



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Medicina
División de Estudios de Postgrado

Fundación Clínica "Médica Sur" A.C

T E S I S

“Calidad del sueño en pacientes adultos hospitalizados en Médica Sur”.

Que para optar el título de especialista en Medicina Interna

Presenta

Dr. José Daniel Utrilla Alvarez

Tutor

Dr. José Luis Carrillo Alduenda

Ciudad de México, 30 de octubre de 2019.

**Médica
Sur**
Excelencia médica, calidez humana®



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

FUNDACIÓN CLÍNICA “MÉDICA SUR” A.C

Por medio de la presente informamos que el Dr. José Daniel Utrilla Alvarez, residente de cuarto año de Medicina Interna, ha concluido la escritura de su tesis:

“Calidad del sueño en pacientes adultos hospitalizado en Médica Sur”.

Estudio identificado con la clave 2018-EXT-355, por lo que otorgamos la autorización para la presentación y defensa de la misma.

Dr. Octavio González Chon

Director Médico.

Fundación Clínica, “Médica Sur” A.C.

Anestesiología Cardiorácica.

Dra. Carmina Zavala García

Director de enseñanza.

Fundación Clínica, “Médica Sur” A.C.

Medicina Interna

Dr. José Luis Carrillo Alduenda

Neumología.

Alta Especialidad en Trastornos Respiratorios del Dormir.

Fundación Clínica, “Médica Sur” A.C.



DEDICATORIA

Con gran amor y cariño...

A mis padres y hermanos,
por estar siempre a mi lado y darme la fuerza
para seguir adelante en todo momento.

A mi tutor Dr. José Luis Carrillo Alduenda,
por ser parte importante en mi desarrollo profesional.

A Dra. Carmina Zavala García por permitirme formar parte de la excelencia
médica y calidez humana en la etapa más difícil de mi vida.

A Dios por ser el escritor de cada momento y
estar conmigo siempre.

ANTECEDENTES.

Desde hace tiempo se ha asumido que la necesidad de dormir es importante para la recuperación de lesiones y enfermedades. El sueño es un proceso fisiológico esencial que protege nuestra salud física y mental, por lo tanto, dormir mal durante las hospitalizaciones es altamente indeseable.

El entorno hospitalario a menudo es poco propicio para dormir ⁽¹⁻²⁾. Los pacientes hospitalizados experimentan un sueño fragmentado y de mala calidad. El dolor, la ansiedad, los efectos de la medicación, las intervenciones médicas, el ruido, la luz ambiental y la enfermedad aguda en sí contribuyen a disminuir la calidad y la cantidad de sueño en los pacientes hospitalizados.

El sueño tiene dos dimensiones: duración (cantidad) y profundidad (calidad). Existe insuficiencia del sueño aguda cuando éste es insuficiente para mantener un estado de alerta, rendimiento y salud adecuados, ya sea por la reducción del tiempo total de sueño (cantidad reducida) o la fragmentación del sueño por breves despertares (calidad disminuida).

La calidad del sueño está determinada por el número de microdespertares durante la noche, así como por el porcentaje, la duración y el tipo de etapas del sueño. Tan solo cinco microdespertares por hora de sueño puede resultar en somnolencia diurna o deficiencias de rendimiento, incluso después de una sola noche de interrupción ⁽³⁾.

El sueño es esencial para un adecuado funcionamiento inmune, metabólico y endocrino ^(4,5,6) y puede tener una asociación con la curación y la supervivencia. Así mismo, algunos estudios sugieren que la privación del sueño es un posible factor de riesgo clave para el desarrollo del delirio ^(7,8).

En general, menos de 6 horas de sueño se considera un tiempo insuficiente y se asocia con un aumento del riesgo de accidentes, caídas, irritabilidad y fatiga, deterioro cognitivo, trastornos psicomotores, morbilidad y mortalidad ⁽⁹⁾.

