

EVALUACIÓN DEL SUEÑO EN EL ENTORNO HOSPITALARIO

SLEEP ASSESSMENT IN THE HOSPITAL ENVIRONMENT

Luis Fernando Morales-Cruz

Licenciado en Enfermería

Enfermero Especialista en Cuidados Intensivos

Facultad de Enfermería de Tampico, Universidad Autónoma de Tamaulipas, Tampico, Tamaulipas, México

Lfernando.MC@outlook.com

<https://orcid.org/0000-0002-9555-2750>

Guillermo Castillo-Martínez

Licenciado en Enfermería

Maestría en Ciencias de Enfermería

Facultad de Enfermería de Tampico, Universidad Autónoma de Tamaulipas, Tampico, Tamaulipas, México

guillermo.castillo@uat.edu.mx

<https://orcid.org/0000-0002-6855-5622>

Roandy Gaspar Hernández-Carranco

Licenciado en Enfermería

Doctor en Ciencias de Enfermería

roandy.hernandez@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-1951-682X>

Teresa Áspera Campos

Licenciado en Enfermería

Doctora en Ciencias de la Salud

Facultad de Enfermería de Tampico, Universidad Autónoma de Tamaulipas, Tampico, Tamaulipas, México

taspera@docentes.uat.edu.mx

<https://orcid.org/0000-0003-4005-4276>

Edgar Noé Morelos García

Licenciado en Enfermería

Maestría en Ciencias de Enfermería

Facultad de Enfermería de Tampico, Universidad Autónoma de Tamaulipas, Tampico, Tamaulipas, México

emorelos@docentes.uat.edu.mx

<https://orcid.org/0000-0002-3344-8413>

Tranquilina Gutiérrez-Gómez

Licenciado en Enfermería

Doctora en Ciencias de la Salud

Facultad de Enfermería de Tampico, Universidad Autónoma de Tamaulipas, Tampico, Tamaulipas, México

tgutierr@docentes.uat.edu.mx

<https://orcid.org/0000-0001-5522-4237>

Artículo recibido el 19 de septiembre de 2023. Aceptado en versión corregida el 22 de marzo de 2024.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El sueño es una necesidad básica que beneficia la salud física, mental e inmunológica, no obstante, los pacientes hospitalizados están en riesgo de problemas de sueño debido a factores internos y externos, lo que puede afectar su recuperación y aumentar los costos del tratamiento. **OBJETIVO:** Describir la cantidad y calidad de sueño de los pacientes hospitalizados en dos hospitales de Tampico, Tamaulipas. **METODOLOGÍA:** Estudio cuantitativo descriptivo y transversal. La muestra conformada por 119 pacientes se seleccionó mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia. Se empleó el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburg. **RESULTADOS:** El 50,4% de la muestra fueron hombres, la edad promedio fue de 45,06 años. Los pacientes presentaron una media de 5,98 horas reales de sueño (mala cantidad) y el 63% de los pacientes presentó mala calidad, no se presentaron diferencias significativas de la cantidad y calidad de sueño con el sexo, la edad y días de hospitalización. **CONCLUSIÓN:** Los pacientes hospitalizados presentaron mala cantidad y calidad de sueño.

Palabras clave: Sueño, duración del sueño, calidad del sueño, latencia del sueño, fases del sueño, pacientes internos.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Sleep is a fundamental need that benefits physical, mental, and immune system health. However, hospitalized patients are at risk of having sleep problems due to internal and external factors which can impact their recovery and increase treatment costs. **OBJECTIVE.** To describe the quantity and quality of sleep among hospitalized patients in two hospitals in Tampico, Tamaulipas. **METHODOLOGY:** A quantitative, descriptive, and cross-sectional study was used. A sample of 119 patients was selected through non-probabilistic convenience sampling. A Sociodemographic Data Questionnaire and the Pittsburgh Sleep Quality Index were used as measurement instruments. **RESULTS:** 50.4%

of the participants were men, with a mean age of 45.06 years. Patients had an average of 5.98 hours of sleep (poor quantity), and 63% of patients had poor quality of sleep. No significant differences were observed in the quantity and quality of sleep based on gender, age, or length of hospital stay. **CONCLUSIONS:** Hospitalized patients experienced both poor quantity and quality of sleep.

