



CLÍNICA

EL DESCANSO DE NUESTROS PACIENTES. ¿SE PUEDE DESCANSAR EN EL HOSPITAL?

*Cortés Angulo, J.; **Travel García, MC.

*Subdirector de Enfermería. **Subdirectora de Gestión. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Este artículo se ha extraído del Trabajo Fin de Master titulado "El descanso en el Hospital. Implicaciones y consecuencias" del II Master en Gestión de Servicios Sociosanitarios de la Escuela de Gerencia Sociosanitaria. Universidad Católica San Antonio (UCAM) de Murcia.

Palabras clave: descanso, hospital.

INTRODUCCIÓN

El término descansar tiene en el diccionario de la Real Academia Española nueve acepciones. La primera de ellas lo define como "cesar en el trabajo, reposar, reparar las fuerzas con la quietud", no siendo hasta la cuarta acepción cuando lo encontramos definido como dormir. Sin embargo, en la creencia popular se suele asociar con mayor frecuencia a la cuarta definición, hasta el punto de hacerlos sinónimos. Dormir, del latín dormire, en su primera acepción se define como "estar en aquel reposo que consiste en la inacción o suspensión de los sentidos y de todo movimiento voluntario", es decir, en el estado contrario a la vigilia, o sea en el sueño.

Es por ello que muchas personas tienden a confundir los términos descanso y sueño. La condición de sueño sólo existe cuando ha cesado la conciencia. Si la importancia del sueño para el ser humano no es cuestionable, no pasa lo mismo con el descanso. La gente no parece comprender lo esencial que es para la preservación de la salud. El descanso es un período de inactividad durante el cual el cuerpo puede restaurar la energía gastada, que permite compensar el desequilibrio. En esencia, el descanso es la reducción del gasto energético que permite al cuerpo restaurar las energías perdidas.

El descanso físico puede obtenerse interrumpiendo la actividad física, bien sentado, tendido o relajado. El descanso sensorial se asegura mediante la quietud y absteniéndose de usar los ojos, pues reduce un gran gasto de energía. El descanso emocional se consigue sólo con retirarse de la participación en los altibajos causados

por la interacción personal. Y el descanso mental se logra separando la mente de cualquier actividad intelectual.

Ejemplo claro de esta confusión es la gran cantidad de bibliografía escrita en torno al sueño, o mejor dicho, respecto al ciclo vigilia-sueño por disciplinas como la medicina o la psicología, así como la escasa o nula referente al descanso.

Pretendemos ofrecer una panorámica del descanso en el hospital desde el punto de vista del paciente ingresado que pernocta en el hospital o de aquel que solo permanece el tiempo necesario para que se le ofrezca otro servicio (pruebas diagnósticas, especiales, consultas, etc...).

MATERIAL Y MÉTODO

Para la recogida de datos hemos utilizado el cuestionario del anexo I, que incluye dos partes bien diferenciadas. La primera, que trata de los datos personales habituales (edad, sexo y tipo de ingreso). Otra parte, en la que interrogamos al paciente sobre como ha pasado la noche anterior (4 preguntas), donde terminamos preguntándole sobre sus hábitos de sueño (anteriores a la hospitalización) y si se han visto alterados por el ingreso.

La segunda parte de la encuesta va referida a 13 parámetros, evaluados según la escala de Likert (tabla siguiente), sobre factores que pueden influir sobre su descanso en el hospital.

| | |
|---|---------------|
| 1 | Nunca |
| 2 | Muy raramente |
| 3 | Raramente |
| 4 | A veces |
| 5 | A menudo |
| 6 | Muy a menudo |
| 7 | Siempre |

