

Definición conceptual y operacional de las características definidoras del diagnóstico de enfermería Estándar de Sueño Perjudicado*

Juliana Prado Biani Manzoli¹
Marisa Dibbern Lopes Correia^{2,3}
Erika Christiane Marocco Duran²

Objetivo: presentar el conocimiento producido sobre sueño y Síndrome Coronario Agudo a fin de auxiliar en la elaboración de las definiciones operacionales y conceptuales de las características definidoras del diagnóstico de enfermería Estándar de Sueño Perjudicado (00198). **Método:** revisión integradora en las bases de datos COCHRANE; SCOPUS; MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online) via Pubmed; LILACS (Latin American and Caribbean Health Science Literature Database); CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) e EMBASE (The Excerpta Medica Database). Al final de las búsquedas, 2827 estudios identificados, 43 seleccionados para lectura y 10 incluidos. La literatura gris también fue incluida. **Resultados:** importantes hallados relacionados a las evidencias clínicas y factores contribuyentes del sueño fueron encontrados en la revisión realizada. Sin embargo, para la construcción de las definiciones de las características definidoras es necesario usar la literatura gris, como un diccionario de la Lengua Portuguesa y dos libros texto sobre el sueño. **Conclusión:** tales definiciones podrán auxiliar a los enfermeros de la práctica en la recolección de informaciones, en la determinación del referido diagnóstico de enfermería y así, en el direccionamiento de cuidados sobre la cantidad y calidad del sueño de pacientes internados con Síndrome Coronario Agudo. También auxiliarán en las próximas etapas del proceso de validez de ese diagnóstico a la población referida.

Descriptores: Sueño; Síndrome Coronario Agudo; Diagnóstico de Enfermería; Proceso de Enfermería; Unidades de Cuidados Coronarios; Estudios de Validación.

* Artículo parte de la disertación de maestría "Diagnostic accuracy of the Disturbed Sleep Pattern in patients with acute coronary syndrome", presentada en la Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

¹ Secretaria Municipal de Saúde, Unidade Básica de Saúde, Paulínia, SP, Brasil.

² Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Enfermagem, Campinas, SP, Brasil.

³ Universidade Federal de Viçosa, Departamento de Medicina e Enfermagem, Viçosa, MG, Brasil.

Cómo citar este artículo

Manzoli JPB, Correia MDL, Duran ECM. Conceptual and operational definitions of the defining characteristics of the nursing diagnosis Disturbed Sleep Pattern. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2018;26:e3105. [Access]; Available in: . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2582.3105>. mes día año
URL

Introducción

El sueño es una condición fisiológica y posee dos patrones esenciales: el sueño No Rapid Eye Movement (NREM), dividido en tres etapas (N1, N2 y N3), siendo la última etapa la más profunda, cuando ocurre disminución de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial; y el sueño Rapid Eye Movement (REM), cuando los movimientos oculares rápidos están presentes, habiendo hipo o atonía muscular. Esos dos patrones se intercalan durante la noche, y en una noche típica de sueño, se deben cumplir cuatro a seis ciclos de sueño NREM- REM⁽¹⁾.

Una buena salud del sueño con cantidad y calidad adecuadas es reconocidamente un indicador de vitalidad, salud mental, bien estar fisiológico, emocional, cognitivo y físico que lleva a una buena calidad de vida⁽²⁻³⁾. En contra partida, la falta repetida de salud del sueño puede contribuir para que el individuo sufra alteraciones en su salud física, llevándolo a condiciones graves, inclusive la muerte⁽⁴⁻⁵⁾.

Evaluar la salud del sueño es algo extremadamente complejo, pero la literatura⁽⁶⁾ propone cinco dimensiones más apropiadas y relevantes para medir y definir la salud del sueño: la duración; la eficiencia/continuidad; el tiempo de sueño en 24 horas; el estado de alerta y somnolencia; y la satisfacción/calidad del sueño.

Para medir el sueño, se pueden utilizar instrumentos objetivos, como el estándar oro en la evaluación del sueño, la Polisomnografía (PSG); y subjetivos como auto-relatos y cuestionarios⁽⁷⁻⁸⁾. En la práctica clínica de la enfermería, para evaluar el estándar de sueño de los pacientes de manera subjetiva, generalmente se usa la observación y relato del paciente.

En el ambiente hospitalario, diversos factores pueden perturbar el sueño, como procedimientos diagnósticos y terapéuticos; el ambiente, debido a los ruidos e iluminación, incluyéndose también la rutina de los cuidados de enfermería⁽⁹⁻¹⁰⁾.

Individuos internados pueden tener mala calidad y cantidad de sueño, como aquellos con diagnóstico de Síndrome Coronario Agudo (SCA), o sea, con Infarto Agudo de Miocardio (IAM) con o sin supra-desnivelado de segmento ST o Angina Inestable (AI).

La literatura ha demostrado la mala calidad y cantidad de sueño en pacientes con SCA, como en un estudio que, utilizando la PSG, demostró que la arquitectura y la micro-arquitectura de sueño de pacientes en la fase aguda post-SCA estuvo comprometida negativamente y que la calidad y cantidad de sueño se relacionó a la calidad de vida de esos, a corto y largo plazo⁽¹¹⁾; y en otro que, por medio de un cuestionario específico, observó la mala calidad de sueño en 71,7% de los pacientes infartados⁽¹²⁾.

Aún en estudio que buscaba identificar el perfil de diagnósticos de enfermería en pacientes infartados, evidenció que el Diagnóstico de Enfermería (DE) Estándar de Sueño Perjudicado (00198) estuvo presente en 85% de los participantes⁽¹³⁾.

Así, el equipo de enfermería debe ser sensibilizada sobre la importancia de la promoción de la calidad y cantidad del sueño, sus factores contribuyentes y sobre como promover sueño adecuado a individuos internados con SCA. De esta forma, la enfermería debe practicar una asistencia que evalúe, promueva y mantenga la adecuada cantidad y calidad de sueño de esos pacientes^(9-10,14).

Para eso, el enfermero debe utilizar herramientas que subsidien una evaluación efectiva, rápida, directa, en el borde de la cama, de bajo costo y accesible a todos los pacientes en el ambiente hospitalario, considerando inclusive el juzgado del propio paciente.

