

ESTUDIOS ORIGINALES

Calidad del sueño y factores asociados con la alteración del sueño de pacientes hospitalizados

Sleep quality and factors associated with sleep disruption in patients hospitalized

Silvia Ortiz Molina¹, Miriam Gazulla Tomás², Mercedes Redondo Tienda³, Antonio Nevado Sarriá⁴

¹ Diplomada en Enfermería. Máster en Dirección y Gestión de Servicios de Enfermería. MBA en Dirección de Hospitales y Servicios de Salud. Supervisora de Área de Hospitalización del H.U. Móstoles (Madrid).

² Diplomada en Enfermería. Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología. Máster en Investigación en Bioética. Master en Gestión de Equipos de Enfermería. Supervisora de Área de Formación, Docencia e Investigación del H.U. Móstoles (Madrid).

³ Diplomada en Enfermería. Supervisora Unidad de Especialidades Médico-Quirúrgicas del H.U. Móstoles (Madrid).

⁴ Graduado en Enfermería. Máster en Dirección y Gestión de Enfermería. MBA en Dirección de Hospitales y Servicios de Salud. Supervisor de Reanimación y Unidad del Dolor del H.U. Móstoles (Madrid).

VIII Premios de Investigación CODEM 2024. Segundo premio.

DOI: <https://doi.org/10.60108/ce.379>

Cómo citar este artículo: Ortiz Molina, S. y otros, Calidad del sueño y factores asociados con la alteración del sueño de pacientes hospitalizados. Conocimiento Enfermero 30 (2025): 40-64.

Disponible en: <http://www.conocimientoenfermero.es>

RESUMEN

Introducción. La falta de sueño y descanso durante la hospitalización es un problema frecuente que puede agravar la situación clínica de los pacientes. El papel de los profesionales de Enfermería es clave para promover unos cuidados de calidad. Los factores que pueden influir pueden ser ambientales, sociales, psicológicos y fisiológicos, siendo importante detectar estos factores desencadenantes para ser abordados mediante distintas medidas tanto farmacológicas como no farmacológicas que puedan favorecer el descanso de los pacientes durante la hospitalización.

Objetivo. Describir la calidad del sueño de los pacientes hospitalizados en el H.U. Móstoles, así como identificar los factores que pueden estar influyendo en el mismo para poder implementar una serie de medidas.

Método. Estudio cuantitativo, transversal, observacional y descriptivo, recogida de datos de historia clínica, cumplimentación cuestionario Richards-Campbell, y cuestionario sobre factores influyentes en calidad del sueño.

Resultados. Muestra 124 pacientes. 38,7% precisa toma de medicación hipnótica, 9,7% realiza prácticas higiene del sueño. Número horas sueño durante ingreso 5,87. Sueño de calidad regular (según escala). No diferencias estadísticamente significativas al relacionar valoración global del sueño con sexo ni tipo de habitación, pero sí al relacionar la valoración global con la toma previa de hipnóticos y los días de estancia hospitalaria. Los factores más perturbadores son el dolor y la preocupación por la enfermedad.

Conclusiones. El sueño se perturba considerablemente durante el ingreso hospitalario, disminuyendo la calidad (calidad y fragmentación). Para lograr unos cuidados enfermeros de calidad deberemos propiciar un descanso nocturno adecuado.

Palabras clave: calidad del sueño; pacientes internos; trastornos del sueño.

ABSTRACT

Introduction. Lack of sleep and rest during the hospitalization period is a common problema that can aggravate the clinical situation of patients. The role of nursing professionals is key to promoting and facilitating quality care in the

proper management of problems related to nighttime sleep. The factors that can influence can be environmental, social, psychological and physiological, therefore it is important to detect these triggering factors to be addressed through different pharmacological and non-pharmacological measures that can favor patients' rest during hospitalization.

Objective. To describe the quality of sleep of patients hospitalized, as well as identifying the factors that may be influencing it in order to implement a series of measures.

Method. Quantitative, cross-sectional, observational and descriptive study by collecting data from the patients' medical history, completing the Richards-Campbell questionnaire, and a questionnaire on factors that can influence sleep quality. The information was analyzed using the SPSS v.26.0 statistical program.

Results. Sample 124 patients. 38,7% require taking hypnotic medication, 9,7% perform sleep hygiene practices. Number of hours of sleep during admission 5,87. Regular quality sleep (according to scale). There were no statistically significant differences when relating the global assessment of sleep with sex or type of room, but there were differences when relating the global assessment with the previous intake of hypnotics and the days of hospital stay. The most disturbing factors are pain and worry about the illness.

Conclusions. Sleep is considerably disturbed during hospital admission, decreasing quality (quality and fragmentation). To achieve quality nursing care we must provide an adequate night's rest.

Keywords: sleep quality; sleep disorders; inpatients.

1. Introducción

El sueño es una necesidad básica humana que es esencial para mantener la salud, la falta de sueño tiene efectos negativos tanto en la memoria como en la capacidad de aprendizaje, influyendo también en el sistema inmunitario, aumento del riesgo de infartos, problemas metabólicos y problemas de manejo del estrés [1,2].

Maslow incluyó el sueño dentro del primer nivel en la pirámide de necesidades básicas [3], Virginia Henderson también incluyó al sueño como una de sus 14 necesidades básicas en su Teoría de las Necesidades [4], y Marjory Gordon también lo consideró básico, dentro del patrón 5 [5], así como también se desarrolló por la NANDA dentro del proceso enfermero (dominio 4 correspondiente a actividad/reposo) [6].

El insomnio, definido por la CIE-10, como "la dificultad para iniciar o mantener el sueño, o no tener un sueño reparador, que dure al menos un mes y que, además se acompaña de fatiga diurna y síntomas del ámbito emocional y cognitivo-conductual, como irritabilidad, disforia, tensión o estado de ánimo deprimido" [7], es el trastorno del sueño más frecuente y uno de los que posee una mayor trascendencia sanitaria y social [8], siendo considerado como un problema de salud pública, y se relaciona con un aumento tanto de la morbilidad como de la mortalidad, además de suponer un importante consumo de recursos sanitarios. La necesidad de dormir para la recuperación de lesiones

y enfermedades está claramente asumida, existiendo un papel restaurador del sueño tanto en la salud como en la enfermedad [9].

El proceso del sueño consiste básicamente en dos fases o etapas [9]:

- **Fase REM**, representa 20-25% del tiempo dormido. Se caracteriza por movimientos rápidos de ojos y pequeños movimientos corporales, mientras que el cerebro continúa activo, las ondas cerebrales son rápidas y se aumenta el tono muscular, la presión sanguínea y la frecuencia cardíaca. En esta fase se producen la mayor parte de los sueños. En consecuencia, la fase REM del sueño no es considerada como de descanso o recuperación.
- **Fase NREM** que se divide a su vez en cuatro subetapas:
 - Fase I, una etapa de sueño más ligero o superficial, representa el 5% del tiempo de sueño, y se considera la transición entre la vigilia y el sueño. Se produce un enlentecimiento de la respiración y casi no se producen movimientos corporales, y disminuyen la temperatura corporal y la presión sanguínea.
 - Fase II, una fase de sueño más profundo, representa 45-50% del tiempo de sueño. En esta subetapa, se pueden producir despertares fácilmente y se produce un enlentecimiento de las funciones corporales y una disminución de la presión sanguínea

y de la actividad cardíaca entre otras funciones.

- Fase III y IV, dos subetapas de sueño más profundo todavía, representa 10-20% del tiempo dormido. En estas subetapas, es difícil despertar, y si se produce un despertar, la persona se sentirá confusa y desorientada. de esta forma, la mayoría de las funciones fisiológicas del organismo están disminuidas o mermadas y aparecen movimientos corporales involuntarios [9].

De esta forma, el sueño está compuesto por ciclos, cada ciclo tiene una duración media de unos 90 minutos con unos 22 minutos de sueño REM. Por tanto, durante un periodo de sueño de 7-8 horas, se repetirá este ciclo 4-6 veces. Si se produce un despertar antes del fin del ciclo, se comenzará un nuevo ciclo en una etapa de sueño más ligero, por lo que, si este despertar se produce varias veces en la noche, el sueño no podrá ser reparador.

A medida que avanza la edad de los pacientes, el sueño REM suele disminuir y aumenta la fase de sueño ligero NREM, además, el sueño de las personas mayores es de peor calidad, ya que suelen dormir menos horas y menos profundamente durante esas horas. Los trastornos del sueño más habituales en las personas de edad avanzada incluyen la dificultad para conciliar el sueño, despertares nocturnos, despertarse más temprano por las mañanas además de somnolencia diurna [9,10].

La necesidad de sueño y descanso se ve aumentada durante el proceso de enfermedad ya que esta situación supone un gasto energético superior. Lamentablemente, el entorno hospitalario suele ser poco propicio para el descanso o para dormir adecuadamente, siendo una de las quejas más frecuentes entre los pacientes hospitalizados, resultando un añadido a su problema o patología de base.

Son múltiples los factores que pueden influir en el sueño de los pacientes hospitalizados, entre los que podemos destacar el dolor, la ansiedad, los efectos de los medicamentos, las intervenciones médicas o de enfermería, el ruido y la luz ambiental, además de la enfermedad en sí misma, pudiendo influir en una alteración tanto

de la calidad como de la cantidad del sueño de los pacientes hospitalizados [11,12].

