

CALIDAD DE SUEÑO EN PACIENTES CON HEMODIÁLISIS. UNIDAD DE DIÁLISIS. LARA VENEZUELA

Becerra Julianny ⁽¹⁾
 Martinetti Leymar ⁽¹⁾
 Mogollón María ⁽¹⁾
 Vargas Elsa ⁽²⁾

⁽¹⁾ Licenciadas en Enfermería
 Egresadas de la Universidad
 Centroccidental Lisandro
 Alvarado. Barquisimeto
 Venezuela

⁽²⁾ Doctora en Enfermería
 Profesora Titular del
 Programa de Enfermería
 Universidad Centroccidental
 Lisandro Alvarado
 Barquisimeto Venezuela

CONTACTO

Autores

julianny_93@hotmail.com
mariadelos_013@hotmail.com
elsavargas@ucla.edu.ve

Revista:

saludarte@ucla.edu.ve
<https://revistas.ucla.edu.ve/index.php/sac>

Enviado: Noviembre 2017
 Aprobado: Abril 2018



RESUMEN

La necesidad de dormir y descansar se define como la capacidad de una persona para conseguir dormir, descansar o relajarse a lo largo del día, asociada tanto a la cantidad como a la calidad del sueño y descanso, así como la percepción del nivel de energía diurna. Este estudio tiene como objetivo analizar la calidad de sueño en pacientes con hemodiálisis en la Unidad de Diálisis Lara II C.A., a través de un paradigma positivista con un enfoque cuantitativo basado en una investigación de campo de nivel descriptivo, bajo un diseño no experimental de corte transversal. La población estuvo conformada por 100 pacientes con hemodiálisis quienes previo consentimiento informado se les aplicaron un instrumento de recolección de datos, se hizo por medio del índice de calidad de sueño de Pittsburg (ICSP), con una consistencia interna y una confiabilidad de 0.78 y 0.83. Tomando en cuenta los resultados obtenidos, se concluye que los sujetos estudiados, 82% son malos dormidores y 18% buenos dormidores.

Palabras Clave: calidad de sueño, hemodiálisis, enfermería

QUALITY OF SLEEP IN PATIENTS WITH HEMODIALYSIS. DIALYSIS UNIT. LARA VENEZUELA

ABSTRACT

The need for sleep and rest is defined as a person's ability to get sleep, rest or relax throughout the day, both associated with the quantity as the quality of sleep and rest, as well as the perception of daytime energy level. This research aims to analyze the quality of sleep in patients with hemodialysis in the Lara II C.A. Dialysis Unit, through a positivist paradigm with a quantitative approach based on field research in descriptive level, under a non-experimental design of cross-section. The population was composed of 100 patients with hemodialysis who prior informed consent is given a data collection instrument, was made through the index of quality of sleep of Pittsburg (ICSP), with an internal consistency and reliability of 0.78 and 0.83. Taking into account the results obtained, it is concluded that the subjects studied, 82% are bad sleepers and 18% good sleepers.

Keywords: quality of sleep, hemodialysis, nursing



INTRODUCCIÓN

Los Cuidados de Enfermería ante situaciones de salud-enfermedad, son la expresión y el cumplimiento de un servicio indispensable en determinadas circunstancias de la vida, dicho servicio no está cubierto de forma integral por otro grupo de profesionales. En la asistencia sanitaria, el personal de enfermería es quien mantiene el vínculo más cercano con los usuarios y de acuerdo con Alfaro et al. (2008)¹, se implementan herramientas metodológicas para el cuidado, a fin de satisfacer las necesidades de cada uno de los pacientes y asegurar la continuidad del cuidado.

El método de intervención que distingue a la disciplina, es el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) y su aplicación se hace cada día más indispensable en los ámbitos de la enseñanza y de la práctica diaria, siendo definido por Alfaro. (1995)² como un método sistemático y organizado para administrar cuidados de enfermería individualizados de acuerdo con el enfoque básico de cada persona o grupo de personas de responder de forma distinta ante una alteración real o potencial de salud.

El uso del Proceso de Enfermería en la práctica clínica adquirió más legitimidad en 1973, cuando la American Nurses Asociación (ANA) publicó la Standards of Nursing Practice, que describe las cinco fases del proceso de enfermería: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación. Hay que tener en cuenta que para llevar a cabo cada una de las etapas del proceso los profesionales de enfermería deben tener una serie de capacidades como: capacidad técnica, capacidad intelectual y capacidad de relación; éstas deben ser cumplidas de manera satisfactoria, en donde el sujeto de cuidado sea visto en forma holística, así lo refiere Kozier. y McKay (1994), citado por Pardo (2013)³.