La mayoría de los pacientes sufren de insomnio en los primeros tres días de hospitalización ⁽¹⁰⁾. Los pacientes informan regularmente sobre su calidad de sueño durante la hospitalización ⁽¹¹⁻¹²⁾ y la calidad del sueño deteriorada ha sido citada por los pacientes como uno de los principales factores de estrés durante el ingreso hospitalario ⁽¹³⁻¹⁴⁾.

Instrumentos

En este estudio se aplicaron cuestionarios con validación a nivel internacional para evaluar la calidad de sueño de nuestros pacientes y su correlación clínicamente con el desarrollo de enfermedades.

El Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (PSQI) Pittsburgh Sleep Quality Index es un cuestionario de autoevaluación diseñado para evaluar la calidad subjetiva del sueño en el último mes. Analiza diferentes factores determinantes de la calidad del sueño, agrupados en siete componentes: calidad del sueño, latencia del sueño, duración del sueño, eficiencia del sueño, alteraciones del sueño, uso de medicación para dormir y disfunción diurna.

La puntuación total del Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh, oscila de 0 a 21 puntos (a mayor puntuación peor calidad de sueño). Los datos de validez predictiva, para un punto de corte de 5 puntos (alteración del sueño), obtuvo una sensibilidad del 88.63%, una especificidad del 74.99% y un VPP del 80.66 ⁽¹⁵⁾ .

La Escala de Somnolencia Epworth evalúa la propensión a quedarse dormido en ocho situaciones de baja estimulación. Esta escala es autoaplicable. Al final se obtienen puntajes acumulativos que oscilan entre 0 y 24, donde un puntaje mayor o igual a 11 puntos (punto de corte) se considera anormal, es decir, que un sujeto es somnoliento.

La escala de somnolencia de Epworth se correlaciona con mediciones objetivas de somnolencia como: la polisomnografía así como con la latencia promedio de la Prueba de Latencias Múltiples (estándar de referencia para evaluar somnolencia) ⁽¹⁶⁾ .

El SF-12 es un cuestionario de autopercepción de salud, con tiempo de aplicación de dos minutos aproximadamente, formado por un subconjunto de 12 ítems extraídos del SF-36 que evalúa la función Física, Función Social, Rol físico, Rol emocional, Salud mental, Vitalidad, Dolor corporal y Salud General, cuyo objetivo es evaluar el grado de bienestar y capacidad funcional de las personas mayores de 14 años.

La Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) se ha utilizado ampliamente para evaluar el malestar emocional en pacientes con diferentes padecimientos crónicos. Ha sido aplicada en pacientes que acuden con regularidad a ambientes hospitalarios, no psiquiátricos, con lo cual resulta una mejor herramienta para la detección de distrés psicológico en población médicamente enferma ⁽¹⁷⁾ .

Es un cuestionario de auto aplicación de 14 reactivos, integrado por dos subescalas de siete reactivos cada una, una de ansiedad (reactivos impares) y otra de depresión (reactivos pares). Originalmente, los puntos de corte de cero a siete implican la ausencia de ansiedad y/o depresión clínicamente relevante, de ocho a diez que requiere consideración y del 11 al 21 la presencia de sintomatología relevante y un probable caso de ansiedad y/o depresión ⁽¹⁸⁾

Mala calidad del sueño

Para muchos pacientes con enfermedades agudas, el sueño parece estar distribuido durante todo el día, con un 40 a 60 por ciento de sueño que ocurre durante las horas diurnas de vigilia ^(19,20,21).

El grado de deterioro cognitivo varía en función de la cantidad de sueño nocturno obtenida antes del período de restricción del sueño, y más sueño previo tiene un efecto protector ⁽²²⁾.

Cada vez más, los datos sugieren que el deterioro cognitivo observado después de la privación del sueño y la restricción del sueño no se debe exclusivamente a la somnolencia, sino también a la disfunción celular progresiva en los circuitos corticales y otros que han estado despiertos durante demasiado tiempo, una verdadera forma de "cansancio" neuronal ^(23,24).

Estado de ánimo y juicio. La falta de sueño puede ocasionar un estado mental que se asemeja a la depresión o la ansiedad y los pacientes reportan mal humor, irritabilidad, poca energía, disminución de la libido, mal juicio y otros signos de disfunción psicológica. Estos síntomas a menudo desaparecen cuando se restablece el sueño normal.