En función de la calidad del sueño, se puede clasificar en personas con un patrón de sueño eficiente o de buena calidad y personas con un sueño no eficiente o de pobre calidad, siendo tres los aspectos básicos para determinar la calidad del sueño: duración, continuidad y profundidad [8].

Como señalan García Sánchez et al [8], otro aspecto a considerar junto con el sueño, es el descanso, “un período de inactividad en el que el cuerpo restaura la energía empleada durante el día y que es fundamental para preservar nuestra salud”, describiendo cuatro tipos de descanso: físico, sensorial, emocional y mental [8].

Según estas autoras, el descanso físico se relaciona con una interrupción de la actividad física, el descanso sensorial se logra con la quietud y sin usar los ojos, ya que esto ocasiona un gran gasto energético, y el descanso emocional y mental se obtiene evitando altibajos a nivel personal y mental, logrando una separación de la mente de las actividades intelectuales [8].

Los pacientes hospitalizados frecuentemente pueden experimentar un sueño fragmentado y de mala calidad, corriendo el riesgo de sufrir alteraciones marcadas del ritmo circadiano, y pudiendo verse agravado este hecho con el empeoramiento de la gravedad de la enfermedad, así como en el período postoperatorio inmediato, persistiendo estos hechos más allá de la fase aguda de la enfermedad, prolongándose así las estancias hospitalarias [13].

Con frecuencia, los pacientes, cuando se encuentran hospitalizados, refieren presentar un sueño fragmentado, con latencias de sueño prolongadas, despertares frecuentes, poca eficiencia del sueño nocturno, así como una reducción o ausencia del sueño profundo [9,10,13].

Las consecuencias de la falta de sueño en la población general están bien documentadas, siendo muchos de los mismos efectos observados en la población general relevantes para el entorno hospitalario, destacando las consecuencias cognitivas y neuroconductuales, una disfunción cardiovascular y respiratoria, una disfunción del sistema inmunitario, alteración del metabolismo, así como ansiedad y dolor [14-18].

El conocimiento de las causas de la alteración del sueño de nuestros pacientes y de cómo ayudar a su cuidado nos permitirá profundizar en la importancia de esta necesidad básica y su impacto en los pacientes.

Durante el ingreso hospitalario, son múltiples los factores que pueden contribuir al empeoramiento de la calidad y cantidad del sueño de los pacientes hospitalizados, aunque las características de estos factores pueden ser distintos según la unidad en la que esté ingresado el paciente [8], y según la patología que haya motivado el ingreso del mismo, además de afectar las patologías de base o comorbilidades que pueda presentar el mismo (como pueden ser apneas obstructivas, alergias, molestias gastrointestinales, etc). Así, los factores perturbadores del sueño pueden ser divididos en cuatro grandes grupos [8,9,13,19,21-28]:

- Factores ambientales: intervenciones de atención al paciente, temperatura, ruido, luz, etc.
- Factores físicos: dolor, necesidad de micción, fiebre, disnea, tos, movilidad, etc.
- Factores externos: presencia de dispositivos, etc.
- Factores psicológicos: preocupación, ansiedad, depresión, aburrimiento, etc.

Los profesionales de Enfermería deberán minimizar y atenuar estos múltiples factores para intentar alterar lo menos posible el patrón habitual de sueño de los pacientes hospitalizados y de esta forma facilitar el sueño y descanso nocturnos, siempre dentro de las posibilidades de cada institución.

Actualmente existen diferentes iniciativas a distintos niveles para favorecer el sueño y descanso nocturno, en este sentido, destaca el **proyecto Morfeo** [29], como proyecto de mejora de la estancia hospitalaria, se centró en reorganizar las tareas del personal de Enfermería durante el turno nocturno, creando las “horas mágicas”, de 12 de la noche a 6 de la mañana, en las que se deben evitar las interrupciones por parte del personal salvo caso de urgencia o necesidad.

También destaca la iniciativa **SueñOn®** [30]. Se trata de un proyecto impulsado y liderado

por enfermeras y dirigido a toda la sociedad, tanto profesionales de salud, gestores y pacientes, y coordinado por el ISCIII (Instituto de Salud Carlos III) con el fin de promover el descanso de las personas hospitalizadas.

El proyecto SueñOn® surge de la necesidad de abordar, desde los profesionales de la salud, y con un liderazgo enfermero, el problema de la interrupción del sueño en los pacientes hospitalizados y su consecuente falta de descanso [30].

Para ello, se proponen una serie de intervenciones para mejorar el sueño en los pacientes hospitalizados, intervenciones sencillas, de bajo o nulo riesgo que no requieren grandes inversiones en nuevos recursos, y basadas en la revisión de artículos con evidencia científica, es decir, aplicando la Enfermería Basada en la Evidencia, destacando [30-33]:

- Evaluar y tratar los trastornos del sueño subyacentes.
- Abordar y tratar las enfermedades y síntomas que interfieren con el sueño (con un manejo adecuado del dolor, por ejemplo).
- Reducir el ruido nocturno (evitando hablar en las habitaciones o cerca de ellas durante la noche y hablando en voz baja, disminuir el ruido producido por el aparataje, revisar la distribución física de los equipos, bajar el sonido de las alarmas de monitores, sustituir ruedas chirriantes de carros y otros aparatajes, evitar desplazamientos de aparataje durante la noche, etc.).
- Establecer un protocolo claro de exposición a luz diurna/nocturna (apagar luces que no sean imprescindibles de pasillos, despachos, almacenes, etc., apagar luces del control de enfermería, cerrar puertas de habitaciones, instalar aplicaciones de pantalla de ordenador para minimizar la luz nocturna, uso de linternas para evitar encender luces durante el período de descanso nocturno).
- Aumentar la confortabilidad (proporcionando ropa de cama limpia y cómoda, revisando a primera hora del turno de noche, permitir, en la medida de lo posible, el uso de pijamas propios, si así lo desea el paciente, vigilar la calidad de colchones,

almohadas, etc., controlar la temperatura ambiental, retirar dispositivos clínicos prescindibles que puedan limitar la movilidad del paciente, etc.).

- Uso de técnicas simples de relajación.
- Disminuir o limitar en la medida de lo posible las intervenciones durante las horas de sueño con una reorganización de los cuidados durante el período nocturno.
- Revisión de la medicación.

A pesar de la importancia evidente de todo lo explicado anteriormente, en los estudios existentes se pone de manifiesto que, sólo un 11% de las enfermeras manifiesta haber realizado alguna actividad formativa sobre trastornos del sueño en los cinco años previos a ser consultados [34].

Actualmente, existen diferentes métodos para realizar una evaluación del insomnio y de la calidad del sueño, algunos de ellos presentan el inconveniente de precisar aparataje específico y no tener en consideración la percepción subjetiva del sueño, como pueden ser la polisomnografía nocturna o actigrafía de muñeca. A estos métodos podemos asociar distintos métodos subjetivos de valoración que pueden ir desde una entrevista clínica, los llamados “diarios del sueño”, que son registros elaborados por el propio paciente en el que recogen el momento de acostarse, el tiempo que tarda en conciliar el sueño, número de despertares nocturnos, último despertar por la mañana, momento de levantarse, siestas, medicación y calidad del sueño [32], así como al uso de diferentes escalas y cuestionarios específicos que se encuentran estandarizados y validados, destacando el cuestionario de Richards-Campbell, cuestionario de Oviedo, cuestionario de Leeds, Índice de calidad del sueño de Pittsburgh, escala de Atenas, etc.

El presente estudio se centra en el paciente hospitalizado en unidades de hospitalización general [15,20,29,32,33,41,42,47], en este caso, en la unidad de Cirugía General y Digestiva, ya que aunque existen estudios realizados en centros de día, servicios especiales, etc., la bibliografía sobre este tema se centra más en el ámbito de las unidades de Cuidados Intensivos

[20-22,24,37], además de para hacer una comparativa de los resultados obtenidos con los datos existentes en la evidencia científica ya publicada.

La pregunta de investigación del presente trabajo es: ¿Cuál es la calidad del sueño de los pacientes hospitalizados y cuáles son los factores perturbadores del sueño nocturno de los pacientes hospitalizados?

2. Objetivos

2.1. Objetivo general

- Describir la calidad y cantidad del sueño nocturno en el H.U. Móstoles comparado con el sueño habitual, en su domicilio, el mes previo a la hospitalización.

2.2. Objetivos específicos

- Medir la calidad del sueño de los pacientes ingresados en las unidades de hospitalización del H.U. Móstoles.
- Medir la cantidad del sueño de los pacientes ingresados en las unidades de hospitalización del H.U. Móstoles, expresada en horas.
- Identificar los factores que influyen en el sueño de los pacientes ingresados del H.U. Móstoles.

3. Material y método

3.1. Diseño

Se ha realizado un estudio cuantitativo, transversal, observacional y descriptivo en los pacientes ingresados en la Unidad de Cirugía General del H.U. Móstoles (EUH6A). La recogida de datos del estudio se ha realizado entre octubre y noviembre de 2023.

