

Medicent Electrón 2025;29:e4318

ISSN 1029-3043

Artículo de Revisión

Deterioro del patrón del sueño en pacientes de unidades de cuidados intensivos

Deterioration of sleep patterns in intensive care unit patients

Verónica Rocío Tierra Tierra^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-4601-8092>

Paola Maricela Machado Herrera¹ <https://orcid.org/0000-0003-0004-4364>

Angélica Salomé Herrera Molina¹ <https://orcid.org/0000-0002-3282-881X>

¹Universidad Nacional de Chimborazo. Ecuador.

*Autor para la correspondencia: Correo electrónico: veronica.tierra@unach.edu.ec

RESUMEN

Introducción: El sueño es una función biológica esencial para la recuperación y el mantenimiento de la salud. En el entorno de las unidades de cuidados intensivos, los pacientes a menudo enfrentan numerosos factores que perturban su ciclo de sueño/vigilia, lo cual puede presentar consecuencias significativas para su recuperación y bienestar general. Como resultado, se encontró que un promedio alto de pacientes hospitalizados en cuidados intensivos presentan alteraciones en el ciclo sueño/vigilia inclusive, meses después del alta hospitalaria. Estas alteraciones aumentan la incidencia de delirio, lo que a su vez

genera el incremento de la estancia hospitalaria y por consiguiente, la mortalidad en estos pacientes.

Objetivo: Determinar las alteraciones en el patrón del sueño de pacientes hospitalizados en unidades de cuidados intensivos que permitan el establecimiento de intervenciones de enfermería orientadas a mantener el ritmo del sueño durante su proceso de permanencia hospitalaria.

Métodos: Se realizó una revisión bibliográfica con diseño narrativo y de alcance descriptivo en las bases de datos: Google académico, SciELO, Scopus, Redalyc, Medline, Elsevier, PubMed, Latindex y Cochrane de septiembre a noviembre de 2024. Se obtuvieron 29 documentos sin restricción de fecha de publicación, se incluyeron 23 citas bibliográficas de estos buscadores con un 79,3% de actualización.

Conclusiones: La privación del sueño en pacientes críticos provoca una serie de efectos adversos, como el aumento del riesgo de *delirium*, disfunción cognitiva y complicaciones inmunológicas, lo que prolonga la estancia hospitalaria, potencia la mortalidad durante la hospitalización y conlleva a otros problemas posterior al alta hospitalaria.

DeCS: trastornos del sueño del ritmo circadiano; enfermería de atención primaria; unidades de cuidados intensivos.

ABSTRACT

Introduction: sleep is an essential biological function for health maintenance and recovery. Patients in intensive care unit environment often face numerous factors that disrupt their sleep-wake cycle, which can have significant consequences for their recovery and general well-being. As a result, a high average of patients hospitalized in intensive care units was found with alterations in the sleep/wake cycle even months after hospital discharge. These alterations increase the incidence of delirium, which in turn generates an increase in hospital stay and consequently, mortality in these patients.



Objective: to determine alterations of sleep pattern in patients hospitalized in intensive care units that allow the establishment of nursing interventions aimed at maintaining the rhythm of sleep during their hospital stay.

Methods: a narrative literature review with a descriptive scope was conducted in Google Scholar, SciELO, Scopus, Redalyc, Medline, Elsevier, PubMed, Latindex and Cochrane databases from September to November 2024. A number of 29 documents were obtained without publication date restriction; 23 bibliographic citations of these search engines were included with a 79.3% update rate.

Conclusions: sleep deprivation in critically ill patients causes a series of adverse effects such as increased risk of delirium, cognitive dysfunction and immunological complications, which prolongs hospital stay, increases mortality during hospitalization and leads to other problems after hospital discharge.

MeSH: sleep disorders circadian rhythm; primary care nursing; intensive care units.

Recibido: 18/12/2024

Aprobado: 30/12/2024

INTRODUCCIÓN

El sueño, un proceso fisiológico fundamental para los seres humanos, se desarrolla siguiendo un ritmo circadiano. Este estado, reversible de desconexión sensorial y cognitiva, es esencial para la restauración de funciones físicas y psicológicas a nivel celular y sistémico. Durante el sueño, el organismo consolida la memoria, regula las emociones y repara tejidos. La privación crónica de sueño, definida como un período de descanso inferior a las siete horas diarias en adultos, se asocia con un deterioro cognitivo, alteraciones del estado de ánimo y un mayor



riesgo de desarrollar enfermedades crónicas. Estudios transversales, como el realizado en los Países Bajos en 2005, han evidenciado una disminución significativa en la calidad del sueño durante la hospitalización en comparación con el sueño habitual.⁽¹⁾

