



Centre adscrit a:



VALORACIÓN DEL DESCANSO NOCTURNO EN UN HOSPITAL DE ATENCIÓN INTERMEDIA

Trabajo Final de Máster presentado por

MIREIA PESARRODONA RIBERA

Dirigit per:

Dra. CAROLINA CHABRERA SANZ

Máster Universitario en Atención Integrada en la Cronicidad y el Envejecimiento

Escola Superior de Ciències de la Salut Tecnocampus

4 de septiembre de 2023

Prohibida la reproducció total o parcial de este texto por medio de imprenta,
fotocopia, microfilm u otros, sin permiso previo expreso de la Escola Superior en
Ciències de la Salut (UPF)

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	6
2.HIPÓTESIS	9
3.OBJETIVOS	9
4.ARTÍCULO	10
5.DISCUSIÓN	29
6.CONCLUSIONES	32
7.REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	34
8.ANEXOS	37
8.1. Hoja del paciente consentimiento informado	37
8.2. Autorización del centro	40
8.3. Justificante para la utilización de la escala de EFQ	41
8.4. Hoja recogida de datos	41
8.5. Escala EFQ	42
8.6. Escala Campbell	44
8.7. Mail confirmación de envió Enfermería Clínica	45

DEDICATORIA

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a mis padres, mi marido, Joan, y mis hijos Gerard y Xènia, por todo su apoyo y ánimos en todo momento. Su amor y respaldo han sido fundamentales para alcanzar el éxito en este camino.

También agradecer a mi tutora, Carol Chabrera, por su rápida resolución en mis problemas y la constante guía en mi TFM. Su apoyo ha sido fundamental para mi desarrollo académico.

Agradecer a Cristina Bergillos mi amiga y compañera de máster, por su apoyo constante, por estar a mi lado y ser una fuente de inspiración. Juntas lo hemos logrado.

Por último, agradecer al personal del Hospital de Sant Andreu por sus facilidades durante la realización de este proyecto, en especial mis compañeras Silvia Graell y Eva Fuster. Su colaboración ha sido invaluable.

A todas estas personas, mi más sincero agradecimiento por ser parte de mi vida y por ayudarme a alcanzar mis metas.

1. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento se caracteriza por una reducción progresiva de la reserva homeostática de cada sistema y aparato del organismo¹. Afecta a todas las funciones del sistema nervioso, aunque no todas declinan de forma simultánea². Estos cambios son muy diversos entre los órganos de una persona y reciben la influencia de la dieta, el medio ambiente y estilos de vida. Entre las diferentes alteraciones que se describen, se destaca el sueño.

El sueño es una necesidad fisiológica básica, esencial para la salud y el bienestar. Es básica para el mantenimiento de la salud y la recuperación de la enfermedad considerándose un aspecto fundamental en la restauración tanto física como psicológica del organismo³⁻⁵.

El sueño se organiza en ciclos de aproximadamente noventa minutos, en los que se alternan sus dos fases: REM (Rapid Eye Movement) o MOR (Movimientos Oculares Rápidos) y NO REM (No Rapid Eye Movement) o NMOR (No Movimientos Oculares Rápidos). La primera se denomina también sueño paradójico, pues la actividad electrofisiológica cerebral es similar al estado de vigilia, pese a la atonía de la musculatura. La segunda se divide a su vez en cuatro etapas: adormecimiento (más corta y coincide con el sueño más ligero), sueño superficial (abarca más de la mitad de todo el sueño) y sueño profundo (integra las fases tres y cuatro, este sueño es reparador)⁶⁻¹¹.

La literatura científica señala que la edad influye negativamente tanto en la calidad como en la cantidad de sueño. A medida que las personas envejecen, el tiempo para conciliar el sueño aumenta y los despertares se hacen más frecuente¹².

El descanso es una actividad necesaria para el ser humano, ya que durante el sueño se producen importantes cambios hormonales, metabólicos, de temperatura, bioquímicos y mentales que van a definir el equilibrio físico y psíquico de los individuos¹³.

En la población anciana, los trastornos del sueño se ven influidos por varios factores, entre ellos las alteraciones primarias del sueño (como la apnea del sueño, los

movimientos periódicos del sueño y el síndrome de las piernas inquietas) o secundarias a enfermedades físicas, afecciones psiquiátricas, interacciones farmacológicas o factores psicosociales¹⁴⁻¹⁵.

Entre las causas que pueden alterar el sueño, se encuentran los factores ambientales o extrínsecos como el ruido (alarmas, teléfonos, conversaciones), las intervenciones del personal (actividades enfermeras programadas incluso durante el periodo nocturno) y la luz ambiental que dificulta la orientación entre el día y la noche dando lugar a alteraciones del ritmo circadiano. Por otro lado, los factores intrínsecos, como el dolor, la incomodidad, el bienestar y la preocupación^{3,16-21} son otras de las causas que pueden alterar el sueño y algunos de ellos son susceptibles de mejora.

Para poder conciliar el sueño correctamente hay unas pautas de higiene del sueño las cuales ayudan a su conciliación.

La higiene del sueño se define como un conjunto de comportamientos y recomendaciones ambientales destinadas a promover el sueño saludable, desarrollada originalmente para su uso en el tratamiento del insomnio leve a moderado. Mediante la higiene del sueño, los pacientes aprenden sobre hábitos de sueño saludables y se les anima a seguir una serie de recomendaciones para mejorarlo (por ejemplo, evitar la cafeína, hacer ejercicio regularmente, eliminar el ruido del ambiente para dormir y mantener un horario regular de sueño)²².

Las necesidades del sueño dependen de cada grupo de personas, entre ellos suelen ser en adultos de edad media (26-64 años) y se recomienda una duración de sueño diaria de 7-9 horas. Se ha encontrado relación entre un sueño de corta duración y la presencia de fatiga diurna, afectación psicomotora, accidentes, deterioro de la salud física y psicológica y bajo rendimiento académico o laboral. En cambio, en los ancianos (≥ 65 años) se recomienda una duración de sueño diaria de 7-8 horas. Las necesidades del sueño en el anciano difieren poco de las del adulto. Los ancianos que duermen las horas necesarias tienen mejor funcionamiento cognitivo, menos enfermedades físicas y mentales y mejor calidad de vida en general. Un sueño de una duración superior a nueve

horas en el anciano se asocia a una mayor morbilidad (hipertensión, diabetes, fibrilación auricular...) y mayor mortalidad.

En los centros sanitarios es difícil mantener las pautas descritas para garantizar una higiene del sueño debido a las diversas interrupciones que se realizan durante la estancia de los pacientes.

Diferentes estudios avaluaron el sueño del paciente en el hospital, uno de ellos se realizó en el hospital de la Universidad de Cumhuriyet en Turquía, en el que se trataba de evaluar y comparar la calidad del sueño de los pacientes hospitalizados. Se estudiaron por grupos de cincuenta pacientes de diferentes especialidades médicas y los compararon con grupos de control sano, concluyendo que el sueño de los pacientes hospitalizados puede no ser restaurador o reconstituyente, los profesionales de salud deben ser formados sobre la fisiología del sueño y deben proporcionar la intervención adecuada cuando sea necesaria²³.

Otro estudio del Nuffield Institute for Health, Community Care Division, Leeds, England, pone en evidencia que no se tienen en cuenta las necesidades del paciente, se hacen muchas intervenciones durante la noche, se les despierta temprano, también se resalta las diferentes opiniones de las enfermeras y los pacientes sobre ciertos aspectos del cuidado de la persona hospitalizada en la noche²⁴. Promover un ambiente adecuado al sueño del paciente en el hospital es un desafío, aunque puede que aparentemente duerman, este sueño puede no ser restaurador o reconstituyente.

Los pacientes más ancianos, como se ha comentado anteriormente, son los que tienen más dificultad para dormir, teniendo un sueño muy fragmentado cuando están en el hospital. Esto debe de ser estudiado para promover intervenciones enfermeras sobre el sueño en pacientes^{25,26}.

2.HIPÓTESIS

Existe una relación entre la calidad del sueño de los pacientes ingresados en las unidades de convalecencia y larga estancia y los factores ambientales a los que están sometidos.

