

# El sueño en el paciente hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo<sup>1</sup>

Diana Marcela Achury Saldaña<sup>2</sup>

Sandra Mónica Rodríguez Colmenares<sup>3</sup>

Luisa Fernanda Achury Beltrán<sup>4</sup>

doi:10.11144/Javeriana.IE16-1.spci

**Cómo citar:** Achury Saldaña DM, Rodríguez Colmenares SM, Achury Beltrán LF. El sueño en el paciente hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo. *Investig Enferm. Imagen Desarr.* 2014;16(1): 49-59. doi:10.11144/Javeriana.IE16-1.spci

- 
1. Artículo de investigación. Recibido: 13 de agosto de 2013. Revisado: 15 de octubre de 2013. Aprobado: 12 de diciembre de 2013.
  2. Magíster en Enfermería con énfasis en el Cuidado de la Salud Cardiovascular. Profesora asociada, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Correo electrónico: dachury@javeriana.edu.co.
  3. Especialista en Enfermería en Cardiorrespiratorio. Magíster en Política Social. Profesora asistente, Pontificia Universidad Javeriana Bogotá, Colombia. Correo electrónico: smrodriguez@javeriana.edu.co.
  4. Especialista en Enfermería en Cuidado Crítico. Profesora instructora, Pontificia Universidad Javeriana Bogotá, Colombia. Correo electrónico: achuryl@javeriana.edu.co.

## Resumen

*Introducción:* La satisfacción del sueño se convierte en un aspecto fundamental que se debe valorar en el paciente hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo (UCI), puesto que existe evidencia sobre las complicaciones derivadas de la privación del sueño, lo que impacta en el incremento de la estancia hospitalaria, la aparición de delirium y el retraso en la reincorporación del paciente a la vida social, laboral y emocional. *Objetivo:* Identificar la percepción del sueño en los pacientes hospitalizados en una UCI. *Material y métodos:* Estudio observacional descriptivo, desarrollado en una UCI en Bogotá, con una muestra conformada por 35 pacientes a quienes se les aplicó el cuestionario de Richards-Campbell. *Resultados y conclusiones:* Se encontró que la puntuación total media del sueño fue de 41, lo que corresponde a un sueño regular. Al analizar las puntuaciones obtenidas en cada uno de los ítems del cuestionario se observa que el sueño de estos pacientes se caracterizó por ser ligero, con dificultades para conciliarlo y con despertares frecuentes. Por tanto, a pesar de que el sueño percibido por los pacientes en la UCI es regular, se considera que este no es reparador; es fundamental entonces que el profesional de enfermería incluya en su plan de cuidado diario la valoración del sueño e identifique las posibles causas que desencadenan su privación, con el fin de minimizarlas mediante la implementación de acciones de cuidado que promuevan un entorno tranquilo y propicio.

*Palabras clave:* sueño, percepción, cuidados intensivos.

*Palabras clave descriptores:* sueño, percepción, cuidados intensivos.

## Sleep in hospitalized patients in the intensive care unit

### Abstract

*Introduction:* sleep satisfaction becomes a key aspect to assess in hospitalized patients in the intensive care unit (ICU), since there is evidence of complications from sleep deprivation, which impacts on the increase of hospital stay, occurrence of delirium and the delay in the return of the patient to the social, labor and emotional life. *Objective:* To identify the perception of sleep in hospitalized patients in an ICU. *Material and methods:* Descriptive observational study developed in an ICU in Bogotá, with a sample comprised by 35 patients who were administered the questionnaire Richards-Campbell. *Results and conclusions:* It was found that the mean total of sleep was 41, which corresponds to regular sleep. When analyzing the scores on each of the items of the questionnaire, it shows that the sleep of these patients was characterized as light, hard to reconcile with frequent awakenings. Therefore, although the sleep perceived by patients in the ICU is regular, it is considered not restful; it is essential then that the nursing staff include in their day care plan the sleep assessment and identify possible causes that trigger its deprivation, in order to minimize them by implementing care actions that promote a peaceful and favorable environment.

*Keywords:* sleep, perception, intensive care.