Es por ello que, un sueño reparador es fundamental para la recuperación de enfermedades. La privación del sueño se ha vinculado a una amplia gama de consecuencias adversas para la salud, incluyendo un debilitamiento del sistema inmunológico, mayor sensibilidad al dolor y el desarrollo de delirio. Además de impactar directamente la salud del paciente, las interrupciones frecuentes del sueño deterioran significativamente su experiencia hospitalaria, un aspecto reconocido por evaluaciones de satisfacción que priorizan la tranquilidad nocturna. Sin embargo, a menudo se subestima el impacto de estos trastornos. Es crucial considerar que “la falta de sueño crónico erosiona cualidades esenciales como el optimismo, la confianza, la resiliencia y la capacidad cognitiva.”⁽²⁾

Los pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos (UCI), se encuentran en un estado de salud crítico que exige una atención sanitaria constante.⁽³⁾ La prevalencia de trastornos del sueño -en este contexto- es elevada y se debe a múltiples factores. Los procedimientos médicos y cuidados de enfermería, frecuentes para análisis y administración de medicamentos, así como las características intrínsecas del entorno hospitalario, generan un estrés significativo que interfiere en la calidad y cantidad del sueño de estos pacientes.⁽⁴⁾

Ahora bien, el sueño normal presenta dos fases: el sueño de movimiento ocular no rápido (NREM) y el sueño de movimiento ocular rápido (REM). A su vez, NREM consta de tres etapas que constituyen el 75 % a 80 % del tiempo total de sueño (TST).⁽⁵⁾ Los estudios de polisomnografía, método de referencia para evaluar el sueño, revelan alteraciones significativas en los patrones de sueño de pacientes en cuidados intensivos. A pesar de que la duración total del sueño durante las 24 horas parece mantenerse dentro de los límites normales, se



observa un aumento en la proporción de sueño ligero (etapas NREM 1-2) y una disminución concomitante, tanto del sueño de ondas lentas (etapa 3) como del sueño profundo y reparador, REM. Estos hallazgos sugieren una fragmentación del sueño y una reducción en la calidad y profundidad del descanso, lo cual podría tener implicaciones importantes para la recuperación de estos pacientes.⁽⁶⁾

La fragmentación del sueño, caracterizada por despertares frecuentes y de corta duración, constituye un hallazgo recurrente en pacientes críticos que ejerce un impacto adverso en su proceso de recuperación. Esta alteración del patrón del sueño se desencadena por una intrincada interacción de factores multifactoriales, entre los que se encuentran: el entorno hostil de la UCI, el dolor crónico o agudo, las intervenciones terapéuticas invasivas, el estrés psicológico asociado a la enfermedad crítica y la presencia de comorbilidades preexistentes. Las consecuencias de esta disrupción del sueño trascienden la mera disminución de la calidad de vida e incrementa significativamente, el riesgo de desarrollar complicaciones durante y después de la estancia en la UCI, tales como *delirium*, debilidad muscular, disfunción cognitiva y un mayor tiempo de ventilación mecánica.⁽⁷⁾

Cabe mencionar que, estas perturbaciones fragmentan el sueño, tanto diurno como nocturno, y alteran significativamente el ritmo circadiano y el patrón de sueño-vigilia. Consecuentemente, los pacientes experimentan un estado de estrés, *discomfort* y un retraso en su recuperación, lo que puede repercutir negativamente en los resultados clínicos a largo plazo. Dado el papel fundamental del sueño en la restauración fisiológica y cognitiva, es un imperativo implementar estrategias específicas para optimizar la calidad del sueño en entornos clínicos.^(5,6,7,8)

Estudios recientes han demostrado que la fragmentación del sueño y la reducción de la calidad del mismo pueden exacerbar la disfunción inmune, dificultar el destete de la ventilación mecánica y aumentar significativamente el riesgo de desarrollar delirio y deterioro cognitivo a largo plazo. Además, aproximadamente



el 50% de estos pacientes experimentan una inversión del ciclo sueño-vigilia con predominio del sueño durante el día, lo cual agrava aún más estas complicaciones.⁽⁸⁾

Al identificar y mitigar los factores desencadenantes, se busca promover un ciclo circadiano más fisiológico, similar al que el paciente experimentaba antes de su ingreso hospitalario. De esta manera, se puede mejorar significativamente el bienestar general del paciente, acelerar su recuperación y reducir el riesgo de complicaciones asociadas a la privación del sueño. El objetivo de este estudio es determinar las alteraciones en el patrón del sueño de pacientes hospitalizados en UCI que permitan el establecimiento de intervenciones de enfermería orientadas a mantener el ritmo del sueño durante su proceso de permanencia hospitalaria.