3.OBJETIVOS

General: Determinar la calidad del sueño de los usuarios ingresados en un hospital de atención intermedia de Sant Andreu.

Específicos:

- Describir la percepción del sueño nocturno de los usuarios ingresados en las unidades de convalecencia y larga estancia del hospital Sant Andreu.
- Enumerar los estresores ambientales de las unidades de convalecencia y larga estancia del hospital Sant Andreu.
- Conocer el nivel de satisfacción del sueño de los usuarios ingresados en las unidades de convalecencia y larga estancia del hospital Sant Andreu.
- Relacionar el insomnio con los factores estresantes de los usuarios ingresados en las unidades de convalecencia y larga estancia del hospital Sant Andreu.

4.ARTÍCULO

Valoración del descanso nocturno en un hospital de atención intermedia

Assessment of night-time rest in an intermediate care hospital

Artículo enviado a la revista Enfermería Clínica: 11 de agosto de 2023.

Impact factor JCR (2022): 0.5 (Q4 - Nursing)

Impact factor SJR (2022): 0.229 (Q3 - Nursing)



ELSEVIER



VALORACIÓN DEL DESCANSO NOCTURNO EN UN HOSPITAL DE ATENCIÓN INTERMEDIA

ASSESSMENT OF NIGHT-TIME REST IN AN INTERMEDIATE CARE HOSPITAL

Pesarrodona, Mireia^a, Bergillos Cristina^a, Chabrera Carolina^b

Afiliación de los autores:

^a Hospital Sant Andreu Manresa

^b Research Group in Attention to Chronicity and Innovation in Health (GRACIS),
Tecnocampus, Universitat Pompeu Fabra, 08002 Barcelona, Spain

Autor de correspondencia: Mireia Pesarrodona Ribera. C/Albèniz, 25 Sant Fruitós de Bages. Correo electrónico: Mireiape@hotmail.com

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

RESUMEN

Objetivo

El objetivo de este estudio es describir la percepción del sueño nocturno y enumerar los estresores ambientales de convalecencia y larga estancia.

Método

Es un estudio observacional, descriptivo y transversal. Se seleccionaron los usuarios de convalecencia y larga estancia del “XXXXXX (anónimo para los revisores)”, durante marzo y abril del 2023, que llevaran mínimo 10 días ingresados. Los instrumentos de medida utilizados fueron: Escala de Richards Campbell y Environmental Stress Questionnaire. Se realizaron análisis estadísticos para analizar las características sociodemográficas y clínicas para detectar correlaciones entre variables analizadas.

Resultados

El descanso nocturno tiene un nivel alto de profundidad del sueño, un valor promedio de 71.3 mm (DE \pm 20.92) en la escala de Richards Campbell. Se identificaron varios factores estresantes: echar de menos a la familia con un 2.62/4, ver a la familia poco rato 2.46/4 y la dificultad de no poder dormir 2.27/4.

En relación a la calidad del sueño y los factores estresantes solo se encontraron diferencias significativas, en los factores estresantes ($p=0.021$) relacionados con la edad.

Conclusiones

El análisis de la percepción del sueño fue positiva. Sin embargo, se identificaron factores estresantes que pueden influir en la calidad del sueño, especialmente aquellos de naturaleza afectiva. Estos factores están relacionados con la separación de la familia y el entorno doméstico.

Palabras clave

Percepción, factores estresantes, sueño, atención intermedia, descanso

ABSTRACT

Objective

The aim of this study is to describe the perception of night-time sleep and to list the environmental stressors of convalescence and long stay.

Method

This is an observational, descriptive, cross-sectional study. The convalescent and long-stay users of the "XXXXXX (anonymous to the reviewers)" were selected during March and April 2023, who had been admitted for at least 10 days. The measurement instruments used were: Richards Campbell Scale and Environmental Stress Questionnaire. Statistical analyses were performed to analyse sociodemographic and clinical characteristics to detect correlations between variables analysed.

Results

Night rest has a high level of sleep depth, a mean value of 71.3 mm (SD \pm 20.92) on the Richards Campbell scale. Several stressors were identified: missing family with 2.62/4, seeing family for a short time 2.46/4 and the difficulty of not being able to sleep 2.27/4.

In relation to sleep quality and stressors, significant differences were only found in the stressors ($p=0.021$) related to age.

Conclusions

The analysis of sleep perception was positive. However, stressors were identified that may influence sleep quality, especially those of an affective nature. These factors are related to separation from family and home environment.

Keywords

Perception, stressors, sleep, intermediate care, rest

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento se caracteriza por la disminución progresiva de la función de los sistemas y órganos del cuerpo¹, afectando a todas las funciones del sistema nervioso de una manera no simultánea². Entre los cambios asociados al envejecimiento, el sueño juega un papel destacado. El sueño es una necesidad fisiológica esencial para la salud y el bienestar, y desempeña un papel fundamental en la restauración física y psicológica del organismo.

El sueño se organiza en ciclos de aproximadamente noventa minutos, organizados en dos fases principales: fase 1) el sueño REM (*Rapid EyeMovement*) o sueño paradójico que consiste en la actividad electrofisiológica cerebral similar al estado de vigilia pese a la atonía de la musculatura y, fase 2) el sueño NO REM (*No Rapid EyeMovement*) que se divide en cuatro etapas: adormecimiento (más corta, coincide con el sueño más ligero), sueño superficial (abarca más de la mitad de todo el sueño) y sueño profundo (integra las fases tres y cuatro, el sueño es reparador)³⁻⁸.

La literatura señala que la edad tiene un impacto negativo en la calidad y cantidad del sueño⁹. A medida que las personas envejecen, se requiere más tiempo para conciliar el sueño y las interrupciones del sueño nocturno durante la noche se vuelven más frecuentes¹⁰. El descanso adecuado durante el sueño es esencial, ya que se producen importantes cambios hormonales, metabólicos y mentales que afectan al equilibrio físico y psíquico de los individuos¹¹.

Para promover un sueño adecuado se recomienda seguir pautas de higiene del sueño, las cuales incluyen hábitos saludables como evitar la cafeína, hacer ejercicio regularmente, eliminar el ruido ambiental y mantener un horario regular de sueño¹². Las necesidades de sueño varían según la edad, pero en general se recomienda una duración diaria de 7-9 horas para adultos y de 7-8 horas para personas mayores de 65 años¹³.

En los centros sanitarios es difícil mantener las pautas descritas para garantizar una higiene del sueño debido a las diversas interrupciones que se realizan durante la estancia de los pacientes.

Los estudios realizados sobre la calidad del sueño de los pacientes hospitalizados evidencian que el sueño puede no ser restaurador o reconstituyente¹⁴, como consecuencia de las continuas intervenciones nocturnas de los profesionales, despertarlos temprano o la falta de la valoración de la necesidad del descanso de los pacientes¹⁵. Por este motivo los profesionales de salud deben ser formados sobre la fisiología del sueño y deben proporcionar la intervención adecuada cuando sea necesaria¹⁴.

Los pacientes más ancianos como se ha comentado anteriormente son los que tienen más dificultad para dormir, teniendo un sueño muy fragmentado cuando están en el hospital¹⁶⁻¹⁷. Esto debe de ser estudiado para promover intervenciones enfermeras sobre el sueño según el tipo de pacientes. Por ello, el objetivo del presente estudio es determinar la calidad del sueño de los usuarios ingresados en un hospital de atención intermedia XXXXXX (*anónimo para los revisores*). Describir la percepción del sueño nocturno de los usuarios y enumerar los estresores ambientales de las unidades de convalecencia y larga estancia.

MÉTODOS

Diseño

Es un estudio observacional descriptivo transversal.

Población de estudio y tamaño muestral

La población de estudio fueron usuarios hospitalizados en las unidades de convalecencia y larga estancia del centro de atención intermedia del Hospital XXXXXX (*anónimo para los revisores*) cuya estancia fuera superior a 10 días, que estuvieran conscientes y orientados (tiempo-mes y estación, espacio- lugar que está y ciudad, persona- nombre y edad). No participaron usuarios con deterioro cognitivo y trastornos mentales, con dificultades para comunicarse, que no entendieron ni el catalán ni el castellano y usuarios que reingresaban y ya habían participado en el estudio. La muestra fue seleccionada mediante un muestreo no probabilístico de conveniencia.