*Keywords plus:* sleep, perception, intensive care.

## O sono em pacientes internados em uma unidade de tratamento intensivo

### Resumo

*Introdução:* A satisfação do sono torna-se um aspecto fundamental a ser avaliado em pacientes internados na unidade de tratamento intensivo (UTI) pois a evidência mostra complicações derivadas da privação do sono e seu impacto sobre o acréscimo de internação, a aparição de *delírium* e o atraso na reincorporação do paciente na vida social, laboral e emocional. *Objetivo:* Identificar a percepção do sono nos pacientes internados numa UTI. *Material e métodos:* Estudo observacional descritivo, desenvolvido em uma UTI de Bogotá, com amostra conformada por 35 pacientes sobre quem foi aplicado o questionário de Richards-Campbell. *Resultados e conclusões:* Encontrou-se que a pontuação total meia do sono foi de 41, correspondente a um sono regular. Ao analisar as pontuações obtidas em cada um dos itens do questionário, observa-se que o sono desses pacientes foi caracterizado como leve, difícil de conciliar e com despertares frequentes. Portanto, embora o sono percebido dos pacientes na UTI seja regular, considera-se que este não é reparador. Resulta fundamental, então, o profissional de enfermagem incluir no seu plano de cuidado diário a avaliação do sono e mesmo identificar as causas possíveis que desencadeiam a privação, a fim de minimizá-las mediante a implementação de ações de atendimento que promovam um ambiente tranquilo e propício.

*Palavras-chave:* sono, percepção, tratamento intensivo.

*Palavras chave descriptor:* sono, percepção, terapia intensiva.

## Introducción

El sueño es definido por Akerstedt y colaboradores (1) como un lapso de disminución de respuesta a los estímulos externos que regularmente se alternan con periodos de vigilia y una disminución del umbral de respuesta a estímulos externos, por lo que se convierte en un aspecto fundamental en el mantenimiento de la salud, ya que se relaciona con la restauración de la energía y el funcionamiento óptimo del organismo (2). Ello debido a que modula el sistema inmunológico y controla una gran cantidad de procesos fisiológicos, como la temperatura, el pulso, la tensión arterial y la secreción hormonal.

Con respecto a la fisiología del sueño, es importante reconocer la existencia del sueño REM (*rapid eye movement*) o sueño activo y el sueño no REM o sueño tranquilo, el cual a su vez está constituido por cuatro etapas: la primera, en la que existe una transición entre la vigilia y el sueño; la segunda, que corresponde al inicio del sueño propiamente dicho, puesto que se caracteriza por un incremento en el umbral del despertar, y la tercera y cuarta etapas, que corresponden al sueño profundo (3).

De forma particular, el paciente en estado crítico experimenta trastornos del sueño, usualmente relacionados con factores intrínsecos (edad, sintomatología, patología y factores psicológicos) y con factores extrínsecos, entre los que se encuentran las condiciones medioambientales de la unidad de cuidado intensivo (luz y ruido) y las intervenciones terapéuticas realizadas que incluyen las acciones de cuidado de enfermería (4).

Dichos trastornos desencadenan alteraciones metabólicas y endocrinas que se acompañan de incremento del catabolismo y cambios en las cifras de glucemia, interfieren con la modulación de la respuesta inmunológica y hacen al paciente más susceptible de presentar infecciones. De forma adicional, el desequilibrio entre el sistema nervioso simpático y el parasimpático incrementa el riesgo del paciente de presentar cambios en la tensión arterial, taquicardia, aumento del consumo de oxígeno, hipoxemia, fatiga muscular y disminución de la eritropoyesis (5). Por esta razón es imprescindible conocer la percepción del sueño de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidado intensivo (UCI) y, con base en ello, realizar las intervenciones pertinentes con miras a reducir las complicaciones.

## Materiales y métodos

Se realizó un estudio descriptivo-observacional con el objetivo de identificar la percepción del sueño en 35 pacientes que se encontraban hospitalizados en una UCI en Bogotá, en los meses de abril y mayo de 2013. Se utilizó un muestreo no probabilístico para obtener la muestra.