MÉTODOS

Se presenta una revisión bibliográfica con diseño narrativo y de alcance descriptivo; se recopiló información bibliográfica en las páginas Google académico, SciELO, Scopus, Redalyc, Medline, Elsevier, PubMed, Latindex, Cochrane, en el período de septiembre a noviembre de 2024. Se consideraron estudios en idioma español e inglés; se obtuvieron 50 investigaciones referentes al tema a las que se les aplicaron criterios de inclusión y exclusión, obteniéndose un total de 29 estudios, de estos, 23 documentos fueron publicados en los últimos cinco años, lo que representa el 79,3 % de actualización.

DESARROLLO

Caracterización del sueño en las UCI:

El sueño fisiológico es multidimensional y consta de varios factores: el tiempo total de sueño, las expectativas, la conciencia ambiental, la fatiga y el movimiento. Es



bien conocida la relevancia clínica del sueño para los procesos fisiológicos y consecuentemente, para la recuperación de los pacientes.⁽⁹⁾ Existen numerosos factores farmacológicos y no farmacológicos que provocan la aparición de trastornos del sueño o la progresión de los trastornos del sueño existentes, con diferentes efectos en el paciente crítico individual. No menos importante, por esta razón, es el enfoque óptimo para mejorar el sueño que implica estrategias individuales de múltiples componentes. Una variedad de adaptaciones no farmacológicas ya se ha evaluado y establecido exhaustivamente en estas salas de cuidados intensivos.⁽¹⁰⁾

Como se ha mencionado, las UCI, debido al estado complejo de los pacientes y la demanda de varios procedimientos, producen las alteraciones del patrón del sueño al dar como resultado, deprivaciones cualitativas y cuantitativas. Según datos encontrados, se informa que los trastornos del sueño en pacientes de la UCI, representan más del 70 % y son causados por problemas como falta de tiempo, baja calidad y cambios en su ciclo.^(9,10,11)

Igualmente, la importancia del descanso y el sueño se ve fundamentada en su impacto en la salud física, cognitiva y el bienestar emocional. Las investigaciones recalcan, que dormir lo suficiente no solo ayuda a consolidar la memoria sino que también, mejora la salud y la calidad de vida en general.⁽¹²⁾ Los motivos de la interrupción del sueño son multifactoriales e incluyen la enfermedad subyacente, los tratamientos molestos, el estrés psicológico, los cambios en los patrones del sueño relacionados con la edad, el dolor, la ventilación mecánica y el ambiente de la UCI. Múltiples estudios actuales concluyen, que la contaminación ambiental (ruido de alarmas de monitores y aparatajes, luz artificial continua) y las intervenciones del personal de salud son los principales factores que afectan al sueño y causan desvelos.⁽⁷⁾

El sueño es un pilar fundamental de la salud, ya que influye en el bienestar físico y mental. Las alteraciones del sueño afectan todos los procesos de la vida, incluidos los estados emocionales y la salud física.⁽¹³⁾ De manera frecuente, los



pacientes de UCI presentan trastornos en su ciclo de sueño debido a interrupciones frecuentes por múltiples factores. Existen varias consecuencias adversas de la interrupción del sueño como la disminución de la calidad de vida y prolongación de la disfunción neurocognitiva.⁽⁷⁾

Según evidencias, existen muchos desafíos para promover el sueño en las UCI. Dada la tendencia moderna de mantener mayor tiempo despiertos a los pacientes de cuidados intensivos (es decir, menos sedación), promover su sueño se vuelve aún más importante.⁽¹⁴⁾ Es esencial, que el personal de salud de las UCI cuente con herramientas de alta calidad y validadas para lograr este objetivo. El uso de una combinación o paquete de estrategias produce mejores resultados en comparación con una sola intervención.⁽¹⁵⁾

De hecho, el entorno de las UCI se caracteriza por factores ambientales que inducen significativas alteraciones del sueño. Los estudios revelan que hasta un 37,5 % de los pacientes experimentan trastornos del sueño atribuibles al ruido ambiental, mientras que el 38,75 % se ve afectado por una iluminación inadecuada. Estos factores, en conjunto, contribuyen a una fragmentación del sueño, dificultan la recuperación y pueden exacerbar condiciones médicas preexistentes. La fragmentación del sueño, los despertares frecuentes y la reducción de las fases de sueño profundo generan un estado de hiperactivación neuroendocrina caracterizado por elevados niveles de cortisol y catecolaminas.^(8,16)