Los usuarios que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión, descritos fueron reclutados en las unidades de hospitalización entre los meses de marzo y abril del 2023.

Instrumentos de medida

Los instrumentos de medida que se utilizaron fueron: la Escala de Richards Campbell (RCQS) para conocer la percepción del sueño de los usuarios¹⁸. En los análisis de fiabilidad del mismo, se obtuvo un alfa de Cronbach de 0,90; y en cuanto a la validez, afirman que el análisis factorial sugiere que el RCSQ es una escala unidimensional donde la puntuación total puede representar el constructo del sueño¹⁹.

Para evaluar el estrés de los usuarios se utilizó la versión en español de la escala Environmental Stress Questionnaire(ESQ) adaptada al entorno socio-sanitario ²⁰. Es una escala formada por 50 ítems con 7 dimensiones y con respuesta tipo Likert de 5 opciones (muy estresante, estresante, poco estresante, nada estresante, no considera). Las dimensiones de esta escala son: 1. Estresores ambientales de índole general (33 ítems), 2. Relacionados con la monitorización (3 ítems), 3. Relacionados con la estructuración de la unidad (2 ítems), 4. Relacionados con la termorregulación (2 ítems), 5. Relacionados con la pérdida del rol de autonomía (3 ítems), 6. Relacionados con el déficit del rol afectivo (2 ítems), 7. Estrés ambiental que se genera por el déficit de comunicación causado por dispositivos (2 ítems). Además, el cuestionario cuenta con 3 ítems independientes relacionados con la medición de la tensión arterial, el uso de la mascarilla de oxígeno y no saber qué hora es. Es una escala válida y fiable (alfa de Cronbach de 0.93) con buenas propiedades psicométricas.

Además, se registraron variables sociodemográficas (edad, género, número de hijos, estado civil), régimen de ingreso, diagnóstico de ingreso y administración de hipnóticos o no (a domicilio o en el hospital).

Para la recogida de datos, se utilizó una hoja de recogida de datos clínicos, la escala Richards Campbell y la escala de ESQ-

Debido a las edades avanzadas y la complejidad de los usuarios, los investigadores realizaron las encuestas de manera presencial, entrevistando a cada usuario individualmente.

Análisis de datos

Todos los datos fueron introducidos a una base de datos en formato electrónico para su posterior depuración y análisis estadístico. Se estimó la media de las escalas ESQ y Richards Campbell en global y por diversos subgrupos con sus intervalos de confianza del 95%. Se realizó un análisis descriptivo y un análisis bivalente estudiando si hay asociación entre las diferentes escalas y sus variables. Para las variables cuantitativas se utilizó el test de la t-Student para muestras independientes o el análisis de varianza si no cumplían, se utilizó el test no paramétricos de la U de MannWhitney o el test de Kruskal Wallis dependiendo del número de categorías de la variable en estudio. En el caso donde ANOVA o test de Kruskal-Wallis es significativo, se realizó las comparaciones entre los grupos para ver cuáles de ellos son significativos entre sí. Para las variables con valores cualitativos se aplicó el test de Chi-cuadrado de Pearson o la Prueba exacta de Fisher si fue necesario. Se consideró el nivel de significación estadístico en $p < 0.05$. El análisis estadístico se realizó con el programa Jamovi versión 2.3²¹.

Consideraciones éticas

El estudio fue aprobado por el comité ético de investigación clínica (CEIM) “XXXXXX (*anónimo para los revisores*)” el 16 de febrero de 2023 (código referencia 23/12). Los participantes fueron informados de forma verbal y se les facilitó una hoja informativa. Todos los participantes firmaron voluntariamente el consentimiento informado antes de participar en el estudio. En este consentimiento estaba reflejado la respetabilidad de la confidencialidad de los datos, así como la restricción del acceso a los mismos de la investigadora principal y su utilización exclusiva para la investigación.

RESULTADOS

Se obtuvo una muestra total de 77 usuarios con una edad promedio de 76,5 años (DE $\pm 13,8$). Las características de los mismos se describen en la tabla 1, el diagnóstico de ingreso por especialidades médicas, y también se incluye los descansos temporales, que son por un problema físico del cuidador principal.

Tabla 1. Características de la muestra

Características	N	%
Ingreso		
Convalecencia	49	63,60%
Larga estada	28	36,40%
Genero		
Hombre	35	45,50%
Mujer	42	54,50%
Estado civil		
Casados	20	26%
Separados o divorciados	8	10%
Solteros	12	15,60%
Viudos	37	48,10%
Procedencia usuarios		
Domicilio	13	16,90%
Hospital de agudos	53	68,80%
Residencia	6	7,80%
Urgencias	5	6,50%
Especialidad del diagnostico de motivo ingreso		
Vascular	10	13%
Traumatologia	23	29,90%
Respiratorio	19	24,70%
Descanso temporal	5	6,50%
Neurologia	6	7,80%
Digestivo	5	6,50%
Cardiologia	6	7,80%
Urologia	3	3,90%
Tomaban hipnoticos a domicilio		
Si	30	39,00%
No	47	61%
Tomaban hipnoticos en el hospital		
Si	37	48%
No	39	52%

Los fármacos que tomaron en el domicilio fueron: benzodiacepinas, el 90% (n=27) de los usuarios y valeriana o melatonina el 10% (n=3). En la hospitalización el 92% (n=35) de los usuarios se les administró benzodiacepinas y el 7% (n=3) valeriana o melatonina.

Los días que llevaban en el momento de ingreso se han agrupado por períodos (Tabla 2).

Tabla 2. Días de ingreso

Días ingreso	N	%Total	%Acumulado
De 11 a 20	39	50,65%	50,65%
De 21 a 50	27	35,06%	85,71%
De 51 a 100	7	9,09%	94,80%
Mas de 100	4	5,20%	100,00%

La percepción del sueño, durante el descanso nocturno, según la Escala de Richards Campbell obtuvo una puntuación de 71.3/100 (DE \pm 20.92)(Tabla 3). El 59,74% (n=46) de los usuarios tuvieron un sueño de buena calidad, el 38,96% lo tuvieron regular y el 1,30% lo calificaron como malo.

Tabla 3. Puntuaciones de la escala de Richards Campbell

RCQS	Media	Mediana	DE	Intervalo de confianza del 95%
El sueño la pasada noche fue	69	70	2,34	63,7-74,3
La noche pasada la primera vez que se durmió	65,7	70	2,16	60,8-70,6
La pasada noche estuvo despierto	73,2	80	2,13	68,4-78,1
La pasada noche cuando se despertó	71,77	80	2,03	67,1-76,3
La pasada noche durmió	76,99	80	1,8	72,8-81

RCQS: Escala de Richard Campbell

En relación al estrés ambiental, según la Escala de Estresores Ambientales, se obtuvo una puntuación de 1.52/4 (DE \pm 0.27). Los factores estresantes más significativos fueron: echar de menos a la familia (2,62/4), ver a la familia solo por poco tiempo al día (2,46/4) y la incapacidad para conciliar el sueño (2.27/4).

Las puntuaciones por dimensiones se detallan en la tabla 4.

Tabla 4. Ítems escala estresores agrupada por dimensiones

ESQ	Media	Mediana	Muy estresante	Estresante	Poco estresante	Nada estresante	No aplica
Estresores ambientales indole general	1,33	1	1,30%	6,49%	12,99%	61,69%	17,53%
Estresores ambientales con el deficit afectivo	2,54	3	15%	45%	18%	21%	1%
Estresores ambientales relacionadas con la	1,3	1	0	1%	3%	22%	74%
Estresores ambientales relacionados con la pedida del rol autonomia	1,62	1	4%	16%	14%	59%	6%
Estresores ambientales relacionados con la estructuración de la unidad	1,14	1	1%	3%	5%	86%	5%
Estrés ambiental que se genera por el deficit de comunicación causada por dispositivos	1,36	1	1%	5%	8%	41%	45%
Tres ítems que no estan en ninguna dimension escrita	1,53	1,33	0	13%	9%	50%	29%
Estresores ambientales relacionados con la termorregulación	1,3	1	0	7%	6%	55%	31%

ESQ: Enviromental Stress Questionnaire

En el análisis multivariante realizado sobre la calidad del sueño, se determinó que no existen diferencias significativas en relación con variables como el género, el régimen de ingreso, la edad, el número de hijos, la procedencia del paciente, el estado civil y el diagnóstico de ingreso. Además, no se observaron diferencias significativas en el uso de hipnóticos tanto en el entorno hospitalario como en el domicilio (Tabla 5).