De esa forma, el Proceso de Enfermería (PE) surge como alternativa de evaluación del sueño. Él es dividido en cinco etapas⁽¹⁵⁾, siendo el DE su segunda etapa, que subsidia las demás, y es utilizado por los enfermeros para evaluar, después de juzgado clínico, respuestas humanas, con foco en un problema, en un estado de promoción de la salud o en un riesgo potencial. Existen taxonomías de DE que auxilian en la clasificación y categorización de las áreas que inquietan a la Enfermería, como la Taxonomía de la NANDA-Internacional (NANDA-I)⁽¹⁵⁾.

Para determinar un DE el enfermero debe conocer sus indicadores, que incluyen las Características Definidoras (CD) y sus factores contribuyentes, correspondientes a los Factores Relacionados (FR)⁽¹⁵⁾.

Las CD son manifestaciones, evidencias clínicas, señales y síntomas o inferencias que pueden ser observadas en los individuos para determinar un dado DE. Sin embargo, en la práctica clínica, los enfermeros pueden depararse con la falta de claridad en la definición de lo qué y de qué forma evaluar.

Con eso, estudios de validez de DE han sido propuestos, para contribuir para la reducción de la variabilidad presente en las situaciones clínicas y auxiliar en la identificación mejorada del DE que corresponde a la condición clínica presentada por el paciente⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

Para la realización de la validez de DE, se propone como primera etapa, la construcción de definiciones conceptuales (DC) y operacionales (DO) de las CD de un DE para una población específica⁽¹⁶⁾. Las DC se refieren al significado teórico de las CD. Ya las DO deben atribuir un significado capaz de comunicar como determinado concepto es aplicado, o sea, deben elucidar el significado práctico de las DC de cada CD y especificar cuáles actividades prácticas o procedimientos son necesarios para la evaluación de tales características⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

Siendo así, se propone realizar una Revisión Integradora con el objetivo de presentar el conocimiento producido sobre sueño y síndrome coronario agudo para auxiliar en la elaboración de las definiciones operacionales y conceptuales de las características definidoras del diagnóstico de enfermería Estándar de Sueño Perjudicado (00198).

Método

La Revisión Integradora (RI) es el método que fornece auxilio en la construcción de las DC y DO de las CD del DE. Ella permite obtener fuentes de conocimiento sobre determinado problema, debiendo ser realizada siguiendo patrones metodológicos rigurosos y fornece al lector subsidios para la práctica y el avance de la enfermería. Se debe seguir seis fases para su elaboración: identificación del tema o cuestionamiento; muestra o búsqueda en la literatura; categorización de los estudios; evaluación de los estudios incluidos; interpretación de los resultados; síntesis del conocimiento evidenciado en los artículos analizados o presentación de la RI⁽²⁰⁾.

La presente RI fue guiada por las preguntas "Cuáles son las evidencias clínicas de los pacientes con SCA que presentan alteraciones del estándar de sueño?" Y "Cuáles son los factores contribuyentes para la alteración del estándar de sueño en pacientes con SCA?".

Entre los días 22 y 27 de diciembre de 2016 fue realizada RI de la literatura en las bases de datos COCHRANE, SCOPUS, Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE via Pubmed) con Medical Subject Headings of United States National Library of Medicine (MeSH); Latin American and Caribbean Health Science Literature Database (LILACS) con Descriptores em Ciências da Saúde (DeCS); The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) con títulos CINAHL y The Excerpta Medica Database (EMBASE) con Emtree.

Los descriptores utilizados según las diversas bases de datos fueron: "disturbios del inicio y del mantenimiento del sueño", "privación del sueño", "disturbios del sueño por somnolencia excesiva", "trastornos del sueño del ritmo circadiano", "trastornos del sueño-vigilancia", "trastornos intrínsecos do sueño", "disonias", "trastornos del a transición sueño-vigilancia", "trastornos del despertar del sueño", "trastorno del comportamiento del sueño REM", "síndromes da apnea del sueño", "disturbio del estándar del sueño", "enfermedad de las coronarias", "síndrome coronario agudo", "unidades de cuidados coronarios", "angina inestable" e "infarto del miocardio". Para el cruzamiento de los descriptores y palabras clave fueron utilizados los operadores booleanos "OR" y "AND".

Los criterios de inclusión fueron artículos de pacientes con edad igual o superior a 18 años, con diagnóstico de SCA, independientemente de haber sufrido intervención quirúrgica o conservadora. Fueron considerados estudios que enfocasen indicadores clínicos y factores contribuyentes de la alteración del estándar de sueño en los pacientes, internados en Unidades de Internación Cardiológica o Unidades Coronarias, publicados en idioma inglés, portugués o español, sin límite temporal para fecha de publicación.

Los criterios de exclusión fueron artículos en formatos de editoriales, cartas al lector, resúmenes de congresos. Artículos que enfocasen la relación de la Apnea Obstructiva del Sueño y Enfermedad Arterial Coronaria como causa de la SCA o aquellos que no contemplasen pacientes internados con SCA también fueron considerados criterios de exclusión. Tal elección fue hecha por los autores para mantener el foco de la búsqueda apenas en los hallados de evidencias clínicas y factores contribuyentes de las alteraciones del sueño en la SCA, y no en los factores que contribuyeron para la ocurrencia de SCA.

Para la extracción de los datos de los artículos seleccionados fue utilizado un instrumento elaborado y validado en Brasil, que contempló datos de identificación, de la institución del estudio, de las características del periódico, de la metodología del estudio y de la evaluación del rigor metodológico⁽²¹⁾.

Después de una lectura minuciosa y extracción de los datos fueron construidos dos cuadros con informaciones de los artículos con título, periódico de publicación, país de origen del estudio, idioma y año de publicación, delineamiento metodológico, nivel de evidencia y objetivos.

