

LA CALIDAD DEL SUEÑO EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA ONCOLÓGICA¹

Elizabeth Barichello²

Namie Okino Sawada³

Helena Megumi Sonobe³

Márcia Maria Fontão Zago³

El objetivo del estudio fue evaluar la calidad del sueño en pacientes quirúrgicos oncológicos, utilizando el cuestionario Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (PSQI), para mensurar la calidad subjetiva del sueño y la ocurrencia de disturbios. Consistió en una investigación con delineamiento observacional transversal, envolviendo 46 pacientes con diagnóstico de cáncer, sometidos a procedimientos quirúrgicos de las especialidades Cabeza Cuello y Urología. Seis componentes del PSQI fueron estadísticamente significativos y 73,9% de los entrevistados presentaron comprometimiento de la calidad del sueño. Entre las causas de los disturbios del sueño se destaca: demorar para dormir, despertar en el medio de la noche, levantarse para ir al baño y dormir durante el día. Se espera que este estudio sensibilice al equipo de enfermería sobre la necesidad de investigar la calidad y las causas de los disturbios del sueño en sobrevivientes de cáncer, para que haya una intervención efectiva.

DESCRITORES: trastornos del sueño; neoplasias; cirugía; atención de enfermería

QUALIDADE DO SONO EM PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA ONCOLÓGICA

O objetivo do estudo foi avaliar a qualidade do sono em pacientes cirúrgicos oncológicos, utilizando o questionário Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI), para mensurar a qualidade subjetiva do sono e a ocorrência de seus distúrbios. Consistiu em pesquisa com delineamento observacional-transversal, envolvendo 46 pacientes com diagnóstico de câncer, submetidos a procedimentos cirúrgicos das especialidades Cabeça e Pescoço e Urologia. Seis componentes do PSQI foram estatisticamente significantes e 73,9% dos entrevistados apresentaram comprometimento da qualidade do sono. Entre as causas dos distúrbios do sono destaca-se: demorar para dormir, acordar no meio da noite, levantar para ir ao banheiro e cochilar durante o dia. Espera-se que este estudo sensibilize a equipe de enfermagem quanto à necessidade de investigar a qualidade e as causas de distúrbios do sono em sobreviventes do câncer, para que haja intervenção efetiva.

DESCRITORES: transtornos do sono; neoplasias; cirurgia; assistência de enfermagem

QUALITY OF SLEEP IN POSTOPERATIVE SURGICAL ONCOLOGIC PATIENTS

This study aimed to evaluate surgical-oncologic patients' quality of sleep through the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) questionnaire. It is an exploratory study with transversal-observational design, in 46 postoperative head & neck and urology cancer patients. The PSQI questionnaire was used to evaluate the subjective quality of sleep and the occurrence of sleep disorders. Six PSQI components were statistically significant and 78.3% of the interviewees had impaired subjective quality of sleep. Among factors leading to sleep disorders we point out: taking too long to fall asleep; waking up in the middle of the night; getting up to go to the bathroom and napping during the day. This study is expected to sensitize the nursing team regarding the need to investigate quality of sleep and causes of its disorders in cancer survivors for an effective course of action.

DESCRIPTORS: sleep disorders; neoplasms; surgery; nursing care

¹Artículo parte de Tesis de Doctorado. Investigación desarrollada junto ao Grupo de Estudos sobre a Reabilitação do Paciente Oncológico (GARPO);

²Estudiante de doctorado en Enfermería, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Brasil, e-mail: lizarp@bol.com.br; ³Profesor Asociado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Brasil, e-mail: sawada@eerp.usp.br, megumi@eerp.usp.br, mmfzago@eerp.usp.br.

INTRODUCCIÓN

Según el Instituto Nacional del Cáncer, en Brasil, la incidencia del cáncer crece en el mismo ritmo que el envejecimiento poblacional, proveniente del aumento de la expectativa de vida. De acuerdo con el Instituto, la cirugía todavía es una de las principales terapéuticas para 60% de los pacientes. Muchos tumores pueden ser tratados con cirugía exclusiva, otros con la combinación de cirugía con radioterapia y/o quimioterapia⁽¹⁾.