Tabla 5. Relación de las variables con la calidad de sueño

Características de la muestra	CALIDAD DEL SUEÑO			FACTORES ESTRESANTES		
	Media	DE	P valor	Media	DE	P valor
Genero			p= 0,777			p=0,556
Hombres	7,07	1,77		1,58	0,285	
Mujeres	7,18	1,27		1,54	0,272	
Regimen ingreso			p=0,518			p= 0,380
Convalecencia	7,04	1,523		1,53	0,268	
Larga estada	7,28	1,513		1,6	0,292	
Edad			p=0,134			p=0,021
<60a	7,8	1,162		1,64	0,371	
De 61 a 74a	7,46	1,862		1,67	0,292	
De 75 a 90a	6,73	1,453		1,52	0,227	
>91a	6,96	1,002		1,41	0,202	
Numero hijos			p=0,682			p=0,938
0	7,01	1,592		1,55	0,298	
1 a 2	7,26	1,579		1,56	0,277	
3 a 5	7	1,378		1,51	0,302	
>5	6,64	0,974		1,6	0,212	
Procedencia usuario			p=0,745			p=0,092
Domicilio	7,2	1,7		1,57	0,173	
Hospital de agudos	7,12	1,51		1,58	0,304	
Residencia	6,63	1,305		1,49	0,242	
Urgencias	7,6	1,47		1,35	0,156	
Estado civil			p=0,866			p=0,785
Casados	6,91	1,38		1,54	0,277	
Separados o divorciados	7,53	2,28		1,69	0,282	
Solteros	7,28	1,86		1,58	0,327	
Viudos	7,11	1,3		1,53	0,26	
Diagnostico ingreso			p=0,239			p=0,569
Vascular	7	2,009		1,61	0,237	
Traumatologia	7,06	1,533		1,5	0,278	
Respiratorio	7,1	1,704		1,61	0,259	
Descanso temporal	7,24	1,276		1,54	0,162	
Neurologia	7,67	1,378		1,77	0,472	
Digestivo	6,33	0,615		1,6	0,221	
Cardiologia	7,17	1,319		1,44	0,197	
Urologia	8,47	1,206		1,38	0,291	
Hipnoticos hospital			p=0,326			p=0,977
Si	6,72	1,621		1,56	0,214	
No	6,6	2,828		1,55	0,31	
Hipnoticos domicilio			p=0,424			p=0,975
Si	7	1,667		1,56	0,244	
No	7,39	2,254		1,55	0,312	

En cuanto en los factores estresantes estudiados no se encontraron diferencias significativas asociadas con la estancia en convalecencia o larga estancia, ni en función del diagnóstico de ingreso.

Por otro lado, tampoco se encontraron diferencias significativas entre los usuarios procedentes de urgencias o del domicilio ($p=0.431$), así como entre aquellos procedentes de hospitalización de agudos y urgencias ($p=0.292$).

En relación con el régimen de ingreso, ya sea de convalecencia o de larga estancia no se encontraron diferencias significativas ($p=0.380$). Asimismo, no se observaron diferencias significativas entre los pacientes procedentes de diferentes especialidades médicas. En cuanto a las edades, solo se encontraron diferencias significativas, con los factores estresantes ($p=0.021$).

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio nos han permitido conocer la calidad del sueño en un hospital de atención intermedia. Actualmente, no se han encontrado estudios que realicen una comparativa del descanso nocturno en hospitales de atención intermedia. Sin embargo, existen varios estudios sobre el sueño nocturno que se centran principalmente en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) o en unidades de postoperatorio²²⁻²⁴. Además, hay numerosos estudios que buscan mejorar el descanso en diferentes hospitales, por ejemplo, el Proyecto Morfeo del Hospital Pere Virgili²⁵ o el proyecto de “Bona nit” de Vall de Hebrón que se enfocan en este objetivo.

Se ha constatado un estudio²⁶ que analiza aspectos específicos relacionados con el descanso nocturno de las personas institucionalizadas con las que no, pero no son comparables directamente porque representan contextos diferentes y con necesidades distintas, en unos hay previsión de alta, ya sea a domicilio o en otro centro y otros están a domicilio.

Después de analizar los resultados obtenidos podemos afirmar que el patrón del sueño de los usuarios ingresados en nuestro contexto se caracteriza por ser un sueño de buena calidad siendo el valor medio de la escala RCSQ de 71.3mm. Se han realizado numerosos estudios de la percepción del sueño en UCIs, donde obtienen puntuaciones

más reducidas como el estudio de Iriarte Ramos²² y Richards et al.¹⁹ (56,85mm y 60,19mm, respectivamente) pero no se han encontrado estudios relacionados específicamente con la atención intermedia o la hospitalización de agudos, si no solo en servicios más específicos.

En la literatura, se identifica la toma de constantes como un único factor que afecta negativamente a las interrupciones del descanso nocturno, sin diferencias significativas entre géneros ni uso de hipnóticos¹⁹. En nuestro estudio no ha habido esta diferencia debido a que la toma de constantes se realiza según valoración y no de forma rutinaria.

Algunos estudios han encontrado que, a medida que las personas envejecen, pueden experimentar cambios en su patrón de sueño²⁷. Es común que los adultos mayores tengan dificultades para conciliar el sueño y que se despierten con más frecuencia durante la noche. Estos despertares pueden estar relacionados con problemas de salud, como el dolor crónico, afecciones médicas o el tratamiento de enfermedades crónicas²⁶.

En este estudio no se ha encontrado ninguna diferencia significativa entre la edad y la calidad del sueño, esto puede ser debido a que la edad no influye en este aspecto, que los usuarios una vez ingresados tienen las mismas preocupaciones, independientemente de la edad. Este resultado, es similar a un estudio de la UCI de Carrera-Hernández et al²⁴.

Tampoco se encontró relación en el motivo de ingreso, clasificado por especialidad, y no se observaron diferencias estadísticamente significativas. Este resultado es similar al obtenido por Iriarte Ramos²¹ y Carrera-Hernandez²⁴. En los estudios analizados, se estableció una distinción en la UCI entre los ingresos hospitalarios por patología y los ingresos por intervención médica, y no se observaron diferencias significativas en cuanto al nivel de estrés. Al igual que en este estudio, se realizó una clasificación basada en las patologías que también indicó que no hay variaciones según la especialidad médica por la que ingresaron los pacientes.

Los factores más estresantes identificados fueron: echar de menos a la familia, tener un tiempo limitado para ver a la familia o amigos y no poder dormir adecuadamente. Cabe mencionar que, en nuestro centro, las visitas no están permitidas durante la noche,

a menos que sea por razones específicas. Al inicio del estudio, se implementaron cambios en las normas debido a las restricciones de la COVID-19, pasando de las visitas de tres horas por la mañana y tres horas por la tarde a visitas de 9 a 20h.

Además, es relevante destacar que el aburrimiento se posiciona como el quinto factor estresante. Esto lleva a que los pacientes duerman durante el día y dificulta conciliar el sueño durante la noche. Otro factor a tener en cuenta es que a las 21h se apagan las luces y antes de las 22h ya han tomado los suplementos nocturnos. La noche se vuelve muy larga y, al despertar a las 5 o 6 de la madrugada, ya han completado 7 u 8 horas de sueño, lo que genera la sensación de no haber descansado lo suficiente.