En este sentido, el cuidado de enfermería en pacientes con insuficiencia renal debe incorporar valoración tanto subjetiva como objetiva, con el fin de garantizar una atención integral. Las prioridades enfermeras son la prevención de las complicaciones infecciosas, conservación del equilibrio hídrico, prevenir el trastorno electrolítico y educar a los pacientes y a sus familiares; proporcionando información fácilmente asimilable. Entre los temas a tratar se incluye el pronóstico, el tratamiento y las posibles complicaciones. Así mismo, debe informarse que se pueden producir alteraciones del sueño y emocionales como complicaciones habituales de la insuficiencia renal, y debe alentarse a los

pacientes y a sus familiares a exponer sus preocupaciones, frustraciones y miedos. Por otro lado, puede ser beneficioso estimular al paciente para que controle algunos aspectos de sus cuidados y tratamiento, así lo refieren Urden et al. (1999)⁴.

Por su parte, Brunner y Suddarth (2002)⁵, refieren que la enfermedad renal crónica es el deterioro progresivo e irreversible de la función renal con incapacidad corporal para la conservación del equilibrio de los líquidos, electrolitos y el metabolismo, lo cual termina en uremia (retención de la urea y otros desechos nitrogenados en la sangre). Otros autores como Barrios et al. (2004)⁶, señalan que es una enfermedad de pronóstico reservado, con desenlace mortal a corto o mediano plazo; sin embargo, los tratamientos actuales como la hemodiálisis, diálisis peritoneal y el trasplante renal han mejorado la sobrevida de estos pacientes.

Por otro lado, Rivera et al. (2012); Cunha et al. (2011), citado por Pabón et al. (2015)⁷, definen que la insuficiencia renal crónica es la forma más grave y devastadora de enfermedad renal; puede llevar inexorablemente a la muerte del paciente si no se inicia un tratamiento oportuno y adecuado, es abordada por tres tratamientos que indiscutiblemente intervienen en la calidad de vida del paciente. Entre los tratamientos de sustitución renal están el trasplante de riñón y la diálisis (peritoneal y hemodiálisis), los cuales deben acompañarse de una dieta estricta, toma de medicamentos y restricción de líquidos, así lo refieren Barrios (2004)⁶.

Por su parte, Borrero, et al. (2003) citado por Contreras et al. (2006)⁸ y González y Lobo (2001)⁹, refieren que la hemodiálisis se realiza a través de una máquina que filtra la sangre del paciente para extraer los desechos urémicos de la insuficiencia renal crónica terminal, en este último caso, el paciente debe asistir al menos tres veces por semana a la unidad renal y permanecer allí de tres a cuatro horas por sesión.

Al respecto, Barrios et al. (2004)⁶, refieren que aunque el tratamiento de hemodiálisis es indispensable para la supervivencia del paciente, produce efectos físicos adversos en él, entre ellos, desnutrición debida a la eliminación de nutrientes, insomnio, fatiga, pérdida de movilidad, cansancio, palidez, hinchazón en los pies y tobillos, así como mal sabor en la boca producto de la no eliminación de desechos. Por su parte, González y Lobo (2001)⁹, señalan que se ha observado que estos síntomas suelen agudizarse después de ocho

años de tratamiento. Todo lo anterior puede tener serias implicaciones en la vida del paciente porque el hacer frente a una enfermedad crónica y progresiva, altamente demandante, cuyo tratamiento es invasivo y continuado, produce de manera permanente importantes cambios en los estilos y hábitos de vida. Álvarez et al. (2001)¹⁰, sostienen que las limitaciones en la dieta, los cambios en las relaciones sociales, familiares, laborales e incluso en el aspecto físico, están estrechamente relacionados con la aparición de trastornos emocionales en estos pacientes, lo que afecta seguramente la calidad de vida relacionada con la salud, aspecto importante que ha adquirido un interés relevante para ser estudiado, debido a la creciente incidencia y prevalencia de las enfermedades de este tipo.

Por otro lado, Henderson (1971)¹¹, refiere que los seres humanos tienen una variedad de necesidades básicas que satisfacer; esto se logra cuando la persona tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independencia); cuando un elemento falta y no se satisface, surgen los problemas de salud (dependencia). La necesidad de dormir y descansar se define como la capacidad de una persona para conseguir dormir, descansar o relajarse a lo largo del día, asociada tanto a la cantidad como a la calidad del sueño y descanso, así como la percepción del nivel de energía diurna.