Se clasificó el nivel de evidencia en siete niveles como nivel I, evidencias en revisión sistemática o meta-análisis englobando todos los relevantes ensayos clínicos aleatorizado, controlados o provenientes de revisiones sistemáticas cuyos ensayos clínicos hayan sufrido aleatorización y control; nivel II, evidencias provenientes de al menos un ensayo clínico aleatorizado controlado y bien delimitado; nivel III, evidencias provenientes de un estudio delineado y controlado, sin embargo, no aleatorizado; nivel IV, evidencias de estudios cohorte o caso-control; nivel V, evidencias de revisión sistemática de estudios descriptivos y cualitativos; nivel VI, evidencias de un estudio descriptivo o cualitativo; nivel VII, evidencias que provengan de opinión de autoridad o informes de especialistas⁽²²⁾.

Se obtuvieron 2827 resultados de búsqueda. La pre-selección de los artículos aconteció por evaluación de título y cuando necesario, el resumen. Así, después de la pre-selección se obtuvieron 61 artículos, de los cuales 18 estaban duplicados en otras bases de datos y por eso

fueron excluidos. Aún restaron 43 artículos, que fueron re-evaluados después de una lectura fluctuante, para asegurar el cumplimiento de los criterios establecidos. Los artículos que no contemplaban los criterios de inclusión fueron excluidos. Otros motivos para la no selección fueron por no especificar en el estudio tratarse de pacientes con SCA y por no presentar contenido relevante de evidencias clínicas y/o factores contribuyentes para Estándar de Sueño Perjudicado (00198) en estos

pacientes, por eso hubo la exclusión de 33 artículos y la muestra final fue compuesta por 10 artículos.

La Figura 1 presenta el diagrama de flujo de selección de los artículos, adaptado del Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses – PRISMA 2009⁽²³⁾.

Al término de la RI, la literatura gris también fue explorada, ya que no fue posible construir las definiciones conceptuales y operacionales con los artículos de la RI.

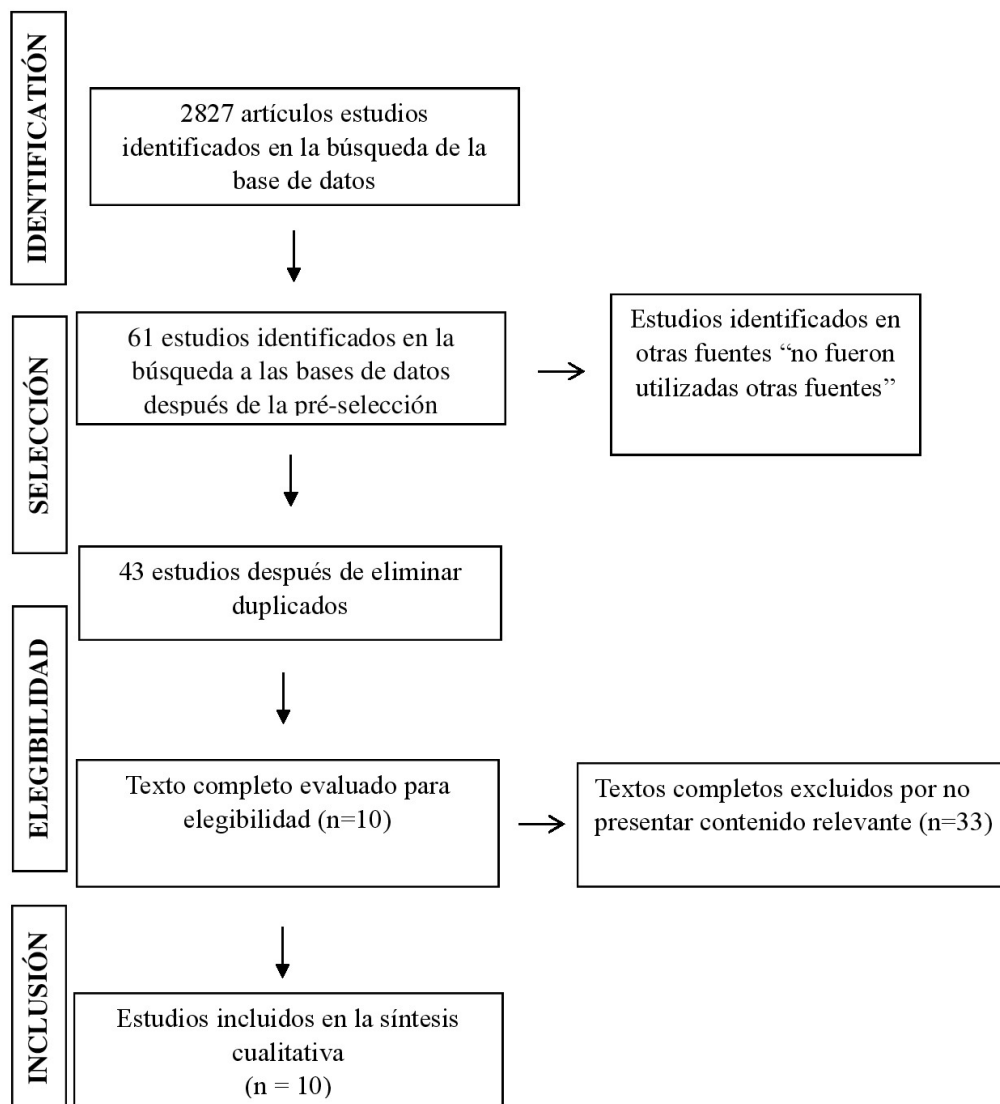


Figura 1 – Diagrama de flujo utilizado en la selección de los estudios de la Revisión Integradora. Campinas, SP, Brasil, 2018

Resultado

La muestra final fue compuesta por diez estudios. Las principales características de los artículos están descritas en las Figuras 2 y 3.

Sobre los principales resultados de los artículos de esa RI, estudios identificaron que pacientes con IAM reciente tuvieron peor calidad y cantidad de sueño^(11,24,32), que un elevado grado de angina y tiempo de internación en terapia intensiva fueron predictores para baja

calidad del sueño⁽²⁴⁾. También apuntaron que durante la hospitalización más de un tercio de los pacientes del estudio, con SCA, presentaron insomnio⁽²⁹⁾. Y pacientes con angina presentaron perturbación del estándar del sueño, debido al dolor⁽³¹⁾.

Otro estudio identificó que pacientes infartados con Índice de Masa Corporal (IMC) mayor de 30kg/m² y empeora clínica tuvieron un peor puntaje en la Escala de Somnolencia de Epworth, y que 29,2% de los pacientes presentaban somnolencia diurna⁽²⁵⁾.