Los disturbios del sueño, experimentados por los pacientes con cáncer, pueden ocurrir en diferentes períodos de atención del paciente: en el diagnóstico, durante y después del tratamiento y en la fase terminal. La incidencia de ese disturbio para esos pacientes es expresiva, ya que gira en torno de 30 a 50%, cuando comparada a los 15% en la población en general. Además de eso, de 23 a 44% de los pacientes oncológicos presentan ese síntoma después de dos a cinco años de tratamiento⁽²⁾.

El sueño está bien organizado y estructurado en ciclos NREM-REM, que ocurren de uno a cuatro o cinco veces en el transcurso de la noche. Un adulto joven saludable se duerme a través de las etapas o fases NREM. La etapa 1 es un breve período transicional entre estar acordado y durmiendo, con duración de cinco minutos, considerado sueño leve. La etapa 2, que dura de 10 a 20 minutos, durante el ciclo inicial, es considerado el verdadero sueño fisiológico. Los etapas 3 y 4, también llamados delta u ondas lentas, son los más profundos y pueden durar entre 20 y 40 minutos, en el primer ciclo de sueño. La secuencia inicial es seguida por un retorno a las etapas 4, 3 y 2, seguidos de un episodio REM. El primer período REM ocurre de 70 a 90 minutos después del inicio del sueño, normalmente tiene breve duración, de cinco a quince minutos. En general, los cuatro o cinco episodios REM aumentan su duración durante la noche⁽³⁾.

En los pacientes con cáncer, todo el mecanismo regulador del sueño descrito se altera por varias razones, pudiendo ocasionar insomnio, dificultad para iniciar el sueño, somnolencia, pesadillas, interrupción en el medio de la noche, quedarse despierto por un período largo, dificultad para volver

a dormir, despertar muy temprano y dormitar durante el día⁽⁴⁾.

La preocupación de los autores de este estudio con la temática se originó después del análisis de las Agendas de Prioridades de Investigación de la Oncology Nursing Society (ONS)⁽⁵⁾, publicadas de 2005 a 2009, que destacaron las consecuencias de los disturbios del sueño para la calidad de vida de los sobrevivientes del cáncer como temática poco estudiada y, consecuentemente, poco comprendida. Con esto, la ONS lanzó el desafío a las enfermeras que actúan en oncología, para que esos disturbios y sus consecuencias, para la vida del paciente, fuesen detectados e evaluados, elaborándose una base de conocimiento para intervención de una enfermería con seguridad.

Por otro lado, al revisarse la literatura nacional de enfermería, se constató que la temática del sueño es reciente, con pocos estudios publicados. Se destacan tres que contribuyen para la comprensión de la pregunta: con diabéticos⁽⁶⁾, con mujeres sometidas a cirugías ginecológicas electivas⁽⁷⁾ y de mujeres con cánceres ginecológicos y de mama⁽⁸⁾.

Como docentes e investigadoras del área de Enfermería Quirúrgica Oncológica, las autoras fueron motivadas por esta área de conocimiento, desarrollando esta investigación, que tuvo el objetivo de evaluar la calidad del sueño en pacientes quirúrgicos oncológicos, de las especialidades de Cabeza Cuello y Urología, por medio del cuestionario de Índice de Calidad del Sueño de Pittsburg (PSQI). Se piensa que los resultados contribuyen para el avance del conocimiento en esa área, ya que muestran un camino para la planificación de la asistencia al paciente oncológico con disturbio del sueño.

Los pacientes de las especialidades de Cabeza Cuello y Urología fueron seleccionados debido al gran número de cirugías oncológicas, de porte medio y grande, realizadas anualmente, en la institución en que el estudio fue realizado, además de representar locales en los cuales la investigadora principal ejerce actividades de enseñanza y extensión, lo que facilitó la aprobación de los cirujanos responsables por la realización del estudio.

MÉTODO

Este estudio consiste en una investigación exploratoria, con delineamiento observacional y transversal, donde los sujetos de la investigación son evaluados una única vez⁽⁹⁾.

La población del estudio fue compuesta por todos los pacientes quirúrgicos oncológicos de las especialidades Cabeza Cuello y Urología, de una institución hospitalaria, que cumplieran con los criterios de inclusión, descritos a seguir: pacientes con diagnóstico de cáncer y que fueron sometidos a procedimiento quirúrgico de Cabeza Cuello y Urología, en el período de uno hasta el sexto mes del posoperatorio, aquellos que retornaron al ambulatorio entre octubre de 2007 a marzo de 2008, de ambos sexos, mayores de 18 años, que podían comunicarse y que aceptaron participar del estudio por medio de firmar el término de consentimiento libre y esclarecido.