Las personas tienen la necesidad de dormir y descansar durante toda la vida, pues es imprescindible recuperar la energía perdida en la realización de las actividades de la vida, para mantener la salud. Sin sueño y descanso, la capacidad de concentración, de enjuiciamiento y de participar en las actividades cotidianas disminuye, al tiempo que aumenta la irritabilidad. Para las personas que padecen un proceso de enfermedad, la necesidad de descanso y sueño aumenta, pues la situación implica un gasto adicional de energía. Con la valoración, se debe describir la capacidad de la persona de cubrir esta necesidad, con el fin de intervenir eficazmente sobre un patrón ajustado que permita a la persona una adecuada interrelación con su entorno, referido por Fernández et al. (2010)¹².

Asimismo, uno de los factores que contribuyen a alcanzar un estado de bienestar físico y psicológico es el sueño, descrito por Aguado (2016)¹³, como una función biológica fundamental y que estos efectos no se limitan al propio organismo dado a la necesidad de restauración neurológica, sino que afectan al desarrollo y funcionamiento normal de un individuo en la sociedad. Es decir, que es una

necesidad fisiológica vital para el correcto funcionamiento del organismo. Dormir mal tiene consecuencias adversas para la salud, como el cansancio, el absentismo laboral y problemas familiares.

Por otra parte, Quevedo y Quevedo (2011)¹⁴, mencionan que no es la cantidad de sueño que se tenga, sino la calidad que se tenga durmiendo, porque se puede dormir más de las horas correspondidas pero en algunos de los casos, de igual forma el sujeto siente que no descansa bien, o lo que es igual, se levante más cansado de lo que se acostó, de allí la importancia de dormir, darle descanso al cuerpo, es decir, dar lo que el cuerpo realmente necesita.

Siguiendo el mismo orden de ideas, Hartmann (1973)¹⁵, menciona que datos experimentales sobre la privación parcial del sueño o mala calidad de éste, tiene efectos negativos sobre el rendimiento motor y cognitivo, sobre el humor o estado de ánimo, así como también sobre el metabolismo y variables hormonales. Esto ocurre, porque la falta de sueño no sólo afecta al nivel de energía del individuo, sino también al estado psíquico y mental de este, produciendo en él inestabilidad en su salud y desmejora de la calidad de vida. Existen diversas alteraciones del sueño que privan a las personas que los padecen de un descanso efectivo, estos son un importante problema de Salud Pública por su gran incidencia en la población y sus importantes repercusiones en múltiples esferas de la vida del individuo. Por último, la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2011)¹⁶, menciona que, un adulto debe dormir de 7 a 8 horas para mantener un óptimo estado físico, emocional y mental.

En la unidad de diálisis, son atendidos 120 pacientes con enfermedad renal crónica terminal en programa de hemodiálisis, acuden tres veces por semana los días lunes, miércoles y viernes o martes, jueves y sábado, en tres turnos, un grupo se conecta a las 7am, otro a las 11am y el último a las 3pm, son atendidos por un equipo multidisciplinario que incluye nefrólogo, nutricionista y personal de enfermería, en un recorrido de vista realizado por los estudiantes del séptimo semestre de enfermería de la Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado, se realizó conversaciones informales con algunos pacientes, quienes manifestaron que viven en zonas foráneas a Barquisimeto, y que presentan alteraciones con el sueño como "duermo pocas horas", "no me da sueño", "tengo que salir a las 3am y no duermo en la carretera, que son tres horas de viaje", "necesito

tomar pastillas para poder dormir”, otros manifestaron que duermen en la diálisis, otros estaban dormidos, fueron llamados y no respondieron ante esta realidad se realiza esta investigación cuyo Objetivo General es Determinar la calidad del sueño en los pacientes con hemodiálisis en la unidad de diálisis Lara.

METODOLOGIA

El desarrollo de la investigación está sustentado en el paradigma positivista. Así mismo, se basa en la metodología cuantitativa, se encuentra basada en una investigación de tipo descriptiva, enmarcada en un diseño de campo, carácter de no experimental; es de tipo transversal. En el presente estudio, la población la constituyen un total de 110 pacientes con ERC en programa de hemodiálisis, en la Unidad de Diálisis Lara II, C.A, esta población se considera finita y no hay necesidad de realizar muestreo.