Los estudios de intervenciones no farmacológicas como aromaterapia⁽²⁸⁾ y uso de máscaras oculares⁽³⁰⁾ y farmacológicas como el uso de Escitalopram⁽²⁷⁾ apuntan resultados positivos, en que hubo mejoría significativa del sueño de los pacientes del estudio.

El estudio que buscó evaluar el sueño por medio de cuestionario específico y compararlo a la PSG se identificó una correlación con eficiencia del sueño, sueño REM e índice de excitación, pero la minoría de los pacientes fueron clasificados como pobres durmientes⁽²⁶⁾.

Importantes hallados relacionados al sueño y a la SCA fueron evidenciados en esta RI. Sin embargo,

no fueron suficientes para la construcción de las DC y DO de las CD del DE Estándar de Sueño Perjudicado (00198), lo que justificó el uso de la literatura gris. Siendo así, otras fuentes fueron investigadas, como un diccionario de la Lengua Portuguesa y dos libros texto sobre el sueño⁽³³⁻³⁵⁾ y un artículo⁽³⁶⁾ encontrado, que no fue contemplado por la RI. Las DO fueron construidas por los autores, basándose en los hallados de la literatura gris. A seguir es presentado en la Figura 4, las DC y DO de las CD del DE Estándar de Sueño Perjudicado (00198).

Título	Periódico	País de origen	Idioma	Año
Angina severity predicts worse sleep quality after coronary artery by-pass grafting ⁽²⁴⁾	Perfusion	Turquia	Inglés	2016
Excessive daytime sleepiness in patients with acute myocardial infarction ⁽²⁵⁾	Acta Paulista Enfermagem	Brasil	Portugués	2015
Validation of a novel sleep-quality questionnaire to assess sleep in the coronary care unit: a polysomnography study ⁽²⁶⁾	Sleep Medicine	Brasil	Inglés	2015
Correlates and escitalopram treatment effects on sleep disturbance in patients with acute coronary syndrome: K-DEPACS [†] and EsDEPACS ^{†(27)}	Sleep	Corea del Sul	Inglés	2015
Effect of Rosa damascene aromatherapy on sleep quality in cardiac patients: A randomized controlled trial ⁽²⁸⁾	Complementary Therapies in Clinical Practice	Irán	Inglés	2014
Clinical correlates of insomnia in patients with Acute Coronary Syndrome ⁽²⁹⁾	International Heart Journal	Estados Unidos	Inglés	2013
The effect of eye mask on sleep quality in patients of coronary care unit ⁽³⁰⁾	Sleep Science	Irán	Inglés	2013
Sleep patterns in patients with acute coronary syndromes ⁽¹¹⁾	Sleep Medicine	Grecia	Inglés	2010
Physiologic adaptation problems in people with angina ⁽³¹⁾	Cultura de los Cuidados	Brasil	Español	2006
Sleep quality of patients with acute myocardial infarction outside the CCU [‡] environment: A preliminar study ⁽³²⁾	Medical science monitor - international medical journal of experimental and clinical research	Arabia Saudita	Inglés	2006

*K-DEPACS- Korean DEPRESSION in Acute Coronary Syndrome; †EsDEPACS- Escitalopram for DEPRESSION in Acute Coronary Syndrome; ‡CCU- Coronary Care Units

Figura 2 – Presentación de los artículos seleccionados conforme título, periódico de publicación, país de origen del estudio, idioma y año de publicación. Campinas, SP, Brasil, 2018

Título	Delineamiento Metodológico	Objetivo
Angina severity predicts worse sleep quality after coronary artery by-pass grafting ⁽²⁴⁾	Estudio de cohorte / Nivel IV	Determinar el efecto de la angina en la calidad del sueño en pacientes con revascularización del miocardio.
Excessive daytime sleepiness in patients with acute myocardial infarction ⁽²⁵⁾	Estudio de corte transversal/ Nivel VI	Identificar atributos sociodemográficos y clínicos asociados a la somnolencia diurna en pacientes con IAM*.
Validation of a novel sleep-quality questionnaire to assess sleep in the coronary care unit: a polysomnography study ⁽²⁶⁾	Estudio de corte transversal / Nivel VI	Evaluar el sueño con cuestionario específico para Unidades de Cuidados Coronarios y correlacionarlo con la Polisonografía.
Correlates and escitalopram treatment effects on sleep disturbance in patients with acute coronary syndrome: K-DEPACS [†] and EsDEPACS ^{†(27)}	Estudio de corte transversal/ Nivel VI	Realizar una investigación de los correlatos de disturbio del sueño y evaluar los efectos del tratamiento de la depresión sobre el sueño de pacientes con SCA [‡] .

(la Figura 3 continúa en la próxima pantalla)

Título	Delineamiento Metodológico	Objetivo
Effect of Rosa damascene aromatherapy on sleep quality in cardiac patients: a randomized controlled trial ⁽²⁸⁾	Estudio aleatorizado controlado/ Nivel II	Investigar el efecto de la aromaterapia con Rosa damasceno en la calidad del sueño en pacientes internados en unidades de cuidados coronarios.
Clinical correlates of insomnia in patients with Acute Coronary Syndrome ⁽²⁹⁾	Estudio de corte transversal/ Nivel VI	Examinar la prevalencia de insomnio y su asociación con depresión, ansiedad y comorbilidades después de SCA [§] .
The effect of eye mask on sleep quality in patients of coronary care unit ⁽³⁰⁾	Estudio aleatorizado controlado/ Nivel II	Investigar los efectos del uso de máscara ocular sobre la calidad del sueño de pacientes internados en unidades de cuidados coronarios.
Sleep patterns in patients with acute coronary syndromes ⁽¹¹⁾	Estudio longitudinal/ Nivel IV	Evaluar el sueño nocturno en pacientes con SCA [§] lejos del ambiente de las unidades de cuidados coronarios y evaluar potenciales conexiones con el proceso de la enfermedad.
Physiologic adaptation problems in people with angina ⁽³¹⁾	Estudio de corte transversal/ Nivel VI	Presentar problemas fisiológicos comunes en pacientes con AI usando el Modelo de Adaptación - Callista Roy.
Sleep quality of patients with acute myocardial infarction outside the CCU [¶] environment: a preliminar study ⁽³²⁾	Estudio longitudinal/ Nivel IV	Evaluar la calidad del sueño en pacientes con IAM* internados en una unidad de cuidados coronarios y seis meses después del episodio.