La exposición prolongada a niveles elevados de ruido, generado por el personal y los equipos sanitarios, puede interrumpir significativamente los patrones de sueño fisiológicos, y conlleva a una disminución de la duración y calidad del sueño profundo y REM. Estas alteraciones en el descanso pueden desencadenar una cascada de efectos fisiológicos adversos que incluye fatiga crónica, disminución de la capacidad cognitiva y un mayor riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares.⁽¹⁷⁾



De igual forma, la temperatura ambiental ejerce una influencia significativa en la calidad del sueño. Numerosos estudios han demostrado, que una temperatura ambiente, ligeramente inferior a la temperatura corporal neutral, promueve la conciliación del sueño y favorece un descanso reparador. Desviaciones significativas de este rango térmico, ya sea por exceso o defecto, pueden interrumpir los ciclos del sueño, reducir la profundidad del mismo y en consecuencia, afectar negativamente el rendimiento cognitivo y la salud en general.⁽¹¹⁾

La exposición a la luz artificial durante la noche, una práctica común en entornos hospitalarios, ha sido identificada como un factor de riesgo clave para la supresión de la producción de melatonina; esta es una hormona pineal que actúa como una señal temporal, sincroniza los ritmos circadianos y promueve el sueño. La alteración de estos ritmos puede tener un impacto profundo en la homeostasis y la función de múltiples sistemas orgánicos.⁽¹⁸⁾

Según el análisis bibliográfico realizado, se evidencia que el ruido es el factor de riesgo más frecuentemente para la alteración del sueño en pacientes de UCI. Los niveles de ruido registrados en estas unidades (60-80 dB) superan considerablemente los límites recomendados (45 dB/día, 35 dB/noche), lo que podría contribuir a una mayor morbilidad y mortalidad en esta población. Se hace necesario implementar intervenciones basadas en la evidencia para reducir la exposición al ruido, como la optimización de la acústica de las habitaciones, la reducción del número de alarmas y la educación del personal sanitario.⁽¹⁹⁾

Así también, las actividades de atención al paciente como las intervenciones médicas frecuentes, la monitorización y los tratamientos contribuyen a la interrupción del sueño; por tanto, agrupar las actividades de cuidado puede ayudar a minimizar las interrupciones.⁽²⁰⁾ Referente a las prácticas de sedación, estas pueden tener efectos contradictorios en la calidad del sueño; con frecuencia se recomiendan enfoques no farmacológicos para obtener mejores resultados.⁽¹¹⁾

A nivel psicológico, el estrés emocional suele manifestar en los pacientes,



ansiedad y angustia emocional, lo que complica aún más su capacidad para lograr un sueño descanso.⁽¹⁷⁾

De este modo, las enfermeras de cuidados intensivos deben ser conscientes de la arquitectura y la calidad del sueño de sus pacientes, durante el día y la noche. Brito y Maria⁽³⁾ recomiendan un paquete de ocho medidas factibles y económicas para promover el sueño en este grupo de pacientes, como el uso de mascarilla y tapones para los oídos, paquetes para reducir el ruido y la iluminación, y la organización de la atención al paciente que mejoren la calidad subjetiva y objetiva del sueño. La ventilación asistida-controlada se asoció con una mayor calidad objetiva del sueño que los modos espontáneos. Entre las intervenciones farmacológicas se encontró la administración de melatonina oral con aumentos en la calidad del sueño, tanto objetiva como subjetiva. Así también, la infusión nocturna continua de dexmedetomidina aumentó la eficiencia del sueño y modificó favorablemente el patrón de sueño.

Palacio⁽⁸⁾ y Alegría⁽¹⁶⁾ concuerdan, en que el sueño es una necesidad básica del ser humano, esencial para la supervivencia y la reparación, además de ser fundamental para la recuperación de un estado grave de salud. En este estudio, en lo referido a la incidencia de alteraciones del patrón del sueño se obtiene que, entre el 22 a 61 % de los pacientes hospitalizados en UCI presentan alteraciones en el ciclo sueño /vigilia. Como alteración, también se encuentra predominio del sueño durante el día, en aproximadamente el 50 % de los casos, lo que conlleva a dificultades para conciliar el sueño en horas de la noche.⁽¹⁰⁾

Por último, Palacio⁽⁸⁾ señala, el papel desempeñado por la melatonina como producto endocrino que se forma predominantemente durante la noche, por acción de la disminución de la luz natural; este rol resulta crucial en los diversos procesos fisiopatológicos debido a sus funciones antiinflamatorias, antioxidantes, antihipertensivas y antiepilépticas, porque genera una relación estrecha entre el correcto funcionamiento del ritmo circadiano y el estado de salud de los individuos. Este efecto fisiológico se ve alterado en los pacientes internados en



las UCI, si se toma en cuenta, que la luz artificial permanece encendida la mayor parte del día y la noche.