Para esta investigación, se utilizó el cuestionario de Calidad del Sueño de Pittsburgh como instrumento de recolección de datos para medir la variable de Calidad de sueño. Se le denomina cuestionario autoadministrado porque debe ser llenado por el encuestado, sin intervención del encuestador. Buysse (1989)¹⁷, diseñó el Cuestionario de Calidad del Sueño de Pittsburgh con la intención de disponer de un instrumento que analice la calidad del sueño y que pudiera ser utilizado en ensayos clínicos, enseguida fue ampliamente utilizado y adoptado. En España fue traducido al español el cual se hizo adaptado, validado y utilizado en numerosos trabajos de investigación y diferentes grupos de pacientes. El PSQI (Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh)¹⁸ ofrece una medida estandarizada y cuantitativa de la calidad del sueño que rápidamente identifica a “buenos” y “malos” dormidores, pero no proporciona un diagnóstico, aunque orienta al clínico hacia las áreas del sueño más deterioradas.

El cuestionario investiga los horarios para dormir, eventos asociados al dormir como las dificultades para empezar a dormir, despertares, pesadillas, ronquidos, alteraciones respiratorias, calidad del dormir, ingesta de medicamentos para dormir y existencia de somnolencia diurna. Los 19 reactivos se agrupan en siete componentes que se califican con una escala de 0 a 3, lo cual indica una escala tipo Likert de grado 4. La suma de los componentes da lugar a una calificación global, donde una mayor puntuación indica una menor calidad en el dormir. Alcon (2016)¹⁹.

INTERPRETACIÓN

Cada componente se puntúa de 0 a 3. De la suma de los 7 componentes se obtiene la puntuación total de 21 puntos del ICSP que oscila de 0 a 21 puntos (a mayor puntuación peor calidad de sueño). Buysse(1989)¹⁷, propone un punto de corte de 5 (≥ 5 malos dormidores), Menor a 5 (Buenos dormidores).

Cabe destacar, que dicho cuestionario, presenta cuatro opciones de respuestas, que varían según de acuerdo a la dimensión que se esté evaluando, de igual forma existen cuatro cuestiones que no forman parte del puntaje, sin embargo, estas cuestiones le ofrecen al clínico mayor información sobre el sujeto. Estas cuestiones mayormente son evaluadas por el acompañante de dormitorio.

En este orden de ideas, se explica brevemente para la corrección del índice de calidad de sueño, y es donde el primer componente evalúa calidad de sueño subjetiva donde examina la pregunta 6, el componente dos evalúa la latencia del sueño y examina la pregunta 2 y la 5ª, se suma los valores de las preguntas 2 y 5ª, luego al valor obtenido se le asigna el valor correspondiente, el componente tres evalúa duración del dormir y examina la pregunta 4, el componente cuatro evalúa eficiencia de sueño habitual, el cual se calcula el número de horas que se pasó en la cama, en base a las respuestas de las preguntas 3 (hora de levantarse) y pregunta 1 (hora de acostarse); luego se debe calcular la eficiencia del sueño con la siguiente fórmula $[\text{Núm. Horas de sueño (pregunta4)} \div \text{Núm. Horas pasadas en la cama}] \times 100 = \text{ES} (\%)$.

La (ES) es obtenida y luego se le asigna un valor, seguidamente el componente cinco evalúa alteraciones del sueño, el cual examina las preguntas 5b a 5j se deben sumar los valores obtenidos y asignar el valor que corresponde, asimismo en el componente seis evalúa uso de medicamentos para dormir, el cual examina la pregunta 7, el componente siete evalúa la disfunción diurna examina la pregunta 8, 9, se suman las respuestas obtenidas y se le asigna el valor correspondiente, y por último se suma las calificaciones de los siete componentes para obtener la calificación global. Alcon. (2016)¹⁹.

La confiabilidad, el coeficiente de consistencia interna de 0.78 y los coeficientes de correlación significativos entre los reactivos y la suma total muestran, además, que su versión en español posee una confiabilidad aceptable. Tanto en el reporte original como en uno posterior se obtuvieron coeficientes de confiabilidad

ligeramente más elevados (0.83 y 0.80).^{8,13} Con las versiones en castellano se han obtenido coeficientes de 0.81 en población española y de 0.77 en población colombiana.

Por otra parte, Buysse(1989)¹⁷ indica que en el cuestionario de Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh indica una validez predictiva, arrojando los siguientes resultados: para un punto de corte de 5 (≥ 5 malos dormidores) la sensibilidad era del 89.6% y la especificidad del 86.5%. Alcon, (2016)¹⁹.