Para la recolección de datos se utilizó el instrumento *Cuestionario del sueño de Richards-Campbell*, el cual está constituido por 5 ítems, cada uno de los cuales se puntúa de 0 (peor sueño) a 100 (óptimo sueño), siguiendo una escala de visual donde el paciente señala su respuesta en una regla graduada de 0 a 100 mm. La puntuación total se calcula dividiendo la suma de las 5 puntuaciones en 5. Un puntaje de 0 a 33 es un mal sueño,

de 34 a 66 es regular y de 67 a 100 es bueno (tabla 1). Este cuestionario fue traducido del inglés al español y cuenta con un alfa de Cronbach de 0,90.

**TABLA 1.** Rangos de la percepción de la calidad del sueño

<b>Puntaje</b>	<b>Percepción de la calidad del sueño</b>
0-33	Malo
34-66	Regular
67-100	Bueno

FUENTE: Richards KC. Measurement of sleep in critically ill patients. J Nurs Meas. 2000;8:131-44.

## Resultados

### Descripción de variables sociodemográficas en los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidado intensivo

Respecto a las variables sociodemográficas, se encontró que la mayoría de los pacientes corresponden al sexo masculino, con una media de edad de 58 años y una estancia promedio mayor de 72 horas en la UCI. Con relación al motivo de ingreso a esta unidad, se encontró que la mayoría presentó patologías de manejo médico, como infarto agudo de miocardio, diabetes mellitus, falla respiratoria y falla cardíaca (tabla 2).

**TABLA 2.** Descripción de variables sociodemográficas en los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidado intensivo

<b>Sexo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Femenino	9	26
Masculino	26	74
<b>Edad (años)</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
17-40	7	20
41-59	7	20
> 60	21	60
<b>Estancia en UCI (horas)</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
< de 48	14	40
48-72	7	20
> de 72	14	40
<b>Motivo de ingreso a UCI</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Patologías quirúrgicas	13	37
Patologías de manejo médico	22	63

FUENTE: elaboración propia.

## Descripción de la percepción del sueño en los pacientes hospitalizados en una unidad de cuidado intensivo de Bogotá

Para el análisis de los resultados de la percepción del sueño se utilizaron los rangos establecidos en el instrumento y estadística descriptiva. Se encontró que la percepción del sueño en el 43% (n = 15) de los pacientes fue regular, para el 32% (n = 13) de los pacientes fue mala y tan solo para el 20% (n = 7) fue buena (tabla 3).

**TABLA 3.** Descripción de la percepción del sueño de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidado intensivo

Percepción del sueño	No. de pacientes (n = 35)	Porcentaje
Malo	13	32
Regular	15	43
Bueno	7	20

FUENTE: elaboración propia

Con el propósito de conocer de forma más específica las características del sueño de estos pacientes, en la tabla 4 se detallan los resultados de cada uno de los ítems evaluados en el instrumento.

**TABLA 4.** Puntuaciones de los ítems evaluados en el cuestionario Richards-Campbell

Ítems del instrumento	Media
Mi sueño la pasada noche fue: ligero/profundo	41
La noche pasada la primera vez que me dormí: me dormí casi de inmediato/no conseguí quedarme dormido	42
La pasada noche: apenas me desperté/estuve casi toda la noche despierto	39
La pasada noche cuando me desperté: me volví a dormir enseguida/no pude volver a dormirme	41
La pasada noche he dormido: bien/mal	40

FUENTE: elaboración propia.

Respecto a los ítems evaluados, se evidencia en cada uno de ellos una media inferior a 50, lo que indica que el sueño que predominó en los pacientes fue ligero, con despertares frecuentes y con dificultades para conciliarlo.

## Discusión

Con relación a las variables sociodemográficas cabe destacar que el 60% de los pacientes eran mayores de 60 años de edad. La literatura señala que existen cambios en el patrón del sueño, a medida que las personas se acer-

can a la etapa de adulto mayor, ya que el envejecimiento se asocia con una disminución en la cantidad y calidad del sueño, de manera que el tiempo para dormirse aumenta y, así mismo, los despertares nocturnos (3).