*IAM- Infarto Agudo del Miocardio; †K-DEPACS- Korean DEPRESSION in Acute Coronary Syndrome; ‡EsDEPACS- Escitalopram for DEPRESSION in Acute Coronary Syndrome; §SCA- Síndrome Coronario Aguda; ||AI- Angina Inestable; ¶CCU- Coronary Care Units

Figura 3 – Presentación de los artículos conforme título del estudio, delineamiento metodológico y objetivo. Campinas, SP, Brasil, 2018

Estándar de Sueño Perjudicado: Interrupciones, limitadas por el tiempo, de la cantidad y de la calidad del sueño, decurrentes de factores externos ⁽¹⁵⁾ .	
Característica Definidora	Definición conceptual y operacional
Alteración en el Estándar de Sueño	Definición conceptual: Cambio en el estado normal de sueño definido por los "modelos de dormir" pre-determinados, basada en la alteración de las dimensiones cuantitativas y cualitativas. Para un adulto, son necesarias en media siete a ocho horas de sueño, en 24 horas, con hasta 5% de despertares nocturnos, para un estado óptimo de vigilia y por lo tanto, para obtener calidad del sueño ^(33-34,36) .
	Definición operacional: Paciente relata que no durmió cuantitativamente o suficiente y que no se despertó descansado (evaluación cualitativa).
Despertar no intencional	Definición conceptual: Salir del sueño espontáneamente o por un factor externo, sin intención ⁽³⁴⁾ .
	Definición operacional: Paciente relata que se despertó durante la noche, no intencionalmente.
Dificultad en el funcionamiento diario	Definición conceptual: Considera difícil ejercer funciones, estar en ejercicio, en actividad, tener un buen y regular desempeño, realizar bien sus movimientos en el día a día ⁽³⁴⁾ .
	Definición operacional: Paciente relata dificultad en ejercer funciones, estar en ejercicio, en actividad, tener un buen y regular desempeño, realizar bien sus movimientos en el día a día.
Dificultad para iniciar el sueño	Definición conceptual: Considera difícil o es impedido de dar inicio al sueño. Es considerado dificultad para iniciar el sueño cuando el individuo presente la percepción de llevar más de 30 minutos entre el preparo para dormir y adormecer (latencia al sueño), no interesando el tiempo del reloj, por ser un síntoma subjetivo ⁽³⁴⁻³⁶⁾ .
	Definición operacional: Paciente relata dificultad para iniciar el sueño y la percepción del tiempo que demoró a dormir.
Insatisfacción con el sueño	Definición conceptual: Falta de satisfacción, descontento, displacer relacionado al estado fisiológico del sueño ⁽³⁴⁾ .
	Definición operacional: Paciente relata no se sentir satisfecho con el sueño de la noche anterior.
No se sentir descansado	Definición conceptual: Percepción de no sentirse descansado en relación a la sensación de descanso, o sea, tiene la percepción de estar cansado, fatigado ⁽³⁴⁾ .
	Definición operacional: Paciente relata que se despertó cansado y refiere cansancio durante el día.

Figura 4 – Definiciones conceptuales y operacionales de las Características Definidoras del Diagnóstico de Enfermería Estándar de Sueño Perjudicado. Campinas, SP, Brasil, 2018

Discusión

Fueron consideradas en este estudio evidencias clínicas los hallados relacionados a las evaluaciones del sueño realizadas por instrumentos como la PSG y/o cuestionarios de sueño validados.

Para evaluar el sueño, el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (IQSP) fue utilizado en estudio a pacientes con cirugía de revascularización del miocardio, tanto en aquellos con Infarto del Miocardio reciente cuanto en aquellos no recientes. Los principales hallados relacionados al sueño fueron que la puntuación total del IQSP fue mayor en pacientes con Infarto del Miocardio reciente, presentando peores puntuaciones cuando evaluados en relación a la duración del sueño, latencia del sueño, eficiencia del sueño y calidad general del sueño. Puntajes elevados de angina aún fueron correlacionados de manera significativa con duración del sueño pobre, disturbios del sueño y puntuación total del cuestionario. Como principales predictores de mala calidad del sueño fueron considerados los puntajes elevados de angina y tiempo de internación en Terapia Intensiva⁽²⁴⁾.

Al correlacionar la mala calidad del sueño con AI, otro estudio apuntó que pacientes con AI presentaron privación del sueño, somnolencia diurna, cansancio, letargia, despertares nocturnos, dificultad para dormir y sueño superficial y correlacionó estos hallados al uso de medicamentos sedativos, a la tensión debido a la enfermedad, miedo y ansiedad⁽³¹⁾.

El dolor también fue destacado como factor perturbador del sueño en estudio realizado con pacientes hospitalizados. Otros factores como exceso de iluminación, cuidados de la enfermería y disturbios orgánicos como fatiga también fueron apuntados⁽⁹⁾.

Al buscar evaluar el sueño de pacientes internados en Unidad Coronaria, los pacientes fueron sometidos a la PSG en local donde los factores ambientales estaban controlados, y seis meses después del evento, en ambulatorio. Mismo controlando los factores ambientales del ambiente hospitalario, los pacientes presentaron aumentos significativos en la excitación espontánea, tiempo de vigilia, latencia y reducciones de la eficiencia en el sueño REM cuando comparados a los seis meses de control después del IAM, demostrando que la mala calidad del sueño estaba fuertemente relacionada a la enfermedad presentada y no solamente a los factores ambientales⁽³²⁾.

Resultado semejante presentó estudio que evaluó la calidad del sueño en pacientes con SCA tres días, un mes y seis meses después del evento, fuera del ambiente de Unidad de Cuidado Coronario para tornar posible evaluar las conexiones de disfunción del sueño con el proceso de enfermedad por medio de PSG. El estudio mostró que, con el pasar del tiempo, hubo mejoría significativa en los parámetros de la PSG, con aumento del tiempo

total de sueño, eficiencia, sueño de ondas lentas y disminución de la excitación y del despertar después del inicio del sueño. Seis meses después del evento, la arquitectura del sueño estaba normal, sugiriéndose así, que la principal causa de disturbios del sueño fue la enfermedad aguda subyacente⁽¹¹⁾.