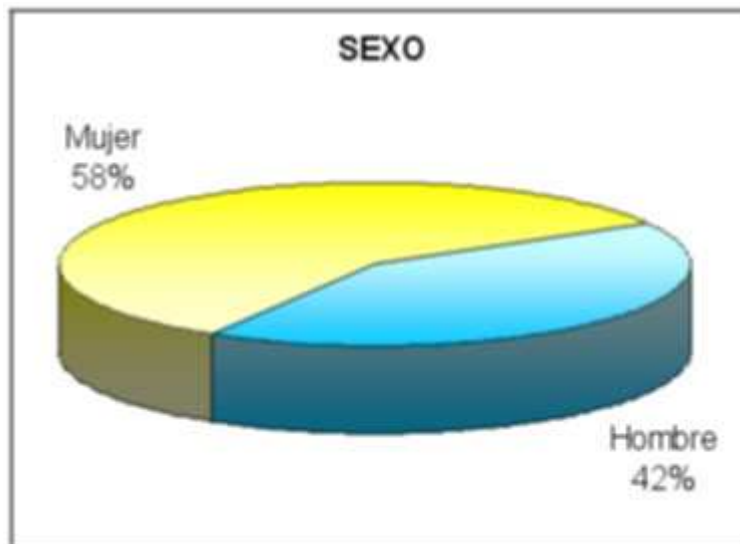
Para rellenar la encuesta hemos utilizado a diez estudiantes de tercer curso de enfermería durante sus prácticas hospitalarias en la asignatura de Administración de Enfermería.

La muestra se obtuvo de todos los pacientes ingresados durante los días 15, 16 y 17 de enero de 2002. Se excluyeron de la muestra todos aquellos pacientes que no hubieran pasado al menos una noche en el hospital, o que durante las últimas 48 horas hubieran sido sometidos a una intervención quirúrgica, y por supuesto, aquellos cuyas condiciones mentales pudieran hacer que, o bien no pudieran contestar por ellos mismos, o que estuvieran perturbadas en grado suficiente para alterar sus contestaciones. Todos aquellos pacientes que no cumplieran los requisitos el primer día de la encuesta pero que, previsiblemente pudieran cumplirlas, se les volvía a visitar durante uno de los dos días siguientes.

Para el tratamiento de los datos se ha utilizado el programa Microsoft Excel (c) 2000, realizándose una estadística descriptiva de los datos obtenidos.

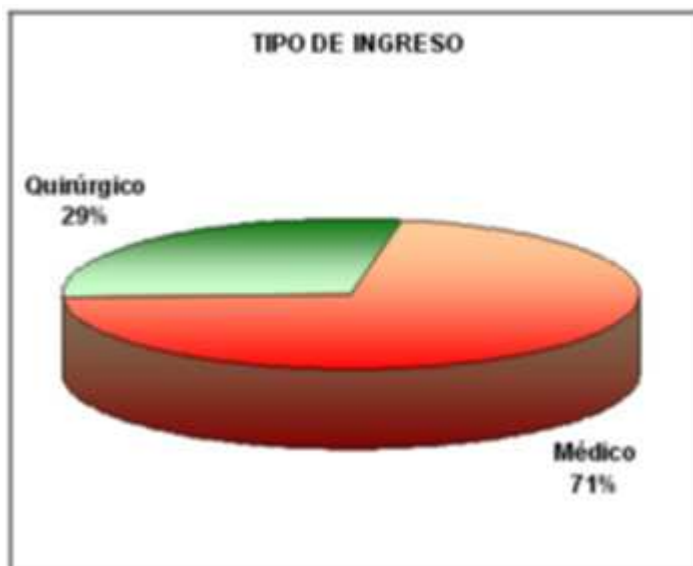
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El 71% de las encuestas se obtuvieron del pabellón general y el 29% del maternal. La distribución general por sexos es de un 58% de mujeres y un 42% de hombres, tal y como podemos observar en el gráfico adjunto. Aunque si excluimos el pabellón maternal (donde lógicamente el 100% son mujeres, esta proporción se invierte obteniendo un 59% de hombres y un 41% de mujeres.



La edad media obtenida es de 52 años. En el maternal es de 33 años y en el pabellón general es de 59 años, 58 para los hombres y de 60 para las mujeres.