Fernández (6) afirma que los cambios biológicos propios del envejecimiento en el ser humano tienden a reducir la intensidad, la duración y la continuidad del sueño, lo que usualmente se manifiesta con dificultad para conciliarlo, frecuentes despertares, sueño no reparador y somnolencia diurna. Así mismo, Ferreira (7) considera que los adultos mayores hospitalizados experimentan mayores dificultades, debido a que ven condicionada la hora de comer, levantarse y acostarse, entre otras, lo que conlleva una permanencia en cama prolongada para las horas necesarias de sueño y lo que genera una percepción de sueño poco eficaz.

No obstante, el 40% de los pacientes tenía menos de 60 años y ello podría indicar que la percepción del sueño no depende exclusivamente de factores intrínsecos, como la edad y su relación con el patrón del sueño, sino que existen factores extrínsecos como el ambiente, las intervenciones de cuidado y medicamentos que pueden afectarlo (8). La mayoría de estos pacientes, por su patología de base, recibía tratamiento farmacológico con morfina, la cual reduce el periodo REM y disminuye las fases 3 y 4 del no REM; también les eran administrados corticoides, betabloqueadores y dioxina, los cuales pueden producir insomnio (9).

Con respecto al sexo de los pacientes, Nicolás (10) y Orwelius y colaboradores (11) señalan que no encontraron diferencias significativas en relación con percepción del sueño entre hombres y mujeres, de manera que no parece existir correlación alguna entre dichos aspectos.

En cuanto a la patología, se encontró predominio de aquellas con manejo médico; sin embargo, algunos autores (12) señalan que, independientemente del manejo médico o quirúrgico, la enfermedad desencadena estados de estrés fisiológico y emocional que afectan considerablemente la calidad y cantidad del sueño, debido a que el individuo experimenta temor y ansiedad (13), por un sentimiento de amenaza a la vida (14).

Respecto a la estancia hospitalaria, Parthasarathy y Tobin (15) refieren que los pacientes que ingresan a la UCI y tienen un tiempo de estancia inferior a 24 horas presentan con mayor frecuencia alteraciones en la calidad del sueño, puesto que se enfrentan a un ambiente distinto y tienen muchos interrogantes respecto a su condición y manejo. Por otra parte, según Frisk y Nordström (16), la estancia prolongada en la UCI puede incrementar el umbral auditivo de los pacientes para despertar y generar adaptación al ruido.

La percepción del sueño que predominó en estos pacientes fue regular en el 43%, y mala, en el 32%. Estos resultados coinciden con el estudio de Tineo y colaboradores (17), donde la tendencia general del grupo de pacientes estudiados fue que valoran negativamente su descanso, dormían mal, se despertaban con gran frecuencia y sentían que su sueño era poco reparador; sin embargo, señalan que aunque se despertaban en repetidas ocasiones, tardaban muy poco tiempo en conciliar el sueño. De forma similar, el estudio de Frisk y Nordström (16) encontró una media total de la

percepción de sueño de 45,5, lo que guarda relación con los resultados del presente estudio y, adicionalmente, Nicolás (10), Cooper y colaboradores (18) y Elliot, McKinley y Cistulli (19) señalan que los pacientes tienen el sueño fragmentado, no completan los ciclos, presentan un incremento en el periodo de sueño ligero y una disminución del sueño profundo.

Los resultados del presente estudio concuerdan con lo hallado por Kamdar y colaboradores (20), quienes encontraron una media total de la percepción del sueño de 54,5 y 53,2 en cada uno de los grupos evaluados, antes de la intervención de su investigación, por lo que consideran necesario implementar estrategias efectivas de promoción del sueño en los pacientes críticos.

Kamdar y colaboradores (21) encontraron en su estudio que la percepción del sueño por parte de las enfermeras era significativamente mayor que la de los pacientes con una media de 68 frente a 57, lo que muestra una subestimación del patrón del sueño y corrobora la necesidad de valorarlo de forma subjetiva, a través de instrumentos como el cuestionario de Richards-Campbell.

