

ene
revista de enfermería



Centro español para los cuidados
de salud basados en la evidencia
www.evidenciaencuidados.es

INTERVENCIONES NO FARMACOLÓGICAS PARA LA PROMOCIÓN DEL SUEÑO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

María Dolores Saiz Vinuesa
Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

RESUMEN

Referencia del documento de práctica clínica basada en la evidencia:

Hu RF, Jiang XY, Chen J, et al. Non-pharmacological interventions for sleep promotion in the intensive care unit. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015(10):CD008808. Published 2015 Oct 6.

doi:10.1002/14651858.CD008808.pub2

<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD008808.pub2/abstract/es?contentLanguage=es>

Introducción.

En las unidades de cuidados intensivos (UCI) los pacientes frecuentemente presentan falta de sueño con interrupciones frecuentes de sueño. Los motivos de la interrupción del sueño son multifactoriales, entre los que destacan los estímulos ambientales (luz, ruido, actividades de atención a los pacientes...).

Las intervenciones para la promoción del sueño incluyen tratamientos farmacológicos e intervenciones no farmacológicas. Los fármacos pueden producir efectos secundarios y efectos negativos en la respiración, así como también interferir con la fisiología normal del sueño y dar lugar a riesgo de tolerancia.

Las intervenciones no farmacológicas se pueden clasificar como: intervenciones psicológicas (cognitivas o conductuales), terapias complementarias (musicoterapia, aromaterapia, masaje, imágenes guiadas, acupresión), medidas de tipo ambiental (sincronización de las actividades de la UCI con la luz diurna, reducción de ruidos), intervenciones sociales (apoyo familiar) y modificación de los equipos (optimización de las modalidades de respirador). Estas intervenciones pueden mejorar la duración y la calidad del sueño y disminuir el riesgo de trastornos del sueño, delirio, trastorno de estrés postraumático (TEPT) y la duración de la estancia en UCI. Sin embargo, no existen pruebas claras de la efectividad y de los eventos adversos.

Objetivos

Evaluar la eficacia de las intervenciones no farmacológicas para la promoción del sueño en pacientes de UCI.

Establecer si las intervenciones no farmacológicas son seguras y eficaces para mejorar la calidad del sueño y reducir la duración de la estancia en UCI.

Establecer si las intervenciones no farmacológicas son eficaces en función de los costes.

Métodos, fuentes de datos

Se realizaron búsquedas actualizadas hasta junio 2014 en el Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados, MEDLINE, EMBASE, CINAHL, Institute for Scientific Information Web of Science, CAM onPubMed, Alt Health Watch, PsycINFO, China Biological Medicine Database y China National Knowledge Infrastructure, Pro Quest Dissertations&Theses Global, the US National Institutes of Health On going Trials Register, metaRegister of Controlled Trials, Chinese Clinical Trial Registry, Clinical Trials Registry-India, Grey Literature Report from the New York Academy of Medicine Library, OpenGrey y en la World Health Organization International Clinical Trials Registry Platform, así como búsquedas manuales en listas de referencias y revistas de cuidados críticos, estableciéndose contacto con expertos para identificar datos relevantes no publicados.

Como criterios de selección se incluyeron todos los ensayos controlados aleatorios(ECA) y cuasialeatorios que evaluaron los efectos de las intervenciones no farmacológicas para la promoción del sueño en adultos (>18 años) en UCI.

Obtención y análisis de los datos: Dos autores de forma independiente examinaron los resultados de búsqueda y evaluaron el riesgo de sesgo de los estudios. Un autor extrajo los datos y un segundo autor verificó su exactitud y completitud. Cuando fue posible, los resultados se combinaron en metaanálisis mediante las diferencias de medias/medias estandarizadas (resultados continuos) y los cocientes de riesgo (resultados dicotómicos).

SÍNTESIS DE LOS DATOS

Se incluyeron 30 estudios con un total de 1569 participantes. Se incluyeron los estudios de modalidad de respirador, tapones para los oídos y/o máscaras para los ojos, masaje, técnicas de relajación, baños de pies, intervenciones con música, intervenciones de enfermería, acupresión con valeriana, aromaterapia y enmascaramiento sonoro.