En contrapartida, estudio que examinó la prevalencia de insomnio en pacientes con SCA, internados y después internación, y su asociación con la depresión, ansiedad y comorbilidades encontró que 37% de los pacientes que relataron insomnio moderado o grave durante la hospitalización presentaron 76 minutos a más de vigilia después del inicio del sueño, en casa. Para esa evaluación, los pacientes fueron sometidos a cuestionarios que evaluaban insomnio, somnolencia, depresión y ansiedad en la internación y semanas después, PSG de ambulatorio. Otros hallados fueron que los pacientes con insomnio presentaron mayores puntuaciones en relación a los cuestionarios de depresión y ansiedad ($p < 0,01$), cuando comparados a los no insomnes, pero ninguna evidencia fue relacionada a la escala de somnolencia y las puntuaciones de la escala de somnolencia estaban positivamente correlacionadas con puntajes de depresión ($p = 0,024$)⁽²⁹⁾.

Aún relacionando los disturbios del sueño y síntomas depresivos, una investigación estudió los disturbios del sueño en pacientes con SCA y el efecto del tratamiento de depresión con Escitalopram sobre el sueño de estos pacientes. El disturbio del sueño fue evaluado por un cuestionario (Leeds Sleep Evaluation Questionnaire), que evalúa el "comenzar a dormir"; la "calidad del sueño", el "despertar del sueño" y el "comportamiento después del despertar". Los principales factores asociados a la puntuación total del cuestionario del disturbio del sueño fueron síntomas depresivos, edad más avanzada, sexo femenino, hipertensión y SCA grave⁽²⁷⁾.

Dos estudios que se siguen, utilizaron intervenciones no medicamentosas en pacientes con SCA para mejoría de la calidad del sueño. Estos fueron incluidos en la RI por evaluar los disturbios del sueño y sus posibles factores contribuyentes.

Uno de ellos utilizó el IQSP para evaluar el sueño de pacientes internados, en la mayoría con diagnóstico de SCA, después de la intervención con aromatizante específico. Los pacientes, tanto del grupo control cuanto del experimental, presentaban alteraciones relacionadas a la latencia, duración, eficiencia habitual del sueño y a los dominios de los disturbios del sueño, que disminuirá significativamente después a intervención aplicada ($p < 0,05$)⁽²⁸⁾.

El otro evaluó el efecto de la máscara ocular en la calidad del sueño de pacientes internados en Unidades de Cuidados Coronarios con Infarto del Miocardio, dolor en el pecho y angina utilizando la Verran y

Snyder-Halpern Scale Sleep. El estudio demostró que los pacientes presentaban alteraciones de sueño relacionadas al disturbo, eficiencia y suplementación del sueño. Con el uso de máscaras, hubo mejoría en relación a la sub-escala de disturbo, con cambios relacionadas al ítem "despertar después del inicio del sueño"; la sub-escala de eficiencia, relacionado a la calidad del sueño y evaluación de la suficiencia del sueño; y la sub-escala de la suplementación, en que las alteraciones fueron relacionadas al "despertar después de la excitación final"⁽³⁰⁾.

Estos hallados demuestran que los disturbios del sueño están relacionados tanto a la enfermedad subyacente cuanto a los factores ambientales. Corroborando, estudio realizado en Unidad de Terapia Intensiva demostró que las causas de privación de sueño están relacionadas tanto a los factores intrínsecos, condición aguda de la enfermedad, cuanto relacionados a los factores ambientales. Las intervenciones para minimizar los disturbios del sueño pueden promover mejoría en la calidad del sueño de los pacientes internados⁽³⁷⁾.

Un estudio crió una herramienta para evaluar el sueño de pacientes internados en Unidades Coronarias con SCA. Tal herramienta fue comparada a la PSG. El principal hallado se relacionaba a los factores contribuyentes de una mala calidad del sueño como exposición a la luz y preocupación con la enfermedad en el período nocturno, la conversación del equipo y mala calidad de la cama en el sueño diurno. Los resultados generales mostraron que los pacientes internados en Unidades de Cuidados Coronarios fueron clasificados e "pobres durmientes" (22%); "durmientes regulares" (43%) y "buenos durmientes" (35%)⁽²⁶⁾.

Otra evidencia clínica encontrada fue en estudio que caracterizó la somnolencia diurna e identificó características clínicas y sociodemográficas en pacientes con IAM, utilizando la Escala de Somnolencia de Epworth. El estudio identificó somnolencia diurna excesiva en 29,2% de los pacientes. Como factores contribuyentes, la edad (60 en años o malas presentaron chance 3,43 veces mayor de lo que los individuos menores de 60 años); estado civil (individuos separados presentaron chance 9,23 veces mayor de lo que los de otro estado civil) e individuos con IMC superior a 30kg/m² presentaron chance 5,79 veces mayor de que individuos con IMC igual o inferior a 30kg/m²⁽²⁵⁾.

La edad es el factor que más influye en el ritmo sueño-vigilia. Ella determina la duración de tiempo de cada estado del sueño, evidenciándose así la necesidad de considerarla siempre que se haga referencia a la dimensión temporal del sueño. En el anciano, existen evidencias de que el sueño tiene características distintas del sueño de adulto joven. En él, el entreno REM

disminuyó, los cambios de etapas son frecuentes con alternancias entre el sueño superficial y profundo y los períodos de vigilia aumentan⁽³³⁾.

Aunque los halados de esa RI hayan sido importantes, la literatura gris tuvo que ser utilizada para attingir los objetivos del estudio, eso se debe al hecho de que los artículos no presentaban informaciones suficientes para la construcción de las DC y DO del DE en cuestión. Sin embargo, se siguieron todas las fases propuestas por la literatura para la conceptualización de las CD, lo que viabilizó el estudio.