Keywords: Sleep, sleep duration, sleep quality, sleep latency, sleep stages, inpatient.

http://dx.doi.org/10.7764/Horiz_Enferm.35.1.217-230

INTRODUCCIÓN

El sueño es una necesidad fisiológica fundamental para el ser humano regulado e influenciado por el ciclo circadiano del individuo ⁽¹⁾ y se recomienda que los adultos duerman entre 7 a 9 horas de sueño por noche ^(2,3). Cuando se duerme en cantidad y calidad adecuada se influye positivamente en el estado de ánimo, los procesos cognitivos ⁽⁴⁾, la eliminación de radicales libres, el restablecimiento de la energía ⁽⁵⁾, la regulación de la temperatura, el metabolismo y en el sistema endocrino ⁽⁶⁾; por tanto, conseguir un sueño en cantidad adecuada y de buena calidad beneficia el preservar y mantener la salud física, cardiometabólica, psicológica e inmunológica ⁽⁷⁾ y como resultado una buena calidad de vida ⁽⁸⁾.

Los cambios en el ritmo de vida en todo el mundo han obligado a adoptar nuevos estilos de vida, generando alteraciones en la cantidad y calidad de sueño en la población global general ⁽⁹⁾. Este problema se ha observado a nivel internacional, como, por ejemplo, en Estados Unidos de América el 35,2% de la población adulta presenta un sueño con una cantidad menor a la recomendada ⁽¹⁰⁾, en Francia el 36% de los adultos refirieron

un mal patrón de sueño ⁽¹¹⁾, en Chile el 40,5% mencionó un sueño poco reparador ⁽¹²⁾, mientras que a nivel nacional en la población mexicana se reportó que el 34,9% de los adultos no duerme la cantidad recomendada ^(13,14) y el 45% presentan mala calidad de sueño ⁽¹⁵⁾.

Por consiguiente, la mala calidad del sueño es considerada como un problema de salud pública a nivel global ⁽¹⁶⁾. Debido a que se ha evidenciado que las alteraciones en la cantidad y calidad de sueño influyen de manera negativa en el organismo e incrementa la morbimortalidad en la población adulta ⁽¹⁷⁾. Ahora bien, la población que se encuentra hospitalizada presenta un riesgo aumentado de presentar alteraciones en el patrón de sueño ⁽¹⁸⁻²¹⁾. hasta generar un déficit en la cantidad y calidad del sueño ⁽²¹⁻²⁷⁾, y puede ser interferidas por la edad, el sexo y días de hospitalización de los pacientes ^(18,21,24-28).

Los factores descritos podrían generar posiblemente en los pacientes hospitalizados un deterioro de la salud o retraso del tiempo de recuperación ⁽²⁹⁾, alargando su estancia en el hospital, generando un aumento en los costos del servicio hospitalario, el gasto de recursos

o equipo biomédico, adquirir enfermedades nosocomiales e incrementar la tasa de mortalidad. Además de contribuir de manera negativa a generar mayores gastos para el paciente o familiares. Así como el desgaste del recurso humano hospitalario, como son los profesionales de salud responsables de brindar la atención ⁽³⁰⁾.

A pesar de la problemática de salud que se presenta a nivel internacional y nacional, es escasa la literatura que indague la calidad y cantidad del sueño en población mexicana hospitalizada. Por ende, esta investigación pretende describir tanto la cantidad como la calidad de sueño que presentan los pacientes adultos en dos hospitales de segundo nivel de atención en el estado de Tamaulipas, con el propósito de que los resultados obtenidos amplíen el conocimiento en la disciplina de enfermería acerca de la importancia con respecto a estas variables, así como el beneficio para la recuperación del paciente con el fin de implementar intervenciones que mejoren el cuidado en los pacientes hospitalizados.

METODOLOGÍA

El estudio fue cuantitativo, descriptivo y transversal ⁽³¹⁾. La muestra se conformó por 119 pacientes hospitalizados en instituciones de segundo nivel de atención en el estado de Tamaulipas, seleccionados por medio de un muestreo no probabilístico por conveniencia. Se incluyeron a pacientes adultos, con más de 24 horas de estancia hospitalaria y se excluyó a pacientes intubados, con ventilador mecánico, en estado crítico, bajo sedación o anestésicos, pacientes

embarazadas, con algún tipo de aislamiento y que consuman tratamientos para conciliar el sueño.

Posterior al permiso favorable de las instituciones hospitalarias, jefes de servicio y áreas, se abordó e invitó al paciente y consecutivamente se llenó el consentimiento informado. Se aplicó una cédula de datos sociodemográficos y el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (ICSP) adaptado para población mexicana ⁽³²⁾ que cuenta con un coeficiente de confiabilidad de 0,78 y coeficientes de correlación significativos (0,53 a 0,77) entre los componentes y la suma total. De este se obtienen 7 componentes que se evalúan de forma individual y proporciona puntuaciones que informan sobre distintos aspectos de la calidad del sueño: La calidad subjetiva, la latencia, la duración, la eficiencia habitual, las perturbaciones y la disfunción diurna (el uso de hipnóticos para esta investigación no se abordó el componente por los criterios de exclusión establecidos). Se consideró como buena calidad de sueño aquellas puntuaciones menores o iguales a 5 y como mala calidad de sueño aquellos puntajes mayores de 5⁽³³⁾.