Los resultados incluyeron resultados objetivos del sueño, calidad y cantidad subjetivas del sueño, riesgo de delirio, satisfacción del participante, duración de la estancia en UCI y eventos adversos. Se investigó la heterogeneidad clínica (población participante, resultados) y la síntesis cuantitativa se limitó por el diseño de la investigación y un número pequeño de estudios tuvieron la mayoría de las intervenciones. La calidad de las pruebas generalmente fue baja o muy baja sobre cualquiera de los resultados. Solamente tres ensayos, sobre tapones para los oídos y/o máscaras para los ojos, proporcionaron datos para dos

metaanálisis, cada uno con dos estudios, mostraron una menor incidencia de delirio (cociente de riesgo 0,55; intervalo de confianza [IC] del 95% (0,38-0,80); $p=0,002$) y un efecto positivo de los tapones para los oídos y/o las máscaras para los ojos, o ambos, en el tiempo total de sueño (diferencia de medias 2,19 horas; IC 95%(0,41- 3,96); $p=0,02$); la calidad de las pruebas para ambos resultados se calificó baja.

Se evidenciaron algunas pruebas de baja calidad acerca de que la música (4 estudios) puede mejorar la calidad y la cantidad subjetivas del sueño, pero no fue posible agrupar los datos. De manera similar, hubo algunas pruebas de que las técnicas de relajación, el masaje de los pies, la acupresión, la intervención de enfermería o social y el enmascaramiento sonoro pueden proporcionar mejoras pequeñas en diversas medidas subjetivas de la calidad y la cantidad del sueño, pero la calidad de las pruebas fue baja. En cuanto a los resultados objetivos del sueño no fueron consistentes en 16 estudios (calidad muy baja): la mayoría de los estudios relacionados con el uso de tapones para los oídos y máscaras para los ojos no encontró efectos beneficiosos; los resultados sobre las modalidades de respirador indicaron que ciertas modalidades de respirador podrían ofrecer beneficios sobre otros, aunque los resultados de los estudios individuales no siempre coincidieron entre sí. Solamente un estudio midió la duración de la estancia en UCI, sin encontrar efectos significativos de los tapones para los oídos más las máscaras para los ojos sobre este resultado.

Ningún estudio examinó el efecto sobre la mortalidad, el riesgo de TEPT o la relación entre coste/efectividad; los estudios incluidos no informaron claramente los efectos adversos, aunque hubo pruebas de calidad muy baja de que las modalidades de respirador influyeron sobre la incidencia de apneas centrales y las asincronías paciente-respirador.

RECOMENDACIONES

La calidad de las pruebas existentes en relación con el uso de intervenciones no farmacológicas para la promoción del sueño en adultos de UCI fue baja o muy baja. Existen algunas pruebas, aunque de calidad baja, de que el uso de tapones para los oídos y/o máscaras para los ojos, puede tener efectos beneficiosos sobre el sueño y la incidencia de delirio en pacientes de UCI. Se necesitan más estudios de alta calidad metodológica para fortalecer las pruebas.

COMENTARIO

El sueño ha sido una preocupación de los profesionales que trabajan en las unidades de cuidados intensivos, realizando múltiples estudios observacionales, revisiones bibliográficas y ECAS. Muy frecuentemente los pacientes de UCI

presentan trastornos del sueño, con interrupciones frecuentes por múltiples causas, considerando el sueño como fundamental para su recuperación.

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(1).. Múltiples estudios actuales concluyen que la contaminación ambiental (ruido de alarmas de monitores y aparatos, luz....) y las intervenciones de enfermería son los principales factores que afectaban al sueño causando desvelo(2). La exposición continua a la luz también puede interrumpir los ritmos circadianos.

Hay varias consecuencias adversas de la interrupción del sueño como la disminución de la calidad de vida (3) y prolongación de la disfunción neurocognitiva. Es importante señalar que estas consecuencias adversas se pueden asociar con delirio y morbilidad grave en la UCI.(4)

Las intervenciones para la promoción del sueño en UCI incluyen tanto tratamientos farmacológicos como intervenciones no farmacológicas (como la reducción del ruido, la terapia con música, los tratamientos complementarios y alternativos y el apoyo social), siendo éstas el objetivo principal de esta revisión donde que quiso evaluar su eficacia para la promoción del sueño en estos pacientes.