Respecto al tipo de ingreso, el 71% es de tipo médico y el 29 % de tipo quirúrgico. Dentro del grupo de tipología médica se ha incluido la obstétrica, y en la de tipo quirúrgico la ginecológica.

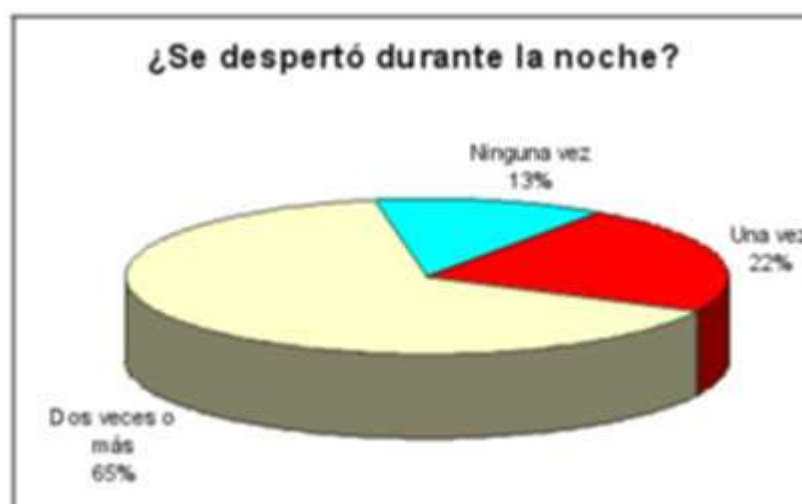


A la pregunta: ¿Anoche se quedó dormido pronto?, únicamente el 36,6% respondió que enseguida, el 28,4% después de un rato, y el 35% afirma que le costó mucho dormirse. Analizando la pregunta por sexos (gráfico adjunto), encontramos que los varones se duermen "enseguida" en mayor porcentaje (38,5%) que las mujeres (35,2%). Este porcentaje adquiere una mayor diferencia en la respuesta "después de un rato", 34,1% de los hombres y 24,2% de las mujeres. Lógicamente, estos

porcentajes se invierten en la respuesta "me costó mucho dormirme", siendo mayor en las mujeres (40,6%) frente a los hombres (27,4%). Estos resultados eran de esperar, ya que Bobes (1992) describe mayores niveles de ansiedad en las mujeres relacionado con el insomnio.