Los datos se analizaron en el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 25 para Windows. Se empleó la prueba Alpha de Cronbach para la confiabilidad del instrumento. Para describir los datos sociodemográficos y la cantidad y calidad de sueño se empleó estadística descriptiva mediante frecuencias, proporciones, medidas de tendencia central (media, mediana y moda) y variabilidad (rango, desviación típica y varianza). El presente

estudio se realizó de acuerdo con lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, última reforma ⁽³⁴⁾ y obtuvo el dictamen favorable del Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de Tampico de la Universidad Autónoma de Tamaulipas y de las instituciones hospitalarias.

RESULTADOS

Participaron 119 pacientes hospitalizados con una edad promedio de 45,06 (DE = 18,54). Respecto al sexo, el 50,4% son hombres, en cuanto al estado civil, el 38,6% se encontraban solteros, 31,1% casados y 21% en unión libre, la

mayoría de los encuestados refirieron dedicarse al hogar (34,5%), seguidos de aquellos que mencionaron ser empleados (23,5%) y obreros (12,6%); además, los niveles académicos que predominaron fueron secundaria (36,1%) y primaria (29,4%). El 71,5% de los pacientes se encontraban en el área de cirugía, en promedio tenían 6,68 (DE = 10,02) días de hospitalización y únicamente el 10,9% reportó diagnóstico previo de diabetes. Para analizar el ICSP, se obtuvo la prueba Omega de 0,71 y un Coeficiente Alpha de Cronbach que resultó en un valor de 0,69 y la mayoría de sus componentes presentaron una consistencia aceptable mayor de 0,77 (Tabla 1).

Tabla 1. *Confiabilidad general y por componentes del instrumento ICSP.*

| Componente | Alpha de Cronbach |
|------------------------------|--------------------------|
| Instrumento ICSP | 0,69 |
| Calidad de sueño subjetiva | 0,82 |
| Latencia de sueño | 0,83 |
| Duración subjetiva del sueño | 0,77 |
| Eficiencia de sueño | 0,60 |
| Alteraciones del sueño | 0,63 |
| Disfunción diurna | 0,83 |
| Nota: Elaboración propia. | <i>n</i> = 119 |

En la Tabla 2 se describe la cantidad de sueño de los pacientes hospitalizados. En promedio, los pacientes refirieron dormirse a las 23,18 horas (DE = 2,12), en promedio tardaron 25,22 minutos (DE = 25,01) en dormir,

despertaron a las 5,6 horas (DE = 0,94), percibieron dormir 5,07 horas (DE = 2,32), no obstante, presentaron una media de 5,98 (DE = 2,49) horas reales de sueño. En cuanto a la variable de calidad de sueño (Tabla 3), el 52,9% de los pacientes refirió

una buena calidad de sueño subjetiva y el 25,2% bastante buena, no obstante, al calificar el instrumento ICSP por puntuación se identificó que la calidad de sueño es mala ($M = 7,08$, $DE = 3,60$) y el 63% de los pacientes presentó mala calidad de sueño en su hospitalización.

La variable de cantidad de sueño por sexo permitió identificar que los hombres durmieron una $M = 5,92$ horas ($DE = 2,49$) frente a la $M = 6,05$ horas ($DE = 2,52$) que durmieron las mujeres, pero no se obtuvieron diferencias significativas ($U = 1675,50$, $p = 0,728$), datos similares con la variable de calidad de sueño por sexo (U

$= 1562,50$, $p = 0,268$). Los pacientes adultos mayores presentaron mayor cantidad de sueño ($M = 6,76$, $DE = 1,86$) que los adultos jóvenes ($M = 5,36$, $DE = 2,75$) y adultos ($M = 5,96$, $DE = 2,53$), pero del mismo modo no se obtuvieron diferencias significativas, resultados similares a la diferencia entre la calidad y edad ($H = 1,848$, $p = 0,397$). Por último, no se obtuvieron resultados estadísticos significativos entre la cantidad y calidad de sueño y los días de hospitalización ($H = 2,615$, $p = 0,455$ y $H = 2,890$, $p = 0,409$, respectivamente).

Tabla 2. Cantidad de sueño.

| Variable | \bar{x} | DE |
|-----------------------------------|-----------|-------|
| ¿A qué hora durmió? | 23,18 | 2,12 |
| ¿Cuántos minutos tardó en dormir? | 25,22 | 25,01 |
| ¿A qué hora se despertó? | 5,60 | 0,94 |
| ¿Cuántas horas sintió dormir? | 5,07 | 2,32 |
| Horas reales de sueño | 5,98 | 2,49 |

Nota: \bar{x} = Media, Mdn= Mediana, DE= Desviación estándar. $n = 119$
Elaboración propia.