Una vez aplicado el instrumentos de recolección de datos (test psicométrico) a la población seleccionada, se procedió a la realización del análisis de datos, haciendo uso del software para análisis predictivos, Statistical Package for the Social Sciences (SPSS Versión 20), que procesan los resultados apartados por los sujetos para obtener los datos estadísticos, se realizaron análisis estadísticos descriptivos a la variable Calidad de Sueño como: las distribuciones de frecuencias tabulares y gráficas, y se hizo según el baremo de corrección.

RESULTADOS

Los resultados de este estudio al Determinar la calidad del sueño en los pacientes con hemodiálisis, los hallazgos de acuerdo a las respuestas de los pacientes encuestados como se muestra en el anexo, en cuanto a la Calidad de sueño subjetiva, la cual se refiere al reporte del número de horas que un sujeto cree que duerme, 55% respondió que es mala, 30% buena, 11% bastante buena y 4 % bastante mala.

Por otro lado, en relación a la Latencia de sueño, que es el periodo de tiempo en minutos, transcurrido desde el momento de acostarse y el comienzo del sueño, 32% refiere que tardan > 60 minutos para dormirse, mientras 34% respondió que tardan de 31-60 minutos, 19% de 16-30 minutos y 15 % respondió <15 minutos, en cuanto a la Duración del dormir, que mide el tiempo que duerme el sujeto, los pacientes reportan que 41% duerme de 5 a 6 horas, 21% de 6 a 7 horas, 25 < 5 horas y 12% >7 horas.

Según las respuestas de los pacientes encuestados en cuanto a la Eficiencia de sueño que se refiere al porcentaje de horas de sueño efectivo entre el número de horas que una persona permanece en la cama, 40% de los sujetos presenta < 65% de eficiencia del sueño y 35% es mayor a 85%, así mismo, las Alteraciones del sueño o dificultades relacionadas con el hecho de dormir, como despertarse en la noche y levantarse; 58% de los pacientes refiere tener

alteraciones del sueño menos de una vez a la semana. (**ver Gráfico 5**), de igual manera, en cuanto al Uso de Sustancias recetadas o no, para conciliar el sueño, 78% refiere que ninguna vez en el último mes usó medicamentos para dormir y 13% uso medicamentos para dormir tres o más veces a la semana. (**Ver Gráfico 6**).

Según las respuestas de los pacientes encuestados en cuanto a Disfunción diurna, que se define como el nivel inadecuado para realizar diferentes tareas durante el día, 33% refieren presentar problemas de cansancio o sueño al realizar alguna actividad durante el día menos de una vez a la semana y 29% no presento disfunción diurna, para finalizar al sumar los siete (7) componentes del ICSP, y evaluar la Calidad de Sueño mediante el baremo de corrección; 82% son malos dormidores y 18% buenos dormidores.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Una vez analizado las dimensiones que contiene el cuestionario Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh y lograr Determinar la calidad del sueño en los pacientes con hemodiálisis en la unidad de diálisis Lara II de Barquisimeto estado Lara, es importante resaltar que la bibliografía destaca que el sueño es una función biológica indispensable para la vida, fundamental para garantizar el bienestar físico y emocional del individuo. Una buena calidad de sueño es fundamental como factor determinante de salud y como elemento propiciador de una buena calidad de vida, esta no se refiere únicamente al hecho de dormir bien durante la noche, también incluye un buen funcionamiento diurno (un adecuado nivel de atención en el día a la hora de realizar diferentes tareas).

Entre los hallazgos que destaca esta investigación, se reportan las respuestas de los pacientes encuestados en cuanto a la Calidad de sueño subjetiva, 55% respondió que es mala, el 30% buena, 11% bastante buena y 4 % bastante mala, se contrasta y no coincide con los resultados de Aguado (2016)¹³, realizo un estudio, en el cual encontró en calidad de sueño percibida solo 19.1% de los encuestados la describe como "mala", sin embargo un estudio mas especifico y coinciden los resultados, de Restrepo et al. (2011)²⁰, en su estudio evaluaron subjetivamente el cambio en la calidad de sueño percibida por los pacientes luego del inicio de la hemodiálisis, encontrando que 78% de los pacientes consideraron que la calidad de sueño cambio negativamente luego del inicio de la hemodiálisis

y el 64,7% afirmaron que el día que tienen la hemodiálisis su sueño es peor.