En el hospital de estudio, a diferencia de un hospital de agudos, los usuarios están más estables y el personal solo toma constantes en pacientes específicos según su patología o valoración. Se mantienen las luces apagadas y se utilizan linternas para minimizar las molestias para conciliar el sueño.

Las limitaciones de este estudio, al igual que en otros estudios similares, se relaciona con la recogida de datos, ya que se ha observado que los usuarios interpretaron de manera diferente las preguntas que los investigadores plantearon. En este sentido, los investigadores realizaron las encuestas de manera presencial, entrevistando a cada usuario individualmente. Esta estrategia facilitó la participación y aseguró que los usuarios comprendieran y respondieran adecuadamente a las preguntas de las escalas utilizadas en la investigación.

Los resultados obtenidos ponen de manifiesto que es necesario profundizar en el estudio del descanso nocturno un enfoque de investigación más específico. Para ello, sería necesario adaptar y validar las escalas según la población de estudio, en un centro de atención intermedia, teniendo en cuenta las particularidades de estancias más prolongadas. Por otro lado, los temores de los usuarios en relación con el conocimiento de sus limitaciones y la incertidumbre sobre el lugar al que serán trasladados tras el alta son factores que generan estrés y que no han sido adecuadamente reflejados hasta el momento.

CONCLUSIÓN

En conclusión, la calidad del sueño de los usuarios ingresados en un hospital de atención intermedia ha sido buena. Las interrupciones del sueño no son percibidas como una molestia, los usuarios comprenden que están en un entorno hospitalario con diversas necesidades. La percepción de los usuarios con respecto al sueño es positiva. Los factores estresantes más significativos fueron echar de menos a la familia, ver a la familia solo por poco tiempo al día y la incapacidad para conciliar el sueño. Sin embargo, también se experimentan otros factores estresantes como no saber el tiempo que estarán ingresados y el sentir dolor que quedan atenuados durante su ingreso. Los factores estresores ambientales son similares tanto en casos de convalecencia como en larga estancia. Lo más importante para los usuarios, tras diez días de ingreso, es la presencia de su familia o amigos y especialmente el no poder tener contacto con ellos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cruz E, Hernández Y, Morera BP, Fernández Z, Rodríguez JC. Trastornos del sueño en el adulto mayor en la comunidad. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río. 2008;12(2):121-30.
2. De la Calzada M. Modificaciones del sueño en el envejecimiento. Rev Neurol. 2000;30(6):577-80.
3. Álamo González C, Alonso Álvarez M L, Cañellas Dols F, Martín Águeda B, Pérez Díaz H, Romero Santo-Tomás O, Terán Santos J . Insomnio [Internet] Sociedad Española de Sueño. [Fecha acceso: 21 de abril de 2023]. Disponible en [.https://www.ses.org.es/docs/guia-de-insomnio_2016.pdf](https://www.ses.org.es/docs/guia-de-insomnio_2016.pdf)
4. Díez González S, García Hernández B, Aladro Castañeda M . Priorizando el tratamiento no farmacológico en el insomnio. RqREnfermería Comunitaria.2016; 4(2), 30-43.
5. Rebok F, Daray FM. Tratamiento integral del insomnio en el adulto mayor. Alcmeon. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica.2014; 18(4): 306-21.

6. López Trigo JA, Álamo González C, Gil Gregorio P, González Gil P, Merino AndréuM, GarciaGarciaP .Guia de buena pràctica clínica en Geriatria. Insomnio. 2nd ed.2014. [internet].Sociedad Española Geriatria y Gerontologia [Fecha acceso: 21 de abril de 2023]. Disponible en https://www.segg.es/media/descargas/GBPCG_Insomnio.pdf
7. D'Hyver de les Deses. C. Alteraciones del sueño en personas adultas mayores. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM.2018; 61(1): 33-45.
8. Merino-AndréuM, Álvarez Ruiz de Larrinaga A, Madrid Pérez JA, Martínez Martínez MA, Puertas CuestaFJ, Asencio Guerra AJ, Barriuso Esteban B. Sueño saludable: evidencias y guías de actuación. Documento oficial de la Sociedad Española de Sueño. Revista de Neurologia.2016 Oct 3; 63 (S02): S1-S27.
9. De Teresa Romero G,Vazquez Garcia V M, Alvarez Hurtado AA, Carretero Ares JL, Alonso del Teso F,Gonzalez las Heras RM. Influencia de la edad en la calidad de los componentes parciales del sueño en la población general. MEDIFAM; 2001; 11(1): 11-15.
10. Carro T, Alfaro A, BoyanoI. Trastornos del sueño. En: Antón M, Benavent R, Boyano I, Clerencia M, Corujo E, Espauella J, et al. editores. Tratador de geriatría para residentes. Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontologia; 2006
11. Fernández A, Vázquez E. El sueño en el anciano. Atención de Enfermería. Enfermería Global. 2007;6(10):1-17.
12. Granados Gurrola D. Los 10 mandamientos de la higiene del sueño para adultos. El Servier. 2018 Mar 16.
13. Estrella Gonzalez IM, Torres Prados MT. La higiene del sueño en el anciano, una labor cercana a la enfermería. Gerokomos 2015;26(4).
14. Dogan O, Ertekin S, Dogan S. Sleep quality in hospitalized patients. J Clin Nurs. 2005 Jan;14(1):107-13

15. Southwell MT, Wistow G. Sleep in hospitals at night: are patients' needs being met? *J Adv Nurs*. 1995 Jun;21(6):1101-9.
16. Nagel CL, Markie MB, Richards KC, Taylor JL. Sleep promotion in hospitalized elders. *MedsurgNurs*. 2003 Oct;12(5):279-89; quiz 290.
17. Novo C., López F, López M, Rumbo J M, López Z, García E, et al. Alteración del patrón Reposo-Sueño en el anciano hospitalizado. *Enfermería Científica*.1995; 5; (2): 49-53.
18. Richards KC, O'Sullivan PS, Phillips RL. Measurement of sleep in critically ill patients. *J Nurs Meas*. 2000;8:131-44.
19. Nicolás A, Aizpitarte E, Iruarizaga A, Vazquez M, Margall MA. Percepción de los pacientes quirúrgicos del sueño nocturno en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Enferm Intensiva*.2002;13:57-67.
20. Portuondo, J. Adaptación transcultural de la escala ESQ para la medición del estrés en pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos y pilotaje de la misma [tesis doctoral].2020.
21. The jamovi project. Jamovi (Computer Software).2022.
22. Iriarte Ramos S. Descanso nocturno en una unidad de cuidados intensivos (DNUCI) [tesis doctoral]. Zaragoza: Universidad de Zaragoza. Departamento de Fisiatria y Enfermería; 2016.
23. García-Sánchez M, & González-Caro MD. Improvenightsleep in criticalpatients. *Enfermería Intensiva*. 2019;30(1):43-44.
24. Carrera-Hernández L., Aizpitarte-Pejenaute E, Zugazagoitia-Ciarrusta, N, Goñi-Viguria, R. Patients' perceptions of sleep in a CriticalCare Unit. *Enfermería Intensiva*. 2018;29(2): 53–63.

25. Abad AS, Muñoz MM, Martínez P G, Veiga L., Inzitari M., Capuñay Z, Gonzalez B. «Proyecto Morfeo»: mejora del descanso nocturno en pacientes geriátricos hospitalizados. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*.2018; 53: 20.
26. Mármol MR, Cruz, RM. Calidad subjetiva del sueño en ancianos institucionalizados y no institucionalizados de la ciudad de Jaén. *Gerokomos*. 2016;27(2), 53–57.
27. Echavarri C, Erro ME. Trastornos del sueño en el anciano y en las demencias. *Anales Sis San Navarra*.2007;30(suppl 1):155-161.

5.DISCUSIÓN

Esta discusión integra y amplía aspectos importantes de la discusión ya realizada en el artículo. En primer lugar, la mayoría de los usuarios participantes en el estudio han expresado una percepción positiva en relación con la calidad del sueño nocturno mientras se encuentran en el hospital de atención intermedia. Es relevante destacar que sus opiniones se basan en una evaluación razonada de la situación. Argumentan que comprenden la dificultad de aquellos usuarios que pueden estar desorientados y necesitan del personal, así como la necesidad ocasional de encender la luz para ayudar a sus compañeros de habitación, ya sea para utilizar el baño, administrar medicación. También reconocen que las enfermeras acuden a la habitación cuando es necesario, lo cual se traduce en resultados positivos para el estudio.