Tabla 3. Calidad de sueño.

| Variable | f | % |
|------------------------|-----|------|
| Subjetiva | | |
| Bastante buena | 30 | 25,2 |
| Buena | 63 | 52,9 |
| Mala | 21 | 17,6 |
| Bastante mala | 5 | 4,3 |
| Objetiva | | |
| Buena calidad de sueño | 44 | 37 |
| Mala calidad de sueño | 75 | 63 |

Nota: f = Frecuencia, % = Porcentaje. Elaboración propia. $n = 119$

DISCUSIÓN

En relación con los datos sociodemográficos de los pacientes hospitalizados, donde predominaron los hombres, si bien, este hallazgo tiene similitud con algunos autores^(18-20,25-28,35), también difiere con lo descrito por algunos otros^(21,22,24). Esto podría deberse a que la mayor parte de los pacientes encuestados se encontraban hospitalizados en el área de cirugía donde se atendieron en mayor medida fracturas de diversos tipos y se ha reportado que en edad laboral son los hombres quienes más presentan estas afecciones⁽³⁶⁾. Además, culturalmente en México, así como en diversos países, se menciona que los hombres deben ser fuertes y valientes, por lo que estos no atienden su salud de una manera preventiva o bien, al presentar alguna alteración en su estado de salud, tienden a negar o minimizar los síntomas hasta que se presenta un evento agudo en donde posiblemente se requiera de su hospitalización⁽³⁷⁾.

Referente a la edad, la mayor parte de los pacientes se encontraba dentro de la categoría de 26 a 64 años, similar a lo reportado por Achury Saldaña et al.⁽³⁸⁾, entre otros autores^(18,19,21,22,24-27), contrario a lo obtenido por Arora et al.⁽²³⁾. Esto podría ser debido a que en este estudio se incluyó a pacientes con edades superiores a 18 años, mientras que Arora et al.⁽²³⁾ únicamente abordaron a pacientes en la categoría de adultos mayores.

De acuerdo con los días de hospitalización, la mayoría de los pacientes presentó una estancia de 1 a 5 días al momento del abordaje, similar a

Achury Saldaña et al.⁽³⁵⁾, Carrera-Hernández et al.⁽²⁸⁾, Gómez Sanz⁽¹⁸⁾, Kulpatcharapong et al.⁽¹⁹⁾ y Lewandowska et al.⁽²⁰⁾, pero contrario a Alparslan et al.⁽²²⁾, Arora et al.⁽²³⁾, Ghanbari Jolfaei et al.⁽²⁴⁾ y Şendir et al.⁽²¹⁾, lo cual puede deberse a diferencias en los criterios de inclusión dado que en el presente estudio se incluyeron a pacientes con al menos un día de hospitalización y en los criterios empleados por Alparslan et al.⁽²²⁾ y Ghanbari Jolfaei et al.⁽²⁴⁾ el paciente debía permanecer hospitalizado al menos 7 días para ser considerado.

Además, de acuerdo con las patologías presentadas, en este estudio la mayoría presentaba diagnóstico de fractura y en el caso de Şendir et al.⁽²¹⁾, la mayoría de sus participantes contaban un diagnóstico neurovascular, asimismo, en las investigaciones de Alparslan et al.⁽²²⁾ y Ghanbari Jolfaei et al.⁽²⁴⁾ la mayor parte de los pacientes padecía alguna afección cardiovascular, por lo que la duración de su estancia se prolongó. Y en relación con Arora et al.⁽²³⁾, estos no tomaron en cuenta la cantidad de días de hospitalización como criterio de inclusión ni reportaron los padecimientos más presentados por sus participantes.

En el presente estudio se encontró que los pacientes presentaron mala cantidad y calidad de sueño, porcentajes que superan el reporte establecido a nivel internacional y nacional en población general, pero debemos recordar que la población de nuestro estudio presenta atributos en donde se encuentran actualmente en un entorno de