Para ello, se ha elaborado un formulario telemático con tres apartados (ver Anexo 1), utilizando la herramienta Google Forms. A continuación, se exponen los datos más representativos de cada uno de los apartados:

1. Datos sociodemográficos y datos clínicos del paciente: edad, sexo, días de estancia hospitalaria, tipo de habitación, toma de hipnóticos en domicilio y durante la estancia hospitalaria, realización de hábitos de higiene del sueño en domicilio y durante la estancia hospitalaria.
2. Cuestionario del Sueño de Richards-Campbell [19] (Richards-Campbell Sleep Questionnaire, RCSQ), traducido al español. Este cuestionario mide la percepción subjetiva del sueño de los pacientes, mostrándose su validez y fiabilidad por haberse comparado los resultados con los datos recogidos en la polisomnografía [21].

El cuestionario contiene 5 ítems contruidos en una escala visual análoga. Las puntuaciones para cada ítem las señala el paciente en una regla graduada de 100 mm, siendo el rango de 0 mm (peor sueño) a 100 mm (óptimo sueño). La puntuación total del RCSQ se calcula dividiendo la suma de las puntuaciones de los ítems entre cinco. Cada uno de los cinco ítems del cuestionario RCSQ explora un área de sueño de las cinco que se reflejan en los estudios de polisomnografía [21].

Este cuestionario fue traducido del inglés al español siguiendo la técnica de la traducción inversa [21]. En los análisis de fiabilidad del mismo, Richard et al [21], en el año 2000 obtuvieron un alfa Cronbach de 0,90; y en cuanto a la validez, afirman que el análisis factorial sugiere que el RCSQ es una escala unidimensional, donde la puntuación total puede representar el constructo del sueño [21].

Se considerarán que el sueño habrá sido de mala calidad si los pacientes obtienen puntuaciones entre 0 y 33 mm, un sueño regular por encima de 33 hasta 66 mm y de buena calidad en cifras mayores de 66 mm [8,21].

Al haberse diseñado un cuestionario o formulario en línea o telemático, en vez de un cuestionario en formato papel, el modelo de graduación de la respuesta de este cuestionario de Richards-Campbell suponía una dificultad, ya que no existía la op-

ción de realizar esta graduación de forma directa por parte del paciente, es decir, no existía este tipo de respuesta. Por este motivo, se optó por incluir en el cuestionario una imagen de una regla de 10 cm milimetrada, construida de esta forma como una escala análoga visual.

El entrevistador, llegado a este punto del cuestionario, explica al paciente que cada uno de los ítems del cuestionario deben ser valorados y señalados en la regla según los criterios que se explican en cada ítem, y el valor que indica el paciente es transcrito en el campo correspondiente a ese ítem, bien por el propio paciente o bien con la ayuda del entrevistador en caso de ser necesario.

3. Cuestionario con 23 preguntas sobre los factores más descritos en la literatura que tienen una mayor influencia en el sueño. El paciente graduará cada factor en una escala tipo Likert del 1 al 10, siendo 1 el valor que menos afecta su sueño y 10 el que tiene un mayor impacto [8].

Se consideraron que las puntuaciones entre 1 y 3 muestran que el factor estudiado tiene escasa influencia en el sueño, entre 4 y 7 mostrará una influencia media de impacto en el sueño, mientras que las puntuaciones superiores a 7 han sido consideradas de máximo impacto, siguiendo lo descrito en investigaciones previas consultadas [8,20,24,33].

3.2. Procedimiento de recogida de datos

Durante el período de recogida de datos, cada día se ha obtenido un listado con todos los pacientes ingresados en la unidad de Especialidades Quirúrgicas (EUH6A) a cargo del servicio de Cirugía General y Digestiva, utilizando el aplicativo informático SELENE, y dicho listado fue analizado por la investigadora principal del presente trabajo, para seleccionar los pacientes a entrevistar, para posteriormente seleccionar aquellos pacientes que cumplan los criterios de inclusión en el presente estudio.

En primer lugar, el entrevistador solicitó la colaboración de los pacientes que cumplieran los

criterios de inclusión en el estudio, explicó la importancia del estudio y pidió su colaboración y participación en el mismo. Tras ser informados, y si los pacientes acceden a participar en el estudio y dan su consentimiento por escrito, se explicaron las instrucciones para la correcta cumplimentación de los cuestionarios. En caso de no poder cumplimentar el cuestionario en ese momento, se pactó un espacio para hacerlo junto con el paciente.

Las encuestas fueron cumplimentadas por los pacientes, a través del uso de una tablet con el acceso al formulario de Google Form creado a este efecto. Dicha cumplimentación fue realizada junto con el entrevistador, que no participó, pero estuvo disponible para poder solventar las posibles dudas que pudieran surgir en el proceso. En el caso de que hubiera cualquier duda, se resolvió y se registraron en un archivo Excel (sin registro del paciente, sólo como un dato informativo para los investigadores). El proceso de recogida de datos se realizó a primera hora de la mañana (en el intervalo de 8 a 10 horas) para asegurar que el paciente no perdiera la objetividad sobre su sueño nocturno, siguiendo también el criterio de otros investigadores [20,21].

La versión preliminar del cuestionario se ha puesto a prueba con un enfoque de dos pasos:

- En primer lugar, se ha llevado a cabo una prueba de viabilidad presentando el cuestionario a cinco profesionales de Enfermería, para una evaluación crítica. Después de sus comentarios, se ha modificado el cuestionario recogiendo las mejoras sugeridas.
- En un segundo paso, ha sido redactada la encuesta en línea, siendo puesto a prueba por cinco profesionales asistenciales de Enfermería que han revisado la comprensión y viabilidad del cuestionario en línea.

Basándose en los comentarios de ambas partes se han realizado las adaptaciones finales del diseño. Las principales modificaciones realizadas respecto a la versión preliminar del cuestionario atendían a la visibilidad del tamaño de letra, agrupación de ítems, así como la modificación de alguna terminología expresada (cambiar la palabra “hipnóticos” por “medicación para

conciliar el sueño”, y cambiar la expresión “práctica de higiene del sueño” por “prácticas que faciliten el sueño nocturno”).

3.3. Ámbito de estudio

El H.U. Móstoles se inauguró en 1983 y fue el primer hospital general público que se abrió en la Comunidad de Madrid fuera de la capital. En actualidad, atiende a una población superior a los 155.000 habitantes de los municipios de Móstoles y Arroyomolinos, formando parte del área VIII de Salud de la Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid.

El H.U. Móstoles cuenta con un promedio de 365 camas funcionantes, distribuidas en 180 habitaciones, individuales y dobles. Ocupa un edificio principal de 45.000 m² y de él depende el Centro de Especialidades “Coronel de Palma”.

En este centro sanitario trabajan más de dos mil profesionales cualificados: médicos, farmacéuticos, biólogos, matronas, fisioterapeutas, enfermeras, técnicos especialistas, auxiliares de Enfermería, trabajadores sociales, celadores, maestros, personal de administración, gestión, mantenimiento, hostelería, limpieza, etc.

Esta asistencia sanitaria comprende consultas, hospitalización, realización de pruebas diagnósticas y terapéuticas, así como atención urgente.

La unidad de hospitalización de Cirugía General se encuentra ubicada en la sexta planta, en el control A, con una asignación de 22 camas.

3.4. Participantes de estudio

Los participantes del presente estudio fueron los pacientes que han sido ingresados en la unidad de Especialidades Quirúrgicas (6ª planta) del H.U. de Móstoles, a cargo del servicio de Cirugía General y Digestiva.

3.4.1. Criterios de inclusión

- a) Pacientes ingresados en el H.U. Móstoles en la unidad de Especialidades Quirúrgicas, a

cargo del servicio de Cirugía General y Digestiva.

- b) Tener una edad mínima de 18 años.
- c) Pacientes que hablan y entienden español.
- d) Pacientes conscientes y orientados.
- e) Haber pernoctado al menos una noche en la unidad de hospitalización de Cirugía General y Digestiva.
- f) Haber aceptado participar voluntariamente en el estudio, mediante firma de consentimiento informado elaborado al efecto.

3.4.2. Criterios de exclusión

- a) Pacientes con tratamientos psiquiátricos previos.
- b) Pacientes con incapacidad de comunicación.
- c) Pacientes con déficit cognitivos que dificulten la aplicación del cuestionario

3.5. Tamaño muestral y muestreo

Para el cálculo del tamaño muestral se ha utilizado el programa GRANMO. Para ello, se ha estimado una muestra necesaria de 124 individuos, teniendo en cuenta una población ingresada en el servicio de Especialidades Quirúrgicas de 174 pacientes (basado en los datos de ingresos a cargo del servicio de Cirugía General y Digestiva en la unidad de Especialidades Quirúrgicas, durante los mismos meses de octubre y noviembre de 2022, obtenidos a través del servicio de Admisión y Documentación Clínica del H.U. Móstoles). Para un nivel de confianza del 95%, y una precisión de ± 5 unidades porcentuales, un porcentaje poblacional que previsiblemente será de alrededor del 50%, y una tasa de reposición estimada necesaria prevista del 10%.

La técnica de muestreo fue no probabilística de conveniencia siguiendo los criterios de inclusión y exclusión.

3.6. Variables

Las variables a estudio fueron: calidad del sueño y horas de sueño la última noche durante el

ingreso, edad, sexo, días de hospitalización, tipo de habitación, toma de medicación hipnótica previa al ingreso, toma de medicación hipnótica durante el ingreso, realización de actividades previas al sueño antes del ingreso, realización de actividades previas al ingreso.

