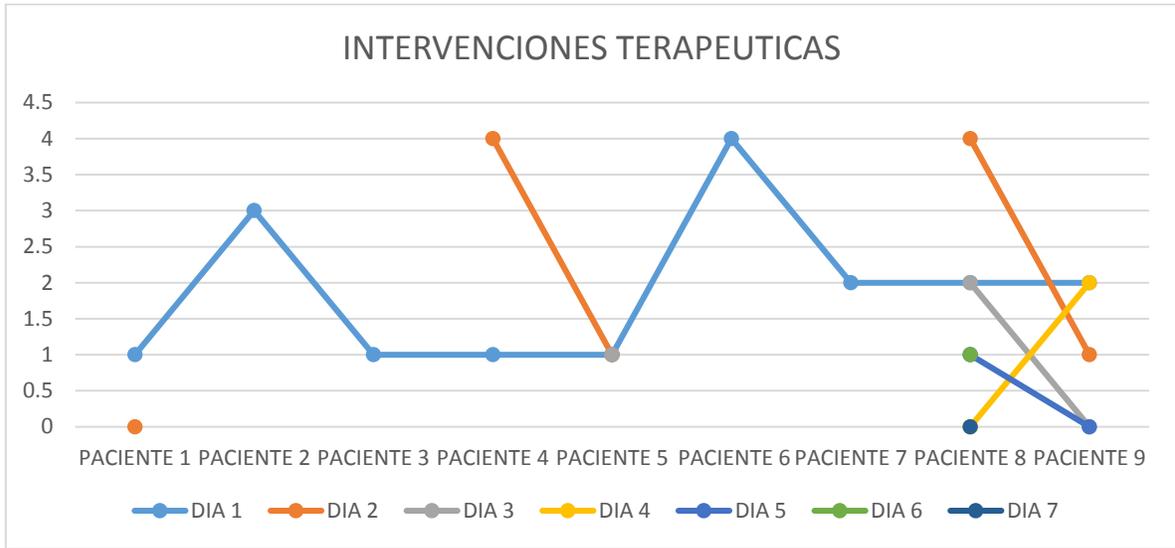
Anexo 8 Grafica comparativa (Ruido).



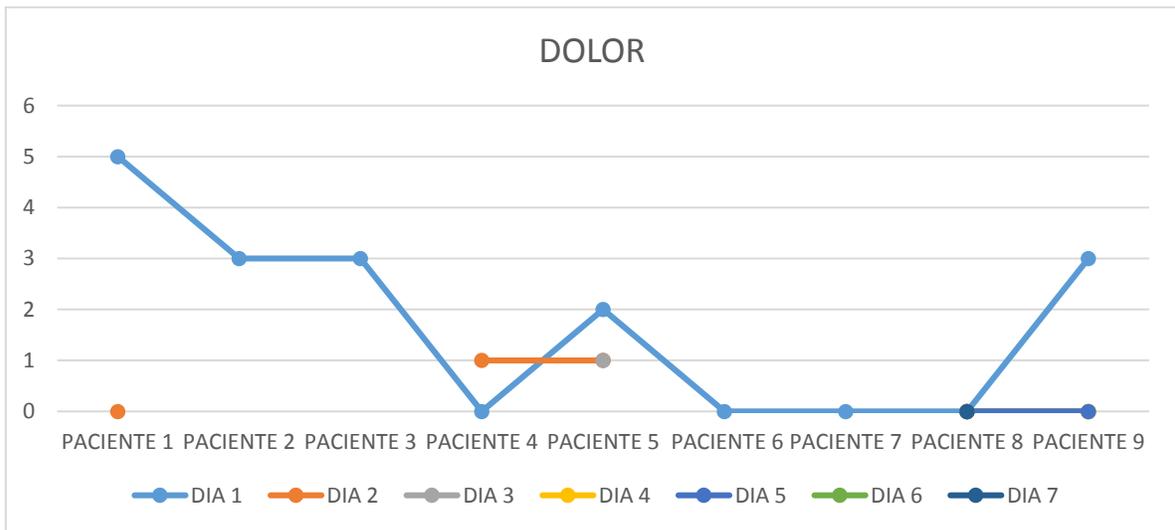
Anexo 9 Grafica comparativa (Luz).