Los datos fueron recolectados en la Asociación de Combate al Cáncer de Brasil Central, localizada en Uberaba, en el Estado de Minas Gerais. La muestra fue de conveniencia. La recolección de datos ocurrió en el retorno posoperatorio de los pacientes al ambulatorio que convinieron en participar del estudio. Cumplieron con los requisitos 46 pacientes, siendo 30,4% (14) de la especialidad Cabeza Cuello y 69,6% (32), Urología.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal del Triángulo Mineiro y autorizado por el Director Clínico del referido hospital, bajo el Protocolo No. 984.

Para la obtención de los datos fueron utilizados el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburg – PSQI y un instrumento para identificar las características sociales y clínicas de los sujetos, elaborado para esta investigación. El PSQI fue validado para la cultura brasileña⁽¹⁰⁾. Ese instrumento es utilizado para evaluar la calidad subjetiva del sueño y la ocurrencia de sus disturbios. Contiene diez preguntas, siendo que las preguntas de números uno, dos, tres y cuatro son abiertas y las preguntas cinco, seis, siete, ocho, nueve y diez son semiabiertas. Para las diez preguntas se dejó un espacio para registrar los comentarios del entrevistado, si hubiese necesidad.

El PSQI está constituido de siete componentes: el primero se refiere a la calidad subjetiva del sueño, o sea, a la percepción individual respecto de la calidad del sueño; el segundo, a la latencia del sueño; el tercero, a la duración del sueño,

obtenida a través de la relación entre el número de horas dormidas y el número de horas de permanencia en la cama, no necesariamente durmiendo; el cuarto, a la eficiencia habitual del sueño; el quinto, a los disturbios del sueño, o sea, presencia de situaciones que comprometan las horas de sueño; el sexto, al uso de medicaciones, esto es, si el paciente utilizó medicamentos para dormir; y el séptimo, a la somnolencia diurna y a disturbios durante el día, refiriéndose a la alteración en la disposición y entusiasmo para ejecución de las actividades de rutina⁽⁶⁾.

En su aplicación, el paciente fue orientado para responder a las preguntas considerando los hábitos de sueño apenas durante el mes anterior, en la mayoría de los días y noches.

La puntuación global es determinada por la suma de los siete componentes y cada uno recibió una puntuación entre cero y tres puntos. La puntuación máxima del instrumento es de 21. Los puntajes superiores a cinco puntos indican calidad mala en el estándar del sueño.

Para la organización de los datos fue creada una base de datos en el programa Excel[®]; después, los mismos fueron transportados para el programa Statistical Package for the Social Sciences – SPSS, que posibilitó el análisis estadístico de los datos.

La consistencia interna del PSQI fue verificada por el coeficiente alfa de Cronbach. Ese cálculo es obtenido después de una única aplicación del instrumento de medición, produciendo valores entre 0 y 1 o entre 0 y 100%. Cuando es mayor que 70%, se dice que hay confiabilidad en las medidas. Son calculadas todas las correlaciones (p) entre el puntaje de cada ítem y el puntaje total de los demás ítems⁽¹¹⁾. Para este estudio, se adoptó el valor de p inferior a 0,05 como estadísticamente significativo.

Las variables de las 10 cuestiones son presentadas por el análisis estadístico descriptivo, por frecuencia y porcentaje. También fueron calculados el promedio, la desviación estándar y la significancia estadística (ANOVA) de los componentes del PSQI, en relación al puntaje global. Esta prueba paramétrica del análisis de variancia es utilizado para estimar el valor promedio real de las variables cuantitativas y los porcentajes reales de algunos eventos de interés del estudio.

RESULTADOS

De los 46 sujetos del estudio, 35 (76,1%) eran del sexo masculino. En cuanto al intervalo de

edad, en años, cinco (10,9%) tenían de 30–50, 30 (65,2%) de 50–70 y 11 (23,9%) de 70–90.

La renta mensual de los entrevistados, con hasta un salario mínimo (SM), correspondió a 14 (30,4%), de uno a dos SM 19 (41,3%), de dos a tres 12 (26,1%) y con más de cuatro SM 1 (2,2%). La escolaridad presentó la siguiente frecuencia: uno (2,2%) era analfabeto, 23 (50%) con el primer grado incompleto, 13 (28,3%) con el primer grado completo, tres (6,5%) con el segundo grado incompleto, cuatro (8,7%) con el segundo grado completo y dos (4,3%) con el superior completo.