3.7. Seguimiento y recogida de datos

La recogida de datos se ha realizado durante el intervalo comprendido entre los meses de octubre y noviembre de 2023.

3.8. Análisis de datos

Los datos se han procesado en primer lugar en una base de datos de Microsoft Excel y, en segundo lugar, para el análisis estadístico se ha utilizado el paquete de programas estadísticos SPSS v.26.0. Se ha llevado a cabo un análisis descriptivo para todas las variables. Las cualitativas se han descrito con frecuencias y porcentajes para cada una de sus categorías y las cuantitativas con la media y desviación estándar (DE) cuando sigan una distribución normal y como mediana, mínimo y máximo en caso contrario. También se han calculado los correspondientes intervalos de confianza (IC) al 95%.

Para el contraste de hipótesis, y de forma previa a la elección del test estadístico, en las variables cuantitativas se ha realizado la prueba de Kolmogorov-Smirnov para verificar la distribución normal de las variables. En los contrastes de hipótesis se aceptan como resultados significativos los obtenidos para $p < 0,05$.

Para el análisis estadístico, se ha realizado una estimación de la calidad del sueño de manera global y para cada uno de los factores con base en la puntuación obtenida en los cuestionarios.

4. Resultados

De la población total a estudio, 133 pacientes en total, 9 pacientes se negaron a participar en el estudio (6,77%). De esta forma se han obtenido

TABLA 1. Edad por intervalos de pacientes estudiados.

Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<45 años	21	16,94	16,94	16,94
45-55 años	22	17,74	17,74	34,68
56-65 años	15	12,10	12,10	46,78
66-75 años	30	24,19	24,19	70,97
>75 años	36	29,03	29,03	100
	124	100	100	

124 cuestionarios, no se ha descartado ningún cuestionario por no haber sido cumplimentado correctamente en su totalidad, ya que el diseño del propio formulario no permitía la no contestación de ningún ítem para poder guardar los datos del mismo. Por lo tanto, se han obtenido 124 cuestionarios, los estimados como necesarios en el cálculo del tamaño muestral, siendo todos ellos correctamente cumplimentados.

4.1. Descripción de la muestra

La edad media de la muestra obtenida es de 62,35 años (DE 18,471), con una edad mínima de 23 años y una edad máxima de 91 años (ver tabla 1). En cuanto al sexo, el 55,6% son hombres (n=69), y el 44,4% son mujeres (n=55).

La estancia media hospitalaria ha sido de 4,23 días (DE 5,096) con una estancia mínima de 1 día y una estancia máxima de 36 días. En cuanto al tipo de habitación en la que han estado durante su estancia hospitalaria, el 36,3% han estado en una habitación individual (n=45) y el 63,7% han estado en una habitación compartida (n=79).

En cuanto a la toma de medicación para conciliar el sueño de forma previa al ingreso hospitalario, el 19,4% de los pacientes refieren tomarla (n=24), y el 80,6% de los pacientes refieren no tomar medicación para conciliar el sueño previamente al ingreso (n=100).

En relación a la ingesta de medicación para conciliar el sueño durante el ingreso hospitalario, el 38,7% de los pacientes la ha precisado (n=48), y el 61,3% no ha necesitado tomar medi-

cación para conciliar el sueño durante el ingreso (n=76).

El 9,7% de los pacientes refiere que realizaba alguna práctica de higiene del sueño, para facilitar el sueño nocturno antes del ingreso hospitalario (n=12), y el 90,3% de los pacientes refiere que no realizaba ninguna práctica para facilitar el descanso nocturno antes del ingreso hospitalario (n=112).

Durante el ingreso hospitalario, el 3,2% de los pacientes refiere realizar alguna práctica de higiene del sueño nocturno (n=4), y el 96,8% de los pacientes refiere que no realiza ninguna práctica para favorecer el sueño nocturno durante el ingreso hospitalario (n=120).

A4.2. análisis estadístico

Si se relaciona la realización de unos correctos hábitos o prácticas de higiene del sueño con la toma de medicación para conciliar el sueño antes del ingreso hospitalario, se observan diferencias estadísticamente significativas ($p<0,05$), pero no se observan estas diferencias al relacionar la necesidad de tomar medicación hipnótica con haber realizado prácticas de higiene del sueño de forma previa al ingreso hospitalario

Tampoco se observan diferencias estadísticamente significativas al relacionar la toma de medicación hipnótica para conciliar el sueño durante el ingreso con la edad de los pacientes ($p>0,05$).

En cuanto al número de horas de sueño nocturno previo al ingreso hospitalario, la media es de 7 horas, siendo también 7 horas la mediana,

TABLA 2. Horas de sueño nocturno previo al ingreso hospitalario.

Horas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<6 horas	21	16,94	16,94	16,94
6-8 horas	85	68,55	68,55	85,49
>8 horas	18	14,51	14,51	100
	124	100	100	

TABLA 3. Horas de sueño nocturno durante el ingreso hospitalario.

Horas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<6 horas	58	46,77	46,77	46,77
6-8 horas	48	38,71	38,71	85,48
>8 horas	18	14,52	14,52	100
	124	100	100	

y la moda 8 horas, DE 1,588, con un mínimo de 3 horas de sueño nocturno y un máximo de 11 horas (ver tabla 2).

Durante el ingreso hospitalario, el número de horas que los pacientes refieren haber dormido durante el sueño nocturno ha sido de 5,87 horas, mediana 6 horas y la moda 5 horas, DE 2,267, con un mínimo de 0 horas y un máximo de 11 horas (ver tabla 3).

Si relacionamos el número de horas de sueño nocturno durante el ingreso hospitalario con el número de horas que los pacientes dormían de forma previa al ingreso, se obtienen diferencias significativas ($p < 0,001$), pero no se obtienen diferencias estadísticamente significativas entre el número de horas que duermen los pacientes durante el ingreso hospitalario con el tipo de habitación (individual o compartida), $p > 0,05$.

Según la bibliografía consultada, se ha establecido que valores de 0 a 33 puntos corresponden a un sueño de mala calidad, de 34 a 66 puntos a un sueño de regular calidad, y valores por encima de 67 a 100 puntos corresponden a un sueño de buena calidad.

Por tanto, la satisfacción sobre el sueño y su descanso nocturno de los pacientes encuestados, se puede clasificar como de regular calidad, ya que la media de los resultados de la encuesta de Richards-Campbell es de 56,56 puntos, des-

TABLA 4. Resultados encuesta Richards-Campbell.

Enunciado	Media	DE
Mi sueño la pasada noche fue: Ligero..... Profundo	55,00	27,86
La primera vez que me dormí anoche: No conseguí quedarme dormido..... Me dormí de inmediato	57,30	31,32
La pasada noche: Apenas me desperté..... Estuve casi toda la noche despierto	50,40	28,81
La pasada noche cuando me desperté: No pude volver a dormirme..... Me volví a dormir enseguida	61,20	33,02
La pasada noche: He dormido..... He dormido bien	58,90	28,83
TOTAL	56,56	

tacando como la peor valorada o más negativa la tercera pregunta por la que los pacientes refieren haber tenido despertares nocturnos (50,4 puntos). Los resultados de cada apartado del cuestionario de Richards-Campbell se muestran en la tabla 4.

En relación a la última cuestión evaluada en el cuestionario de Richards-Campbell sobre haber dormido bien o mal, en general, la anterior

noche, la puntuación obtenida (58,90) refleja un sueño de regular calidad en los pacientes encuestados.

Si relacionamos cada uno de los ítems de la escala de Richards-Campbell con el sexo, y la valoración global de la calidad del sueño con el sexo, no obtenemos diferencias significativas, ni al relacionarlo con el tipo de habitación durante el ingreso hospitalario.

Sin embargo, también se observan diferencias estadísticamente significativas al relacionar la valoración global del sueño con haber precisado la toma de medicación hipnótica para conciliar el sueño tanto antes del ingreso hospitalario, como durante el propio ingreso hospitalario ($p<0,05$).

También obtenemos diferencias estadísticamente significativas al relacionar la valoración global del sueño, según la escala de Richards-Campbell con la edad ($p<0,05$), y al relacionar la valoración global del sueño con el número de días de estancia hospitalaria ($p<0,05$).

En cuanto a los resultados obtenidos en relación a los factores perturbadores del sueño, los resultados se pueden ver expresados en las tablas 5-8, destacando como más perturbador el dolor (7,46 puntos) y las preocupaciones por la enfermedad, ingreso o la realización de pruebas diagnósticas (6,53 puntos), y como menos perturbadores las interrupciones del personal (3,50 puntos) y la presencia de vendajes o inmovilizaciones (3,64 puntos) y de gafas nasales o mascarillas de oxígeno (3,68 puntos).

Si relacionamos la puntuación obtenida en cada uno de los factores perturbadores del sueño de tipo ambiental con el número de días de estancia hospitalaria, no obtenemos diferencias estadísticamente significativas.

Se obtienen diferencias estadísticamente significativas al relacionar la puntuación obtenida por el ítem "Dolor" dentro de los factores perturbadores del sueño de tipo físico, con el número de días de estancia hospitalaria ($p<0,05$), al igual que con el ítem "Fiebre", no se evidencian diferencias al relacionar la estancia hospitalaria con el resto de factores físicos.