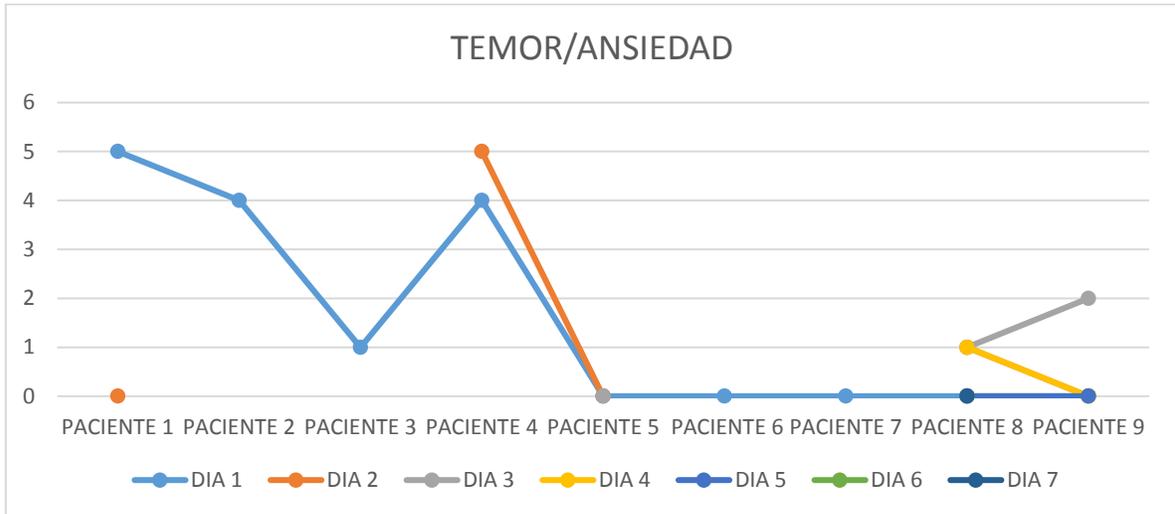
Anexo 10 Grafica comparativa (Medio ambiente).



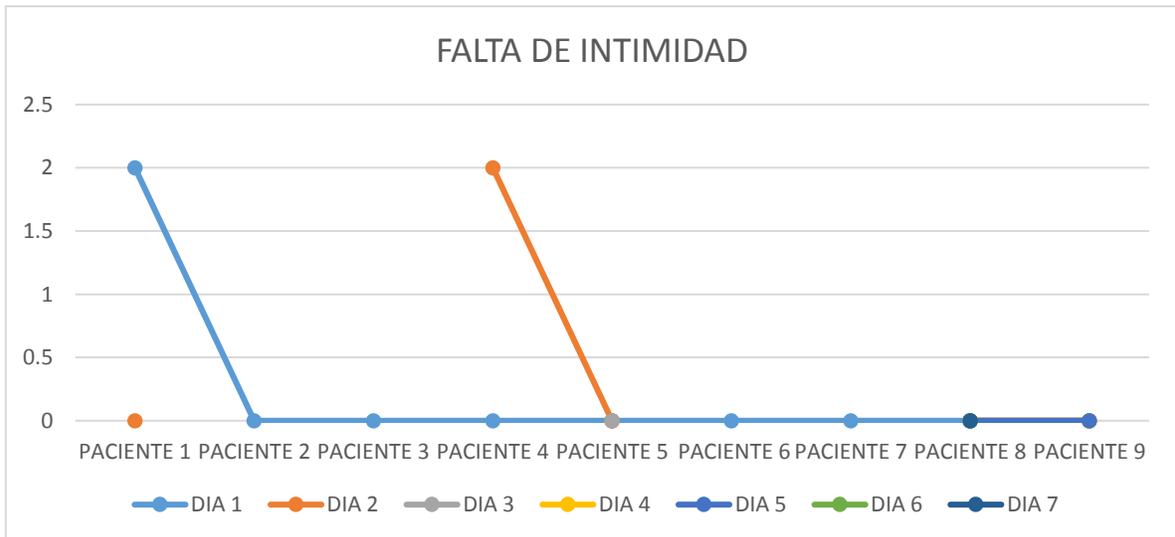
Anexo 11 Grafica comparativa (Intervenciones terapéuticas).