Con relación a la Latencia de sueño, 32% de los pacientes en hemodiálisis refieren que tardan > 60 minutos para dormirse, mientras 34% respondió que tardan de 31-60 minutos, 19% de 16-30 minutos y 15 % respondió <15 minutos, estos hallazgos coinciden con Tello (2009)²¹ ya que en su estudio encontró una latencia del sueño prolongada en el 20,2% de los participantes.

En cuanto a la Duración del dormir, según las respuestas de los pacientes encuestados, el 41% reporta que duerme de 5 a 6 horas, 21% de 6 a 7 horas, 25 < 5 horas y 12% >7 horas. Del mismo modo; Tello (2009)²¹ en su trabajo describe una duración total del sueño considerada como bastante mala y muy mala en el 24,7% (18 personas). Del mismo modo, Restrepo et al. (2011)²⁰, en su estudio determinó que el 50% de los pacientes presento una duración del sueño inadecuada.

Por otra parte, en cuanto a la Eficiencia de sueño, 40% de los pacientes presenta < 65% de eficiencia del sueño y 35% mayor a 85% de eficiencia del sueño esto es similar a los resultados del estudio de Restrepo et al. (2011)²⁰, que al explorar este componente en su estudio, encontraron que en el 79% de los pacientes fue patológica.

En base a las Alteraciones del sueño o dificultades relacionadas con el hecho de dormir, las respuestas obtenidas de los pacientes encuestados, 58% de los pacientes refiere tener alteraciones del sueño menos de una vez a la semana. Estos resultados se contrastan con Barichello et al. (2009)²² que aunque en su investigación reflejan mala calidad de sueño en pacientes oncológicos, por diversas alteraciones, coinciden con lo que refiere la población estudiada en esta investigación, como lo son; el despertar precoz (92%), necesidad de ir al baño (92%), episodios de dolor (69,3%) y sensación de calor durante la noche (46,2%).

Con respecto al Uso de Sustancias recetadas o no, para conciliar el sueño, en nuestro estudio se obtuvo que 78% de los pacientes encuestados refieren que ninguna vez en el último mes usaron medicamentos para dormir y 13% usaron medicamentos para dormir tres o más veces a la semana al contrastar no coincide con Zaleski et al. (1996)²³ ya que en su publicación describe que 32% de los pacientes tomaban medicación para el insomnio todos los días, 19.5% de los pacientes empezaron a tomarla después de su entrada en diálisis, 5.7% ya la estaban tomando antes, 2.3% de los pacientes tomaban medicación

ocasionalmente y el 48.2% restante no tomaban ningún somnífero.

En cuanto a la Disfunción diurna, los resultados obtenidos en nuestra investigación arrojaron que 33% de los pacientes refieren que presentan problemas de cansancio o sueño al realizar alguna actividad durante el día al menos una vez a la semana y 29% de los pacientes no presento disfunción diurna; lo cual coincide con la investigación de Restrepo et al. (2011)²⁰, donde reflejan que el 37.3% de la población estudiada fue positiva para disfunción diurna, del mismo modo, Tello (2009)¹⁹ en su estudio determinó que la frecuencia de somnolencia diurna en los pacientes encuestados fue de 38.4%.

Los trastornos del sueño tienen alta prevalencia en los pacientes con enfermedad renal crónica que requieren terapia con hemodiálisis; estos problemas del sueño afectan negativamente la salud y la calidad de vida de quienes los padecen. Es por ello, que al evaluar la Calidad de Sueño mediante el baremo de corrección, según las respuestas de los pacientes encuestados y al sumar los siete (7) componentes de ICSP, 82% son malos dormidores y 18% son buenos dormidores, lo cual coincide con los hallazgos encontrados en un estudio realizado por Gámez (2006)²⁴, en donde se obtuvo que 78% de los pacientes en hemodiálisis presentan trastorno del sueño, y que comparados con los sujetos sanos, los pacientes con insuficiencia renal crónica estadios 4-5 y los enfermos en hemodiálisis, muestran mala calidad del sueño, alcanzando significación estadística en los principales parámetros que determinan estabilidad y calidad del sueño, además coincide con otra investigación realizada por Peña et al. (2015)²⁵ quienes demostraron que la prevalencia de mala calidad de sueño en los pacientes estudiados fue de 79,3% y que los trastornos del sueño son una de las comorbilidades más comunes en pacientes en hemodiálisis, del mismo modo, Bernal(2011)²⁶, en su investigación concluyeron que los trastornos del sueño son una condición clínica de alta prevalencia en los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis.