De acuerdo con la búsqueda de información realizada, varios autores coinciden en que el ruido es la principal causa de la interrupción del sueño y tiene su base en las recomendaciones realizadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 1999, en el que se indican niveles de ruido en un máximo de 35 decibelios, ajustado para el rango de audición normal, dB(A) durante la noche y 40 dB(A) durante el día, para entornos hospitalarios.^(8,16,20)

Sin embargo, en la misma investigación se concluye, que los niveles de sonido en las UCI superan con creces los niveles recomendados al mantener niveles de ruido medios entre 55 y 70 dB(A), acompañados de niveles de ruido pico de más de 80 dB(A); por ello, alcanzar los parámetros recomendados por la OMS es un reto importante, al considerar el número de equipos biomédicos que poseen alarmas necesarias para la atención de paciente en las unidades críticas; como segunda causa se encuentra la luz en la unidad del paciente, la actividad por parte del personal de enfermería para la atención del paciente crítico y también, el dolor.⁽²¹⁾

En su investigación Hillman y cols.⁽²²⁾ mencionan, que los pacientes hospitalizados enfrentan una multiplicidad de desafíos que comprometen la calidad y cantidad de su sueño. Estos incluyen factores intrínsecos como el dolor, la disnea y los trastornos del sueño preexistentes, unido a factores extrínsecos relacionados con el entorno hospitalario como el ruido, la iluminación y las interrupciones frecuentes. El estrés, la ansiedad y los efectos secundarios de los medicamentos también influyen significativamente.

A pesar de que muchos de estos factores parecen ser fácilmente abordables, la prioridad otorgada al sueño en la práctica clínica suele ser insuficiente. Para mejorar la calidad del sueño en pacientes hospitalizados, es fundamental implementar estrategias como la educación del personal de salud, la creación de protocolos específicos para abordar las necesidades del sueño y la optimización



del diseño hospitalario. La evidencia científica respalda la importancia del sueño como un pilar fundamental para la recuperación y el bienestar del paciente, debido a ello, los profesionales de la salud tienen la responsabilidad de garantizar un entorno que favorezca un descanso adecuado.⁽²²⁾

La identificación de la causa base de la interrupción del sueño del paciente crítico es un pilar fundamental para determinar las intervenciones que desarrollará el personal de salud, al considerar la individualidad de cada paciente; por esto, las investigaciones analizadas por varios autores coinciden en la importancia de manejar los factores ambientales (luz, ruido y actividad del personal), como las principales intervenciones que debe realizar el personal de salud con la finalidad de garantizar un sueño adecuado que contribuya en el proceso de recuperación del paciente crítico.⁽²¹⁾

Palacio⁽⁸⁾ presenta una descripción más detallada de intervenciones no farmacológicas, como el empleo de terapias conductuales cognitivas y complementarias. En varias investigaciones analizadas se han encontrado intervenciones de enfermería para mantener el ritmo circadiano del paciente crítico, básicamente divididas en dos grupos: actividades no farmacológicas destinadas en brindar confort al paciente y actividades farmacológicas.⁽²³⁾

Se combinaron varios componentes en un paquete de acciones multidimensional e interprofesional en relación con la supervivencia hospitalaria, y los días libres de delirio y coma. El paquete consiste en provocar un despertar coordinado, acompañado de respiración espontánea y elección de medicamentos (ABC), detección de delirio (D), movilización temprana (E) y participación familiar (F). Se ha demostrado, que este paquete se puede implementar con éxito en las UCI y se asoció con un mejor resultado de supervivencia, un tiempo reducido de ventilación, y una frecuencia de coma y delirio.⁽²⁴⁾

Evidentemente, la prevalencia de trastornos del sueño durante una estadía en la UCI fue del 66 %, y a los dos, tres, seis y ≥ 12 meses después de la hospitalización fue del 64 %, 49 %, 40 % y 28 %, respectivamente. Los estudios



que utilizaron el cuestionario de sueño de Richards-Campbell detectaron una mayor prevalencia de trastornos del sueño entre los pacientes en UCI.⁽²⁵⁾ La mala calidad del sueño después de la UCI puede contribuir al empeoramiento de las deficiencias en el estado físico, cognitivo o psicológico después de una enfermedad grave, conocido como síndrome post-UCI.⁽²⁶⁾