Fisiología respiratoria. Se ha informado que la privación del sueño deprime las respuestas ventilatorias a la hipercapnia y la hipoxia en sujetos por lo demás normales, lo que sugiere que la privación del sueño podría contribuir a la hipoventilación en pacientes hospitalizados ^(25,26). Los efectos de la falta de sueño en el funcionamiento cardiopulmonar pueden ser mucho mayores en pacientes con enfermedad existente, incluidos aquellos con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) o enfermedad neuromuscular

Morbilidad cardiovascular. Un estudio prospectivo de 20,000 adultos seguidos durante un promedio de 12 años encontró que aquellos que informaron haber dormido ≤ 6 horas por noche tenían un riesgo 15 por ciento mayor de enfermedad cardiovascular (ECV) y un riesgo 23 por ciento mayor de enfermedad coronaria (EC) que los que durmieron siete horas por noche ⁽²⁷⁾.

Las personas que duermen poco con un sueño de mala calidad tuvieron el mayor aumento de riesgo (63 por ciento para ECV y 79 por ciento para CHD).

Obesidad y metabolismo. La restricción del sueño puede tener consecuencias metabólicas negativas que contribuyen al riesgo de obesidad y afecciones asociadas, como la diabetes tipo 2. Múltiples estudios observacionales han demostrado una asociación entre la duración del sueño corto y la obesidad, aunque no se ha establecido la causalidad.

Otros. Un gran estudio prospectivo encontró que la duración del sueño breve auto informada (<7 horas por noche) se asoció con una mayor tasa de disminución de la función renal durante un período de seguimiento de 11 años, independientemente de los factores de riesgo establecidos para el riñón crónico enfermedad (por ejemplo, hipertensión, diabetes y enfermedad cardiovascular) ⁽²⁸⁾.

Los pacientes con enfermedad renal crónica, especialmente aquellos con enfermedad renal en etapa terminal, tienen un mayor riesgo de insuficiencia del sueño y otros trastornos del sueño, como el síndrome de piernas inquietas / enfermedad de Willis-Ekbom, apnea del sueño e insomnio crónico.

Ansiedad y dolor. Se reconoce que la falta aguda de sueño aumenta la ansiedad y reduce el umbral del dolor ⁽²⁹⁾.

Muchos aspectos del entorno hospitalario pueden afectar negativamente al sueño, especialmente: el ruido, las interrupciones por atención/procedimientos en el paciente y las alteraciones en el ciclo de luz-oscuridad.

Estos factores solo se suman a los desafíos inherentes de dormir en un entorno desconocido. En Médica sur, no existe una descripción de la calidad del sueño entre los pacientes hospitalizados.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El sueño es uno de los 4 pilares fundamentales de una vida saludable, sus funciones endocrinológicas, neurocognitivas, metabólicas, respiratorias y cardiovasculares son cada vez más reconocidas; la calidad de sueño es un constructo difícil de definir el cual depende de diferentes factores como: cantidad de horas de sueño, número de despertares, macro/microarquitectura de sueño, trastornos intrínsecos de sueño y enfermedades comórbidas adicionales.

El paciente hospitalizado puede cursar con alteración de su calidad de sueño por diferentes factores y algunos de estos podrían depender de la interacción con los diferentes servicios del hospital.

Los hábitos de sueño y la calidad de sueño de los pacientes hospitalizados en Médica Sur son desconocido actualmente.

Nuestra pregunta de investigación es: ¿Cómo es la calidad de sueño de los pacientes hospitalizados en Médica Sur?

JUSTIFICACIÓN.

Los estudios clínicos sugieren que el sueño en los hospitales es subóptimo y de mala calidad; sin embargo, la mayoría de lo reportado se generó en la unidad de cuidados intensivos, falta información sobre la cantidad y la calidad del sueño en los pacientes de las salas generales de hospital.

Una buena noche de sueño mejora el funcionamiento cognitivo y emocional, lo cual es importante durante una estadía en el hospital a menudo emocionalmente desafiante.