Esto es visto como un desafío en la realización de la RI como primera etapa de estudios de validez, una vez que la mayoría de los artículos científicos de investigaciones originales no enfocan evidencias clínicas y factores contribuyentes de manera a conceptualizarlas, por eso se torna difícil la obtención cuantitativa y cualitativa de materiales para la revisión de un determinado DE⁽³⁸⁾.

Conclusión

Después de la revisión de los artículos que evaluaron el sueño de pacientes con SCA a través de cuestionarios, PSG (estándar oro), entrevistas y examen físico, las principales evidencias clínicas relacionadas al sueño de pacientes internados con SCA en los estudios de RI corroboran con las CD y FR descritas en NANDA-I.

Las evidencias clínicas encontradas fueron, en general, la corta duración del sueño, el tiempo total de sueño disminuido, despertares nocturnos, despertar después del inicio del sueño, sueño superficial, reducciones en la eficiencia del sueño REM, privación del sueño, dificultad para dormir, reducciones de la latencia del sueño, reducciones de la eficiencia del sueño y de la calidad general del sueño, somnolencia diurna, cansancio, letargo, aumento de la excitación espontánea, aumento del tiempo de vigilia relacionadas con factores intrínsecos como fase aguda de la SCA, depresión y ansiedad, así como factores ambientales.

Y dentro de los factores contribuyentes estaban aquellos relacionados a la propia enfermedad, dolor, tiempo elevado de internación, uso de medicamentos sedativos, tensión relacionada a la enfermedad, miedo, ansiedad, los factores ambientales como exceso de iluminación, cuidados de enfermería y disturbios orgánicos como fatiga y síntomas depresivos, edad avanzada, sexo femenino, hipertensión y SCA grave.

El presente estudio contribuirá a la realización de las próximas etapas del proceso de validez de ese diagnóstico a la población con SCA y también podrá auxiliar en la determinación del referido DE por los enfermeros de la práctica clínica. Al utilizar las DC y DO como instrumento en la identificación de alteraciones en el patrón de sueño, el enfermero podrá planificar la asistencia dirigida a esa necesidad, contribuyendo a la

mejora de la calidad y cantidad de sueño de pacientes internados por SCA.

Se recomienda que se realicen nuevos estudios para establecer el perfil del DE Estándar de Sueño Perjudicado (00198) en la población de pacientes internados con SCA, ya que estos estudios todavía son escasos.

No realizar la definición conceptual de los factores contribuyentes fue opción de las investigadoras que, aunque lo identificaron en la RI, tenían como objetivo delimitar la presentación de las evidencias clínicas y sus definiciones, en este primer momento, de la población en estudio. Esto se debe al hecho de que esta es la primera fase de una investigación de validación de dicho diagnóstico para la población de pacientes con SCA y que las próximas fases, de análisis de contenido y validación clínica, ya están en marcha, pero no incluyen tales factores contribuyentes.

De esta forma, se sugiere que nuevos estudios aborden la cuestión de los determinantes de este DE.

Referencias

1. Luyster FS, Strollo PJ, Zee PC, Walsh JK. Sleep: A health imperative. *Sleep*. 2012; 35(6):727-34. doi: <https://doi.org/10.5665/sleep.1846>
2. Hirshkowitz M, Whiton K, Albert SM, Alessi C, Bruni O, DonCarlos L, et al. National sleep foundation's updated sleep duration recommendation: final report. *Sleep Health*. 2015;1(4): 233-43. doi: <https://doi.org/10.1016/j.sleh.2015.10.004>
3. Ohayon M, Wickwire EM, Hirshkowitz M, Albert SM, Avidan A, Daly FJ, et al. National sleep foundation's sleep quality recommendations: first report. *Sleep Health*. 2017;3(1):6-19. doi: <https://doi.org/10.1016/j.sleh.2016.11.006>
4. Rod NH, Vahtera J, Westerlund H, Kivimaki M, Zins M, Goldberg M, et al. Sleep disturbances and cause specific mortality: Results from the GAZEL cohort study. *Am J Epidemiol*. 2011; 173(3):300-9. doi: <https://doi.org/10.1093/aje/kwq371>
5. Parthasarathy S, Vasquez MM, Halonen M, Bootzin R, Quan SF, Martinez FD, et al. Persistent insomnia is associated with mortality risk. *Am J Med*. 2015; 128(3):268-75. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjmed.2014.10.015>
6. Buysse DJ. Sleep health: can we define it? Does it matter?. *Sleep*. 2014; 37(1):9-17. doi: <https://doi.org/10.5665/sleep.3298>
7. Ibáñez V, Silva J, Cauli O. A survey on sleep assessment methods. *Peer J*. 2018; 6:e4849. doi: [10.7717/peerj.4849](https://doi.org/10.7717/peerj.4849)
8. Hoey LM, Fulbrook P, Douglas JA. Sleep assessment of hospitalised patients: a literature review. *Int J Nurs Stud*. 2014; 51(9):1281-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.02.001>
9. Costa SV, Ceolim MF. Factors that affect inpatients' quality of sleep. *Rev Esc Enferm USP*. 2013; 47(1):46-52. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000100006>
10. Saldaña DMA, Reyes AD, Berrío MR. Noise and nurse activity: factors disturbing sleep. *Investig Enferm*. [Internet]. 2013 Jan/June [cited Oct 22, 2017];15(1):51-63. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145228258004>
11. Schiza SE, Simantirakis E, Bouloukaki I, Mermigkis C, Arfanakis D, Chrysostomakis S, et al. Sleep patterns in patients with acute coronary syndromes. *Sleep Medicine*. 2010; 11(2):149-53. doi: <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2009.07.016>
12. Andrechuk CRS, Ceolim MF. Sleep quality in patients with acute myocardial infarction. *Texto Contexto Enferm*. 2015; 24(4):1104-11. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201500002970014>
13. Martins DL, Garcia TR. Nursing diagnosis of patients with myocardial infarction. *Braz J Nurs*. (Internet). 2004; 3(2):49-57. doi: <http://dx.doi.org/10.17665/1676-4285.20044932>
14. Hamze FL, Souza CC, Chianca TCM. The influence of care interventions on the continuity of sleep of intensive care unit patients. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2015; 23(5):789-96. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0514.2616>
15. Herdman TH, Kamitsuru S. editors. *NANDA International nursing diagnoses: definitions and classification, 2015–2017*. Oxford: Wiley-Blackwell; 2014.
16. Lopes MVO, Silva VM, Araujo TL. Métodos de pesquisa para validação clínica de conceitos diagnósticos. In: Herdman TH, Carvalho EC. *PRONANDA: programa de atualização em diagnósticos de enfermagem*. Porto Alegre: Artmed/ Panamericana; 2013. p.85-129.
17. Lopes MVO, Silva VM, Araujo TL. Methods for establishing the accuracy of clinical indicators in predicting nursing diagnoses. *Int J Nurs Terminol Classif*. 2012; 23(3):134-9. doi: [10.1111/j.2047-3095.2012.01213.x](https://doi.org/10.1111/j.2047-3095.2012.01213.x)
18. Avena MJ, Pedreira MLG, Gutiérrez MGR. Conceptual validation of the defining characteristics of respiratory nursing diagnoses in neonates. *Acta Paul Enferm*. 2014; 27(1):76-85. doi: [10.1590/1982-0194201400015](https://doi.org/10.1590/1982-0194201400015)
19. Soares CB, Hoga LAK, Peduzzi M, Sangaleti C, Yonekura T, Silva DRAD. Integrative review: concepts and methods used in nursing. *Rev Esc Enferm USP*. 2014; 48(2):335-45. doi: [10.1590/S0080-623420140000200020](https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000200020)
20. Pompeo DA, Rossi LA, Galvão CM. Integrative literature review: the initial step in the validation process of nursing diagnoses. *Acta Paul Enferm (Internet)*. 2009; 22(4):434-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002009000400014>