hospitalización, dentro del cual se intensifican los factores internos propios del paciente como es el dolor, estrés o las molestias propias del padecimiento. Además de encontrarse en un ambiente el cual no corresponde a su vida cotidiana y sobre todo no cuenta con las condiciones ambientales (la luz, los ruidos, la temperatura, la incomodidad de la cama y las intervenciones correspondientes a su tratamiento) que normalmente suele tener en su hogar para iniciar su rutina de sueño^(38,39); este resultado coincide con Alparslan et al.⁽²²⁾, Arora et al.⁽²³⁾, Ghanbari Jolfaei et al.⁽²⁴⁾, Şendir et al.⁽²¹⁾ y Singh et al.⁽²⁶⁾. Respecto a la cantidad de sueño, los hallazgos difieren con el estudio realizado por Naik et al.⁽²⁵⁾ donde reportaron pacientes con buena cantidad de sueño, resultado que difiere por la metodología en la inclusión y exclusión de los participantes, dado que en este último se excluyeron los pacientes con padecimientos que por su naturaleza pudiesen afectar el ciclo del sueño, como lo son el accidente cerebrovascular o la apnea obstructiva del sueño. Además, en el presente estudio se incluyeron a pacientes de las áreas de cirugía y traumatología, los cuales, derivado de su padecimiento, podrían presentar alteraciones en su ciclo de sueño a consecuencia de un mayor nivel de dolor, la incomodidad de la posición post cirugía, tal como se ha descrito en otros estudios con población similar^(24,26).

Otros determinantes que pudieron afectar la cantidad y la calidad de sueño en este estudio fueron la latencia de sueño que en promedio fue de 25,22 minutos y, aunque este valor se encuentra dentro del parámetro normal, la mayoría de los

pacientes expresaron haber tenido problemas para conciliar el sueño dentro de la primera media hora. Dentro de las perturbaciones en el ciclo de sueño se encontró la presencia de dolor, la necesidad de miccionar o evacuar y sentir demasiado frío durante la noche. De igual manera, la eficiencia de sueño que tuvieron los participantes fue mala; además, una gran cantidad de los encuestados despertaron al menos una vez a lo largo de la noche. Todo esto representa una pérdida en la cantidad de sueño y afecta negativamente a la calidad del mismo. En cuanto a la calidad de sueño, Achury Saldaña et al.⁽³⁵⁾, Carrera-Hernández et al.⁽²⁸⁾, Gómez Sanz⁽¹⁸⁾, Kulpatcharapong et al.⁽¹⁹⁾ y Lewandowska et al.⁽²⁰⁾ reportaron resultados contrarios donde la calidad fue evaluada como buena o regular, lo cual podría atribuirse al diseño longitudinal, donde se encontró que la calidad de sueño mejoró en las valoraciones subsecuentes. Además de diferir el diseño en el presente estudio, que fue de tipo transversal, no se incluyeron a aquellos pacientes que tomaran medicamentos para conciliar el sueño. Asimismo, en la mayoría de los estudios previamente mencionados, el instrumento de medición utilizado fue el cuestionario de sueño de Richards-Campbell, en el cual, presenta una clasificación de resultados distinta a la establecida en el instrumento ICSP, el cual se aplicó en la presente investigación.

Los motivos de estos resultados pueden ser debido a que los pacientes presentaban un inicio tardío del sueño por los diversos problemas expuestos anteriormente, además de un despertar

temprano, lo que ocasionó una mala cantidad y calidad de sueño. Asimismo, en este estudio, la mayor parte de los participantes se encontraban en edad laboral, de cuidador o proveedor, lo que podría causar una concentración mayor de los niveles de estrés, sumando la incertidumbre por los procesos, intervenciones y procedimientos que no forman parte de su rutina diaria, o el desconocimiento de su enfermedad ⁽⁴⁰⁾. Todo esto podría influir de manera negativa a la adaptación al entorno hospitalario e incrementar los problemas que se presentan para dormir, como alteraciones en la eficiencia, latencia, etc., lo que provoca que se acorte el tiempo de sueño de ondas lentas y REM, lo que produce cambios significativos para la cantidad y calidad de sueño ⁽⁴¹⁾. En el ciclo de sueño al ser incompleto, ocasiona que la restauración física propia de la fase NREM (principalmente de la etapa de ondas lentas) y la consolidación de la memoria y regulación emocional que ocurre en la fase REM ⁽⁴²⁾, no se lleven a cabo de manera efectiva, puesto que, sin importar la fase del sueño en que este se interrumpe, para volver a dormir es necesario conciliar el sueño desde la primera fase NREM ⁽⁴³⁾.

En cuanto a las diferencias del sexo con la cantidad y calidad de sueño en pacientes hospitalizados, mayormente, al igual que en este estudio, no se han identificado diferencias significativas ^(18,24,25,28); sin embargo, Şendir et al. ⁽²¹⁾ reportaron que las mujeres fueron quienes tuvieron una buena calidad de sueño y Szymanski et al. ⁽²⁷⁾ expusieron que fueron

los hombres. Respecto a la edad con la cantidad y calidad de sueño, no se obtuvieron resultados significativos. Caso contrario a los publicados por Gómez Sanz ⁽¹⁸⁾, Naik et al. ⁽²⁵⁾, Singh et al. ⁽²⁶⁾ y Szymanski et al. ⁽²⁷⁾, quienes reportaron que, a mayor edad, la cantidad y calidad de sueño era mala. Esto se podría explicar debido a que en la presente investigación la mayoría de los participantes pertenecieron al grupo de edad de adultos y con el pasar de los años frecuentemente se observa una disminución en la cantidad y calidad de sueño debido a que al envejecer se produce una alteración en la estructura del sueño a consecuencia de la disminución en la producción de melatonina ⁽⁴⁴⁾, aumento de la latencia, los despertares durante la noche, ocurre una prolongación en las etapas 1 y 2 de la fase NREM y una disminución en la etapa de ondas lentas y la fase REM ⁽⁴⁵⁾.