Dentro de los factores de tipo externo, también se observan diferencias estadísticamente significativas entre la puntuación obtenida en el

TABLA 5. Factores ambientales.

Factor perturbador	Media	DE
Compartir habitación	6,05	3,774
Ruido en pasillos	4,90	3,362
Temperatura habitación	5,81	3,310
Luces ambientales	4,94	3,699
Incomodidad por colchón, ropa de cama, etc.	5,04	3,690
Interrupciones del personal	3,50	3,114

TABLA 6. Factores físicos.

Factor perturbador	Media	DE
Inmovilidad en la cama	6,00	3,698
Dificultad para respirar / tos	5,41	3,631
Náuseas / vómitos	5,06	3,554
Hambre / sed	5,24	3,585
Necesidad micción / deposición	6,32	3,517
Dolor	7,46	3,348
Fiebre	5,44	3,964

TABLA 7. Factores externos.

Factor perturbador	Media	DE
Accesos venosos / medicación / bombas infusión	5,77	3,611
Vendajes / inmovilizaciones	3,64	2,883
Gafas nasales / mascarillas oxígeno / CPAP	3,68	2,962
Drenajes / ostomías	5,55	3,692
Sonda vesical / sonda nasogástrica	5,76	3,703

TABLA 8. Factores emocionales.

Factor perturbador	Media	DE
Aburrimiento	4,80	3,620
Depresión	4,40	3,752
Ansiedad	4,85	3,840
Preocupación por familia / trabajo / entorno	6,40	3,702
Preocupación por enfermedad / ingreso / pruebas	6,53	3,540

ítem “Presencia de vendajes o inmovilizaciones”, el ítem “Presencia de gafas nasales y/o mascarillas de oxígeno”, el ítem “Presencia de drenajes u ostomías” y “Presencia de sonda vesical y/o sonda nasogástrica”, al relacionarlo con el número de días de estancia hospitalaria ($p<0,05$).

En cuanto a la relación entre los factores de tipo emocional, con respecto a la estancia hospitalaria, sólo se encuentran diferencias estadísticamente significativas al relacionarlo con el factor “Depresión” ($p<0,05$).

Los factores que se han obtenido como más perturbadores son los factores físicos (5,85 puntos), seguidos por los factores emocionales (5,40 puntos), y los factores menos perturbadores son los factores externos (4,88 puntos), las medias de los diferentes grupos de factores se muestran en la tabla 9.

No se obtienen diferencias estadísticamente significativas al relacionar el número de horas de sueño previo al ingreso con el sexo, pero sí se obtienen diferencias estadísticamente significativas al relacionar el número de horas de sueño durante el ingreso con el sexo ($p<0,001$), al igual que al relacionar el número de horas de sueño durante el ingreso con el número de horas de sueño previo al ingreso hospitalario ($p<0,001$).

También se obtienen diferencias estadísticamente significativas al relacionar la variable “Tipo de habitación” con el número de horas de sueño durante el ingreso hospitalario ($p<0,001$).

5. Discusión

Está demostrado, con la evidencia disponible, que la higiene del sueño resulta un pilar esencial en el tratamiento de las alteraciones del sueño, facilitando el sueño y mejorando la calidad del mismo [8,37]. El comienzo y mantenimiento del sueño se ve favorecido por una buena higiene del sueño y colabora en el logro de un sueño reparador. Sin embargo, la realización de estas prácticas de higiene de sueño es realmente baja en la población encuestada (9,3%), y notablemente más baja que la obtenida en la bibliografía consultada [2,30], además de quedar prácticamente anulada cuando los pacientes se

TABLA 9. Media clasificación de grupos de factores perturbadores.

Grupo de factores	Media
Factores ambientales	5,04
Factores físicos	5,85
Factores externos	4,88
Factores emocionales	5,40

encuentran hospitalizados, dato que sí concuerda con la bibliografía consultada [8,32,38,39].

En este sentido, aunque según diferentes estudios, un 93% de los profesionales de Enfermería del ámbito de atención primaria refieren dar consejos verbales a sus pacientes sobre consejos de higiene del sueño, y el 48,5% manifiestan darlos por escrito [40,41], y que la mayoría de las enfermeras refieren ofrecer información sobre medidas de higiene del sueño, el porcentaje de pacientes que refiere practicar estas medidas de higiene en el ámbito domiciliario, es todavía muy reducido, y esto se ve agravado especialmente durante el ingreso hospitalario.

Tal como señala Wilfling et al [9], para un correcto manejo de los trastornos del sueño, se deben incluir intervenciones tanto nocturnas como diurnas, punto en el que las enfermeras tienen un papel clave en la implementación de estas medidas, siendo evidente la importancia del liderazgo enfermero en este punto. Como indica Pujals-Mas et al [33], poner en práctica intervenciones y cuidados de Enfermería dirigidos a mejorar el descanso de los pacientes hospitalizados, repercutirá no sólo en la satisfacción y bienestar de los propios pacientes, sino también mejorará el clima laboral y el trabajo en equipo, repercutiendo también en el entorno y en la organización del trabajo. Por tanto, los beneficios aportados se encuentran a nivel del paciente, de los profesionales y de la propia institución.

El ingreso hospitalario se demuestra claramente como un factor estresor, como ya han señalado otros autores anteriormente [23,24, 26,42], a pesar de ello, las enfermeras seguimos tendiendo subestimar o infravalorar los problemas del sueño durante el ingreso hospitalario.

Aunque la actividad se ve reducida en el turno de noche, no existe una cultura completamente favorecedora del sueño y del descanso nocturno.

En relación a la duración del sueño de los pacientes, el 16,94% refieren dormir menos de 6 horas antes del ingreso hospitalario, lo que es inferior a lo recomendado, ascendiendo este porcentaje de forma significativa al 46,77% durante el ingreso hospitalario, siendo la media de 5,87 horas, lo que coincide con otros autores como Vera Catalán [36], dato que se asocia con un mayor número de trastornos.

El valor obtenido en el presente estudio, de la calidad del sueño es calificado como regular, pero ligeramente superior a la bibliografía consultada [8,13,20,21-24,26,38], lo que podría deberse, como señala Vera Catalán [29], a que el descanso nocturno en los hospitales pequeños-medianos, como es el H.U. Móstoles, se percibe como mejor con respecto al percibido en los hospitales más grandes y de una mayor complejidad.

Durante el ingreso se demuestra que aumentan los requerimientos de medicación hipnótica, lo que también coincide con la evidencia previa [8,36], aunque el porcentaje de pacientes que la han requerido es inferior a la obtenida en la bibliografía.

Analizando las puntuaciones obtenidas en el cuestionario de Richards-Campbell, podemos afirmar que el perfil de sueño de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Especialidades Quirúrgicas, a cargo del servicio de Cirugía General y Digestiva, fue un sueño de regular calidad, con varios despertares nocturnos y que cuando se despertaban o les despertaban les costaba relativamente poco volver a dormirse.

El factor más puntuado como perturbador del sueño, en el presente estudio, ha sido el dolor, en consonancia con los resultados obtenidos por Carrera-Hernández et al [20], por lo que resulta evidente, que un adecuado control del dolor será clave para favorecer también el descanso nocturno de los pacientes hospitalizados, incorporando estrategias de mejora de la comodidad además de verificar la efectividad de la medicación administrada, acciones también propuestas por otros autores previamente

te, como Medina Cordero et al [44] y Carrera-Hernández et al [20].

Kulpatcharapong et al [26], también encontraron que el principal factor perturbador del sueño era el dolor en los primeros días de ingreso, y este factor disminuía, pasando a ser la luz ambiental el principal factor perturbador en los posteriores días de ingreso, además de demostrar que la calidad del sueño mejoraba parcialmente durante el desarrollo de la hospitalización, hecho que es congruente con que a medida que avanza el proceso de la enfermedad, en el caso del presente estudio, el postoperatorio, la presencia de dolor, dispositivos, estomas, etc., se ve reducido, además de disminuir la preocupación y ansiedad por el proceso de la enfermedad. Este punto se ve reforzado por los resultados obtenidos en esta investigación que encuentra diferencias estadísticamente significativas entre distintos ítems de factores perturbadores, principalmente físicos y externos, al relacionarlos con los días de estancia hospitalaria.

Según Nicolás et al [21], los motivos más perturbadores del sueño fueron el dolor, ruido, incomodidad, interrupciones del personal y preocupaciones, dicho estudio se desarrolló en una unidad de cuidados intensivos. Sin embargo, en el estudio llevado a cabo por Carrillo et al [38], los aspectos que más influían en la alteración del sueño durante el ingreso fueron los propios del ambiente hospitalario, como la cama, ruido en pasillo, tener habitación compartida y luz ambiental, además de las preocupaciones por la propia salud.

Penals Casals et al [39], destacan como perturbadores ambientales el hecho de compartir habitación, además de las preocupaciones por la enfermedad. Este factor de la preocupación por la enfermedad, que también se señala en el presente estudio, nos pone también de manifiesto la importancia de que el paciente esté informado de la forma más correcta y exhaustiva posible, lo que redundará en un mejor descanso durante el proceso de la enfermedad.