21. Ursi ES. Perioperative prevention of skin injury: an integrative literature review [dissertation]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2005 [cited Nov 2, 2017]. Available from: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-18072005-095456/pt-br.php>
22. Stillwell SB, Fineout-Overholt E, Melnyk BM, Williamson KM. Evidence-based practice, step by step: searching for the evidence. *Am J Nurs*. 2010; 110(5):41-7. doi: 10.1097/01.NAJ.0000372071.24134.7e
23. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Ann Intern Med*. 2009; 151(4):264-9. doi: 10.7326/0003-4819-151-4-200908180-00135
24. Yilmaz S, Aksoy E, Dogan T, Diken AI, Yalcinkaya A, Ozsen K. Angina severity predicts worse sleep quality after coronary artery by-pass grafting. *Perfusion*. 2016; 31(6):471-6. doi: <https://doi.org/10.1177/0267659115627690>
25. Andrechuk CRS, Ceolim MF. Excessive daytime sleepiness in patients with acute myocardial infarction. *Acta Paul Enferm*. [Internet]. 2015 May/June [cited Nov 2, 2017]; 28(3):230-6. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/3070/307039760007.pdf>
26. Storti LJ, Servantes DM, Borges M, Bittencourt L, Maroja FU, Poyares D. Validation of a novel sleep-quality questionnaire to assess sleep in the coronary care unit: a polysomnography study. *Sleep Medicine*. 2015; 16(8):971-5. doi: <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2015.03.014>
27. Kim JM, Stewart R, Bae KY, Kang HJ, Kim SW, Shin IS, et al. Correlates and escitalopram treatment effects on sleep disturbance in patients with acute coronary syndrome: K-DEPACS and EsDEPACS. *Sleep*. 2015; 38(7):1105-11. doi: <https://doi.org/10.5665/sleep.4822>
28. Hajibagheri A, Babaii A, Adib-Hajbagheri M. Effect of Rosa damascene aromatherapy on sleep quality in cardiac patients: a randomized controlled trial. *Complement Ther Clin Pract*. 2014; 20:159-63. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2014.05.001>
29. Coryell VT, Ziegelstein RC, Hirt K, Quain A, Marine JE, Smith MT. Clinical correlates of insomnia in patients with acute coronary syndrome. *Int Heart J*. 2013; 54(5):258-65. doi: <http://doi.org/10.1536/ihj.54.258>
30. Mashayekhi F, Arab M, Pilevarzadeh M, Amiri M, Rafiei H. The effect of eye mask on sleep quality in patients of coronary care unit. *Sleep Sci*. [Internet]. 2013 Aug 23 [cited Nov 2, 2017]; 6(3):108-11. Available from: <http://www.sleepscience.org.br/details/17>
31. Fortes AN, Silva VM, Lopes MVO. Physiologic adaptation problems in people with angina. *Cult Cuid*. 2006; 19:87-93. doi: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2006.19.12>
32. BaHamam A. Sleep quality of patients with acute myocardial infarction outside the CCU environment: a preliminar study. *Med Sci Monit*. [Internet]. 2006 Apr 1 [cited Nov 2, 2017];12(4):168-72. Available from: <https://www.medscimonit.com/download/index/idArt/448902>
33. Casal GB. Avaliação dos distúrbios de iniciar e manter o sono. In: Reimão R, editor. Sono: aspectos atuais. Rio de Janeiro/São Paulo: Livraria Atheneu Editora; 1990. p.33-40.
34. Dicionário Houaiss da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva; 2009. p.1986.
35. Martinez D. Prática da medicina do sono. São Paulo: BYK; 1999.
36. Berger AM, Parker KP, Young-McCaughan S, Mallory GA, Barsevick AM, Beck SL. Sleep/wake disturbances in people with cancer and their caregivers: state of the science. *Oncol Nurs Forum*. 2005;32(6):98-126. doi: 10.1188/05.ONF.E98-E126
37. Beltrami FG, Nguyen XL, Pichereau C, Maury E, Fleury B, Fagondes S. Sleep in the intensive care unit. *J Bras Pneumol (Online)*. 2015; 41(6):539-46. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s1806-37562015000000056>
38. Lopes MVO, Silva VM, Araujo TL. Validation of nursing diagnosis: challenges and alternatives. *Rev Bras Enferm*. 2013; 66(5):649-55. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000500002>


Recibido: 02.12.2017

Aceptado: 08.10.2018

Autor correspondiente:

Juliana Prado Biani Manzoli

E-mail: julianapbiani@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-5216-378X>

Copyright © 2018 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.