Respecto a las características del sueño de los pacientes incluidos en el estudio, donde predominó un sueño ligero, con despertares frecuentes y dificultad en la conciliación, estos hallazgos fueron similares a los reportados por Frisk y Nordström (16) en su estudio, en el cual las medias de los ítems fueron inferiores a 50, excepto la de los despertares. Cabello, Mancebo y Brochard (22) afirman que el sueño en el paciente crítico difiere enormemente en cuanto a la arquitectura, el ritmo circadiano y el nivel de fragmentación, al encontrar una serie de factores como el ruido y los cuidados de enfermería responsables de la alteración del sueño. Por el contrario, Freedman, Kotzer y Schwab (23) estudiaron dichos factores de manera objetiva mediante la polisomnografía y, sorprendentemente, solo fueron responsables de un 20% de todos los episodios de microdespertares y despertares, es decir, de la fragmentación del sueño.

De forma adicional, cabe señalar que aunque el objetivo del estudio fue identificar la percepción del sueño de manera cualitativa, se exploró cuáles serían las posibles causas o factores responsables. Así, encontró que la mayoría referían el ruido, la preocupación por su estado de salud y las múltiples interrupciones derivadas del cuidado de enfermería; sin embargo, es necesario en próximos estudios explorar estos factores con mayor profundidad.

Con lo anterior, podemos afirmar que las alteraciones del sueño dependen de factores intrínsecos propios del paciente (edad, entidad patológica y síntomas) y de factores extrínsecos (ambiente, tratamiento y cuidados), por lo que es necesario que el profesional de enfermería reconozca la valoración del sueño como una prioridad en el cuidado del paciente crítico y utilice herramientas prácticas, sencillas, rápidas y específicas, como el cuestionario de Richard-Campbell, el cual ha sido un instrumento común en la mayoría de estudios y refleja una valoración subjetiva del sueño, la cual tiene mayor credibilidad que lo percibido por el profesional de enfermería.

Así mismo, se hace imprescindible indagar sobre los posibles factores para modificarlos e intervenir eficazmente. Muchas veces se tiene la creencia que en la UCI no se puede realizar una valoración subjetiva del sueño, pero esto es un mito, ya que en la actualidad los pacientes intubados deben estar alerta de cierta manera para ser capaces de comprender las preguntas y de responder a la escala análoga visual del cuestionario de Campbell.

Algunos autores señalan que sería ideal que la valoración subjetiva del sueño se combinara con una objetiva. En esta última se usan métodos como el examen físico-comportamental, donde se observan cambios en la conducta y los signos físicos relacionados con la privación del sueño. La polisomnografía es otro método, y aunque es muy exacto, se considera bastante costoso y de difícil acceso en las UCI. Finalmente, la actigrafía permite registrar un patrón de movimiento del paciente durante cierto periodo y facilita el análisis de periodos de sueño y despertares; pero, al igual que el anterior, es muy costoso y ello dificulta su utilización de forma masiva, como parte de la valoración del paciente en estado crítico.

## Conclusiones

1. La edad y el tiempo de estancia hospitalaria pueden ser variables que requieren mayor estudio para determinar si existe una correlación clara con la percepción del sueño.
2. Las alteraciones en el sueño del paciente crítico se convierten en un fenómeno común en los diferentes estudios. Ello refleja la necesidad de valorar el patrón de sueño y contribuir a mejorarlo, con el fin de reducir las complicaciones fisiológicas, sociales y emocionales que genera la privación del sueño.
3. El cuestionario de Richard es una herramienta ideal y fiable para valorar el sueño en el paciente crítico, independientemente de la utilización de ventilación mecánica.

## Referencias

1. Akerstedt T, Nilsson PM. Akerstedt T, Nilsson PM. Sleep as restitution: an introduction. *J Intern Med.* 2003;254:6-12.
2. Basco L, Fariñas S, Hidalgo MA. Características del sueño de los pacientes en una unidad de cuidados intensivos. *Rev Cubana Enfermer.* 2010;26(2):44-51.
3. Carro T, Alfaro A, Boyano I. Trastornos del sueño. En: Tratado de geriatría para residentes. Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología; 2006.
4. Dueñas C, Ortiz G, Martínez A. Sueño y delirium en el paciente crítico. *Acta Colombiana de Cuidado Intensivo.* 2009;9(1):86-98.
5. Tung A, Mendelson WB. Anesthesia and sleep. *Sleep Med Rev.* 2004;8:213-25.