El sueño es esencial para un adecuado funcionamiento inmune, metabólico y endocrino y puede tener una asociación con la curación y la supervivencia. Estudios sugieren que la privación del sueño es un posible factor de riesgo clave para el desarrollo del delirio.

Los factores relacionados con el paciente, como el dolor y los factores relacionados con el hospital, como los ruidos de las alarmas o las interrupciones del sueño atribuibles a procedimientos médicos, pueden contribuir a la alteración del sueño, sin embargo, hasta la fecha, no se han realizado estudios en nuestro medio para investigar cómo estos factores están asociados con la alteración del sueño.

Describir la calidad de sueño e identificar sus factores asociados puede ser la clave para introducir medidas correctivas. No existe una intervención única que optimice de manera confiable el sueño en el entorno de pacientes hospitalizados. La mejora incremental probablemente se logre mejor a través de una mayor conciencia del problema, múltiples intervenciones pequeñas a nivel del paciente individual y esfuerzos en todo el hospital para hacer que el entorno de los pacientes sea lo más propicio posible para obtener un buen sueño.

OBJETIVO.

Objetivo General.

Describir la calidad de sueño de los pacientes adultos hospitalizados en Médica Sur.

Objetivos Primarios.

Comparar las horas de sueño habituales antes de la hospitalización con las horas de sueño durante la hospitalización.

Comparar las horas de sueño durante la hospitalización entre hombres y mujeres.

Comparar las horas de sueño durante la hospitalización entre los servicios clínicos 3, 4, 5, 6, 7 y 8.

Correlacionar el número de días de hospitalización con el cuestionario de calidad de sueño de Pittsburg.

Correlacionar el cuestionario de calidad de sueño de Pittsburg con el cuestionario HADS (ansiedad/depresión hospitalaria).

Objetivos Secundarios

Calcular la frecuencia de Apnea Obstructiva del sueño utilizando el cuestionario de Berlín entre los pacientes hospitalizados en Médica Sur.

Calcular la frecuencia de insomnio entre los pacientes hospitalizados en Médica Sur.

Calcular la frecuencia del Síndrome de Piernas Inquietas entre los pacientes hospitalizados en Médica Sur.

HIPÓTESIS.

Durante la estancia hospitalaria de nuestros pacientes en Medica sur, la calidad del sueño se encuentra afectada en al menos 40% de la población.

DISEÑO DEL ESTUDIO

Estudio observacional, descriptivo, transversal, abierto, prolectivo.

MATERIALES Y MÉTODO.

Universo de estudio.

Pacientes hospitalizados mayores de 18 años, que se encuentren en los servicios clínicos 3, 4, 5, 7 y 8; egresados por mejoría.

Tamaño de la muestra.

Se incluirá a todos los pacientes adultos egresados de los servicios clínicos 3, 4, 5, 7 y 8 por mejoría desde el 15 de marzo 2019 al 31 de julio 2019, este periodo fue establecido a conveniencia de los investigadores.

Muestreo.

No probabilística. Consecutivo.

Criterios de Inclusión.

- 1.- Pacientes hospitalizados mayores de 18 años.
- 2.- Género indistinto.
- 3.- Egresados por mejoría de los servicios clínicos 3, 4, 5, 7 y 8.

Criterios de exclusión.

- 1.- Pacientes incapaces de contestar el cuestionario aplicado.
- 2.- Pacientes incapaces de leer.
- 3.- Pacientes incapaces de comunicarse en idioma español.

Criterios de eliminación.

- 1.- Llenado incompleto del cuestionario

Tipo de investigación

Observacional, descriptiva

Sitio de la investigación

Fundación Clínica "Médica Sur" A.C.

DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS

A todos los pacientes la tarde previa a su egreso se les pedirá contesten un cuestionario estandarizado que contiene hábitos de sueño previos a la hospitalización, hábitos de sueño durante la hospitalización y herramientas validadas para evaluar calidad de sueño y trastornos de sueño que incluye las siguientes: Cuestionario de Berlín, Cuestionario de Pittsburg, Cuestionario de Insomnio, Cuestionario de Piernas Inquietas, Cuestionario HADS, SF-12.