Sin embargo, es relevante señalar que esta perspectiva no siempre coincide con la visión que tiene el personal que trabaja durante el turno de noche. Es importante destacar que, las encuestas se llevaron a cabo por la mañana, lo que permitía a los usuarios tener en mente la experiencia de no haber dormido bien durante la noche. En este sentido, sería beneficioso considerar la posibilidad de ampliar el estudio incluyendo encuestas que recopilen la percepción de los trabajadores que trabajan durante el turno nocturno. Esto podría explicar cómo el personal de noche experimenta y evalúa la calidad del sueño de los usuarios y cómo estos factores impactan en su trabajo y bienestar. Tener en cuenta esta perspectiva adicional podría enriquecer significativamente la comprensión global de la situación y contribuir a implementar mejoras tanto para los usuarios como para el personal, con el fin de profundizar más en las diferencias identificadas.

Por otra parte, es destacable que un número creciente de hospitales están implementando programas destinados a mejorar el descanso nocturno de los usuarios. Estos programas abarcan tanto aspectos estructurales como la optimización del personal, con el objetivo de reducir los factores que podrían afectar negativamente el sueño de los usuarios²⁷.

Las estrategias propuestas en el contexto de las UCI, son fácilmente extrapolables a nuestro centro hospitalario. La implementación de estas medidas, después de conocer los resultados obtenidos en nuestro estudio, puede contribuir significativamente a mejorar la calidad del sueño de los usuarios y, en última instancia, a su proceso de recuperación.

Asimismo es necesario buscar estrategias que favorezcan la implementación exitosa de diferentes cambios en nuestro centro hospitalario. Por este motivo, las implicaciones para la práctica clínica, así como las recomendaciones para las investigaciones futuras, deberían basarse en varios enfoques²⁷:

- **Modificaciones estructurales:** Se sugiere realizar ajustes en la infraestructura para crear un entorno más propicio para el sueño. Esto podría incluir la instalación de cortinas opacas, la reducción del ruido ambiental y la regulación de la iluminación, así como la gestión de sistemas de alarma y control. La incorporación de puertas y paredes aislantes del ruido también sería recomendable.
- **Valoración precoz y formación:** Es fundamental llevar a cabo una evaluación temprana de las necesidades de sueño de cada usuario y proporcionar formación al personal sobre la importancia del descanso nocturno para la recuperación de los usuarios.
- **Promover el descanso nocturno:** Establecer pautas para minimizar las interrupciones innecesarias durante la noche, a menos, que sean esenciales. Esto podría lograrse cerrando las puertas de las habitaciones, verificando una posición confortable del usuario en la cama, y creando un entorno tranquilo, sin ruidos añadidos como las conversaciones del personal, desplazamientos, etc.
- **Fomentar la estimulación sensorial:** Se pueden utilizar técnicas de estimulación sensorial para inducir el sueño, como la música suave o la aromaterapia. Facilitar revistas, periódicos, libros para mejorar el confort y favorecer la orientación temporal.
- **Aliviar la comunicación:** Fomentar la comunicación verbal y no verbal tanto a los profesionales como las familias de los usuarios. Informar en todo momento al usuario sobre aquello que le preocupa así como informarle antes de la realización de cualquier procedimiento ayuda a minimizar su estrés.
- **Reorientar al usuario:** Reorientación mediante relojes, calendarios y periódicos permiten al usuario a recuperar el ritmo día-noche.

- Favorecer la intimidad: Respetar la privacidad y la intimidad de los usuarios durante la noche, asegurando que las luces y los ruidos sean mínimos. Tener cortinas y mantener informados a los usuarios sobre las acciones que se llevaran a cabo es esencial.

Las investigaciones futuras deben tener en cuenta los elementos mencionados anteriormente así como realizar estudios que comparen el efecto de la implementación de estas medidas y su impacto en los usuarios y los profesionales; además deberían realizarse estudios de costes.

6. CONCLUSIONES

Las conclusiones de este trabajo se basan en los objetivos y resultados obtenidos:

1. La calidad del sueño de los usuarios ingresados en las unidades de convalecencia y larga estancia del hospital de atención intermedia de Sant Andreu ha sido buena, tal como indica la Escala de Richards Campbell que obtuvo una puntuación de 71.3/100.
2. Las interrupciones del sueño no son percibidas como molestias, los usuarios comprenden que están en un entorno hospitalario con diversas necesidades. La percepción de los usuarios con respecto al sueño es positiva. Para mejorar este aspecto, sería necesario considerar la posibilidad de crear habitaciones individuales e insonorizarlas para minimizar las molestias nocturnas.
3. Los factores estresantes más significativos de las unidades de convalecencia y larga estancia del hospital Sant Andreu fueron echar de menos a la familia, ver a la familia solo por poco tiempo al día y la incapacidad para conciliar el sueño. Facilitar espacio adecuado para las familias podría reducir el nivel de estrés causado por la separación. Sin embargo, también se experimentaron otros factores estresantes, como la incertidumbre sobre la duración de su ingreso y el sentir dolor que quedan atenuados durante su ingreso.
4. Los factores estresores ambientales de las unidades de convalecencia y larga estancia del hospital Sant Andreu son similares tanto en casos de convalecencia como en larga estancia. Lo más importante para los usuarios, tras diez días de ingreso, es la presencia de su familia o amigos y especialmente el no poder tener contacto con ellos.
5. La satisfacción del sueño de los usuarios ingresados en las unidades de convalecencia y larga estancia del hospital de atención intermedia de Sant Andreu ha sido positiva. Esto se ha evidenciado a través de los comentarios expresados por los propios usuarios a medida que se han llevado a cabo las distintas encuestas. No obstante, es importante señalar que en ciertos momentos se ha presentado algún inconveniente (ruidos, iluminación...),

6. La calidad del sueño de los pacientes ingresados en las unidades de convalecencia y larga estancia del hospital Sant Andreu no está relacionada con variables como el género, el régimen de ingreso, la edad, el número de hijos, la procedencia del paciente, el estado civil y el diagnóstico de ingreso.
7. En relación al insomnio con el uso de hipnóticos, se observó una diferencia del 9% entre el consumo de hipnóticos en el domicilio y en el entorno hospitalario. Sin embargo, esta diferencia resultó no ser significativa ($p=0,424$).

7.REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Cruz E, Hernández Y, Morera BP, Fernández Z, Rodríguez JC. Trastornos del sueño en el adulto mayor en la comunidad. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río. 2008;12(2):121-30.
2. De la Calzada M. Modificaciones del sueño en el envejecimiento. Rev Neurol. 2000;30(6):577-80.
3. Aitken LM, Elliott R, Mitchell M, Davis C, Macfarlane B, Ullman A, *et al.* Sleep assessment by patients and nurses in the intensive care: An exploratory descriptive study. Aust Crit Care. 2017;30: 59-66.
4. Gómez CA. Calidad de sueño de los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos. Enferm Intensiva. 2013; 24: 3-11.
5. Eliassen KM, Hopstock LA. Sleep promotion in the intensive care unit —A survey of nurses; interventions. Intensive Crit Care Nurs., 2011; 138-144
6. Álamo González C, Alonso Álvarez M L, Cañellas Dols F, Martín Águeda B, Pérez Díaz H, Romero Santo-Tomás O, Terán Santos J. Insomnio [Internet] Sociedad Española de Sueño. [Fecha acceso: 21 de abril de 2023]. Disponible en. https://www.ses.org.es/docs/guia-de-insomnio_2016.pdf
7. Diez González S, García Hernández B, Aladro Castañeda M. Priorizando el tratamiento no farmacológico en el insomnio. RqR Enfermería Comunitaria.2016; 4(2), 30-43.
8. Rebok F, Daray FM. Tratamiento integral del insomnio en el adulto mayor. Alcmeon. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica.2014; 18(4): 306-21.
9. López Trigo JA, Álamo González C, Gil Gregorio P, González Gil P, Merino Andréu M, Garcia Garcia P. Guia de buena práctica clínica en Geriatria. Insomnio. 2nd ed.2014. [internet]. Sociedad Española Geriatria y Gerontologia [Fecha acceso: 21 de abril de 2023]. Disponible en https://www.segg.es/media/descargas/GBPCG_Insomnio.pdf
10. D’Hyver de les Deses. C. (2018). Alteraciones del sueño en personas adultas mayores. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM. 2018;61(1): 33-45.