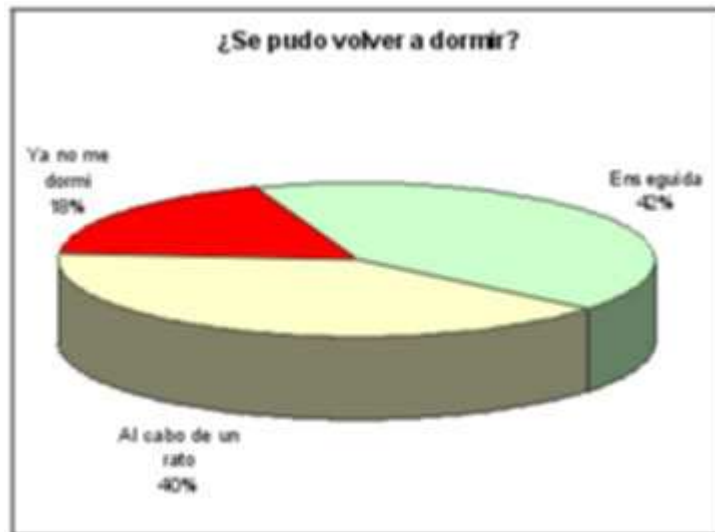


En la pregunta: ¿Se despertó durante la noche?, hemos obtenido unos resultados que podríamos clasificar de desalentadores, ya que únicamente el 13% responde que no se despertó ninguna vez y el 22% una vez. Siendo el 65% los que nos responden que dos o más veces. Estos resultados podrían llegar a plantearnos un tema que consideramos de profunda discusión. ¿Qué es más importante: las técnicas y control nocturno a la que sometemos a los pacientes ingresados o permitir su descanso nocturno? Lo cierto es que siempre se ha realizado la distribución del trabajo nocturno en función del trabajo de los profesionales, nunca en función de los pacientes. A esto hay que añadir que al ser las habitaciones dobles, cualquier alteración del paciente con el que compartimos habitación hace que el personal tenga que entrar y salir (una o varias veces), con lo que ello supone de ruidos, iluminación, etc...



En la siguiente pregunta interrogamos a los encuestados sobre si pudieron volverse a dormir. Un 42% manifiesta haberse dormido enseguida, un 40% al cabo de un rato y, por último, un 18% ya no consigue conciliar el sueño. A la vista de estos

datos, deberíamos plantearnos, más si cabe, la conciliación entre nuestro trabajo y el descanso de los pacientes.



Sobre la profundidad del sueño, sólo un 34% manifiesta haber dormido profundamente, con sueño ligero e interrumpido un 48% y casi despierto toda la noche un 18%.



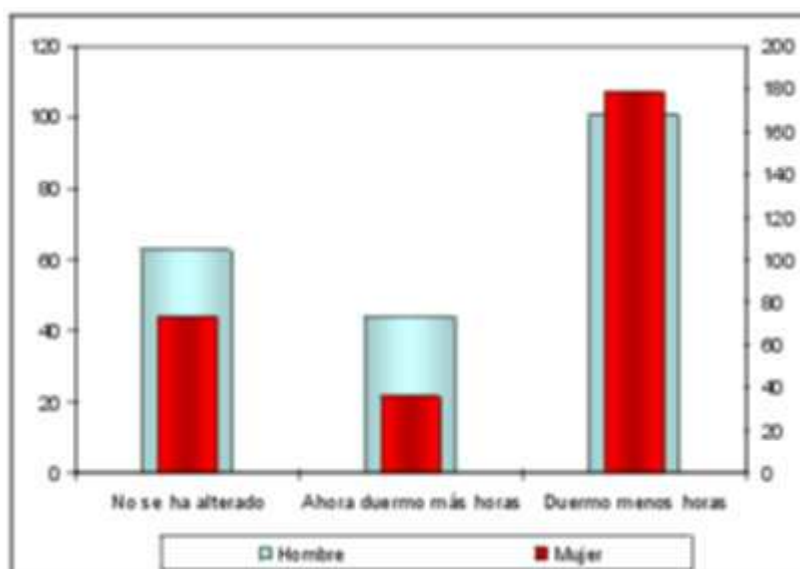
Estos resultados abundan en la ligereza del sueño de nuestros pacientes y nos refuerza en la idea antes expuesta de salvaguardar su descanso.

Preguntados sobre sus hábitos de sueño en sus domicilios, el 33% manifiesta dormir menos de 7 horas, el 51% entre 7 y 9 horas y el 16% más de 9 horas.



Ello nos indica que existe un porcentaje de pacientes que, previo al ingreso, ya tenían unos requerimientos de sueño disminuidos. Quizás deberíamos haber abundado más en el cuestionario sobre los hábitos domiciliarios, intentando descubrir el porqué de esos requerimientos de sueño disminuidos.

En la pregunta sobre la alteración cuantitativa en las horas de sueño en el hospital respecto de las de su domicilio, el 27,4% (30,3% en hombres y 25,3% en mujeres) afirma que no se han alterado, un 16,1% afirma dormir más horas (21,2% en hombres y 12,5% en mujeres). Por el contrario, un 56,5% afirma dormir menos horas (48,6% en hombres y 62,2% en mujeres), lo que confirma estudios anteriores (Bobes, 1992) sobre una afectación mayor del sueño en mujeres.