CONCLUSIONES

Al analizar los resultados de la Variable de Calidad de Sueño y sus dimensiones Calidad de sueño subjetiva, latencia de sueño, duración del dormir, eficiencia de sueño, alteraciones del sueño, uso de medicamentos para dormir, disfunción diurna; se realizan las conclusiones; cuanto a la Calidad de sueño subjetiva, la cual se

refiere al reporte del número de horas que un sujeto cree que duerme, un mediano porcentaje respondió que es mala, por otro lado la Latencia de sueño, que es el periodo de tiempo en minutos, transcurrido desde el momento de acostarse y el comienzo del sueño, un bajo refiere que tardan > 60 minutos para dormirse.

Según las respuestas de los pacientes encuestados en cuanto a la Duración del dormir, que mide el tiempo que duerme el sujeto, un mediano grupo de los pacientes reportan que duerme de 5 a 6 horas y en relación a la Eficiencia de sueño que se refiere al porcentaje de horas de sueño efectivo entre el número de horas que una persona permanece en la cama, mediano grupo de los sujetos presenta < 65% de eficiencia del sueño.

En cuanto a las Alteraciones del sueño o dificultades relacionadas con el hecho de dormir, como despertarse en la noche y levantarse; un porcentaje alto de los pacientes refiere tener alteraciones del sueño menos de una vez a la semana, en relación al Uso de Sustancias recetadas o no, para conciliar el sueño, un alto porcentaje refiere que ninguna vez en el último mes usó medicamentos para dormir y la Disfunción diurna, que se define como el nivel inadecuado para realizar diferentes tareas durante el día, un bajo porcentaje refieren presentar problemas de cansancio o sueño al realizar alguna actividad durante el día menos de una vez a la semana y no presentan disfunción diurna.

Para evaluar la Calidad de Sueño en pacientes con hemodiálisis. Unidad de Diálisis mediante el baremo de corrección al sumar los siete (7) componentes del ICSP; 82% son malos dormidores y 18% buenos dormidores.

REFERENCIAS

1. Alfaro, R., Aguilar, L., López, M., Bernal, M., Ponce, G. y Rivas, J. (2008). Nivel de conocimientos acerca del proceso enfermero y la percepción de autoeficacia para su aplicación. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 16, (1): 3-6. Recuperado desde: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=18918>.
2. Alfaro, R. (1995) *Aplicación del proceso de enfermería Trad. Ma Teresa Luis Rodrigo*. 1ª reimpresión en español. Barcelona, España. Mosby-Doyma. Recuperado desde: [http://www.seduca2.uaemex.mx/ckfinder/uploads/files/unidad_1-lectura_de\(2\).pdf](http://www.seduca2.uaemex.mx/ckfinder/uploads/files/unidad_1-lectura_de(2).pdf) Consultado: 08/01/2017.
3. Pardo, M. (2013). Factores que limitan a las enfermeras la aplicación del proceso de atención de enfermería según percepción de los internos de la escuela académico profesional de enfermería de la UNMSM 2012. Tesis de pregrado. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima-Perú.
4. Urden, L., Lough, M. y Stacy, K. (1999). *Cuidados Intensivos en Enfermería Volumen 2*. Madrid-España. Editorial HARCOURT BRACE.
5. Brunner, L. y Suddarth, D. (2002). *Enfermería Médico-Quirúrgica*. Novena edición. Editorial McGraw-Hill.
6. Barrios, M., Cuenca, I., Devia, M., Franco, C., Guzman, O., Niño, A., Restrepo, G., Rodas, C. y Trujillo, L. (2004). *Manual de capacitación del paciente en diálisis peritoneal*. Bogotá: Often Gráfico.
7. Pabón, Y., Paez, K., Rodríguez, D., Medina, C., López, M. y Salcedo, L. (2015). Calidad de vida del adulto con Insuficiencia Renal Crónica, una mirada bibliográfica. *Revista Internacional de Ciencias de la Salud*. 12 (2): 157 – 163. Recuperado desde: <http://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/1473/922>.
8. Contreras, F., Esguerra, G., Espinosa, J., Gutierrez, C. y Fajardo, L. (2006). Calidad de vida y adhesión al Tratamiento en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de Hemodiálisis. *Revistas Javeriana*. Recuperado desde: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/viewFile/455/312>.
9. González, V. y Lobo, N. (2001). Calidad de vida en los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en tratamiento sustitutivo de hemodiálisis. Aproximación a un proyecto integral de apoyo. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*. (4), 6-12.
10. Álvarez, F., Fernández, M., Vázquez, A., Mon, C., Sánchez, R. y Rebollo, P. (2001). Síntomas físicos y trastornos emocionales en pacientes en programa de hemodiálisis periódicas. *Revista Nefrología*. 21 (2), 191-199. Recuperado desde: <http://www.revista-nefrologia.com/es-publicacion-nefrologia-articulo-sintomas-fisicos-trastornos-emocionales-pacientes-programa-hemodialisis-periodicas-X0211699501013224>.
11. Henderson, V. (1971). *Principios básicos de los cuidados de enfermería*. Ginebra, Suiza. 1era edición. Editorial Consejo Internacional de Enfermería.
12. Fernández, S., Millán, M. y Ramos, A. (2010). *Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN*; 1ª ed. Editorial Colegio de Enfermería de Jaén. Jaén.