En relación al tiempo de posoperatorio, cuatro (8,7%) tenían hasta dos meses, 12 (26%) de dos a tres meses, nueve (19,6%) de tres a cuatro meses, nueve (19,6%) de cuatro a cinco meses y 12 (26,1%) de cinco a seis meses. En cuanto a los tratamientos adyuvantes y neo adyuvantes, 45 (97,8%) no fueron sometidos a ningún tipo de tratamiento en el preoperatorio y 34 (73,9%) no tuvieron otro tratamiento en el posoperatorio.

En cuanto al diagnóstico, 14 (30,4%) de los sujetos presentaron cáncer de cabeza y cuello y 32 (69,6%) cáncer del sistema urinario. Con relación a la localización del tumor, diez (21%) lo presentaron en la tiroides, dos (4,3%) en la laringe, dos (4,3%) en la base de la lengua, 28 (60,9%) en la próstata, dos (4,3%) en el pene, uno (2,2%) en la vejiga y uno (2,2%) en el riñón.

El PSQI fue sometido a la prueba alfa de Cronbach, siendo el resultado 0,79 superior a 0,70, indicando elevada consistencia interna y homogeneidad de los ítems⁽¹¹⁾.

En relación al puntaje global del Índice de Calidad del Sueño (PSQI), 34 (73,9%) presentaron una puntuación superior a cinco, indicando comprometimiento en la calidad subjetiva del sueño.

la Tabla 1 pesa las respuestas de las preguntas abiertas de los cuestionarios PSQI y las Tablas 2 y 3 se refieren a las preguntas cerradas de otro a diez con la frecuencia y porcentaje de las ítems.

Tabla 1 - Frecuencia y porcentaje de las respuestas de los sujetos en las preguntas abiertas del PSQI. Uberaba (MG), 2008

Preguntas	Respuestas	F	%
1- A que horas se acostó	19– 21h	7	15,2
	21– 23h	37	80,4
	23– 1h	1	2,2
	1– 3h	0	0
	3– 5h	1	2,2
2- Cuanto tiempo (en minutos) demoró para dormirse	< o = 15min	17	37
	16-30min	15	32,6
	31-60min	8	17,4
	> 60min	6	13
3- A que horas se despertó de mañana	3– 4h	1	2,2
	4– 5h	2	4,3
	5– 6h	13	28,3
	6– 7h	25	54,3
	> 7h	5	10,9
4- Cuantas horas de sueño por noche durmió	1– 2h	1	2,2
	2– 3h	2	4,3
	3– 4h	7	15,2
	4– 5h	9	19,6
	5– 6h	5	10,9
	6– 7h	12	26,1
	7– 8h	5	10,9
	8– 9h	3	6,5
	9– 10h	2	4,3

Se verifica que la mayor frecuencia del horario para acostarse ocurrió entre 21 y 23 horas en 80,4% de los sujetos, 37% llevan hasta 15 minutos para dormirse, 54,3% despiertan después de 6 a 7 horas de sueño y 26,1% duermen un promedio de 6 a 7 horas por noche.

Tabla 2 - Frecuencia y porcentaje de las respuestas de los sujetos en las preguntas semiabiertas del PSQI. Uberaba (MG), 2008

Preguntas	1		2		3		4		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
5a) Demorar más de treinta minutos para dormirse	16	34,7	-	-	11	23,9	19	41,3	46	100
5b) Despertar en el medio de la noche o de mañana muy temprano	6	13	1	2,2	7	15,2	32	69,5	46	100
5c) Levantarse para ir al baño	3	6,5	5	10,9	5	10,9	33	71,7	46	100
5d) Tener dificultad para respirar	38	82,6	-	-	3	6,5	5	10,9	46	100
5e) Toser o roncar muy alto	41	89,1	1	2,2	1	2,2	3	6,5	46	100
5f) Sentir mucho frío	44	95,6	1	2,2	-	-	1	2,2	46	100
5g) Sentir mucho calor	36	78,3	2	4,3	3	6,5	5	10,9	46	100
5h) Tener sueños malos o pesadillas	34	73,9	4	8,7	4	8,7	4	8,7	46	100
6- Tener buena calidad de sueño	9	19,6	18	39,1	14	30,4	5	10,9	46	100
7- Tomar algún remedio para dormir	39	84,7	1	2,2	1	2,2	5	10,9	46	100
8- Tener dificultad para permanecer despierto en cuento estaba manejando	23	50	4	8,7	16	34,8	3	6,5	46	100
9- Sentir indisposición o falta de entusiasmo	17	36,9	19	41,3	4	8,7	6	13	46	100

1- Ninguna vez, 2- menos de una vez por semana, 3- una o dos veces por semana y 4- tres veces por semana o más

Entre los resultados, se destacan algunos ítems que llaman la atención, como los 19 pacientes (41,3%) que llevan más de treinta minutos para dormir, 32 (69,5%) que se despiertan en el medio de la noche o muy temprano, y 33 (71,7%) que se levantan para ir al baño.

En la Tabla 3 se presentan los resultados referentes a la pregunta número 10 del PSQI, que se refiere al significado del sueño y a los hábitos de dormir o no. Las respuestas para esas preguntas no son sumadas, o sea, no son computadas en ninguno de los siete componentes; por lo tanto, no entran en el puntaje global del PSQI. Sin embargo, las respuestas de los pacientes que poseen el hábito de dormir ayudan a comprender la calidad subjetiva del sueño.

Tabla 3 - Frecuencia y porcentaje de las respuestas de los sujetos en la pregunta número 10 del PSQI. Uberaba (MG), 2008

Para usted el sueño es	N	%
Placer	5	10,9
Necesidad	41	89,1
Total	46	100
Usted dormita		
Si	34	73,9
No	12	26,1
Total	46	100
En caso si - dormita intencionalmente		
Si	34	100
No	-	-
Total	34	100
Para usted el dormir es		
Placer	21	45,6
Necesidad	13	28,3
Total	34	100

Conforme los datos de la Tabla 3, 41(89,1%) pacientes consideran el sueño como necesidad.

La Tabla 4 relaciona promedio, desviación estándar y nivel de significancia estadística de los componentes del PSQI, en relación al puntaje global del PSQI, obtenidos por la prueba paramétrica de análisis de la variancia (ANOVA) para los 46 entrevistados.

Solamente el componente 5 no fue estadísticamente significativo, no habiendo sido, por ese motivo, incluido en la Tabla 4.

La Tabla 5 presenta los resultados de la prueba paramétrica ANOVA, con los valores que fueron estadísticamente significativos en relación a los ítems del instrumento, referentes a las características sociales y clínicas de los entrevistados.

Tabla 4 - Promedio, desviación estándar y significancia estadística de los componentes del PSQI en relación al puntaje global del PSQI. Uberaba (MG), 2008

Escala	Puntajes	Variable	Promedio	Desviación estándar	Nivel de significancia
PSQI	Comp 1	0	3,50	1,31	0,000*
		1	8	3,01	
		2	10,79	2,89	
		3	16	2,53	
	Comp 2	0	5,92	3,45	0,000*
		1	5,17	2,23	
		2	10	3,56	
		3	12,93	3,34	
	Comp 3	0	4,17	1,60	0,000*
		1	6,35	3,24	
		2	10	1,41	
		3	13,29	2,91	
	Comp 4	0	4,80	2,62	0,000*
		1	5,50	1	
		2	10	2,12	
		3	13,06	2,98	
	Comp 6	0	8,56	3,96	0,048**
		1	4	-	
		2	13	-	
		3	13,60	6,23	
	Comp 7	0	5,62	2,84	0,001*
1		8,87	3,58		
2		11,43	3,82		
3		13,25	6,70		

* $\bar{n}d^*0,001$
** $\bar{n}<0,05$

Tabla 5 - Promedio, desviación estándar y significancia estadística de las variables sociodemográficas y clínicas, en relación al puntaje global del PSQI. Uberaba (MG), 2008

Escala	Puntajes	Variable	Promedio	Desviación estándar	Nivel de significancia
Global (PSQI)	Renta	1	13	4,13	0,000*
		2	8	3,04	
		3	6,83	4,06	
		4	3	-	
	Escolaridad	1	15	-	0,040**
		2	9,22	3,83	
		3	11	4,76	
		4	7,33	6,11	
	Local del cáncer	5	5	2,16	0,023**
		6	3,50	0,71	
		1	8,25	3,82	
		2	15	-	
		3	8,50	4,95	
		4	8,30	4,19	
		6	14,60	5,37	

* $p<0,001$
** $p<0,05$

La prueba ANOVA mostró tres puntajes estadísticamente significativos: la renta económica, la escolaridad y el local del cáncer.

DISCUSIÓN

Entre la muestra estudiada, 41 (89,1%) de los pacientes se encontraban en el intervalo de edad superior a 50 años, lo que está de acuerdo con la literatura, ya que, así como ocurre para otros tipos de cáncer, la edad es un factor de riesgo importante, una vez que tanto la incidencia como la mortalidad aumentan exponencialmente después de 50 años de edad⁽¹⁾.

Los resultados, aquí, no muestran significancia estadística en relación a la calidad del sueño con la edad y el sexo.

La renta de hasta dos salarios mínimos (con 71,7%) y la escolaridad hasta el primer grado completo (con 80,5%) son indicativos de que los pacientes en ese intervalo de la muestra viven en condiciones precarias, provenientes de la reducida calificación ocupacional y la baja escolaridad de sus integrantes, teniendo acceso limitado a los servicios públicos como educación y salud, que interfieren en los comportamientos preventivos de la enfermedad y en su detección precoz⁽¹²⁾. Esas características sociales también pueden ser impedimentos para el conocimiento de esos pacientes sobre los tratamientos complementares que minimizan los disturbios del sueño. También, las dificultades financieras pueden generar preocupaciones que interfieren en el estándar del sueño. Una revisión sistemática⁽¹³⁾, que evaluó el uso de medicinas alternativas y complementares entre pacientes con cáncer, mostró que el perfil de los pacientes que utilizan esas terapias son aquellos con elevado grado de escolaridad y de renta familiar alta.

Esa colocación es compatible con los resultados de este estudio, cuando se detectó, aquí, que la renta y la escolaridad fueron estadísticamente significativas en relación al puntaje global del PSQI, confirmando la importancia de esos aspectos para la calidad de sueño de los pacientes.

El estudio⁽⁸⁾ entretanto, que evaluó la calidad del sueño entre mujeres con cáncer, mostró que los resultados fueron diferentes, ya que la escolaridad fue semejante entre sujetos con buena y mala calidad de sueño habitual (mediana de 4,5 y 5 años, respectivamente), así como la renta familiar, predominando el intervalo de uno a cinco salarios mínimos (en 91,7% de los entrevistados con buena calidad de sueño habitual y en 84,6% de aquellos con mala calidad de sueño habitual).

El local del cáncer también fue una variable estadísticamente significativa ($p=0,023$). Se sabe que el local y el grado de diseminación de la enfermedad son determinantes para la indicación de los tipos de tratamientos, pudiendo influenciar la rehabilitación y la calidad de vida de los sobrevivientes⁽¹⁴⁾. En los pacientes sometidos a la prostatectomía, el promedio de calidad del sueño, según el puntaje global del PSQI, fue de 8,25. En ese grupo, una causa para el disturbio fue el hecho de tener que levantarse durante la noche para orinar, lo que generalmente ocasionaba la pérdida posterior del sueño; otro factor era la preocupación de no conseguir mantener una relación sexual activa con la esposa o compañera.

A pesar que la frecuencia de los pacientes sometidos a quimioterapia y radioterapia fue pequeña, no se puede dejar de mencionar la importancia de esas terapéuticas para la calidad del sueño. Pacientes oncológicos que fueron sometidos a tratamientos específicos en los últimos seis meses estuvieron más propensos a presentar problemas de somnolencia excesiva⁽⁸⁾.

En esta muestra, 24 (52,2%) pacientes presentaron un promedio de sueño inferior a 6 horas. Ese resultado es distinto del estudio⁽¹⁵⁾ con 123 pacientes oncológicos, en que 95% de los sujetos presentaron promedio de 6,58 horas dormidas. Sin embargo, la literatura⁽¹⁶⁾ también destaca que, cuando el disturbio del sueño ya existía anteriormente a la enfermedad, los síntomas son agravados en 58% de los pacientes, después del diagnóstico.

En el estudio que mostró la mala calidad del sueño entre pacientes oncológicos⁽⁸⁾, se destacaron como problemas: el despertar precoz (92%) y la necesidad de ir al baño (92%), seguidos por los episodios de dolor (69,3%) y por la sensación de calor durante la noche (46,2%). Percibiéndose similitudes en los factores mencionados con los de este estudio en que 27 (58,7%) pacientes relataron haber tenido sueño malo o muy malo.

En cuanto al hábito de dormir, esto es, tener períodos de sueño durante el día, en lo que se refiere a las respuestas de la pregunta número 10 del PSQI, Tabla 3, 34 (73,9%) de los sujetos refieren realizarlo intencionalmente. Se observa, también, que 21 (45,6%) consideran el acto de dormir un placer y 13 (28,3%) como necesidad. El acto de dormir durante la mañana o en la tarde también fue detectado en 39% de los entrevistados de otro estudio

y 60% de ellos dormitaban durante el día por lo menos 3 veces por semana⁽¹⁶⁾. Así, se considera que los episodios de dormir diurnos pueden estar asociados a la interrupción del sueño nocturno, contribuyendo para la mala calidad del sueño durante la noche.

De esa forma, cuando los componentes del PSQI, en relación al puntaje global, son evaluados de forma conjunta, se puede entender la relación entre los mismos, ya que, una persona que hubiese dormido menos de cinco horas por noche y llevado más de treinta minutos para dormir es considerada como teniendo mala calidad de sueño y, consecuentemente, puede tener somnolencia durante el día y sentir necesidad de dormir.

Los disturbios en el estándar del sueño indican un nivel en el cual el sueño está siendo perjudicado por factores ambientales y/o personales. Se debe notar que, en oncología, los estudios de los múltiples síntomas son complejos, debido a las diferencias en el origen de la enfermedad y de los síntomas específicos. Algunos síntomas están relacionados a la enfermedad, otros con el tratamiento (ejemplo: náusea y vómito pueden ser resultado de obstrucción intestinal o de la quimioterapia); o los síntomas pueden estar relacionados a la enfermedad y al tratamiento (la fatiga, como ejemplo); y todavía existe la posibilidad de que uno o más síntomas desencadenen la ocurrencia de otro (disturbio del sueño, que puede llevar a la fatiga)⁽¹⁴⁾.

Para evaluar si la calidad del sueño es adecuada se debe determinar su estándar. Para esto, los profesionales del área de la salud deben investigar la rutina de los pacientes, a fin de determinar el horario en que van dormir, el tiempo que llevan para adormecer, la duración del sueño, el número de veces que se despiertan durante la noche, cuanto tiempo llevan para volver a dormir y el horario en que se levantan. Esos datos van a ayudar a determinar el estándar del sueño de los pacientes y percibir se hubo algún cambio después del diagnóstico de cáncer y/o tratamiento⁽¹⁷⁾.

Frente a los resultados, las acciones de intervención para adquisición del hábito de sueño saludable entre pacientes oncológicos incluyen: mantener un horario regular para dormir y despertar (inclusive en los finales de semana); acostarse solamente cuando se está somnoliento; levantarse de la cama cuando no se consigue adormecer entre 15 a 20 minutos e ir para otro cuarto, permaneciendo en actividad no estimulante hasta sentir somnolencia;

dormir apenas lo necesario; realizar ejercicios físicos regulares que estimulen el sueño, lo que debe ser hecho entre 4 a 6 horas antes de acostarse; hacer un refección ligera antes de acostarse; evitar alimentos pesados; reducir el nivel de ruido y de luz; evitar estimulantes, como nicotina, alimentos y bebidas que contienen cafeína entre 4 a 6 horas antes de acostarse (ejemplos: chocolate, café y refrescos); evitar la ingestión de bebidas alcohólicas, ya que provocan despertares nocturnos; evitar dormir durante el día, o entonces limitar el tiempo para 20 minutos y evitar eso después de las 15 horas⁽¹⁷⁾.

CONCLUSIONES

El estudio tuvo el objetivo de evaluar la calidad del sueño en 46 pacientes quirúrgicos oncológicos de las especialidades Cabeza Cuello y Urología, por medio del cuestionario de Índice de Calidad del Sueño de Pittsburg (PSQI) y un instrumento específico para identificar las características sociales y clínicas de los sujetos.

Los resultados muestran que todos los sujetos dan importancia al sueño; presentan como principales disturbios la demora para dormir y la discontinuidad del sueño nocturno.

La renta económica, la escolaridad y el local del cáncer fueron factores estadísticamente significativos para la calidad del sueño.

Los sujetos, como consecuencia, apuntaron para la necesidad de dormir durante el período diurno que puede ser una necesidad para algunos, sin embargo, al mismo tiempo, puede ocasionar los disturbios en el sueño nocturno.

Comparándose los resultados de este estudio con otros estudios, se concluye que hay diferencias en la calidad del sueño entre grupos de pacientes oncológicos, lo que lleva a considerar que el enfocar en el local de la enfermedad y en los tratamientos específicos puede llevar a resultados más precisos.

Algunas limitaciones del presente estudio pueden ser apuntadas, como la muestra heterogénea, ya que las consecuencias de las cirugías de cabeza cuello y las de urología son distintas, cuando comparadas entre sí. El tamaño de la muestra, compuesta por 46 pacientes, puede ser considerado un número reducido cuando comparado a la expectativa del número de pacientes con cáncer, atendidos en el año, en la institución. Otra limitación

se deve al delineamiento transversal. El delineamiento longitudinal podrá complementar la evaluación de la calidad del sueño en las diferentes

etapas de la trayectoria de la enfermedad. Estas limitaciones pueden ser superadas con nuevas investigaciones.

REFERENCIAS

1. Ministério da Saúde [homepage na Internet]. Secretaria de Atenção à Saúde: Instituto Nacional de Câncer; [Acesso em 2008 fevereiro 15]. Estimativas 2008: Incidência de Câncer no Brasil; [96 telas]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2008/versaofinal.pdf>
2. Vachani C. Insomnia in the patient with cancer. Oncolink–Abramson Cancer Center of the University of Pennsylvania [serial online] 2007 Apr [cited 2007 may 17]; (1): [about 4 screens]. Available from: <http://www.oncolink.com/coping/article.cfm?c=5&s=69&ss=116&id=709>
3. Savard J, Morin CM. Insomnia in the context of cancer: a review of a neglected problem. *J Clin Oncol* 2001 February; 19(3):895-908.
4. Kaplow R. Sleep deprivation and psychosocial impact in acutely ill cancer patients. *Crit Care Nurs Clin North Am* 2005 September; 17(3):225-37.
5. Oncology Nursing Society [homepage on the Internet]. Pittsburgh: Oncology Nursing Society (ONS); [cited 2007 September]; 2005 – 2009 ONS Research Agenda; [2 screens]. Available from: <http://www.ons.org/research/information/documents/pdfs/talking05.pdf>
6. Cunha MCB, Zanetti MLH, Vanderlei J. Sleep quality in type 2 diabetics. *Rev Latino-am Enfermagem* 2008; 16(5):850-5.
7. Zaros MC, Ceolim MF. Sleep/wake cycle of women submitted to elective gynecological surgery with a one-day hospital stay. *Rev Latino-am Enfermagem* 2008; 16(5):838-43.
8. Furlani R, Ceolim MF. Sleep quality of women with gynecological and breast cancer. *Rev Latino-am Enfermagem* 2006 dezembro; 14(6):872-8.
9. Polit FD, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre (RGS): Artmed; 2004.
10. Ceolim MF. Padrões de atividades e de fragmentação do sono em pessoas idosas [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ USP; 1999.
11. Martins GA. Sobre confiabilidade e validade. *RBGN* 2006; 8(20):1-12.
12. Guimarães RM, Romanelli G. A inserção de adolescentes no mercado de trabalho através de uma ONG. *Psicol Estudo* 2002 julho/dezembro; 7(2):117-26.
13. Spadacio C, Barros NF. Uso de medicinas alternativas e complementares por pacientes com câncer: revisão sistemática. *Rev Saúde Pública* 2008 fevereiro; 42(1):158-64.
14. Beck SL, Dudley WN, Barsevick A. Pain, sleep disturbance, and fatigue in patients with cancer: using a mediation model to test a symptom cluster. *Oncol Nurs Forum* 2005 May; 32(3):542-65.
15. Mercadante S, Girelli D, Casuccio A. Sleep disorders in advanced cancer patients: prevalence and factors associated. *Support Care Cancer* 2004 May; 12(5):355-9.
16. Davidson JR, Macleana AW, Brundage MD, Schulzec K. Sleep disturbance in cancer patients. *Social Science & Medicine* 2002 May; 54(9):1309-21.
17. O'donnell JF. Insomnia in Cancer Patients. *Clin Cornerstone* 2004; 6 Suppl:6-14.