Ahora bien, la cantidad y calidad de sueño tampoco presentaron diferencia significativa con los días de hospitalización, este resultado difiere de los publicados por autores como Gómez Sanz ⁽¹⁸⁾, Kulpatcharapong et al. ⁽¹⁹⁾, Lewandowska et al. ⁽²⁰⁾ y Şendir et al. ⁽²¹⁾, quienes reportan que existe una mejora en la calidad de sueño conforme avanzan los días. Posiblemente los resultados obtenidos en el presente estudio son debido a que la mayor parte de los pacientes han cursado únicamente de 1 a 5 días de hospitalización, por lo cual puede ser que aún no presenten una adaptación completa al entorno hospitalario o que exista una inquietud por el desconocimiento de su padecimiento o del

progreso del mismo, lo cual puede generar sentimientos de ansiedad o depresión en el paciente ⁽⁴⁶⁾. Además, como en esta investigación se empleó un diseño transversal, no se valoró si la cantidad y calidad de sueño de los pacientes mejoró con el pasar de los días.

CONCLUSIONES

Se concluye que debido a las horas en que los pacientes hospitalizados conciliaron el sueño, en la que despertaron y los problemas para dormir ocasionó que se presentara un sueño de mala cantidad y calidad. No se reportó diferencias significativas entre la cantidad y calidad de sueño con el sexo, edad y días de hospitalización. Procurar una buena cantidad y calidad de sueño a los pacientes hospitalizados debe de ser una actividad cotidiana en las instituciones de salud, por lo cual podrían realizarse protocolos en donde las intervenciones del personal o las condiciones ambientales del área hospitalaria sean ajustadas a un determinado horario favoreciendo al ciclo circadiano, para así promover una adecuada restauración fisiológica y mental derivada de la buena cantidad y calidad de sueño, logrando así, estimular una recuperación del estado de salud más pronta, siendo esto beneficioso para el personal que brinda la atención, la institución hospitalaria, el sistema de salud y, principalmente, para el paciente hospitalizado.

En futuras investigaciones, se recomienda considerar aumentar el tamaño de la muestra y utilizar un muestreo aleatorio que permita generalizar los resultados. Además de implementar un

diseño longitudinal para observar las variaciones de la cantidad y calidad de sueño a lo largo de la estancia hospitalaria en las áreas de medicina interna y traumatología que permite aplicar el diseño, incluso sería indispensable el identificar las variables y sus alteraciones después del alta. Continuar con el uso del instrumento ICSP, puesto que sus dimensiones brindan una adecuada evaluación de la cantidad y calidad de sueño, además de problemas que impiden conciliar o interrumpen el sueño. De igual manera, se recomienda comparar la cantidad y calidad de sueño entre pacientes aparentemente sanos con pacientes que padezcan algún trastorno del sueño.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alghamdi HS, Jansen JA. The development and future of dental implants. *Dent Mater J*. 2020;39(2):167–72. Disponible en: <https://doi.org/10.4012/dmj.2019-140>
2. Gamborena I, Avila-Ortiz G. Peri-implant marginal mucosa defects: Classification and clinical management. *J Periodontol* 2021;92(7):947–57. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/JPER.20-0519>
3. Ravida A, Barootchi S, Askar H, Suarez-Lopez Del Amo F, Tavelli L, Wang HL. Long-Term Effectiveness of Extra-Short (≤ 6 mm) Dental Implants: A Systematic Review. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2019;34:68-84. Disponible en: <https://doi.org/10.11607/jomi.6893>
4. Barootchi S, Ravida A, Tavelli L, Wang HL. Nonsurgical treatment for