Medina Cordero et al [44] también señalan, como principales factores perturbadores, después del dolor y molestias de la enfermedad, lo que denominan la “estructura del hospital”,

lo que englobaría los horarios de tratamientos, organización de los cuidados y estímulos ambientales. Esto también coincide con otros estudios que, en este sentido, proponen recomendaciones de reducción de luz y ruido, además de horarios de “no molestar” para facilitar los ciclos de sueño, ya que se han demostrado como los factores más perturbadores del sueño [23,35,44-46].

Sin embargo, esto no concuerda con los resultados obtenidos en el presente estudio, lo que podría indicar o significar que en el H.U. de Móstoles se está realizando una buena labor en este sentido, con intervenciones en la línea de adecuar horarios, reorganizar tareas, y disminuir la influencia de los factores ambientales durante el horario nocturno, siempre dentro de las posibilidades arquitectónicas del mismo. Aunque, como se evidencia en otros estudios, la influencia de los diferentes factores está relacionadas con la unidad donde se encuentra hospitalizado el paciente, y las características de la misma, ya que el ambiente existente es puede ser muy variable [8,26].

Teniendo en cuenta la puntuación obtenida por las luces ambientales (4,94) y el ruido (4,90), no recomendaríamos como una de las medidas principales, la utilización de antifaces ni de tapones para los oídos, como sí se recomiendan en otras investigaciones publicadas [26,30,31,51], apoyando que estas medidas pueden ser eficaces en unidades de cuidados intensivos, pero no está demostrada su eficacia en unidades de hospitalización general.

En las unidades de cuidados intensivos, el entorno tiene una mayor influencia ya que la presencia de ruido, luces ambientales que dificultan la orientación del día y noche, y por tanto, resultan en una alteración del ritmo circadiano, las necesidades de vigilancia más constante, una actividad asistencial más marcada, con mayores interrupciones del personal, etc., además de una mayor afectación emocional tanto de miedo, ansiedad y estrés, dificultan el descanso en mayor medida, que en las unidades de hospitalización general, como la estudiada en el presente trabajo.

La prevalencia de trastornos del sueño en pacientes adultos hospitalizados mayores de 65

años consultada en la bibliografía, está en torno al 37-42% [23,26,35,40], lo que concuerda con los datos obtenidos en este estudio, siendo algo superior en las mujeres, lo que también concuerda con los datos obtenidos.

La bibliografía consultada señala que para tratar los trastornos del sueño son de primera elección las intervenciones no farmacológicas frente al uso de medicación, además estas medidas entran dentro de nuestras competencias profesionales [35], donde se incluyen las medidas de higiene del sueño, terapias psicoterapéuticas, como la terapia cognitivo-conductual, control de estímulos y relajación muscular, entre otras.

Además de las ventajas que presentan estas medidas, como son ser más económicas, presentar menores efectos secundarios y tener al paciente como eje central de su propio proceso³⁵, hay que tener presente que el uso de estas intervenciones se encuentra limitado en el ámbito hospitalario por las características propias del mismo. Por tanto, las estrategias no farmacológicas que se pueden implementar desde el ámbito de la Enfermería, durante los ingresos hospitalarios, destacan:

- Limitación de ruido ambiental
- Exposición a luz durante el día
- Limitar las siestas diurnas
- Reducir las actividades de Enfermería durante el período nocturno salvo que sean estrictamente necesarias
- Control adecuado del dolor y ansiedad

Resultan interesantes iniciativas como la propuesta por Santos de Andres [31], Pujals Mas et al [33], y de Bellon et al [52], que realizan una evaluación de las intervenciones de Enfermería para mejorar la calidad del sueño en los pacientes hospitalizados, para poder estimar el efecto real de cada una de las intervenciones realizadas, lo que facilitaría la implantación de estas medidas en otros centros sanitarios.

También hay que destacar como se ha observado en otros estudios, que la valoración de Enfermería sobre el descanso nocturno de los pacientes hospitalizados y la percepción subjetiva de los propios pacientes no coincide [22,53],

ya que generalmente el registro de Enfermería mostraba que el paciente dormía más y mejor de lo expresado por el propio paciente.

6. Conclusiones

El sueño de los pacientes se perturba considerablemente durante el ingreso hospitalario, disminuyendo también la calidad del mismo, tanto en términos de duración como de calidad y fragmentación, lo que se evidencia, tanto por el número de horas de sueño durante el ingreso hospitalario, como por la percepción de la calidad del mismo que refieren los pacientes, además de por un aumento de pacientes que precisan tomar medicación hipnótica durante el ingreso hospitalario.

Los profesionales de Enfermería no abordan el tema del problema de la calidad del sueño del paciente hospitalizado todo lo profundamente que el tema requiere, y deben poseer las herramientas necesarias para identificar estos problemas y plantear intervenciones de Enfermería adecuadas para promover un mejor descanso nocturno.

En este sentido, los profesionales de Enfermería deberían instruir a los pacientes durante la entrevista de valoración inicial de Enfermería, de la importancia de mantener o de instaurar unos correctos hábitos de higiene de sueño para que la afectación del descanso y el sueño nocturno durante el ingreso hospitalario sea minimizada.

Se deben implementar protocolos de sueño estandarizados, y la utilización de escalas de medida validadas para prevenir y tratar los problemas asociados al sueño en pacientes hospitalizados para disminuir la variabilidad en la práctica clínica.

Se debe reforzar la información proporcionada a los pacientes para disminuir el grado de ansiedad y estrés, y con ello disminuir la preocupación de los mismos durante el ingreso hospitalario, lo que redundará a su vez en un mejor descanso nocturno, favoreciendo así la recuperación de la propia enfermedad.

Para favorecer un correcto descanso de los pacientes, será necesario revisar los protocolos

analgésicos postoperatorios, para garantizar una correcta y eficaz pauta de analgesia para que este factor no influya de manera tan determinante en el descanso de los pacientes quirúrgicos.

Dado el papel crucial del personal de Enfermería en el control y manejo de los problemas o trastornos del sueño, un punto a desarrollar en un futuro sería un estudio en profundidad de los conocimientos y actitudes del personal de Enfermería sobre este tema al igual que sobre los factores perturbadores del sueño, ya que la literatura existente sobre este tema es escasa [9,39-41,45-49], y más escasa todavía a nivel de nuestro país.

Se evidencia que existe un amplio campo de mejora, por lo que se deberían diseñar planes formativos específicos para los profesionales sanitarios, para capacitar a los profesionales de Enfermería y que posean, según la mejor evidencia científica disponible, los conocimientos necesarios tanto para realizar una educación para la salud adecuada a sus pacientes, como para que estén realmente concienciados con la importancia del sueño para la recuperación y bienestar de los pacientes, y con el papel que ellos mismos juegan en la consecución de este objetivo, y para que los profesionales de Enfermería puedan realizar un manejo adecuado del sueño y su promoción, además de ser necesario incluir estos aspectos dentro de la formación pregrado.

Para lograr unos cuidados enfermeros de calidad deberemos propiciar un descanso nocturno adecuado a los pacientes que se encuentran hospitalizados, y con ello se podrá contribuir también a la necesaria sostenibilidad del sistema sanitario colaborando en reducir la estancia hospitalaria de los mismos.

7. Cuestiones éticas

El proyecto de este estudio ha sido presentado al Comité de Ética de Ensayos Clínicos del H.U. Móstoles para contar con la aprobación para la realización del mismo, puesto que, aunque metodológicamente no sea estrictamente necesario, es adecuado comunicarlo oficialmente

tanto a dicho comité como a la Dirección de Enfermería.

Esta investigación se ha desarrollado con el máximo respeto a los principios fundamentales establecidos en la Declaración de Helsinki, en el Convenio del Consejo de Europa relativo a los derechos humanos y la biomedicina, en la Declaración Universal de la UNESCO sobre el genoma humano y los derechos humanos, así como cumplir los requisitos establecidos en la legislación española en el ámbito de la investigación médica, la protección de datos de carácter personal y la bioética, de acuerdo con la Ley 14/2007, de julio, de Investigación Biomédica, además de con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de datos personales y garantía de los derechos digitales, y los demás requisitos establecidos en la legislación española al respecto.

8. Limitaciones y líneas futuras de investigación

Como limitación podemos señalar que la evaluación de la calidad del sueño se ha realizado a través del cuestionario de Richards-Campbell, que es un método de evaluación subjetivo, aunque es una escala validada y ampliamente utilizada, y no a través de métodos más objetivos, aunque también son más caros y dificultosos, precisan-

do la realización por personal específicamente entrenado para su interpretación, además de menos accesibles, como pueden ser la polisomnografía o la actigrafía.

Por otro lado, la valoración o evaluación de los factores perturbadores del ingreso también se ha realizado a través de una encuesta subjetiva del paciente, que ha valorado la presencia o no de estos factores según su propio criterio subjetivo.

La principal dificultad que se ha encontrado durante la realización del estudio ha sido conseguir la colaboración de los pacientes para la cumplimentación de los cuestionarios, ya que en algunos casos declinaban participar en el estudio, o retrasar algún día la participación en el mismo, ya que se encontraban en una situación física y/o anímica que no les apetecía participar en ese momento. También se puede considerar una dificultad que el cuestionario final tiene una longitud que dificulta la participación.