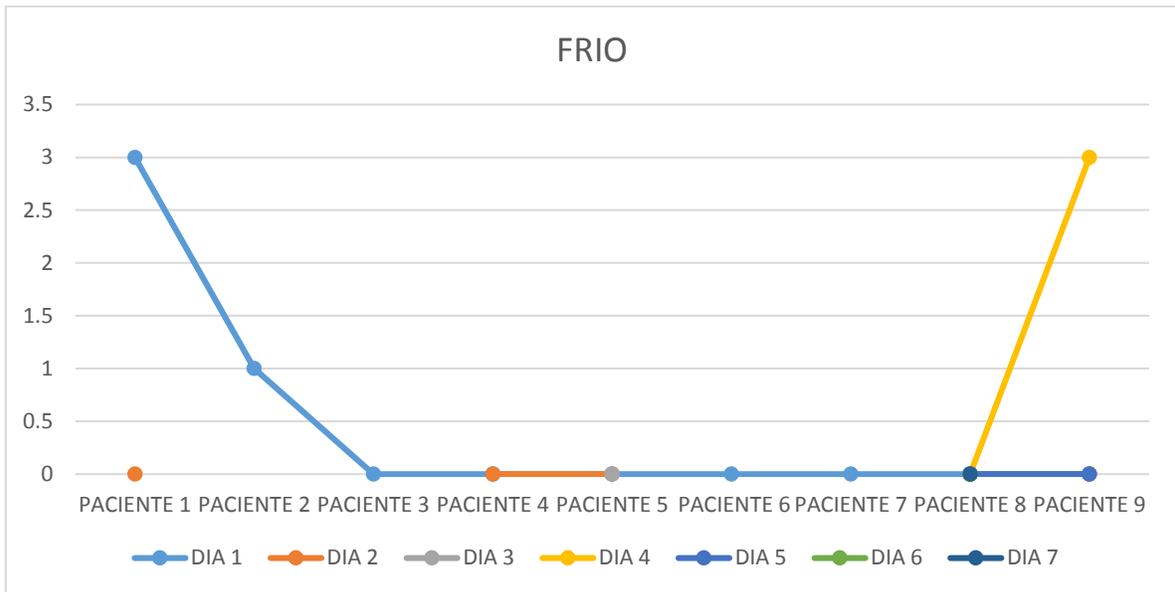
Anexo 12 Grafica comparativa (Dolor).



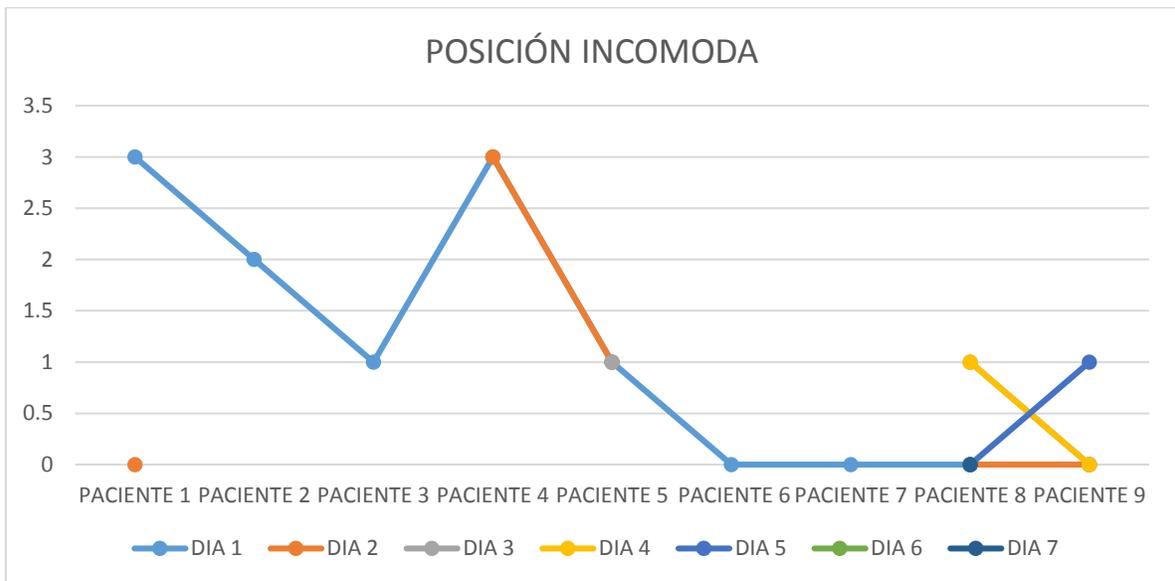
Anexo 13 Grafica comparativa (Temor/ ansiedad).



Anexo 14 Grafica comparativa (Falta de intimidad).



Anexo 15 Grafica comparativa (Frio).



Anexo 16 Grafica comparativa (Posición incómoda).

13 CRONOGRAMA

Fecha inicio: 01 de Enero del 2019

Fecha fin: 28 de Enero del 2020

Enero – Mayo

- Planteamiento del problema
- Pregunta de investigación
- Objetivo general y específicos

Junio – Octubre

- Hipótesis
- Justificación
- Marco teórico
- Metodología de la investigación

Noviembre

- Presentación de protocolo para obtención de permiso del hospital

Diciembre – Enero

- Elaboración de encuestas
- Interpretación de resultados
- Conclusiones y recomendaciones
- Resumen
- Agradecimientos

CRONOGRAMA DE APLICACIÓN DE ENCUESTA						
LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
DICIEMBRE 2019						
16 INICIO	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					
ENERO 2020						
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24 FIN		