13. Aguado, T. (2016). Calidad del sueño en profesionales hospitalarios, sanitarios y no sanitarios. *Revista Enfermería del Trabajo*, 6 (1), 12-18. Recuperado desde: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5343579>.
14. Quevedo, V. y Quevedo, R. (2011). Influencia del grado de somnolencia, cantidad y calidad de sueño sobre el rendimiento académico en adolescentes. *Revista International Journal of Clinical and Health Psychology*. 11 (1): 49-65. <http://www.redalyc.org/pdf/337/33715423004.pdf>.
15. Hartmann, E. (1973). Sleep requeriment: Long sleepers, short sleepers, variable sleepers and insomniacs. *Psychosomatics*, 14, 95-103.
16. Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud y Enfermedades crónicas: prevención y control en las américas; 2008. Referido en enero del 2011. Buysse, J. (1989). Calidad de sueño en facultad de medicina de Lambayeque.
17. Pittsburgh, (1957) & otros (2008). Confiabilidad y análisis factorial de la versión en español del índice de calidad de sueño de Pittsburgh en pacientes psiquiátricos. Consultado en http://www.anmm.org.mx/GMM/2008/n6/27_vol_144_n6.pdf.
18. Buysse, J. (1989). Calidad de sueño en facultad de medicina de Lambayeque. Recuperado desde: [file:///C:/Users/eyleralcon/Downloads/a08v74n4%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/eyleralcon/Downloads/a08v74n4%20(3).pdf).
19. Alcon, A. (2016). Calidad de sueño y Manifestaciones de Hostilidad en los bomberos Estación Central de Iribarren estado Lara. Tesis de pregrado. Universidad Yacambú. Barquisimeto.
20. Restrepo, D., Hidalgo, P., Gómez, C., Gil, F. y Cardeño, C. (2011). Trastornos del sueño en paciente en Hemodiálisis. Prevalencia y características clínicas y epidemiológicas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*; Volumen 40, N° 3 2011. Recuperado desde: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v40n3/v40n3a04.pdf>
21. Tello, T. (2009). Sleep quality, daily sleepiness and sleep hygiene at "Centro del Adulto Mayor" in Lima, Peru. *Revista Acta méd. Peruana*. Volumen 26. Recuperado desde: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172009000100008&lng=es&nrm=iso.
22. Barichello, E., Sawada, N., Sonobe, H. y Zago, M. (2009). La calidad de sueño en pacientes sometidos a cirugía oncológica. *Revista Latino-am. Enfermagem* 2009. 17 (4). Recuperado desde: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692009000400008&script=sci_arttext&tlng=es
23. Zaleski, M., Pascual, N., Andrea, C., Blanco, N., Jarriz, A., Bardales, E. y Goicoechea, M. (xxxxx) Alteraciones del Sueño en Pacientes en Diálisis. Centro de Diálisis "Santa Engracia", Fundación Renal Iñigo Álvarez de Toledo. Madrid.
24. Gámez, B. (2006). Los trastornos del sueño en pacientes en hemodiálisis.
25. Peña, B., Navarro, V., Oshiro, H. y Bernabe, A. (2015). Factores asociados a mala calidad de sueño en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. *Revista Dialisis y Trasplante*, 36 (1), 20-26. Recuperado desde: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S188628451500003X>.
26. Bernal, D., Hidalgo, P., Gómez, C., Gil, F. y Cardeño, C. (2011). *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 4 (3), 433-445. Recuperado desde: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80622315005>.