11. Merino-Andréu M, Álvarez Ruiz de Larrinaga A, Madrid Pérez JA, Martínez Martínez MA, Puertas Cuesta FJ, Asencio Guerra AJ, Barriuso Esteban B. Sueño saludable: evidencias y guías de actuación. Documento oficial de la Sociedad Española de Sueño. Revista de Neurología.2016 Oct 3; 63 (S02): S1-S27.
12. Carro T, Alfaro A, Boyano I. Trastornos del sueño. En: Antón M, Benavent R, Boyano I, Clerencia M, Corujo E, Espauella J, et al. editores. Tratador de geriatría para residentes. Madrid: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología; 2006.
13. Fernández A, Vázquez E. El sueño en el anciano. Atención de Enfermería. Enfermería Global. 2007;6(10):1-17.
14. Ancoli- Israel S, Kripke TF, Klauber MR., Mason WJ, (1991). Periodic limb movement in sleep in community-dwelling elderly. Sleep. 1991; 14(6), 496-500.
15. Crowley K. (2011). Sueño y trastornos del sueño en adultos mayores. Revista de Neuropsicología,2011; 21(1):41-53.
16. Stewart JA, Green C, Stewart J, Tiruvoipati R. Factors influencing quality of sleep among non-mechanically ventilated patients in the Intensive Care Unit. Aust Crit Care. 2017;30 85-90.
17. Tembo AC, Parker V. Factors that impact on sleep in intensive care patients. Intensive Crit Care Nurs., 2009;25: 314-322.
18. Richardson A, Allsop M, Coghil E, Turnock C. Earplugs and eye masks: Do they improve critical care patients' sleep?. Nurs Crit Care. 2007; 12:278-286.
19. Guillén F, Bernal M, García S, García MJ, Illán CR, Álvarez MC, *et al.* Calidad del sueño de los pacientes ingresados en UCI: relación con estresores ambientales. Enferm Docente.2013; 100: 34-39
20. Aragón P, Capella L, Fernandez E, Gonzalez B, de Juana S. Influencia de los factores ambientales en las alteraciones del sueño de los pacientes de una Unidad Coronaria. Enferm Cardiol., 2011;53: 40-44
21. Bihari S, Doug McEvoy R, Matheson E, Kim S, Woodman RJ, Bersten AD. Factors affecting sleep quality of patient in Intensive Care Unit. J Clin Sleep Med., 2012;8: 301-307

22. O. Romero Santo-Tomás, J. Terán Santos. Sueño saludable: evidencias y guías de actuación. Documento oficial de la Sociedad Española de Sueño Rev Neurol 2016; 63 (Supl 2): S1-S27
23. Dogan O, Ertekin S, Dogan S. Sleep quality in hospitalized patients. J Clin Nurs. 2005 Jan;14(1):107-13
24. Southwell MT, Wistow G. Sleep in hospitals at night: are patients' needs being met? J Adv Nurs. 1995 Jun;21(6):1101-9.
25. Nagel CL, Markie MB, Richards KC, Taylor JL. Sleep promotion in hospitalized elders. Medsurg Nurs. 2003 Oct;12(5):279-89; quiz 290.
26. Novo C, López F, López M, Rumbo J M, López Z, García E, et al. Alteración del patrón Reposo-Sueño en el anciano hospitalizado. Enfermería Científica.1995; 5; (2): 49-53.
27. Iriarte Ramos S. Descanso nocturno en una unidad de cuidados intensivos (DNUCI) [tesis doctoral]. Zaragoza: Universidad de Zaragoza. Departamento de Fisiatria y Enfermeria; 2016.

8. ANEXOS

8.1. Hoja del paciente consentimiento informado

HOJA DEL PACIENTE Y EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

IDENTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

TÍTULO DEL ESTUDIO: Valoración del descanso nocturno en un hospital de atención intermedia

Investigador principal: Mireia Pesarrodona Ribera

Teléfono: 616577988

Correo electrónico: mireiape@hotmail.com

Centro: Hospital Sant Andreu de Manresa, Barcelona

HOJA DE INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

INTRODUCCIÓN

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio de investigación en el cual se le invita a participar. El estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de la Investigación.

El propósito de este documento es explicar en qué consiste el procedimiento para que le ayude a tomar una decisión sobre su participación en el mismo. Antes de decidirse a participar, tómese el tiempo que necesite para hacer todas las preguntas que considere.

Así mismo, tenga la libertad de hablar con cualquier persona, familiar, amigos o cualquier profesional de la salud antes de otorgar su consentimiento.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Tiene que saber que su participación es voluntaria y usted puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar su consentimiento en cualquier momento sin que por eso tenga repercusiones sobre la atención sanitaria del paciente (art.15.4)

¿CUAL ES EL PROPÓSITO DEL ESTUDIO?

El objetivo de este estudio es saber cuáles son los factores que principalmente interrumpen y dificultan el sueño en un ámbito hospitalario y a la vez la necesidad del descanso nocturno en los pacientes hospitalizados, ya que es un aspecto muy importante a la hora de rehabilitarse.

¿QUE HAY QUE HACER PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO?

Para conocer cómo se percibe el descanso nocturno y saber qué factores lo alteran se utilizará un cuestionario voluntario y anónimo que se llevará a término después de estar como mínimo 10 días ingresado

El objetivo final es poder extraer conclusiones que nos permitan determinar cuáles intervenciones o modificaciones podrán ser llevadas a término a las unidades de un hospital y así ayudar a las otras personas que puedan pasar por su misma situación.

El tratamiento, comunicación y cesión de sus datos se hará conforme a lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. En todo momento, Vd. podrá acceder a sus datos, corregirlos o cancelarlos. Sólo el equipo investigador, los representantes del promotor y las autoridades sanitarias, que tienen deber de guardar la confidencialidad, tendrán acceso a todos los datos recogidos por el estudio. Se podrá transmitir a terceros la información que no pueda ser identificada. En el caso de que alguna información sea transmitida a otros países, se realizará con un nivel de protección de los datos equivalente, como mínimo, al exigido por la normativa de nuestro país.

Una copia de la hoja de información y el formulario del consentimiento informado quedará en su poder.

DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

D. /Dña., de años de edad y con DNI nº

Manifiesto que he leído y entendido la hoja de información que se me ha entregado, que he hecho las preguntas que me surgieron sobre el proyecto y que he recibido información suficiente sobre el mismo.

Comprendo que mi participación es totalmente voluntaria, que puedo retirarme del estudio cuando quiera sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Presto libremente mi conformidad para participar en el Proyecto de Investigación titulado “Valoración del descanso nocturno en un hospital de Atención intermedia”.

He sido también informado/a de que mis datos personales serán protegidos e incluidos en un fichero que deberá estar sometido a y con las garantías del Reglamento General de Protección de Datos (RGPD), que entró en vigor el 25 de mayo de 2018 que supone la derogación de Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre referidos a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales

Tomando ello en consideración, OTORGO mi CONSENTIMIENTO para cubrir los objetivos especificados en el proyecto.

Manresa, a de de 2023

8.2. Autorización del centro

AUTORIZACIÓN DEL CENTRO



Yo, Silvia Graell López con DNI: 39 355 030Y, como directora del Hospital Sant Andreu de Manresa

AUTORIZO A:

Mireia Pesarrodonà Ribera a entregar: "Hoja de información del estudio a realizar, consentimiento informado y cuestionarios" a los pacientes de las unidades de convalecencia y larga estada del Hospital Sant Andreu para la realización de su estudio de investigación "Valoración del descanso nocturno en un hospital de atención intermedia" manteniendo la debida obligación de confidencialidad y uso correcto de la información obtenida.