El trabajo del personal de enfermería:

La atención individualizada y de alta calidad resulta esencial en las UCI, donde los pacientes experimentan, frecuentemente, trastornos del sueño debido a múltiples factores relacionados con su estado crítico y el entorno hospitalario. En este contexto, el personal de enfermería desempeña un papel crucial en la implementación de intervenciones para mejorar el sueño. Basándose en el proceso de atención de enfermería, se propone el diagnóstico NANDA 00198 "Patrón del sueño perturbado" relacionado con las perturbaciones ambientales de las UCI y el estado crítico del paciente, manifestado por dificultad para conciliar el sueño, ciclos de sueño-vigilia no reparadores y despertares involuntarios.⁽²⁷⁾ El objetivo de enfermería es mejorar el patrón de sueño del paciente, evaluado a través de indicadores como el número de horas de sueño, el patrón del sueño, la calidad del sueño, la temperatura ambiental, las interrupciones del sueño y el dolor.⁽²⁸⁾

Con base en la evidencia recopilada, se proponen las siguientes intervenciones de enfermería para optimizar el patrón de sueño en estos pacientes:

- Monitoreo y evaluación: Se sugiere realizar un registro detallado de las horas de sueño, los patrones de sueño y los factores que interfieren con el descanso.
- Optimización del entorno: Crear un ambiente propicio para el sueño mediante el control de la iluminación, el ruido, la temperatura y la comodidad de la cama.



- Agrupación de cuidados: Programar las actividades de cuidado para minimizar las interrupciones durante los períodos de sueño y permitir ciclos de sueño no REM y REM, de al menos 90 minutos.
- Farmacoterapia: Revisar la medicación actual del paciente, identificar aquellos fármacos que puedan afectar el sueño y ajustar los horarios de administración en colaboración con el equipo médico. Se recomienda evitar, en la medida de lo posible, el uso de fármacos hipnóticos que supriman la fase REM del sueño.
- Sincronización circadiana: Implementar estrategias para fortalecer los ritmos circadianos del paciente, como exponerlo a la luz natural durante el día y limitar la exposición a la luz artificial por la noche.

Estas intervenciones, reportadas en la clasificación de intervenciones de enfermería NIC, tienen como objetivo facilitar ciclos de sueño-vigilia regulares, mejorar la calidad del sueño y favorecer la recuperación del paciente.⁽²⁹⁾

Actividades sencillas como mantener despierto al paciente durante el día, apagar las luces de las salas y encender solamente las luces de la cabecera en el momento de la atención, disminución del ruido (voz del personal, música, alarmas de equipos biomédicos) aportan significativamente para disminuir los períodos de interrupción del sueño del paciente para lograr, de esta forma, un sueño reparador.

CONCLUSIONES

Los factores ambientales, como el ruido elevado y la iluminación artificial, tienen un impacto significativo en la calidad del sueño de los pacientes en las UCI, al superar los niveles recomendados por la OMS y contribuir a la fragmentación del sueño. Es crucial diseñar intervenciones personalizadas, tanto farmacológicas como no farmacológicas, para mejorar la calidad del sueño en pacientes



ingresados en esas unidades. Estrategias como la reducción del ruido, la optimización de la iluminación y el ajuste de la temperatura ambiente son fundamentales para alcanzar el objetivo propuesto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Magar SG, Shrestha S. Sleep Deprivation and its Associated Factors Among the Hospitalised Patients. Med J Shree Birendra Hosp [Internet]. 2022 [citado 2024 sep. 15];21(1):[cerca de 6 pantallas]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/361856539_Sleep_Deprivation_and_its_Associated_Factors_Among_the_Hospitalised_Patients
2. McDaniel LM. Improving hospitalized patient sleep: It is easier than it seems. Hosp Pediatr [Internet]. 2021 [citado 2024 sep.29];11(7):e115-6. Disponible en: <https://publications.aap.org/hospitalpediatrics/article/11/7/e115/179882/Improving-Hospitalized-Patient-Sleep-It-Is-Easier>
3. Brito RA, Maria S. Intervenciones farmacológicas y no farmacológicas para promover el sueño en unidades de cuidados intensivos : una revisión crítica. Rev Bras Ter Intensiva [Internet]. 2020 [citado 2024 sep. 25];24:[cerca de 11 pantallas]. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11325-019-01902-7>
4. García Sánchez L, Blázquez Piña À. Calidad subjetiva del sueño y descanso en pacientes hospitalizados en unidades médico- quirúrgicas. Ágora Enf [Internet]. 2020 [citado 2024 oct. 10];24:[cerca de 47 pantallas]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7635902>
5. Villagran Valdivia L. Mal dormir en la UCI : ¿Por qué preocuparnos ? Rev Chil Med Intensiva [Internet]. 2020 [citado 2024 oct. 20];35(1):[cerca de 8 pantallas],1-8. Disponible en: <https://medicina-intensiva.cl/revista/pdf/70/15.pdf>