Sobre los factores que más afectan al descanso (no sólo el sueño) de nuestros pacientes, hemos contabilizado como negativas una puntuación de 5 a 7 puntos en la escala de Likert.

Los resultados obtenidos son bastante reveladores, un 24,5% de pacientes manifiestan que lo que más altera su descanso es el sillón. Es el ítem peor valorado de todos. Analizándolo por pabellones nos encontramos con que la valoración es peor en el maternal (36,8%) que en el pabellón general (20,3%). Es de resaltar que tres de las cuatro plantas del pabellón maternal tienen sillones diferentes al resto del hospital.

El segundo punto peor valorado es la temperatura de la habitación, que al igual que en el punto anterior encontramos diferencias significativas entre pabellones. En el pabellón maternal se valora con un 30,3% y en el general con un 10,4%. Deseamos resaltar las instalaciones del pabellón maternal están sujetas a la confección de un plan director de reforma.

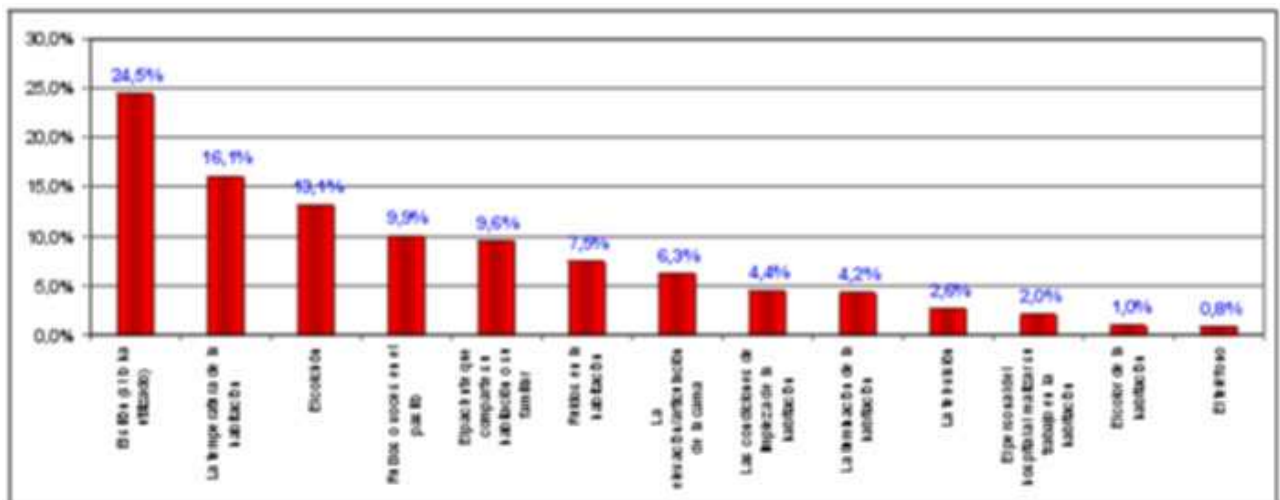
El tercer ítem en la escala de mala valoración es el colchón donde encontramos un porcentaje de insatisfacción del 13,1%. En este punto las diferencias entre pabellones no son significativas (12,4% maternal versus 14,7% general).

Con índices similares (9,9% - 9,6%) nos encontramos con los ruidos o voces en el pasillo y con el paciente que comparte su habitación o su familiar. Y con un 7,5% los ruidos en la habitación.

La elevación o articulación de la cama, con un 6,3% ocupa el séptimo lugar, encontrándonos también aquí diferencias notables entre ambos pabellones (11,2% maternal versus 4,2% general). Las camas del pabellón general son en su mayoría eléctricas y las del maternal de elevación manual.

Les siguen en orden de importancia: las condiciones de limpieza de la habitación (4,4%), la iluminación de la habitación (4,2%), la televisión (2,6%), el personal del hospital al realizar su trabajo en la habitación (2,0%), el color de la habitación (1,0%) y el teléfono (0,8%).