Implicaciones para la investigación

La calidad de las pruebas existentes con respecto al uso de las intervenciones no farmacológicas para la promoción del sueño en los pacientes de la UCI es baja o muy baja. Aunque estas intervenciones suelen ser difíciles de evaluar en el contexto de las UCIs y existen también algunas dificultades metodológicas, hay varias recomendaciones que sugieren los autores de esta revisión para los estudios futuros de investigación en éste ámbito. Es importante asegurar un tamaño de muestra suficiente, planificando una buena metodología, con métodos fiables de ocultación de la asignación, e intentar el cegamiento, incluyendo métodos de asignación al azar, detallando las pérdidas en el seguimiento.

En cuanto a la evaluación objetiva de los resultados, la prueba Gold estándar para aspectos relacionados con el sueño es la polisomnografía y muy pocos estudios publicados utilizan esta técnica.

Los autores proponen la necesidad de investigación para valorar los efectos de la intervención musical de manera objetiva, idealmente mediante polisomnografía, y un mayor volumen de estudios de investigación para intervenciones como el masaje, la acupresión, la musicoterapia, las medidas de tipo ambiental, el tratamiento conductual y el apoyo psicológico, todas en el contexto de las UCI, ya que estas intervenciones se utilizan ampliamente para la promoción del sueño en otros contextos clínicos.

Los resultados también deberían valorar aspectos clínicos importantes como la mortalidad, la incidencia de eventos adversos o el riesgo de delirio o TEPT. También sería aconsejable una mayor inclusión de resultados relacionados con la satisfacción del participante, la duración de la estancia en la UCI o la economía sanitaria.

En cuanto a la evaluación del sueño de manera subjetiva, es necesario incluir un instrumento con escala validada para comparar los estudios entre países.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

Los resultados sugieren que las intervenciones no farmacológicas como el uso de tapones para los oídos y/o mascarar para los ojos pueden tener algún efecto beneficioso para la promoción del sueño y una disminución del riesgo de delirio en UCI, aunque la calidad de la evidencia es baja. Si se utilizan los tapones de los oídos y las máscaras para los ojos, se deben supervisar su correcta aplicación y valorar la conformidad de los pacientes.

Por otro, en los últimos años nace un movimiento en las UCIs ante la necesidad de humanizar los cuidados en estas unidades, existen recomendaciones actuales en planes de Humanización a nivel nacional e internacional de cómo humanizar los cuidados intensivos que han sido operacionalizadas por el Proyecto HU-CI, recogidas en el manual de buenas prácticas de humanización en las unidades de cuidados intensivos(5), a través de la creación de 8 líneas estratégicas, dentro de estas líneas, está la de Bienestar del paciente que tiene por objetivo promover medidas que faciliten el ritmo vigilia-sueño y el descanso nocturno, así como otras medidas de bienestar ambiental: se implantan medidas de control del ruido ambiental, ajustando el tono de las alarmas según el momento del día, utilización de medidores de decibelios con aviso luminoso si se sobrepasan los límites, protocolo de medidas de descanso nocturno, incluyendo en este protocolo la adaptación de los horarios de las intervenciones a los periodos de descanso de los pacientes, se evalúa y monitoriza la calidad del sueño, se realizan intervenciones relacionadas con la música y/o musicoterapia. Intervenciones no farmacológicas como las que se estudian en esta revisión.

REFERENCIAS

1. De Santo LS, Bancone C, Santarpino G, Romano G, De Feo M, Scardone M, et al. Microbiologically documented nosocomial infections after cardiac surgery: an 18-month prospective tertiary care centre report. *Eur J Cardio Thorac Surg*.2008;33(4):666-672.
2. Segers P, Speekenbrink RGH, Ubbink DT, van Ogtrop ML, de Mol BA. Prevention of Nosocomial Infection in Cardiac Surgery by Decontamination of the Nasopharynx and Oropharynx With Chlorhexidine Gluconate. *JAMA*. 2006;296(20):2460-2466.

3. Houston S, Hougland P, Anderson JJ, LaRocco M. Effectiveness of 0.12% chlorhexidine gluconate oral rinse in reducing prevalence of nosocomial pneumonia in patients undergoing heart surgery. *Am J Crit Care.* 2002;11(6):567-567-70.

4. Mojon P. Oral Health and Respiratory Infection. *J Can Dent Assoc.* 2002;68(6):340-5.

5. El-Solh AA, Pietrantonio C, Bhat A, Okada M, Zambon J, Aquilina A, et al. Colonization of Dental Plaques. *Chest.* 2004;126(5):1575-1582.