Además, se registrará la siguiente información: peso, talla, género, diagnóstico, Mallampati, circunferencia de cuello y comorbilidades.

Diagrama de flujo



Hoja de captura de datos.

Anexo cuestionario.

RECURSOS

Recursos Humanos.

Investigador: Dr. José Daniel Utrilla Alvarez.

Actividad asignada: Aplicación de encuestas a pacientes hospitalizados en Médica Sur, elaboración de base de datos, escritura de reporte. Número de horas por semana que dedicará a la investigación: 20 horas por semana.

Investigador: Dr. José Luis Carrillo Alduenda

Actividad asignada: supervisión de la aplicación de encuestas, elaboración de base de datos, análisis de la información, supervisión de escritura de reporte. Número de horas por semana que dedicará a la investigación: 8 horas por semana.

Recursos materiales.

Los recursos que se requiere adquirir son: Ninguno. Durante el desarrollo de nuestro protocolo es indispensable: Papel para aplicación de encuestas.

Recursos financieros.

Ninguno.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Las variables se expresaron de acuerdo con su tipo y distribución. La distribución de las variables se evaluó con la prueba de Kolmogorov Smirnov. Las variables continuas se compararon con prueba U de Mann Whitney mientras que las dicotómicas con prueba Exacta de Fisher.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Todos los procedimientos estarán de acuerdo con lo estipulado en el Reglamento de la ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. El manejo de la información será confidencial durante todo el proceso.

Título segundo, capítulo I, Artículo 17, Sección II, investigación con riesgo mínimo, se anexa hoja de consentimiento informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

“Calidad del sueño en pacientes adultos hospitalizados en Médica Sur”

Antes de confirmar su participación en este estudio, es importante que entienda en qué consiste, cuáles son los beneficios, riesgos y requisitos. Por favor lea detenidamente este documento, analícelo con calma y haga las preguntas necesarias. El personal del estudio le explicará cualquier información que no entienda.

FINALIDAD DEL ESTUDIO

El objetivo de este estudio es conocer la calidad de sueño de los adultos hospitalizados en Médica Sur e identificar factores que hacen que un paciente duerma mejor o peor durante su estancia.

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

El sueño es uno de los pilares fundamentales de una vida saludable. Este estudio tiene la finalidad de describir la calidad del sueño en los pacientes durante su hospitalización. La calidad de sueño y algunas enfermedades del sueño se puede medir a través de herramientas sencillas como los cuestionarios clínicos. El paciente contestará un breve cuestionario previo a su egreso del hospital, se analizarán los resultados y se analizarán en una base de datos, concluyendo el proceso de estudio. Así mismo, mencionar que todo paciente que participe en este estudio es libre de retirarse en cualquier momento y pedir el retiro de sus datos personales asegurándose de que tal acción no tendrá impacto en su tratamiento médico posterior.

PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO

A todos los pacientes que acepten participar, previo a su alta, se les pedirá que contesten 2 cuestionarios, el primero sirve para describir y comparar los hábitos de sueño antes y durante su hospitalización y el segundo es una herramienta validada para calcular su calidad de sueño. Por último, se extraerán los siguientes datos de su expediente: peso, talla, circunferencia de cuello y signos vitales.

RIESGOS Y POSIBLES MOLESTIAS

Este estudio no tiene riesgos físicos, no genera molestias ni provoca efectos adversos.

PARTICIPACIÓN Y TERMINACIÓN

Su participación en este estudio es voluntaria. Usted tiene la opción de no aceptar o bien, renunciar en el momento que usted lo desee, sin que esto repercuta en la calidad de la atención médica. En caso de surgir durante el estudio información relevante, se le informará inmediatamente para que pueda evaluar libremente si continúa o no dentro del estudio. El Investigador principal, también tiene la libertad de suspender su participación en el estudio en caso de identificar incumplimiento por su parte, o bien, con el fin de proteger su salud.