6. Erkoc A, Polat Dunya C, Uren S. Night-time sleep of intensive care patients: A qualitative study. Nurs Crit Care [Internet]. 2024 [citado 2024 nov. 19]:[cerca de 9 pantallas]. Disponible en:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/nicc.13133>

7. Acevedo-Nuevo M, San José-Arribas A. Intervenciones no farmacológicas para la promoción del sueño en la UCI. Enfermería Intensiva [Internet]. 2020 [citado 2024 nov.16];31(4):[cerca de 3 pantallas]. Disponible en:

<https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-intervenciones-no-farmacologicas-promocion-del-S1130239920300961>

8. Palacio Jiménez M. El estrés en el paciente crítico: realidad y cuidados de enfermería. Una revisión sistemática. Rev científica del CODEM [Internet]. 2020 [citado 2024 oct. 14];7:[cerca de 13 pantallas]. Disponible en:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8043556>

9. Bernat Adell MD, Galarza Barrachina L, Bisbal Andrés E, Cebrián Graullera G, Pagés Aznar G, Morán Marmaneu MÁ, et al. Factores que afectan a la calidad del sueño en las unidades de cuidados intensivos. Med Intensiva [Internet]. 2020 [citado 2024 nov. 11];45(8):[cerca de 6 pantallas]. Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0210569120301145>

10. Horsten S, Reinke L, Absalom AR, Tulleken JE. Systematic review of the effects of intensive-care-unit noise on sleep of healthy subjects and the critically ill. Br J Anaesth [Internet]. 2018 [citado 2024 oct. 15];120(3):[cerca de 10 pantallas]. Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0007091217539811?via%3Dihub>

11. Joung S, Youngsan U. Influencing Factors for Sleep Disturbance in the Intensive Care Unit Patients: A Systematic Review. J Korean Crit Care Nurs [Internet]. 2023 [citado 2024 oct. 06];16(2):[cerca de 14 pantallas]. Disponible en:

<https://typeset.io/pdf/influencing-factors-for-sleep-disturbance-in-the-intensive-15xjp1ly.pdf>



12. Rodríguez Novo N. Calidad de sueño de los pacientes en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Universitario de Canarias [Tesis de grado] [Internet]. España: Universidad de la Laguna. 2022. Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/28871/Calidad%20de%20sueno%20de%20los%20pacientes%20en%20la%20Unidad%20de%20Cuidados%20Intensivos%20del%20Hospital%20Universitario%20de%20Canarias..pdf?sequence=1&isAllowed=y>
13. Ahn YH, Lee HY, Lee SM, Lee J. Factors influencing sleep quality in the intensive care unit: a descriptive pilot study in Korea. Acute Crit Care [Internet]. 2023 [citado 05 nov. 2024];38(3):cerca de 8 pantallas]. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10497899/pdf/acc-2023-00514.pdf>
14. Altman TM, Pulaski C, Mburu F, Pisani M, Knauert MP. Señales no circadianas en la Unidad de Cuidados Intensivos: Punto de Prevalencia Mañana, Mediodía y Noche. 2019 [citado 2024 nov. 22];47(6):[cerca de 6 pantallas]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0147956318300980>
15. Marchasson L, Rault C, Le Pape S, Arrivé F, Coudroy R, Frat JP, et al. Impact of sleep disturbances on outcomes in intensive care units. Crit Care [Internet]. 2024 [citado 2024 nov. 14];28(1):331. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11466020/pdf/13054_2024_Article_5118.pdf
16. Alegria L, Brockmann P, Repetto P, Leonard D, Cadiz R, Paredes F, et al. Improve sleep in critically ill patients: Study protocol for a randomized controlled trial for a multi-component intervention of environment control in the ICU. PLoS One [Internet]. 2023 [citado 2024 nov.18];18(5):[cerca de 16 pantallas]. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0286180>