Las líneas futuras de investigación deberían ir orientadas a conocer en profundidad los conocimientos y actitudes de los profesionales sanitarios sobre la calidad del sueño y sus factores perturbadores para que se puedan desarrollar acciones formativas adecuadas según los resultados obtenidos además de para poder crear una cultura de fomento de la calidad del sueño con una atención más humanizada e individualizada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Taylor DJ, Mallory LJ, Lichstein KL, Durrence HH, Riedel BW, Andrew J, et al. Comorbidity of chronic insomnia with medical problems. *Sleep*. 2007; 30:213-218.
2. Leger D, Patinen M, Hirshkowitz M, Chokroverty S, Touchette E, Hener J, et al. Daytime consequences of insomnia symptoms among outpatients in primary care practice: EQUINOX international survey. *Sleep Med*. 2010; 11:999-1009.
3. Maslow AH. A theory of human motivation. *Psychological Review*. 1943; 50(4):370-396. <https://doi.org/10.1037/h0054346>
4. Henderson V. The concept of nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 2006; 53(1):21-31. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03660.x>.
5. Gordon M. Manual de diagnóstico de Enfermería. Editores Jones y Bartlett. 2014.
6. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2018-2020. 11ª edición. Barcelona: Elsevier España SLU; 2019.
7. Organización Mundial de la Salud. CIE-10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor, 1992.

8. García Sánchez L, Blazquez Piña A. Calidad subjetiva del sueño y descanso en pacientes hospitalizados en unidades medico-quirúrgicas. *AgInf* 2020; 24:251-298
9. Wilfing D, Berg A, Dörner J, Bartmann N, Klatt T, Meyer Gabriele et al. Attitudes and knowledge of nurses working at night and sleep promotion in nursing home residents: multicenter cross-sectional survey. *BMC Geriatrics*. 2023; 23:206. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-03928-9>
10. Li J, Gooneratne NS. Sleep and health in older adults. In *Sleep and Health*. Elsevier; 2019:31-43. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-815373-4.00004-6>
11. Cumming G. Sleep promotion, hospital practice and recovery from illness. *Med Hypotheses*. 1984; 15-31
12. Kamdar BB, Needham DM, Collop NA. Sleep deprivation in critical illness: its role in physical and psychological recovery. *J Intensive Care Med*. 2012; 27:97
13. 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.<https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.2669>
14. Pisani MA, D'Ambrósio C. Sleep and Delirium in Adults who are critically ill: A Contemporary Review. *Chest* 2020; 157:977.
15. Rault C, Sangaré A, Diaz V, et al. Impact of sleep deprivation on respiratory motor output and endurance. A Physiological study. *Am J Respir Crit Care Med* 2020; 201:976
16. DePietro RH, Knutson KL, Spampinato L, et al. Association Between Inpatient Sleep Loss and Hyperglycemia of Hospitalization. *Diabetes Care* 2017; 40:188.
17. 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.
18. Honarmand K, Rafay H, Le J, et al. A systematic review of risk factors for sleep disruption in critically ill adults. *Crit Care Med* 2020; 48:1066.
19. Hillman DR, Carlucci M, Charchafli JG, et al. Society of Anesthesia and Sleep Medicine Position Paper on Patient Sleep During Hospitalization. *Anesth Analg* 2023; 136:814.
20. Carrera-Hernández L, Aizpitarte-Pejenaute E, Zugazagoitia-Ciarrusta N, Goñi-Viguria R. Percepción del sueño de los pacientes en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Enferm Intensiva*. 2018; 29:53-63
21. Nicolás A, Aizpitarte E, Iruarrizaga A, Vázquez M, Margall MA, Asiain MC. Percepción de los pacientes quirúrgicos del sueño nocturno en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Enferm Intensiva*. 2002; 13(2):57-67
22. Sanz Herrero A, Villamor Ordozgoiti A, Hernandez Exposito J, Berdura Gatell S, Rovira Rabaiet R, Rivero García E. Incidencia y factores condicionantes del insomnio en pacientes ingresados en hospital de alta tecnología. *Revista Cubana de Enfermería*. [Internet] 2019 [citado 20 Junio 2023]; 35 (2). Disponible en: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1718>
23. Aguilera L, Díaz M, Sánchez H. Trastornos del sueño en el paciente adulto hospitalizado [Internet]. Santiago, Chile: Universidad de Chile - ; 2012 [citado: 2023, junio]. Disponible en: <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/124266>
24. Achury Saldaña DM, Rodríguez Colmenares SM, Achury Beltrán LF. El sueño en el paciente hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo. *Investigación en Enfermería*. 2014; 16(1): 49-59
25. Vico-Romero J, Cabre-Roure M, Monteis-Cahis R, Palomera-Fanegas E, Serra-Prat M. Prevalencia de trastornos del sueño y factores asociados en pacientes hospitalizados. *Enfermería Clínica*. 2014; 24(5): 276-282
26. Kulpatcharapong S, Chewcharat P, Ruxrungtham K, Gonlachanvit S, Patcharatrakul T, Chaitusaney B, et al. Sleep Quality of Hospitalized Patients, Contributing Factors, and Prevalence of Associated Disorders. *Sleep disorders*. 2020 [citado: 2023, junio]. Disponible en: <https://doi.org/10.1155/2020/8518396>
27. Ding Q, Redeker NS, Pisani MA, Yaggi HK, Knauert MP. Factors influencing patients' sleep in the intensive care unit: perceptions of patients and clinical staff. *American Journal of Critical Care*. 2017;26(4):278-286. Disponible en: <https://doi.org/10.4037/ajcc2017333>

28. Miller MA, Renn BN, Chu F, Torrence N. Sleepless in the hospital: a systematic review of non-pharmacological sleep interventions. *General Hospital Psychiatry*. 2019; 59:58-66. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2019.05.006>
29. Morfeo, un proyecto para mejorar el sueño de los pacientes. *Enfermería en Desarrollo*. 2020. Disponible en: <https://enfermeriaendesarrollo.es/en-desarrollo/morfeo-un-proyecto-para-mejorar-el-sueno-de-los-pacientes/>
30. Proyecto Sueñon®. Cuidamos el sueño. <http://suenon.recursoescuidados.es>
31. Gutierrez Baez P. 10 recomendaciones para mejorar el sueño nocturno de los pacientes. *Evidentia*. 2023(20): e14414. Disponible en: <http://ciberindex.com/c/ev/e14414> [acceso 20/06/2023]
32. Santos de Andres MF. Evaluación de intervenciones de Enfermería para mejorar la calidad del sueño en pacientes hospitalizados. Facultad de Enfermería de Valladolid. 2022. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/54264>
33. Pujals Mas M, Cruz Perez R, Bardal Flórez V, Díaz Molina M, Torrens Gelabert C, Rubiño Díaz JA. Intervenciones y cuidados de enfermería en la mejora del sueño/descanso de los pacientes hospitalizados. *Rev Evidentia*. 2020;17:e12564. Disponible en: <http://ciberindex.com/p/ev/e12564>
34. Vidal-Thomás MC, Yañez-Amoros B, Torrens I, Torres-Solera E, Esteva M. Conocimientos y actitudes de las enfermeras de Atención Primaria sobre el manejo del paciente con insomnio. *Enferm Clín*. 2017;27(3):186-192. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2016.11.006>
35. Fez Martinez C. Trastorno del sueño asociado a la hospitalización: factores relacionados y medidas para fomentar el descanso. Trabajo final de grado Universidad de Alicante. 2018. Disponible: <http://hdl.handle.net/10045/76456>
36. Vera Catalán T. Calidad del sueño y confort en pacientes hospitalizados de la Región de Murcia. Tesis doctoral. Universidad Católica de Murcia. Disponible en: <https://repositorio.ucam.edu/bitstream/handle/10952/2517/Tesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
37. Auckley D. Mal sueño e insomnio en adultos hospitalizados. UpToDate. 2023.
38. Carrillo MB, González C, Granados G, Gutiérrez MI, Latorre I, Márquez J et al. Alteración del sueño. *Revista de Enfermería de la Escuela de Enfermería de Albacete*. 1996;6. Disponible en: <https://ruidera.uclm.es/xmlui/bitstream/handle/10578/309/1996-3.pdf;sequence=1>.
39. Penas E, Ruiz S, Tormo S. ¿Cómo descansa el paciente oncohematológico en el hospital? *Enfermería Global*. 2009;17. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/75221/73671>.
40. Aguilera L, Díaz M, Sánchez H. Trastornos del sueño en el paciente adulto hospitalizado. *Rev Hosp Clín Univ Chile*. 2012; 23:13-20
41. Pintos S, Salas Moches M, Quiroga MT, Peretto V, Maluenda M. La luz y el ruido nocturno en pacientes hospitalizados, ¿afectan al sueño nocturno?. *Nure investigación*. 2022; 19(121) Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8723809>
42. Torrens I, Ortuño M, Guerra JI, Esteva M, Lorente P. Actitudes ante el insomnio de los médicos de Atención Primaria de Mallorca. *Aten Primaria*. 2016; 48:374-382.
43. Gellerstedt L, Medin J, Kumlin M, Rydell Karlsson M. Nursing care and management of patients' sleep during hospitalisation: a cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*. 2019;28:3400-3407. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.14915>
44. Medina Cordero A, Feria Lorenzo DJ, Oscoz Muñoa G. Los conocimientos sobre el sueño y los cuidados enfermeros para un buen descanso. *Enfermería Global*. 2009;17. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000300005&Ing=es.
45. Isaia G, Corsinovi L, Bo M, Santos-Pereira P, Michelis G, Aimonino N et al. Insomnia among hospitalized elderly patients: prevalence, clinical characteristics and risk factors. *ArchGerontol Geriat*. 2011;52:133-137
46. Viana da Costa S, Ceolim MF. Factores que interfieren en la calidad del sueño de pacientes ingresados. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(1):46-52
47. Missildine K, Bergstrom N, Meininger J, Richards K, Foreman MD. Sleep in hospitalized elders: a pilot study. *Geriatric Nursing*. 2010;31(4):263-271