RESPONSABILIDADES DEL PARTICIPANTE

Su única responsabilidad será contestar los 2 cuestionarios proporcionados.

COSTOS ASOCIADOS A SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

Este estudio no agrega costos a su atención.

CONSIDERACIONES ÉTICAS.

La participación en este estudio no afectará su estancia dentro del hospital. Usted podrá decidir su libre participación y retirarse en el momento en usted lo desee. Así mismo quiero informar que este estudio no tiene riesgos físicos, no genera molestias ni provoca efectos adversos.

CONFIDENCIALIDAD

Toda la información correspondiente a su estado de salud y datos personales será manejada de manera estrictamente confidencial por el equipo de investigación. En este estudio los datos personales del participante (paciente) se manejan con una clave basada en la letra inicial de su nombre y apellido en una base

de datos completamente confidencial manteniendo la privacidad del paciente en todo momento. Para consultar mis derechos, puedo contactar al Comité de Ética e Investigación en Estudios Humanos, al teléfono 5424-7200 Ext.4

“Calidad del sueño en pacientes adultos hospitalizados en Médica Sur”

Yo _____
(Nombre(s), apellido paterno, apellido materno)

Manifiesto haber leído y entendido completamente el objetivo del estudio, haber tenido la oportunidad de tiempo y espacio para meditar acerca de mi decisión de participar o no, y tiempo y espacio para aclarar mis dudas, hacer preguntas adicionales y recibir respuestas satisfactorias. Entiendo la razón por la que se requiere recopilar la información de este estudio, así como el manejo que se le dará a la misma, con lo cual estoy totalmente de acuerdo.

Por este conducto, acepto libremente participar en el estudio “Calidad del sueño en pacientes adultos hospitalizados en Médica Sur”

Nombre del sujeto de investigación (Apellido paterno, materno y nombre[s])	Firma	Fecha	(Apellido
---	-------	-------	-----------

Nombre del Testigo I (Apellido paterno, materno y nombre[s])	Firma	Fecha
---	-------	-------

Dirección del Testigo I (Calle, No., Colonia, CP)	Parentesco del testigo I
---	--------------------------

Nombre del Testigo II (Apellido paterno, materno y nombre[s])	Firma	Fecha
--	-------	-------

Dirección del Testigo II (Calle, No., Colonia, CP)	Parentesco del testigo II
--	---------------------------

El suscrito, manifiesta haber explicado ampliamente los detalles importantes de este estudio al sujeto de investigación y haber solucionado sus dudas.

Nombre del Investigador Principal o quien conduce el consentimiento	Firma	Fecha
--	-------	-------

RESULTADOS

Se incluyeron 58 pacientes, la mayoría hombres, con sobrepeso. Los datos generales de la población se describen en el cuadro 1.

Cuadro 1. Características generales de la población.

Variable	Mediana	Mínimo	Máximo
Edad (años)	50	24	91
Hombres*	31	(53)	
Peso (kg)	71	48	120
Talla (m)	1.68	1.49	2.03
IMC (kg/m ²)	25.1	18.4	41.5
Perímetro Abdominal (cm)	92	68	142
Frecuencia Cardíaca (cm)	70	57	106
SpO ₂ (%)	92	68	98

* N (%)

Abreviaturas: cm= centímetros, kg= kilogramos, m= metros, SpO₂= saturación.

En general las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión arterial sistémica y cáncer, los pacientes se distribuyeron homogéneamente en todos los servicios clínicos muestreados. Las comorbilidades se describen en el cuadro 2.

Cuadro 2. Comorbilidades y servicio de internamiento.

Comorbilidad	N	%
Tabaquismo	11	18
HAS	21	36
DM	8	13
Cardiopatía	9	15
Neumopatía	8	13
Enfermedad Tiroidea	5	8
ERGE	32	55
Cáncer	18	31
Servicio Hospitalización		
3	7	12
4	12	20
5	9	15
7	14	24
8	16	27

Abreviaturas: DM= diabetes mellitus, ERGE= enfermedad por reflujo gastroesofágico, HAS= hipertensión arterial sistémica.