- peri-implant mucositis: A systematic review and meta-analysis. *Int J Oral Implantol (Berl)* 2020;13:123-139. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32424380/>
5. Thoma DS, Naenni N, Figuero E, Hämmerle CHF, Schwarz F, Jung RE, Sanz-Sánchez I. Effects of soft tissue augmentation procedures on peri-implant health and disease: A systematic review and meta-analysis. *Clin Oral Implants Res.* 2018;29(15):32–49. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/clr.13114>
 6. Tavelli L, Barootchi S, Avila-Ortiz G, Urban IA, Giannobile WV, Wang HL. Peri-implant soft tissue phenotype modification and its impact on peri-implant health: A systematic review and network meta-analysis. *J Periodontol.* 2021;92(1):21-44. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/JPER.19-0716>
 7. Seyssens L, De Lat L, Cosyn J. Immediate implant placement with or without connective tissue graft: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Periodontol.* 2021;48(2):284-301. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jcpe.13397>
 8. Aldhohrah T, Qin G, Liang D, Song W, Ge L, Mashrah MA, Wang L. Does simultaneous soft tissue augmentation around immediate or delayed dental implant placement using sub-epithelial connective tissue graft provide better outcomes compared to other treatment options? A systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2022;17(2):e0261513. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0261513>
 9. Deeb GR, Deeb JG. Soft tissue grafting around teeth and implants. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am.* 2015;27(3):425–48. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.coms.2015.04.010>
 10. Jepsen S, Schwarz F, Cordaro L, Derks J, Hämmerle CHF, Heitz-Mayfield LJ, Hernández-Alfaro F, Meijer HJA, Naenni N, Ortiz-Vigón A, Pjetursson B, Raghoobar GM, Renvert S, Rocchietta I, Rocuzzo M, Sanz-Sánchez I, Simion M, Tomasi C, Trombelli L, Urban I. Regeneration of alveolar ridge defects. Consensus report of group 4 of the 15th European Workshop on Periodontology on Bone Regeneration. *J Clin Periodontol* 2019;46(S21):277-286. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jcpe.13121>
 11. Naenni N, Lim HC, Papageorgiou SN, Hammerle CHF. Efficacy of lateral bone augmentation prior to implant placement: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Periodontol* 2019;46 (S21):287-306. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jcpe.13052>
 12. Giannobile WV, Jung RE, Schwarz F, Groups of the 2nd Osteology Foundation Consensus M. Evidence-based knowledge on the aesthetics and maintenance of peri-implant soft tissues: Osteology Foundation

- Consensus Report Part 1-Effects of soft tissue augmentation procedures on the maintenance of peri-implant soft tissue health. *Clin Oral Implants Res* 2018;29(S15):7-10. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/clr.13110>
13. Hosseini M, Worsaae N, Gotfredsen K. Tissue changes at implant sites in the anterior maxilla with and without connective tissue grafting: A five-year prospective study. *Clin Oral Implants Res* 2020;31:18-28. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/clr.13540>
 14. Zucchelli G, Tavelli L, Stefanini M, Barootchi S, Mazzotti C, Gori G, Wang HL. Classification of facial peri-implant soft tissue dehiscence/deficiencies at single implant sites in the esthetic zone. *J Periodontol* 2019; 90:1116-1124. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/JPER.18-0616>
 15. Zucchelli G, Felice P, Mazzotti C, Marzadori M, Mounssif I, Monaco C, Stefanini M. 5-year outcomes after coverage of soft tissue dehiscence around single implants: A prospective cohort study. *Eur J Oral Implantol* 2018;11:215-224. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29806668/>
 16. Tavelli L, Barootchi S, Ravidà A, Oh TJ, Wang HL. What Is the Safety Zone for Palatal Soft Tissue Graft Harvesting Based on the Locations of the Greater Palatine Artery and Foramen? A Systematic Review. *J Oral Maxillofac Surg* 2019; 77:271 e271-271 e279. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.joms.2018.10.002>
 17. Tavelli L, Ravidà A, Saleh MHA, Maska B, Del Amo FS, Rasperini G, Wang HL. Pain perception following epithelialized gingival graft harvesting: a randomized clinical trial. *Clin Oral Investig* 2019; 23:459-468. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00784-018-2455-5>
 18. Tavelli L, McGuire MK, Zucchelli G, Rasperini G, Feinberg SE, Wang HL, Giannobile WV. Extracellular matrix-based scaffolding technologies for periodontal and peri-implant soft tissue regeneration. *J Periodontol* 2020; 91:17-25. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/JPER.19-0351>
 19. Stefanini M, Mounssif I, Barootchi S, Tavelli L, Wang HL, Zucchelli G. An exploratory clinical study evaluating safety and performance of a volume-stable collagen matrix with coronally advanced flap for single gingival recession treatment. *Clin Oral Investig* 2020. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00784-019-03>.
 20. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372:n71. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>.
 21. Higgins JPT, Green S (editors). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* Version 5.1.0 [updated March 2011].