Y para que conste a los efectos oportunos se expide esta autorización,

Manresa, 10 de enero de 2023



Silvia Graell López

Directora



8.3. Justificante para la utilización de la escala de EFQ

Permiso para utilizar escala EFQ

- ☰ ×

↩ Responder ↶ Responder a todos → Reenviar 📁 Archivar 🗑 Eliminar 🏷 Establecer marca ⋮

Re: Permiso escala EFQ

 **janire.portuondojimenez@gmail.com** <janire.portuondojimenez@gmail.com> 
11:42

Para: Mireia Pesarrodona Cc: Janire Portuondo Jimenez

Hola Mireia:

Felicítarte por tu interés en la investigación. Va a ser un placer que utilices la herramienta que desarrolle en mi tesis. Lo único, que te pido es que me menciones en los trabajos que realices en los que se utilice la escala y que me los compartas para poder leerlos!

Te deseo lo mejor para este 2023!

Enviado desde mi iPhone

El 27 dic 2022, a las 13:39, Mireia Pesarrodona <mireiape@hotmail.com> escribió:

Apreciada Janire,
Soy Mireia Pesarrodona, enfermera, que estoy cursando un máster de Atención Integrada en la Cronicidad y Envejecimiento y como TFM quiero realizar un estudio sobre los factores que interrumpen el sueño en un hospital de atención intermedia.
Para realizar dicho estudio me interesaría poder utilizar tu escala de EFQ que he visto que has elaborado en tu tesis.
Con este mail, quiero pedirte permiso para utilizarla y por mi parte me comprometo en hacer referencia en mi artículo como así también en cualquier artículo relacionado a ello.
Quedo a la espera de tu respuesta
Atentamente
Mireia Pesarrodona

Enviat des de l'[Outlook per a l'Android](#)

8.4. Hoja recogida de datos

Fecha recogida		HC		
Sexo	Hombre		Mujer	
Edad				
Procedencia paciente	Domicilio		Residencia	Hospital agudos
Día ingreso				
Administración de fármacos hipnóticos que tomaba al domicilio				
Administración de fármacos hipnóticos que toma al hospital				
Tiene dolor	No		Si	EVA

8.5. Escala EFQ

Cuestionario de estresores ambientales experimentados por los pacientes en las UCIs

Id:

Fecha Realización:

Instrucciones: por favor, califique las siguientes situaciones de su estancia en la unidad de cuidados intensivos (UCI) en términos de muy estresante, estresante, poco estresante, no estresante o no aplica/no considera según corresponda. Marque solo una calificación para cada punto.

	Muy estresante	Estresante	Poco estresante	Nada estresante	No aplica / No considera
1. Tener limitada la movilidad por la presencia de cables, sondas, tubos de drenaje o catéteres/vías venosas.					
2. Ser atendido por personal sanitario que no me llama por mi nombre.					
3. Sentir que el personal que me atiende tiene prisa.					
4. Tener sed.					
5. Tomarme la tensión arterial con mucha frecuencia.					
6. La cama o almohada sean incómodas.					
7. Escuchar el teléfono sonar.					
8. Que me examinen con frecuencia.					
9. Estar rodeado por máquinas extrañas.					
10. Sentir que el personal que me atiende presta más atención a las máquinas que a mí.					
11. Los pitidos y alarmas de las máquinas.					
12. Que el personal hable demasiado alto.					
13. Tener que usar mascarillas para la administración de oxígeno.					
14. Echar de menos a mi familia/amigos.					
15. No recibir explicaciones del tratamiento.					
16. Escuchar las alarmas de mi monitor cardíaco.					
17. Ser atendido por personal sanitario que hace cosas alrededor de mi cama constantemente.					
18. Tener tubos en la nariz o la boca.					
19. No saber qué hora es.					
20. Escuchar a otros pacientes gritar o quejarse.					
21. Estar hombres y mujeres hospitalizados en el mismo espacio.					
22. Ver a la familia o amigos solamente unos pocos minutos al día.					
23. No saber cuándo se van a hacer las cosas.					
24. Ser despertado por las enfermeras.					
25. Escuchar ruidos desconocidos e inusuales.					


VALORACIÓN DEL DESCANSO NOCTURNO EN UN HOSPITAL DE ATENCIÓN INTERMEDIA

Questionario de estresores ambientales experimentados por los pacientes en las UCIs

26. Ver cómo se realizan tratamientos a otros pacientes.					
27. Tener que mirar al techo.					
28. No poder dormir.					
29. No poder mover manos o brazos por tener catéteres/vías intravenosas.					
30. Notar olores raros a mi alrededor.					
31. Tener luces encendidas constantemente.					
32. Sentir dolor.					
33. Ver bolsas de medicación sobre la cabeza.					
34. Ser pinchado con agujas.					
35. No saber dónde estoy.					
36. Que se utilicen palabras que no entiendo.					
37. No tener control de mí mismo.					
38. No saber qué día es.					
39. Aburrirme.					
40. No tener intimidad.					
41. Ser cuidado por personas desconocidas.					
42. Estar en una habitación demasiado caliente o demasiado fría.					
43. Escuchar al personal hablar sobre mí.					
44. No poder comunicarme.					
45. Tener miedo a morir.					
46. No saber cuánto tiempo voy a estar en cuidados intensivos.					
47. No poder cumplir mis obligaciones familiares.					
48. Tener preocupaciones económicas.					
49. Tener miedo de contagiarme en el hospital.					
50. Ser presionado para aceptar tratamientos.					
- De los puntos anteriores, indique por favor en orden de mayor a menor importancia los tres más estresantes.	1-	2-	3-		
- Escribe por favor, los factores estresantes que usted considera faltan incluir en el listado.					
- Escribe tus comentarios					


8.6. Escala Campbell

1. Su sueño la noche pasada fue:




Ligero Profundo

2. La noche pasada la primera vez que se durmió:




No conseguía quedarse dormido Se durmió casi de inmediato

3. La pasada noche:




Estuvo casi toda la noche despierto Apenas de despertó

4. La pasada noche cuando de despertó:



No pudo volver a dormirse Se volvió a dormir enseguida

5. La pasada noche:



Ha dormido mal Ha dormido bien

8.7. Mail confirmación de envío Enfermería Clínica

ENFCLIN-D-23-00200 - confirmación de envío / Confirming your submission to Enfermería Clínica



em.enfclin.0.854a65.48135420@editorialmanager.com <em.enfclin.0.854a65.48135420@editorialmanager.com> en nombre de Enfermería Clínica <em@editorialmanager.com>

11/08/2023 20:23

Para: Desarrodonna Mireia

Estimado/a Mireia:

Le confirmamos la recepción del artículo titulado: "VALORACIÓN DEL DESCANSO NOCTURNO EN UN HOSPITAL DE ATENCIÓN INTERMEDIA", que nos ha enviado para su posible publicación en Enfermería Clínica.

Se le ha asignado el siguiente número de manuscrito: ENFCLIN-D-23-00200. En caso de que sea necesario que haga algún cambio previo, también se le notificará por correo electrónico.

Tal y como se especifica en las normas de publicación de la revista, le recordamos que su manuscrito no puede ser publicado en ninguna otra revista mientras dure el proceso de revisión.

No dude en contactar con la redacción para cualquier información adicional.

Reciba un cordial saludo,

EM
Enfermería Clínica

Esta revista usa el Servicio de Transferencia de Artículos de Elsevier. Esto significa que si un editor considera que su manuscrito es más apropiado para una revista alternativa, se le podrá pedir que considere transferir su manuscrito a dicha revista. La recomendación de transferir podrá venir del Editor de la revista, un Scientific Managing Editor dedicado, una recomendación asistida por una herramienta o una combinación de las mismas. Para más detalles consulte las normas de publicación de la revista.

In compliance with data protection regulations, you may request that we remove your personal registration details at any time. (Use the following URL: <https://www.editorialmanager.com/enfclin/login.asp?z=1>). Please contact the publication office if you have any questions.