A pesar de que el paciente reportó Iniciar el dormir y despertarse a la misma hora, la calidad de sueño fue peor en el hospital en comparación con el hogar, así, la frecuencia de sueño no reparador y sueño de buena calidad fue menor en el hospital a expensas de un número menor de horas de sueño y mayor número de despertares. La comparación se reporta en el cuadro 3.

Cuadro 3. Comparación de la calidad de sueño.

Variable	Hogar	Hospital	P
Hora Inicio*	23 (22-01)	23 (22-2)	0.21
Latencia*	0.25 (0.08-2)	0.31 (0.08-1)	0.61
Hora Despertar*	6.5 (4-10)	6 (3-10.1)	0.01
Sueño Reparador&	45 (77)	10 (17)	0.00
Horas Sueño*	7 (44-11)	5 (1.5-8)	0.00
Sueño Buena Calidad&	45 (77)	14 (24)	0.00
Número Despertares*	1 (0-5)	3 (0-8)	0.00
Consumo Hipnóticos&	8 (13)	5 (8)	0.37
Siesta&	12 (20)	16 (27)	0.38

* Mediana (Mínimo-Máximo)

& N (%)

Los trastornos del sueño de Movimientos Oculares Rápidos y las parasomnias preguntadas como movimientos anormales presentaron una frecuencia muy baja, la información completa está en el cuadro 4.

Cuadro 4. Alteraciones del sueño Y y Parasomnias.

Trastorno	N	Porcentaje
Parálisis de sueño	5	8
Cataplexia	4	7
Alucinaciones	8	13
Movimientos anormales	6	10

Abreviaturas: R= sueño de movimientos oculares rápidos.

La prevalencia de Síndrome de Piernas Inquietas no se modificó por la hospitalización, de tal manera, en caso fue de 16% vs 14% en el hospital ($P=0.67$). La frecuencia de insomnio, en ninguna de sus presentaciones, se alteró por la hospitalización, ver cuadro 5.

Cuadro 5. Comparación de la prevalencia de insomnio

	Hogar		Hospital	
	N	%	N	%
Insomnio de inicio	28	48	22	37
Insomnio de mantenimiento	24	41	22	37
Insomnio final	25	43	18	31

El riesgo de padecer apnea obstructiva fue menor que en población abierta, así, el Cuestionario de Berlín fue positivo en 16 pacientes (27%), la mediana de puntuación de la Sleep Apnea Clinical Score 39.5 (mínimo 31 máximo 52) y la probabilidad alta se encontró en 9 pacientes.

CONCLUSIONES

En esta muestra de pacientes hospitalizados en el Hospital Médica Sur podemos concluir que la hospitalización disminuyó la calidad de sueño de los sujetos encuestados a expensas de un menor número de horas de sueño y mayor número de despertares, y, la hospitalización no incremento el riesgo de Síndrome de Piernas Inquietas e Insomnio.

BIBLIOGRAFIA

1. Park MJ, Yoo JH, Cho BW, et al. Noise in hospital rooms and sleep disturbance in hospitalized medical patients. *Environ Health Toxicol* 2014; 29:e2014006.
2. Bano M, Chiaromanni F, Corrias M, et al. The influence of environmental factors on sleep quality in hospitalized medical patients. *Front Neurol* 2014; 5:267.
3. Martin SE, Wraith PK, Deary IJ, Douglas NJ. The effect of nonvisible sleep fragmentation on daytime function. *Am J Respir Crit Care Med* 1997; 155:1596.
4. Gamaldo CE, Shaikh AK, McArthur JC. The sleep-immunity relationship. *Neurol Clin.* 2012;30(4):1313-1343.
5. Hoevenaar-Blom MP, Spijkerman AM, Kromhout D, Verschuren WM. Sufficient sleep duration contributes to lower cardiovascular disease risk in addition to four traditional lifestyle factors: the MORGEN study. *Eur J Prev Cardiol.* 2014;21(11):1367-1375.
6. Stang A, Moebus S, Möhlenkamp S, Erbel R, Jöckel KH; Heinz Nixdorf Recall Study Investigative Group. Gender specific associations of short sleep duration with prevalent hypertension. *Hypertension.* 2008;51(3):e15-e16.
7. Watson PL, Ceriana P, Fanfulla F. Delirium: is sleep important? *Best Pract Res Clin Anaesthesiol.* 2012;26(3):355-366.
8. Weinhouse GL, Schwab RJ, Watson PL, et al. Bench-to-bedside review: delirium in ICU patients: importance of sleep deprivation. *Crit Care.* 2009;13(6):234.
9. National Institutes of Health state-of-the-science conference statement on manifestations and management of chronic insomnia in adults. June 13-15, 2005; Final Statement Available at: . Accessed August 26, 2005
10. Tranmer JE, Minard J, Fox LA. et al. The sleep experience of medical and surgical patients. *Clin Nurs Res.* 2003;12:159–173. [PubMed]