48. Mohedat H, Somayaji D. Promoting sleep in hospitals: an integrative review of nurses' attitudes, knowledge and practices. *J Adv Nurs*. 2023;79:2815-2829. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.15694>
49. McIntosh AE, MacMillan M. The knowledge and educational experiences of student nurses regarding sleep promotion in hospitals. *Nurse Education Today*. 2009; 29:796-800.
50. Antomás J, Huarte S, Gárriz C. Registros de Enfermería sobre el sueño y percepción de los pacientes en una unidad psiquiátrica. Estudio comparativo. *An. Sist. Sanit. Navar*. 2011;34(3):373-381
51. Tadeo Pérez Martínez V, de la Vega Pazitkova OT, Marrero Escobedo, D, Cancino Barzaga MC, Miranda Guerra AJ, Hernandez Rodríguez LC. Necesidades de aprendizaje sobre trastornos del sueño en miembros del equipo básico de salud. *Revista Cubana de Enfermería*. 2021;37(4):e4688
52. Bellon F, Mora-Noya V, Pastells-Peiró R, Abad-Corpa E, Gea-Sánchez M, Moreno-Casbas T. The efficacy of nursing interventions on sleep quality in hospitalized patients: A systematic review of randomized controlled trials. *International Journal of Nursing Studies*. 2021; 115:1-13. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103855>
53. Rodríguez-Gázquez MA, Arredondo-Holguín E, Pulgarín-Bilvao LP. Validación de una escala de satisfacción con el cuidado nocturno de enfermería. *Rev Cubana Enferm*. 2012; 28(3):218-227. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192012000300006

ANEXO 2. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE COLABORACION EN EL PROYECTO: "CALIDAD DEL SUEÑO Y FACTORES ASOCIADOS CON LA ALTERACION DEL SUEÑO DE PACIENTES INGRESADOS EN EL H.U. DE MOSTOLES

INFORMACIÓN DEL PROYECTO

Estimad@ paciente:

Nos ponemos en contacto con usted para pedirle su colaboración en el proyecto de investigación "Calidad del sueño y Factores Asociados con la Alteración del sueño de pacientes ingresados en el H.U. de Móstoles".

¿Para qué se hace este estudio?

El objetivo es conocer la calidad y cantidad del sueño de los pacientes ingresados en el H.U. Móstoles, así como identificar los factores que alteran la calidad del mismo durante el ingreso hospitalario, con el fin de según los resultados del mismo, poder implementar medidas para mejorar los aspectos necesarios. Dicha investigación se realizará en el marco de un programa de educación superior en la Universidad Internacional de Valencia. Los datos obtenidos se presentarán como Trabajo Fin de Máster en dicha universidad, así como en foros docentes y/o científicos de interés con el fin de diseñar acciones que permitan mejorar el sueño de los pacientes hospitalizados.

¿Por qué me han elegido a mí?

Este estudio ha sido aprobado por el hospital y usted ha sido seleccionado por estar ingresado dentro de la unidad a estudio.

¿En qué consiste mi participación?

Su participación consistirá en rellenar un cuestionario en formato electrónico.

¿Cómo serán tratados mis datos personales?

La encuesta es voluntaria y anónima; en ningún caso aparecerán identificados sus datos personales. La información que aporte no estará NUNCA disponible de forma individual, puesto que será analizada de manera global junto a la del resto de pacientes ingresados que respondan a este cuestionario.

En todo momento la solicitud de cumplimentación del cuestionario se hace garantizando la absoluta confidencialidad en cumplimiento de la Ley Orgánica 03/2018 de Protección de Datos de Carácter Personal. Si tras la cumplimentación de dicho cuestionario necesita alguna aclaración más, no dude en ponerse en contacto con nosotros.

Una vez que he decidido participar, ¿Puedo cambiar de opinión?

Su participación en este estudio es voluntaria y puede dejar de participar siempre que así lo quiera. Tan solo debe ponerse en contacto con la persona que le indicamos más abajo y sus datos dejarán de formar parte de este estudio.

Yo, (nombre y apellidos)....., declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado, y que he comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y que el investigador/a que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

Que entiendo que mi participación es voluntaria, y que el hecho de que no quiera participar en este estudio no tiene ninguna repercusión.

Que, si decido participar, podré cambiar de opinión en cualquier momento y retirarme del estudio en cuanto lo desee, sin necesidad de dar ninguna explicación, y por tanto puedo revocar mi consentimiento que ahora presto.

Fdo.

Para cualquier duda o aclaración puedes contactar con:

Responsable del proyecto en el Hospital:

Nombre y Apellidos: SILVIA ORTIZ MOLINA

Teléfono: 630225770

Correo electrónico: silvia.ortiz@salud.madrid.org

EJEMPLAR PARA EL ENCUESTADO

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE COLABORACION EN EL PROYECTO:
"CALIDAD DEL SUEÑO Y FACTORES ASOCIADOS CON LA ALTERACION
DEL SUEÑO DE PACIENTES INGRESADOS EN EL H.U. DE MOSTOLES**

Yo, (nombre y apellidos)....., declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado, y que he comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y que el investigador/a que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

Que entiendo que mi participación es voluntaria, y que el hecho de que no quiera participar en este estudio no tiene ninguna repercusión.

Que, si decido participar, podré cambiar de opinión en cualquier momento y retirarme del estudio en cuanto lo desee, sin necesidad de dar ninguna explicación, y por tanto puedo revocar mi consentimiento que ahora presto.

Fdo.:

EJEMPLAR PARA EL INVESTIGADOR

ANEXO 3. Carta de presentación/información a participantes

"CALIDAD DEL SUEÑO Y FACTORES ASOCIADOS CON LA ALTERACION DEL SUEÑO DE PACIENTES INGRESADOS EN EL H.U. DE MOSTOLES

Información del estudio

La falta de sueño y descanso durante el período de hospitalización es un problema frecuente que pudiendo agravar la situación clínica de los pacientes. Los factores que pueden influir pueden ser ambientales, sociales, psicológicos y fisiológicos, por ello es importante detectar estos factores desencadenantes para ser abordados mediante distintas medidas tanto farmacológicas como no farmacológicas que puedan favorecer el descanso de los pacientes durante la hospitalización.

Por ello, queremos explorar la situación actual dentro de nuestro hospital. El presente estudio pretende conocer la calidad y cantidad del sueño de los pacientes ingresados en el H.U. Mostoles, así como identificar los factores que alteran la calidad del mismo durante el ingreso hospitalario, con el fin de según los resultados del mismo, poder implementar medidas para mejorar los aspectos necesarios.

Nuestro primer paso ha sido la elaboración de un cuestionario electrónico que nos gustaría que cumplimentase. Esta encuesta consta de tres partes: la primera son datos sociodemográficos y clínicos, la segunda es un cuestionario, validado previamente, de 5 ítems sobre el tema a estudiar, y por último, una relación de posibles factores asociados para su valoración. El tiempo estimado para rellenarlo no sobrepasa los 10 minutos.

El estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de Investigación Clínica del Hospital. La encuesta es **anónima** y el equipo investigador garantiza la confidencialidad, según se determina en la Ley 3/2018 de Protección de Datos de Carácter Personal.

Si está interesado en participar, deberá firmar el consentimiento informado facilitado por uno de los investigadores del estudio, y cumplimentar el cuestionario.

Para cualquier aclaración puede dirigirse a la investigadora principal del estudio:

Silvia Ortiz Molina (Supervisora de Área de Hospitalización)
silvia.ortiz@salud.madrid.org

ANEXO 4. Autorización del Comité Ético



INFORME DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN

D^a. Concepción Cepeda González

Presidente del Comité Ético de Investigación del Hospital Universitario de Móstoles

CERTIFICA:

Que este Comité ha evaluado el estudio de investigación titulado:

"Calidad del sueño y factores asociados con la alteración del sueño de pacientes ingresados en el H.U Móstoles", con nº reg. CEI 2023/036.

Cuyas investigadoras principales son D^a Silvia Ortiz Molina SAF Enfermería Hospital Universitario de Móstoles, D^a Miriam Gazulla Tomás SAF Enfermería Hospital Universitario de Móstoles, D^a Mercedes Redondo Tienda DUE Hospital Universitario de Móstoles, D. Antonio Nevado Sarriá DUE Hospital Universitario de Móstoles, y considera que se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del proyecto en relación con los objetivos del estudio.

Lo que firma en Móstoles a 4 de octubre de 2023.

Fdo.: Dra. Concepción Cepeda González

Presidente del CEI