6. Fernández A, Vásquez E. El sueño en el anciano. *Atención de Enfermería. Enfermería Global*. 2007;10:1-17.
7. Ferreira S, López I, Aguirre E. Estudio de los hábitos de sueño de las personas mayores de 60 años institucionalizadas y no institucionalizadas. *Gerokomos*. 2001;12(3):95-101.
8. Achury D, Achury L. Sueño en el paciente crítico: una necesidad insatisfecha en la unidad de cuidado intensivo. *Investig Enferm. Imagen Desarr*. 2010;12(1):25-42.
9. Weinhouse GL, Schwab RJ. Sleep in the critically ill patient. *Sleep*. 2006;29(5):707-15.
10. Nicolás A et al. Percepción de los pacientes quirúrgicos del sueño nocturno en la unidad de cuidado intensivo. *Enferm Intensiva*. 2002;13(2):57-67.
11. Orwelius L, Nordlund A, Nordlund P, Edéll-Gustafsson U, Sjöberg F. Prevalence of sleep disturbances and long-term reduced health-related quality of life after critical care: a prospective multicenter cohort study. *Crit Care*. 2008;12(4):R97.
12. Solís V, Arroyo H, Vallejos R. Factores que alteran el sueño del paciente en la unidad de cuidados intensivos del hospital Guillermo Almenara Irigoyen, Lima 2011 [internet]. Documento procedente del I Congreso Nacional de Investigación (IASD), Universidad Peruana de la Unión. Disponible en: <http://papiros.upeu.edu.pe/bitstream/handle/123456789/120/CSS27Articulo.pdf?sequence=1>.
13. McKinley S, Madronio C. Validity of the faces anxiety scale for the assessment of state anxiety in intensive care patients not receiving mechanical ventilation. *J Psychosom Res*. 2008;64(5):503-7.
14. Freedman NS, Gazendam J, Levan L, Pack AL, Schwab RJ. Abnormal sleep / wake cycles and the effect of environmental noise on sleep disruption in the intensive care unit. *Am J Respir Crit Care Med*. 2001;163(2):451-7.
15. Parthasarathy S, Tobin MJ. Is sleep disruption related of severity of critical illness? *Am J Respir Crit Care Med*. 2003:167-9.
16. Frisk U, Nordström G. Patients' sleep in an intensive care unit—patients' and nurses' perception. *Intensive Crit Care Nurs*. 2003;19(6):342-9.
17. Tineo T et al. ¿Por qué se altera la necesidad de descanso-sueño en los pacientes ingresados en cuidados críticos? *Rev Cient Soc Esp Enferm Neurol*. 2011;34(2):39-45.
18. Cooper AB, Thornley KS, Young GB, Slutsky AS, Stewart TE, Hanly PJ. Sleep in critically ill patients requiring mechanical ventilation. *Chest*. 2000;117:809-18.
19. Elliott R, McKinley S, Cistulli P. The quality and duration of sleep in the intensive care setting: An integrative review. *Int J Nurs Studies*. 2011;48:384-400.
20. Kamdar B et al. The effect of a quality improvement intervention on perceived sleep quality and cognition in a medical ICU. *Crit Care Med*. 2013;41(3):800-9.

21. Kamdar B et al. Patient-nurse interrater reliability and agreement of the Richards-Campbell sleep questionnaire. *Am J Crit Care.* 2012;21(4):261-9.
22. Cabello B, Mancebo J, Brochard L. Calidad del sueño de pacientes ventilados: ¿es importante el modo ventilatorio o su reglaje? *Med Intensiva.* 2006;30(8):392-5.
23. Freedman NS, Kotzer N, Schwab RJ. Patient perception of sleep quality and etiology of sleep disruption in the intensive care unit. *Am J Respir Crit Care Med.* 1999;159:1155-62.