11. Manian FA, Manian CJ. Sleep quality in adult hospitalized patients with infection: an observational study. *Am J Med Sci* 2015; 349:56.
12. 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.
13. Novaes MA, Aronovich A, Ferraz MB, Knobel E. Stressors in ICU: patients' evaluation. *Intensive Care Med* 1997; 23:1282.
14. Tembo AC, Parker V, Higgins I. The experience of sleep deprivation in intensive care patients: findings from a larger hermeneutic phenomenological study. *Intensive Crit Care Nurs* 2013; 29:310.
15. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH. et al. The Pittsburgh Sleep Quality Index: un nuevo instrumento para la práctica e investigación psiquiátrica. *Psiquiatría Res.* 1989; 28:192–213
16. Chica-Urzula H, Escobar-Córdoba F, Eslava-Schmalbach J. Validación de la escala de somnolencia de Epworth. *Rev Salud Pública* 2007;9:558-567.
17. Bjelland, I., Dahl, A., Haug, T. & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, 52, 69-77.
18. Colin, M. (2005). What does the Hospital Anxiety and Depression Scale (hads) really measure in liaison psychiatry settings? *Current Psychiatry Reviews*, 1(1), 69-73
19. Freedman NS, Gazendam J, Levan L, et al. 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; 163:451.
20. Friese RS, Diaz-Arrastia R, McBride D, et al. Quantity and quality of sleep in the surgical intensive care unit: are our patients sleeping? *J Trauma* 2007; 63:1210
21. Cooper AB, Thornley KS, Young GB, et al. Sleep in critically ill patients requiring mechanical ventilation. *Chest* 2000; 117:809.
22. Rupp TL, Wesensten NJ, Bliese PD, Balkin TJ. Banking sleep: realization of benefits during subsequent sleep restriction and recovery. *Sleep* 2009; 32:311.
23. Cirelli C, Tononi G. Is sleep essential? *PLoS Biol* 2008; 6:e216. Nir Y, Andrillon T, Marmelshtein A, et al.
24. Selective neuronal lapses precede human cognitive lapses following sleep deprivation. *Nat Med* 2017; 23:1474.
25. Hoevenaar-Blom MP, Spijkerman AM, Kromhout D, Verschuren WM. Sufficient sleep duration contributes to lower cardiovascular disease risk in addition to four traditional lifestyle factors: the MORGEN study. *Eur J Prev Cardiol* 2014; 21:1367.
26. McMullan CJ, Curhan GC, Forman JP. Association of short sleep duration and rapid decline in renal function. *Kidney Int* 2016; 89:1324.

27. Pires GN, Bezerra AG, Tufik S, Andersen ML. Effects of acute sleep deprivation on state anxiety levels: a systematic review and meta-analysis. *Sleep Med* 2016; 24:109.
28. Roehrs T, Hyde M, Blaisdell B, et al. Sleep loss and REM sleep loss are hyperalgesic. *Sleep* 2006; 29:145.
29. Wesselius HM, van den Ende ES, Alsmas J, et al. Quality and Quantity of Sleep and Factors Associated With Sleep Disturbance in Hospitalized Patients. *JAMA Intern Med* 2018; 178:1201.