17. Erkoç A, Polat C, Üren S. Sueño nocturno en pacientes de cuidados intensivos: un estudio fenomenológico interpretativo. Rev Cuid intensivos [Internet]. 2024 [citado 2024 nov. 29];81:[cerca de 5 pantallas]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0883944124001795?via%3Dihub>
18. Talib D, Rana. Multifaceted Roles of Melatonin in Sleep Disorders. Wasit J Pure Sci [Internet]. 2024 [citado 2024 oct. 29];3(2):[cerca de 13 pantallas]. Disponible en: <https://wjps.uowasit.edu.iq/index.php/wjps/article/view/366/244>
19. Wojtkiewicz A, Piekarska M. Medical and health benefits of noise reduction at Intensive Care Units. Wasit J for Pure Sci [Internet]. 2024 [citado 2024 oct. 25];3:[cerca de 12 pantallas]. Disponible en: <https://apcz.umk.pl/QS/article/view/55450/40129>
20. Kidd MJ. El sueño en el entorno de cuidados intensivos. Enf Cuid Crit [Internet]. 2023 [citado 2024 oct. 29];43:[cerca de 7 pantallas]. Disponible en: <https://aacnjournals.org/ccnonline/article-abstract/43/5/63/32193/Sleep-in-the-Critical-Care-Setting?redirectedFrom=fulltext>
21. Knauert MP, Pisani M, Redeker N, Murphy T, Araujo K, Jeon S, et al. Pilot study: An intensive care unit sleep promotion protocol. BMJ Open Respir Res [Internet]. 2019 [citado 2024 oct. 20];6(1):[cerca de 6 pantallas]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6561389/pdf/bmjresp-2019-000411.pdf>
22. Hillman DR, Carlucci M, Charchafliéh JG, Cloward TV., Gali B, Gay PC, et al. Society of Anesthesia and Sleep Medicine Position Paper on Patient Sleep during Hospitalization. Anaesth Analg [Internet]. 2023 [citado 2024 oct. 21];136(4):[cerca de 11 pantallas]. Disponible en: https://journals.lww.com/anesthesia-analgesia/fulltext/2023/04000/society_of_anesthesia_and_sleep_medicine_position.27.aspx



23. Sanz Herrero Á, Villamor Ordozgoiti A, Hernández Expósito J, Berdura Gatell S, Rovira Rabaixet R, Rivero García E. Incidencia y factores condicionantes del insomnio en pacientes ingresados en hospital de alta tecnología. Rev Cubana Enferm [Internet]. 2019 [citado 2024 oct. 19];35(2):e1718. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192019000200008
24. Chen B, Zhu X. Impacts of Different Noise Environments on Polysomnographic Monitoring Parameters and Sleep Quality Among Hospitalized Patients. Noise Heal [Internet]. 2024 [citado 2024 oct.19];26(121):[cerca de 6 pantallas]. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11530111/>
25. Lira D, Custodio N. Los trastornos del sueño y su compleja relación con las funciones cognitivas. Rev Neuropsiquiatría [Internet].2018[citado 2023 en. 10];81(1):[cerca de 29 pantallas]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/3720/372058061009/html/>
26. Maya N. Elías, Munro CL, Liang Z, Padilla CF, Calero K, Ji M. La duración del sueño nocturno se asocia con la duración de la estancia hospitalaria en adultos mayores supervivientes de enfermedades graves. Dimensions of Critical Care Nursing [Internet]. 2020 [citado 2024 nov. 16];39(3):[cerca de 11 pantallas]. Disponible en: https://journals.lww.com/dccjournal/abstract/2020/05000/nighttime_sleep_duration_is_associated_with_length.5.aspx
27. NANDA [Internet]. España: Salusplay; c2023 [citado 2024 ene. 20]. Clasificación completa de diagnósticos de enfermería NANDA 2021-2023;[cerca de 20 pantallas]. Disponible en: <https://www.salusplay.com/blog/clasificacion-diagnosticos-de-enfermeria-nanda/>



28. Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Maas MI. NOC 6ta. ed. 2018.pdf [Internet]. 2019 [citado 2024 nov. 29]:[cerca de 168 pantallas. Disponible en: <https://cbtis54.edu.mx/wp-content/uploads/2024/04/Clasificacion-de-Resultados-de-Enfermeria-Medicion-de-Resultados-en-Salud-Sus-Moorhead-Phd-Rn-Faan-Elizabeth-Swanson-Phd-R-n-Mariom-Johnson-Phd-Rn-Meridean-L-Maas-Phd-Rn-Faaan.pdf>

29. Howard B, Joanne D, Gloria B, Cheryl W. NIC 7ta. ed. 2018 [Internet]. 2018 [citado 29 nov. 2024]:[cerca de 528 pantallas]. Disponible en: <https://cbtis54.edu.mx/wp-content/uploads/2024/04/Clasificacion-de-Intervenciones-de-Enfermeria.pdf>

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