A continuación se muestra el gráfico representativo.



CONCLUSIONES

- En la bibliografía revisada (dirigida a los profesionales sanitarios) en la calidad hostelera no se alude de forma explícita al equipamiento o herramientas necesarias para el descanso.
- Durante la hospitalización alteramos de forma significativa el descanso de nuestros pacientes. Esta alteración es mayor en las mujeres que en los hombres.

- Existe una mala valoración del sillón de acompañante. Al coexistir varios modelos en el hospital, no nos ha sido posible determinar qué modelo es el que provoca mayor insatisfacción.
- La temperatura de la habitación no suele ser la adecuada, en especial en el pabellón maternal.
- El colchón utilizado en la actualidad no es cómodo para nuestros pacientes. Es de destacar, que los elementos relacionados con el descanso no son prioritarios para los pacientes cuando vienen al hospital a "recobrar su salud".
- La confortabilidad no es una exigencia del usuario cuando acude al hospital.
- Con la accesibilidad al confort aumenta la exigencia de los usuarios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Asenjo, M.A.; Bohigas, L.; Trilla, A.; Prat, A.; y otros. "Gestión diaria del hospital". Ed. Masson. Barcelona. 2001.
2. Bello, J.; Bello, M^a. T.. "¡Quiero dormir!". Editorial SALVAT. Barcelona. 2000.
3. Bobes García, J,. "Los trastornos del sueño". Colección "No te rindas ante ...". Ediciones RIALP. Madrid. 1992.
4. Campos Navarro, R.. Ponencia: Resistencias a la Incorporación Planificada de Hamacas en un Hospital de la Península de Yucatán. Cuarto Congreso Chileno Antropología: Los Desafíos de la Antropología: Sociedad Moderna, Globalización y Diferencia. 19 al 23 de noviembre 2001. Campus Juan Gómez Millas de la Universidad de Chile.
5. Chaveau, B.. "La ansiedad". Edición especial para Zambelletti España. Barcelona. 1989. 6.
6. Cuesta Zambrana, A. Guirao i Goris, J.A.; Benavent Garcés, M^a. A.. "Diagnóstico de Enfermería. Adaptación al contexto español". Ediciones Díaz de Santos. Madrid. 1994.
7. Dueñas, M.; de las Heras, J.; Polaino-Lorente, A. y Rojas, E.. "El libro de los tests. De autoconocimiento, personalidad y trastornos psicológicos". Edición especial para Grupo Correo de Comunicación. 1996.
8. Gonzalo, L.M.. "El sueño. Del tratamiento del insomnio al significado de los sueños. ". Edición especial para Grupo Correo de Comunicación. 1996.
9. Hospital Los Arcos. "Guía informativa para pacientes y usuarios". Murcia. 1993.
10. Hospital Los Arcos. "Carta de derechos y deberes de los pacientes". Murcia. 1993.
11. Izquierdo Rojo, J.M^a.. "Habitación de hospital". Editorial el clavell. Barcelona. 2000.

12. Johnson, M.; Maas, M.; Moorhead, S.. "Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE). Nursing Outcomes Classification (NOC)". Ed. Harcourt. Madrid. 2001.
13. Ley General para la defensa de los consumidores y usuarios. Dirección General de Consumo. Murcia. 1991.
14. Marriner, A.. "Modelos y teorías de enfermería". Ediciones ROL. Barcelona. 1989.
15. Maslow, A.H.. "El hombre autorrealizado". Editorial Kairós. Barcelona. 1973.
16. McCloskey, J.C.; Bulechek, G.M.. "Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). Nursing Interventions Classification (NIC)". Ed. Harcourt. Madrid. 2001.
17. Rodríguez Marín, J.; Zurriaga Llorens, R.. "Estrés, enfermedad y hospitalización". Escuela Andaluza de Salud Pública (Monografías: 17). Granada. 1997.
18. Subdirección General de Compras. "Catálogos de suministro".

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia