

CALIDAD DEL SUEÑO EN MUJERES CON CÁNCER GINECOLÓGICO E MAMARIO¹

Renata Furlan²
Maria Filomena Ceolim³

Actualmente, la calidad de sueño referida por el propio individuo es reconocida como un indicador de salud y calidad de vida. Este estudio exploratorio y descriptivo describe la calidad habitual del sueño de mujeres con cáncer ginecológico y mamario y la confronta con la hospitalización. Se desarrolló con 25 mujeres hospitalizadas para tratamiento clínico del cáncer ginecológico. Se colectaron informaciones mediante el Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) y se verificó que el 52% de los sujetos poseía mala calidad del sueño habitualmente, mientras el 80% hubiera mala calidad en la hospitalización. Los orígenes de las perturbaciones del sueño nocturno apuntadas más frecuentemente fueron: usar el baño, despertarse temprano y ser cuidado por las enfermeras durante la noche. Los resultados muestran la necesidad de que el planeamiento de cuidados de enfermería para mujeres con cáncer ginecológico incluya la evaluación de la calidad del sueño de las pacientes, inclusive en la hospitalización.

DESCRIPTORES: sueño; neoplasmas; enfermería; hospitalización

SLEEP QUALITY OF WOMEN WITH GYNECOLOGICAL AND BREAST CANCER

Subjective sleep quality has been recognized as a valuable indicator of health and quality of life. This exploratory and descriptive study aimed at describing habitual sleep quality of women suffering from gynecological and breast cancer and comparing habitual versus sleep quality during hospitalization. Twenty-five women admitted in hospital for clinical treatment of cancer completed the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) within 72 hours after admission and again just before discharge. Fifty-two percent of subjects reported habitual bad sleep quality, and this proportion increased to 80% of subjects during hospital stay. Subjects indicated the following most frequent causes of night sleep disturbance: need to go to the toilet, waking up early and receiving nursing care during the night. Results point to the importance of including careful assessment of sleep quality and environment in nursing care planning for oncology patients, mainly during hospitalization.

DESCRIPTORS: sleep; neoplasms; nursing; hospitalization

QUALIDADE DO SONO DE MULHERES PORTADORAS DE CÂNCER GINECOLÓGICO E MAMÁRIO

A qualidade de sono referida pelo próprio indivíduo é reconhecida atualmente como indicador de saúde e de qualidade de vida. Este estudo exploratório e descritivo teve por objetivo descrever a qualidade habitual do sono de mulheres com câncer ginecológico e mamário e compará-la à qualidade do sono das mesmas na hospitalização. Participaram 25 mulheres hospitalizadas para tratamento clínico do câncer que responderam ao Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (PSQI) até 72 horas após a admissão e quando prevista a alta hospitalar. Verificou-se que 52% das mulheres apresentavam má qualidade de sono habitual e que, na hospitalização, esse percentual elevou-se para 80%. Como causas mais frequentes de perturbação do sono na hospitalização destacaram-se: necessidade de usar o banheiro; despertar precoce; cuidados prestados pela equipe de enfermagem. Os resultados apontam para a necessidade de cuidados oncológicos que englobem a qualidade de sono desses pacientes, sobretudo na hospitalização.

DESCRIPTORES: sono; neoplasias; enfermagem; hospitalização

¹ Trabajo extraído de la Disertación de Maestría; ² Maestra en Enfermería, e-mail: re_furla@yahoo.com.br; ³ Profesor Doctor, e-mail: fceolim@fcm.unicamp.br. Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Estadual de Campinas

INTRODUCCIÓN

La calidad del sueño referida por el propio individuo y su impacto en la vida diaria de personas saludables o enfermas se torno uno de los principales focos de atención de los investigadores, por ser el sueño un proceso fisiológico y comportamental esencial para el funcionamiento adecuado del organismo. El conocimiento de la calidad de sueño paso a ser considerado un aspecto clínico importante para la identificación de problemas de salud⁽¹⁾, una vez que, a los disturbios de sueño se pueden asociar cuadros de fatiga, alteraciones de humor y reducción de la tolerancia al dolor⁽²⁾.

Las personas afectadas por problemas oncológicos están especialmente sujetas a enfrentar disturbios de sueño, sobretodo cuando es necesaria su permanencia en ambiente hospitalario durante el tratamiento de su enfermedad⁽³⁾. Se cree que esos individuos, presentan mayor dificultad para conciliar el sueño y permanecer durmiendo que otros pacientes clínicos o quirúrgicos, debido a los síntomas asociados a la enfermedad o a la terapia agresiva, durante el tratamiento neoplásico⁽²⁾. Por tanto, la hospitalización y otros cambios realizados en el local donde duermen, pueden precipitar los disturbios de sueño entre estos pacientes⁽³⁾ y agravar los perjuicios causados por las enfermedades crónicas.

Dentro de las enfermedades neoplásicas, el diagnóstico de neoplasia ginecológica y mamaria representa una amenaza real a la vida de innumerables mujeres, repercutiendo negativamente en su calidad de vida. A pesar de los disturbios de sueño constituyen un tema importante para los pacientes afectados por neoplasias, se cree que su manejo esa aún inadecuado dentro del campo de cuidados oncológicos⁽⁴⁾.

A pesar; de la existencia de estudios que traten aspectos relacionados al sueño de pacientes afectados por neoplasia ginecológica, se recomienda que el equipo de salud, priorice la calidad del tratamiento oncológico específico, tanto por el impacto provocado por la enfermedad como por su tratamiento frente a la calidad de vida del paciente⁽⁵⁾, siendo parte importante la calidad del sueño.

Como las mujeres con neoplasia ginecológica y mamaria están sujetas a enfrentar problemas de las más diversas naturalezas, es interesante que el ambiente hospitalario sea capaz de propiciar un sueño restaurador. Así, este artículo tiene por objetivo

describir la calidad habitual del sueño de mujeres portadoras de cáncer ginecológico y mamario y compararla a la calidad del sueño en la hospitalización, con la finalidad de subsidiar la planificación de la asistencia de enfermería de forma tal que se propicie una buena calidad del sueño para esas mujeres, en especial durante este periodo.

SUJETOS Y MÉTODOS

Se trata de un estudio de tipo exploratorio y descriptivo, con un enfoque cuantitativo, desarrollado de marzo a agosto de 2004 en Enfermería Oncológica del Centro de Atención Integral a la Salud de la Mujer (CAISM) de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Estadual de Campinas, SP (UNICAMP).

Los sujetos de estudio fueron 25 mujeres portadoras de cáncer ginecológico o mamario, con edad variando entre 25,9 años y 77,8 años (media de 51,1 años, $\pm 12,7$ años, mediana de 47,4 años), que atendían a los siguientes criterios de inclusión: hospitalización para tratamiento clínico durante el periodo de recolección de datos, si fue sometida a hospitalización anterior que haya recibido alta hace 15 días o más*, mayor de 18 años, interés y participación voluntaria en el estudio, capaz y en condiciones físicas y emocionales de responder a los instrumentos de investigación.

Fueron adoptados criterios para no continuar con la participación del sujeto en el estudio, como: mala evolución del cuadro clínico que imposibilitase su participación durante la recolección de datos, someterse al tratamiento de cirugía o similar con uso de medicamentos anestésicos de acción general lo cual inferiese en los ciclos y en la calidad del sueño; o excusas del sujeto para continuar con su participación.

Los datos fueron recolectados con los instrumentos: Ficha de identificación (FI), elaborada para el estudio; Índice de Calidad del Sueño de Pittsburg (PSQI)⁽¹⁾ versión utilizada por otros autores en el Brasil⁽⁶⁾. Ambos fueron llenados por la investigadora, que registró las respuestas de los sujetos.

La **FI** tuvo por finalidad el registro de datos socio-demográficos, características de vivienda y factores relacionados a la enfermedad y a los tratamientos realizados anteriormente y durante la hospitalización actual. Fue aplicada hasta 72 horas

* La exclusión de los sujetos con hospitalización anterior inferior a 15 días fue debida al hecho de que la investigación incluye comparaciones entre el periodo anterior a y durante la hospitalización, que no serían posibles sin esa restricción.

después de la admisión de los sujetos en el Hospital.

El **PSQI** fue empleado con la finalidad de evaluar la calidad subjetiva del sueño, los hábitos de sueño relacionados a la calidad y la ocurrencia de disturbios del sueño. El instrumento es integrado por siete componentes (calidad subjetiva, latencia, duración, eficiencia y disturbios del sueño, uso de medicación para dormir y somnolencia diurna) que resultan en un score correspondiente a la **calidad subjetiva global del sueño**. La obtención de hasta cinco puntos, indica **buena calidad del sueño** y, superior a cinco, **mala calidad del sueño**⁽¹⁾. Los datos recolectados con el **PSQI** fueron retrospectivos, correspondiendo a un intervalo de tiempo anterior a la fecha de su registro. En este estudio, cada sujeto respondió dos veces al instrumento: hasta 72 horas después de la hospitalización, para obtener datos referentes a la calidad del sueño en los quince días anteriores, por lo tanto mientras se encontraban en su domicilio (referido en este trabajo como **calidad del sueño habitual**); y así sea prevista la alta hospitalaria, para dar datos referentes a la calidad del sueño durante la hospitalización (referida en este trabajo como **calidad del sueño en la hospitalización**). El coeficiente de Cronbach fue utilizado para evaluar la consistencia interna del instrumento, observándose consistencia intermedia con el coeficiente alfa de 0,60 para la evaluación de la calidad del sueño habitual, y de 0,69 para la evaluación de la calidad del sueño en la hospitalización.

Los datos fueron sometidos al análisis descriptivo, a continuación, los datos del **PSQI** de todos los sujetos fueron comparados entre las dos fases del estudio. Los sujetos fueron agrupados según la calidad del sueño (bueno o malo), comparándose los grupos en cada una de las fases del estudio. Además de ello, los sujetos fueron agrupados según la evolución clínica de la enfermedad, en dos categorías: sujetos con **estado clínico manteniéndose igual** y sujetos con **empeoramiento del estado clínico**, según datos recolectados en octubre de 2004. Estos grupos fueron comparados entre sí según la clasificación de la calidad del sueño en las dos fases del estudio. Fueron utilizados test estadísticos no paramétricos para la comparación entre las fases (McNemar e Wilcoxon) y entre los grupos (Mann-Whitney, Qui-cuadrado y Exato de Fisher) adoptándose el nivel crítico de 5%.

La investigación fue aprobada por la Comisión

de Investigación do CAISM y por el Comité de Ética en Investigación de la FCM/ UNICAMP. Los sujetos que atendían a los criterios de inclusión firmaron el Término de Consentimiento Libre y Aclaratorio elaborado de acuerdo con las normas de la Resolución 196/96 del CNS.

RESULTADOS

De los 25 sujetos que participaron del estudio, 48% presentaron buena calidad del sueño habitual, y 52%, mala calidad del sueño habitual. Durante la hospitalización, aumentó la proporción de sujetos con mala calidad del sueño, pasando a 80% del total.

Se observó que 12 sujetos fueron clasificados con buena calidad de sueño habitual, tres de los cuales mantuvieron esta clasificación para la calidad del sueño en la hospitalización. Mientras tanto, nueve de estos 12 sujetos pasaron a presentar mala calidad del sueño en la hospitalización. De 13 sujetos clasificados con mala calidad del sueño habitual, 11 mantuvieron esta clasificación durante la hospitalización, en cuanto dos de los sujetos pasaron a presentar buena calidad de sueño en esta fase. Por tanto, en la hospitalización, 20 sujetos presentaron mala calidad de sueño y cinco, buena calidad. La proporción de sujetos que pasaron a presentar mala calidad de sueño en la hospitalización, dentro de aquellos que habían presentado buena calidad del sueño habitual se mostró estadísticamente significativa ($p = 0,04$ al test de McNemar).

Los sujetos con buena y mala calidad del sueño habitual se distribuyeron de forma homogénea en los diferentes grupos etáreos estudiados, con predominio del grupo etáreo de 41 a 60 años (66,7% de los sujetos con buena calidad de sueño y 61,5% con mala calidad de sueño habitual). La escolaridad fue semejante entre sujetos con buena y mala calidad de sueño habitual (mediana de 4,5 y 5,0 años respectivamente), así como la renta familiar, predominando la cantidad de uno a cinco salarios mínimos (91,7% de aquellos con buena calidad de sueño habitual y 84,6% de aquellos con mala calidad de sueño habitual).

La mediana del tiempo de diagnóstico de la enfermedad entre los sujetos con buena y mala calidad de sueño habitual fue semejante, variando entre cero y ocho años (mediana de 4,0 años) e entre cero y 16 años (mediana de 4,5 años) respectivamente.

La Tabla 1 muestra la distribución de los sujetos con respecto al motivo de la hospitalización y la calidad de sueño habitual.

Tabla 1 - Distribución de los sujetos con respecto al motivo de hospitalización y la calidad de sueño habitual. Campinas, SP, 2004

Motivo de hospitalización	Calidad del sueño habitual según PSQI			
	Buena calidad (n = 12)		Mala calidad (n = 13)	
	n	%	n	%
Complicaciones del estado clínico	4	33,3%	5	38,5%
Tratamiento de quimioterapia	4	33,3%	6	46,1%
Tratamiento radioterápico	1	6,4%	0	0%
Investigação	3	25%	2	15,4%
Total	12	100%	13	100%

La Tabla 2 muestra la distribución de los sujetos en relación a las características de la enfermedad (localización del tumor primario, presencia o ausencia de metástasis, Estado de la enfermedad) y la calidad de sueño habitual.

Tabla 2 - Distribución de los sujetos en relación a las características de la enfermedad y la calidad de sueño habitual. Campinas, SP, 2004

Características de la enfermedad	Calidad de sueño habitual según PSQI			
	Buena calidad (n = 12)		Mala calidad (n = 13)	
	N	%	n	%
Localización del tumor primario				
Neoplasia de colon	4	33,4%	5	38,5%
Neoplasia de mama	6	50,0%	5	38,5%
Neoplasia de endometrio	1	8,3%	3	23,0%
Sem diagnóstico	1	8,3%	0	0%
Total	12	100%	13	100%
Presença de metástase*				
Sim	3	25%	4	30,8%
Não	9	75%	9	69,2%
Total	12	100%	13	100%
Estadiamento				
Estádio I	2	16,7%	1	7,7%
Estádio II	2	16,7%	3	23,1%
Estádio III	7	58,3%	8	61,5%
Sem estadiamento	1	8,3%	1	7,7%
Total	12	100%	13	100%

*De los pacientes que presentaban metástasis, todos era del tipo ósea difusa, todavía con otras asociaciones (metástasis meningeas o pulmonares)

Sujetos con buena calidad de sueño habitual que habían sido hospitalizados anteriormente en Enfermería Oncológica tenían registros de que este evento ocurriera en media hace 19,5(±31,9) meses, mientras que para aquellos con mala calidad de sueño, hace 15,3(±28,9) meses.

Los patrones de sueño implicados en la calidad de sueño habitual (latencia, duración y eficiencia del sueño nocturno) son presentados en la Tabla 3.

Tabla 3 - Patrones de sueño nocturno habitual según el PSQI. Campinas, SP, 2004

Patrones de sueño nocturno habituales	Calidad de sueño habitual según PSQI						Test de Mann-Whitney p-valor**
	Buena calidad de sueño (n = 12)			Mala calidad de sueño (n = 13)			
	Media	dp* (±)	Mediana	Media	dp* (±)	Mediana	
Latencia	1min	4,3min	0min	60min	47,2min	35min	0,0001
Duración	8h	70min	8h	5h28min	137min	6h	0,0046
Eficiencia	96,9%	6,2%	100%	68,8%	27,4%	71,4%	0,0011

*dp (±) desvío padrón

**nivel de significância < 0,05

Veinticinco por ciento de los sujetos con buena calidad de sueño habitual y 46,2% de aquellos con mala calidad de sueño habitual referían indisposición moderada o intensa para el desarrollo de sus actividades diarias. La somnolencia diurna y el uso de medicamentos para dormir fueron referidos con mayor frecuencia por sujetos con mala calidad de sueño (46,2% y 23,1%, respectivamente) en comparación a aquellos con buena calidad de sueño (25% y 16,7%, respectivamente) en comparación a aquellos con buena calidad de sueño (25% y 16,7%, respectivamente).

Las principales causas de perturbación del sueño habitual, citado por sujetos con buena calidad de sueño, fueron la necesidad de ir al baño (75%) y la ocurrencia de dolor (41,7%). Entre los sujetos con mala calidad de sueño habitual se destacaron el despertar precoz (92%) y la necesidad de ir al baño (92%), seguidos por los episodios de dolor (69,3%) y sensación de calor durante la noche (46,2%).

Los patrones de sueño implicados en la calidad de sueño en la hospitalización (latencia, duración y eficiencia del sueño nocturno) se encuentran en la Tabla 4.

Tabla 4 - Patrones de sueño nocturno en la hospitalización según el PSQI. Campinas, SP, 2004

Patrones de sueño nocturno en la hospitalización	Calidad de sueño en la hospitalización según PSQI						Test de Mann-Whitney p-valor**
	Buena calidad de sueño (n=5)			Mala calidad de sueño (n=20)			
	Media	dp* (+)	Mediana	Media	dp* (+)	Mediana	
Latencia	9 min	13min	0min	49min	48min	60min	0,14
Duración	8h12min	27min	8h	5h14min	115min	5h	0,006
Eficiencia	98,8%	2,6%	100%	70,1%	23,0%	70,0%	0,006

*dp (±) desviación standart

**nivel de significância < 0,05

Cuarenta por ciento de los sujetos con buena calidad de sueño en la hospitalización y 30% de aquellos con mala calidad de sueño en la hospitalización referían indisposición moderada o intensa para el desarrollo de sus actividades diarias. La somnolencia diurna intensa fue referida por 40% de los sujetos con buena calidad de sueño y 55% de aquellos con mala calidad de sueño, en la hospitalización. Ningún sujeto con buena calidad de sueño en la hospitalización utilizó medicamentos para dormir, a medida que 50% de aquellos con mala calidad de sueño en la hospitalización utilizaron ese tipo de medicamentos, entre una y tres veces por semana o más durante su permanencia en el hospital.

Las causas de perturbación del sueño nocturno que se destacaron en la hospitalización fueron: la necesidad de ir al baño, apuntado por 60% de los sujetos con buena calidad de sueño y 65% de aquellos con mala calidad de sueño; los cuidados prestados por el equipo de enfermería, citados por 60% de los sujetos con buena calidad de sueño y 55% de aquellos con mala calidad de sueño. El ruido del personal de enfermería fue citado por 8,3% de los pacientes con buena calidad de sueño y 10% de los pacientes con mala calidad de sueño en la hospitalización. De los sujetos con buena calidad del sueño en la hospitalización, 8,3% se referían a la iluminación excesiva en la enfermería como un factor de perturbación del sueño nocturno. De los sujetos con mala calidad de sueño en la hospitalización, 75% se refería al despertar precoz como factor de perturbación de sueño nocturno; 45%, a la ocurrencia de episodios de dolor; 30%, al calor durante la noche y 20% a las perturbaciones de sueño provocados por otros pacientes hospitalizados que se encontraban en mal estado general o agitados.

Hasta octubre de 2004, 64% de los sujetos estudiados se encontraban en compañía ambulatoria en el CAISM sin empeorar su cuadro clínico, siendo que 24% asistieron a consultas periódicas y 40% para tratamiento de quimioterapia o radioterapia. De los demás, 20% necesitaron de nueva internación debido al empeoramiento de cuadro clínico compatible con la evolución de la enfermedad y 8% fallecieron. Ocho por ciento de los sujetos no retornaron al servicio hasta la fecha considerada, y no fueron considerados en los análisis presentados a seguir.

A pesar de que ambos grupos presentaron sueño de mala calidad, se verificó que los sujetos con empeoramiento de cuadro clínico (28%,

incluyéndose los que fallecieron) habían presentado puntuación global en PSQI que sugería empeoramiento de la calidad de sueño habitual ($10,3 \pm 3,8$ puntos, mediana 11,0 puntos), comparados a aquellos (64%) que mantuvieron su condición clínica ($7,2 \pm 4,4$ puntos, mediana 7,0 puntos). Estos resultados mostraron tendencia a la diferencia estadísticamente significativa ($p=0,06$ al test de Mann-Whitney).

Con relación a la puntuación del PSQI en la hospitalización, se verificó el mismo comportamiento de los datos: los sujetos con peor evolución clínica presentaron puntuación indicativa de peor calidad de sueño ($11,3 \pm 4,8$ puntos, mediana 14,0 puntos), en comparación a aquellos que mantuvieron su condición clínica ($8,7 \pm 4,5$ puntos, mediana de 8,0 puntos). No fue verificada diferencia estadísticamente significativa al comparar los grupos en esta etapa del estudio.

DISCUSIÓN

La presencia de neoplasia, conlleva profundas alteraciones en el modo habitual de vivir de los individuos. Como parte integrante y fundamental de esta rutina de vida, se encuentran los hábitos de sueño y la calidad de sueño⁽³⁾. La mala calidad de sueño, fue predominante entre las mujeres participantes del estudio durante y antes de su hospitalización, destacando la importancia de caracterizar la calidad del sueño habitual en estos sujetos, con la finalidad de atribuir las alteraciones encontradas no sólo a eventos relacionados a la hospitalización, así como minimizar los efectos de la internación hospitalaria sobre la calidad del sueño. Se resalta que la proporción de mujeres que pasaron a presentar peor calidad de sueño en la hospitalización fue estadísticamente significativa, lo que parece indicar que la permanencia en el hospital contribuyó para disminuir la calidad del sueño en las mismas.

La hospitalización u otros cambios en el ambiente habitual de los individuos puede precipitar la ocurrencia de disturbios en el sueño⁽³⁾, tal vez por la adaptación a un nuevo ambiente y a la ruptura de rutinas habituales de sueño⁽⁷⁾. Permanecer hospitalizado implica largos periodos de reposos en cama. Así como, el desarrollo limitado de actividades durante el día y la menor exposición a la iluminación natural, lo que pueden resultar en alteraciones en la regularidad de los ritmos del organismo lo que podría

afectar negativamente en la calidad del sueño nocturno⁽⁸⁾. A pesar de estas consideraciones, algunas participantes con mala calidad de sueño habitual pasaron a presentar buena calidad de sueño en la hospitalización, tal vez por el control de algunas complicaciones relacionadas a la enfermedad neoplásica,

Durante la hospitalización, el mayor número de las participantes permaneció en tratamiento de quimioterapia. Según la literatura, pacientes que recibieron en los últimos seis meses tratamientos específicos para el cáncer están más sujetos a enfrentar problemas de somnolencia excesiva y fatiga⁽⁷⁾. La fatiga por su vez parece estar relacionada a la menor duración del sueño⁽⁴⁾, siendo algunas de las causas: mala calidad de sueño, niveles más elevados de somnolencia e indisposición durante el día en comparación a aquellas con buena calidad de sueño habitual.

Hallazgos de otros estudios indican que pacientes afectados por neoplasias de mama y de pulmón eran los que más sufrían disturbios de sueño, en relación a otros tipos de cáncer, como el ginecológico y el cáncer de piel⁽⁷⁾. En este estudio, no fue identificado el predominio significativo de disturbios de sueño en pacientes con un determinado tipo de neoplasia.

Se verificó mayor incidencia de metástasis óseas difusas entre las participantes clasificadas con mala calidad de sueño habitual, lo que se fundamenta con otro estudio⁽⁴⁾, el cual muestra que pacientes con este tipo de metástasis presentan menor duración de sueño nocturno, posiblemente debido a la interferencia de cuadros de dolor.

El tiempo transcurrido entre la hospitalización anterior y la actual fue menor entre sujetos con mala calidad de sueño, sugiriendo que estas participantes pueden tener necesidad de ser hospitalizadas con mayor frecuencia, en relación a aquellas con buena calidad de sueño.

En cuanto a los patrones de sueño habitual, se verificó que las participantes con mala calidad de sueño tendían a presentar mayor latencia para el inicio de sueño nocturno, lo cual presentaba también menor eficiencia y duración, en relación a las mujeres con buena calidad de sueño habitual. En otro estudio, los autores muestran que la dificultad para dormir y la menor eficiencia del sueño nocturno son encontrados en pacientes con cáncer⁽⁹⁾.

Despertar varias veces durante la noche es el tipo más común de insomnio identificado por

pacientes afectados por neoplasia^(2,7). Hallazgos semejantes fueron observados en este estudio, el cual menciona que el despertar precoz fue referido, juntamente con la necesidad de usar el baño, como causas más incidentes de perturbación de sueño nocturno por las mujeres con mala calidad de sueño habitual. Por otro lado, aquellas con buena calidad de sueño habitual, citaron principalmente la necesidad de usar el baño y la presencia de dolor.

La necesidad de usar el baño durante la noche aparece como factor de perturbación de sueño nocturno más incidente entre las participantes con buena y mala calidad de sueño en las dos etapas del estudio. Estudio realizado con mujeres portadoras de cáncer de colon de útero demostró que ellas presentan alteraciones urodinámicas, tales como reducción de la capacidad de almacenamiento y de vaciamiento vesical e incontinencia urinaria, después del tratamiento quirúrgico (histerectomía) y radioterápico⁽¹⁰⁾. La presencia de dolor durante la noche puede provocar despertares nocturnos, a pesar de que la dificultad para dormir nuevamente, puede estar relacionado al modo como el individuo hace frente a estos inconvenientes⁽²⁾. Entre tanto, la evaluación del dolor oncológico es un aspecto importante del planeamiento de los cuidados de estos sujetos⁽¹¹⁾.

La sensación de calor como factor de perturbación de sueño también adquirió destaque entre las participantes con mala calidad de sueño. La ocurrencia de ondas de calor durante el sueño nocturno es una queja que incluye a mujeres portadoras de cáncer de mama y puede ser consecuencia del fenómeno natural del climaterio; resultado del abandono a la terapia de reposición hormonal, sumándose a ello el tratamiento auxiliar utilizado en la terapia de la neoplasia⁽¹²⁾.

Es substancial el número de pacientes con cáncer que hacen uso de medicaciones para dormir⁽⁷⁾. Entre las participantes del estudio, se verificó que la proporción de aquella que hacían uso de este tipo de medicación fue semejante a aquella encontrada en la literatura y con predominio en los sujetos con mala calidad de sueño habitual.

Los hábitos de sueño en la hospitalización siguieron la misma tendencia verificada antes de la hospitalización. Entre tanto, se verificó diferencia estadísticamente significativa entre los sujetos con buena y mala calidad de sueño durante la hospitalización en relación a la duración y la eficiencia del sueño, lo que fue menor entre sujetos con mala

calidad de sueño. El hecho de estar enfermo es un factor stresante, sobre todo si la hospitalización se hace necesaria. Se cree que el predominio de parámetros de sueño de mala calidad durante la hospitalización, con pérdida de estados de sueño nocturno, conduce a una recuperación inadecuada de los sujetos hospitalizados⁽¹³⁾.

Durante la hospitalización, se destacó como origen de las perturbaciones del sueño nocturno la necesidad de utilizar el baño y el recibir cuidados brindados por el equipo de salud, tanto para pacientes con buena como para pacientes con mala calidad de sueño. El control del dolor para la reducción de las interrupciones del sueño nocturno; el control de los niveles de iluminación para mantener un ciclo de claro y oscuro próximo de lo habitual de los sujetos y la implementación de cuidados compatibles con la promoción del sueño nocturno, son algunas prácticas que necesitan ser consolidadas para la obtención de noches de sueño de mejor calidad. Fue encontrado un estudio en el cual los investigados identificaron una correlación negativa entre la calidad del sueño y el número de disturbios, y entre el tiempo total gastado en el cuarto del paciente y el nivel de participación del paciente en su cuidado⁽¹⁴⁾. La fragmentación del sueño producto de tales intervenciones parece afectar negativamente la percepción del sujeto en cuanto a su calidad del sueño, lo que fundamenta la necesidad de planificar la asistencia brindada durante la noche de forma tal, que puedan ser consideradas las necesidades de reposo nocturno. La planificación e implementación de la asistencia de enfermería con tal situación puede ser objeto de estudios futuros.

Las perturbaciones de sueño provocados por otros pacientes en mal estado general o agitados fueron mencionados por 20% de las mujeres con mala calidad de sueño, en este estudio. Se resalta que dividir el cuarto con otras personas en el ambiente hospitalario puede representar un factor de prejuicio a la calidad del sueño. El control de la iluminación del cuarto y la definición de horario de dormir dependen del consenso de otras personas; los hábitos de sueño, horario de dormir y despertar pueden ser diferentes, la necesidad de cuidados ofrecidos por el equipo de la salud probablemente varía entre estos sujetos. Esas variaciones entre sujetos que dividen el mismo cuarto podrían contribuir para el aumento en la latencia de sueño y en la reducción de la duración en su hospitalización.

La somnolencia diurna fue más frecuente

entre las mujeres con mala calidad de sueño, y el uso de medicamentos para dormir fue identificado en la mitad de los sujetos con mala calidad de sueño durante la hospitalización. Se cree que los sujetos con mala calidad de sueño concentran factores que propicien disturbios de sueño que, con la hospitalización, culminan en la necesidad de uso de medicamentos para dormir. Las participantes con mala calidad de sueño destararon al despertar precoz y la sensación de calor como factores de perturbación del sueño nocturno.

El análisis de calidad del sueño de las participantes, agrupadas según evolución clínica de la enfermedad, mostró que los sujetos cuyo cuadro clínico se deterioró habían presentado puntuación indicativa de peor calidad de sueño en el PSQI, en ambas fases del estudio, en relación a aquellos que mantuvieron su estado clínico inalterado. Se cree que las condiciones de sueño nocturno interfieran en las sensaciones de los individuos a lo largo del día, lo que destaca la importancia de que pacientes enfermos tengan noches de sueño de buena calidad para que puedan sentirse dispuestos durante el día y restablezcan los efectos lesivos de la enfermedad frente al tratamiento utilizado o a algunas situaciones ocurridas durante su hospitalización. Se destaca, entretanto, que los sujetos pueden no mencionar sus disturbios de sueño en la hospitalización lo que, por tanto, torna esencial que los enfermeros los interroguen sobre tales dificultades y conozcan sus patrones de sueño habituales.

La mala condición clínica en que algunas mujeres son hospitalizadas o, aún, la rápida evolución de la enfermedad, impide el desarrollo de estudios de mayor duración y con mayor número de sujetos afectados por el cáncer. Tal dificultad consistió en la principal limitación de este estudio.

CONSIDERACIONES FINALES

Las personas afectadas por el cáncer pueden estar vulnerables y dependientes del apoyo de los familiares o compañeros en los diversos estados de enfrentamiento de la enfermedad. Durante la hospitalización, el equipo de enfermería es responsable por este soporte al paciente frente a su convivencia con la enfermedad.

A pesar que la asistencia de enfermería en oncología haya evolucionado mucho desde su apareamiento⁽¹⁵⁾, los hallazgos de este estudio

muestran la necesidad de cuidados oncológicos que engloben aspectos relacionados a la calidad de sueño de los pacientes, sobre todo durante la hospitalización. El conocimiento fundamentado es esencial para que el enfermero, como responsable por la asistencia

prestada al paciente, pueda subsidiar sus acciones asistenciales y orientar al equipo de enfermería en relación a la importancia de propiciar noches de sueño agradables a los pacientes inclusive durante la hospitalización.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Hoch CC, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatr Res* 1989 May; 28(2):193-213.
2. Engstrom CA, Strohl RA, Rose L, Lewandowski L, Stefanek ME. Sleep alterations in cancer patients. *Cancer Nurs* 1999 April; 22(2):143-8.
3. Lee K, Cho M, Miaskowski C, Dodd M. Impaired sleep and rhythms in persons with cancer. *Sleep Med Rev* 2004 July; 8(3):199-212.
4. Mercadante S, Girelli D, Casuccio A. Sleep disorders in advanced cancer patients: prevalence and factors associated. *Support Care Cancer* 2004 May; 12(5):355-59.
5. Özyilkan O, Baltali E, Tekuzman G, Firat D. The impact of diagnosis and treatment on the quality of life in breast cancer patients. *Neoplasma* 1998; 45(1):50-2.
6. Ceolim MF, Menna-Barreto L. Sleep/Wake Cycle and Physical Activity in Healthy Elderly People. *Sleep Research Online* [periódico online] 2000 July [acesso em 26 jan 2006]; 3(3):87-95 [14 telas]. Disponível em: <http://www.sro.org/2000/Ceolim/87/>
7. Davidson JR, Maclean AW, Brundage MD, Schulze K. Sleep disturbance in cancer patients. *Soc Sci Med* 2002 May; 54(9):1309-21.
8. Ancoli-Israel S, Moore PJ, Jones V. The relationship between fatigue and sleep in cancer patients: a review. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2001 December 10(4):245-55.
9. Owen DC, Parker KP, McGuire DB. Comparison of subjective sleep quality in patients with cancer and healthy subjects. *Oncol Nurs Forum* 1999 November-December; 26(10):1649-51.
10. Lin LY, Wu JH, Yang CW, Sheu BC, Lin HH. Impact of radical hysterectomy for cervical cancer on urodynamic findings. *Int Urogynecol J* 2004 June; 15:418-21.
11. Silva LMH, Zago MMF. O cuidado do paciente oncológico com dor crônica na ótica do enfermeiro. *Rev Latino-am Enfermagem* 2001 julho-agosto; 9(4):44-9.
12. Savard J, Davidson JR, Ivers H, Quesnel C, Rioux D, Dupéré V, et al. The association between nocturnal hot flashes and sleep in breast cancer survivors. *J Pain Symptom Manage* 2004 June; 27(6):513-22.
13. Manocchia M, Keller S, Ware JE. Sleep problems, health-related quality of life, work functioning and health care utilization among chronically ill. *Qual Life Res* 2001 April, 10(4):331-45.

14. Shelly LC. Sleep disturbances in hospitalized patients with cancer. *Oncol Nurs Forum* 1996 January-February, 1: 109-11.
15. Camargo TC, Souza IEO. Atenção à mulher mastectomizada: discutindo os aspectos oncológicos e a dimensão ontológica da atuação da enfermeira no hospital do câncer III. *Rev Latino-am Enfermagem* 2003 setembro-outubro; 11(5):614-21.