- The Cochrane Collaboration, 2011. Disponible en: <https://handbook-5-1.cochrane.org/>
22. Frizzera F, de Freitas RM, Muñoz-Chávez OF, Cabral G, Shibli JA, Marcantonio E Jr. Impact of soft tissue grafts to reduce Peri-implant alterations after immediate implant placement and provisionalization in compromised sockets. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 2019;39(3):381–9. Disponible en: <https://doi.org/10.11607/prd.3224>
23. Zuiderveld, E. G., van Nimwegen, W. G., Meijer, H. J. A., Jung, R. E., Mühlemann, S., Vissink, A., & Raghoobar, G. M. Effect of connective tissue grafting on buccal bone changes based on cone beam computed tomography scans in the esthetic zone of single immediate implants: A 1-year randomized controlled trial. *J Periodontol.* 2021;92(4):553–61. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/JPER.20-0217>
24. Jiang X, Di P, Ren S, Zhang Y, Lin Y. Hard and soft tissue alterations during the healing stage of immediate implant placement and provisionalization with or without connective tissue graft: A randomized clinical trial. *J Clin Periodontol.* 2020;47(8):1006–15. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jcpe.13331>
25. Zuiderveld EG, Meijer HJA, den Hartog L, Vissink A, Raghoobar GM. Effect of connective tissue grafting on peri-implant tissue in single immediate implant sites: A RCT. *J Clin Periodontol.* 2018;45(2):253–64. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jcpe.12820>
26. Van Nimwegen WG, Raghoobar GM, Zuiderveld EG, Jung RE, Meijer HJA, Mühlemann S. Immediate placement and provisionalization of implants in the aesthetic zone with or without a connective tissue graft: A 1-year randomized controlled trial and volumetric study. *Clin Oral Implants Res.* 2018;29(7):671–8. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/clr.13258>.
27. Puisys A, Auzbikaviciute V, Vindasiute-Narbutė E, Pranskunas M, Razukevicius D, Linkevicius T. Immediate implant placement vs. early implant treatment in the esthetic area. A 1-year randomized clinical trial. *Clin Oral Implants Res.* 2022;33(6):634–55. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/clr.13924>
28. Cairo F, Barbato L, Tonelli P, Batalocco G, Pagavino G, Nieri M. Xenogeneic collagen matrix versus connective tissue graft for buccal soft tissue augmentation at implant site. A randomized, controlled clinical trial. *J Clin Periodontol.* 2017;44(7):769–76. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jcpe.12750>.
29. Tavelli L, Barootchi S, Avila-Ortiz G, Urban IA, Giannobile WV, Wang HL. Peri-implant soft tissue phenotype modification and its impact on peri-implant health: A systematic review and network meta-analysis. *J Periodontol.* 2021;92(1):21-44. doi: 10.1002/JPER.19-0716.

30. Thoma DS, Benić GI, Zwahlen M, Hämmerle CH, Jung RE. A systematic review assessing soft tissue augmentation techniques. *Clin Oral Implants Res.* 2009, 20(S4):146-65. doi: 10.1111/j.1600-0501.2009.01784.x.
31. Yoshino S, Kan JYK, Rungcharassaeng K, Roe P, Lozada JL. Effects of connective tissue grafting on the facial gingival level following single immediate implant placement and provisionalization in the esthetic zone: a 1-year randomized controlled prospective study. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2014;29(2):432–40. Disponible en: <https://doi.org/10.11607/jomi.3379>
32. Migliorati M, Amorfini L, Signori A, Biavati AS, Benedicenti S. Clinical and aesthetic outcome with post-extractive implants with or without soft tissue augmentation: A 2-year randomized clinical trial: Post-extractive implants: 2-year evaluation. *Clin Implant Dent Relat Res.* 2015;17(5):983–95. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/cid.12194>
33. Grischke J, Karch A, Wenzlaff A, Foitzik MM, Stiesch M, Eberhard J. Keratinized mucosa width is associated with severity of peri-implant mucositis. A cross-sectional study. *Clin Oral Implants Res* 2019;30:457-465. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/clr.13432>
34. Monje A, Blasi G. Significance of keratinized mucosa/gingiva on peri-implant and adjacent periodontal conditions in erratic maintenance compliers. *J Periodontol* 2019;90:445-453. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/JPER.18-0471>
35. Perussolo J, Souza AB, Matarazzo F, Oliveira RP, Araujo MG. Influence of the keratinized mucosa on the stability of peri-implant tissues and brushing discomfort: A 4-year follow-up study. *Clin Oral Implants Res* 2018; 29:1177-1185. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/clr.13381>.
36. Schwarz F, Becker J, Civale S, Sahin D, Iglhaut T, Iglhaut G. Influence of the width of keratinized tissue on the development and resolution of experimental peri-implant mucositis lesions in humans. *Clin Oral Implants Res* 2018;29:576-582. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/clr.13155>