



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

TEMA:

Asociación entre larga estancia hospitalaria e incidencia de insomnio de reciente aparición en pacientes hospitalizados en el Hospital del IESS Ceibos, durante el periodo de octubre de 2022 a marzo de 2023.

AUTORES:

Gonzabay Parrales, Leidy Lisbeth;

Mendoza López, Sofía Dolores

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de MÉDICO

TUTOR:

Vásquez Cedeño, Diego Antonio

Guayaquil, Ecuador

mayo del 2023



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Gonzabay PARRALES Leidy Lisbeth** y **Mendoza López Sofía Dolores**, como requerimiento para la obtención del título de **Médico**.

TUTOR



firmado electrónicamente por:
DIEGO ANTONIO
VÁSQUEZ CEDENO

f. _____

Vásquez Cedeño, Diego Antonio

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Aguirre Martínez, Juan Luis

Guayaquil, a los 02 días del mes de mayo del año 2023



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotros, Gonzabay Parrales Leidy Lisbeth;
Mendoza López Sofía Dolores


DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación: Asociación entre larga estancia hospitalaria e incidencia de insomnio de reciente aparición en pacientes hospitalizados en el hospital del IESS Ceibos, durante el periodo de octubre de 2022 a marzo de 2023, previo a la obtención del título de Médico, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de nuestra total autoría.

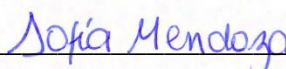
En virtud de esta declaración, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 02 días del mes de mayo del año 2023

LOS AUTORES

f.  _____

Gonzabay Parrales Leidy Lisbeth

f.  _____

Mendoza López Sofía Dolores



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA


AUTORIZACIÓN

Nosotros, Gonzabay PARRALES Leidy Lisbeth;
Mendoza López Sofía Dolores

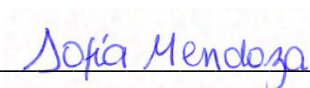
Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la institución el componente práctico del examen complejo: Asociación entre larga estancia hospitalaria e incidencia de insomnio de reciente aparición en pacientes hospitalizados en el hospital del IESS Ceibos, durante el periodo de octubre de 2022 a marzo de 2023, cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 02 días del mes de mayo del año 2023

LOS AUTORES

f.  _____

Gonzabay PARRALES Leidy Lisbeth

f.  _____

Mendoza López Sofía Dolores

URKUND



Document Information

Analyzed document	TESIS GONZABAY Y MENDOZA.docx (D163660341)
Submitted	2023-04-11 18:44:00
Submitted by	
Submitter email	sofia.mendoza01@cu.ucsg.edu.ec
Similarity	0%
Analysis address	diego.vasquez.ucsg@analysis.orkund.com

Sources included in the report

Diego Vasquez

Entire Document

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA
TEMA: "ASOCIACIÓN ENTRE LARGA ESTANCIA HOSPITALARIA E INCIDENCIA DE INSOMNIO DE RECIENTE APARICIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL DEL IESS CEIBOS, DURANTE EL PERIODO DE OCTUBRE DE 2022 A MARZO DE 2023"

AUTORES: GONZABAY PARRALES, LEIDY LISBETH MENDOZA LÓPEZ, SOFÍA DOLORES

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de MÉDICO

TUTOR: VASQUEZ CEDEÑO, DIEGO ANTONIO

Guayaquil, Ecuador 2023

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por Gonzabay Parrales Leidy Lisbeth y Mendoza López Sofía Dolores, como requerimiento para la obtención del título de Médico.

TUTOR

f. _____ Vásquez Cedeño, Diego Antonio

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____ Aguirre Martínez, Juan Luis

Guayaquil, 2 de mayo del 2023 FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD Nosotros, Gonzabay Parrales Leidy Lisbeth y Mendoza López Sofía Dolores

DECLARAMOS QUE: El Trabajo de Titulación: Asociación entre larga estancia hospitalaria e incidencia de insomnio de reciente aparición en pacientes hospitalizados en el hospital del IESS Ceibos, durante el periodo de octubre de 2022 a marzo de 2023,

previo a la obtención del título de Médico, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografía.

Consecuentemente este trabajo es de nuestra total autoría.



AGRADECIMIENTOS

Como un filósofo dijo “Lo que obtienes al alcanzar tus metas no es tan importante como en lo que te conviertes”, razón por lo cual agradezco a todas las personas que me apoyaron durante mi preparación para convertirme en médico; aquellos que mantuvieron su fe en mi a pesar de las circunstancias, especialmente a mi tutor que en cada reunión despejó nuestras dudas y nos contagió de buenas vibras, lo cual nos permitió mantener la motivación en nuestra investigación.

GONZABAY PARRALES, LEIDY LISBETH

Agradezco principalmente a Dios por darme la oportunidad de estudiar, por la salud y fortaleza a lo largo de mis años de estudio, gracias a mis padres y hermano por su esfuerzo y constante apoyo en los retos que tuve que afrontar, gracias a mis tíos y primos por sus buenos consejos y deseos, finalmente gracias a la Universidad Católica Santiago de Guayaquil por permitirme formarme profesionalmente en lo que me apasiona.

MENDOZA LÓPEZ, SOFIA DOLORES

DEDICATORIA

A las personas quienes a pesar de las circunstancias estuvieron con nosotras en los momentos más cruciales de este camino.

GONZABAY PARRALES, LEIDY LISBETH

MENDOZA LÓPEZ, SOFÍA DOLORES

VII



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

OPONENTE

ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN	XIII
ABSTRACT	XIV
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO 1: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	4
1.1 Planteamiento del problema	4
1.2 Objetivos	4
1.2.1 Objetivo general	4
1.2.2 Objetivos específicos	4
1.3 Hipótesis	4
1.4 Justificación	5
CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO	6
2.1 TRASTORNO DE INSOMNIO	6
2.1.1 Definición de sueño	6
2.1.2 Definición de insomnio	6
2.1.3 Epidemiología del insomnio	6
2.1.4 Causas de insomnio	7
2.1.5 Características clínicas del insomnio	8
2.1.6 Clasificación del insomnio	8
2.1.7 Diagnóstico del insomnio	9
2.2 ESTANCIA HOSPITALARIA	11
2.2.1 Definición de estancia hospitalaria	11
2.2.2 Factores de riesgo de estancia hospitalaria prolongada	13
2.2.3 Consecuencias de la estancia hospitalaria prolongada	14
2.3 RELACIÓN ENTRE LA ESTANCIA HOSPITALARIA PROLONGADA Y EL INSOMNIO	15

CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA	18
3.1 Diseño del estudio	18
3.2 Tipo de investigación	18
3.3 Población de estudio y muestra	18
3.3.1 Criterios de inclusión	18
3.3.2 Criterios de exclusión	18
3.3.3 Cálculo del tamaño de la muestra	19
3.3.4 Método de muestreo	19
3.4 Método de recogida de datos	19
3.5 Operacionalización de las variables	20
3.6 Procesamiento de datos	21
3.7 Estrategia de análisis estadístico	21
CAPÍTULO 4: RESULTADOS	22
4.1 Representación estadística de resultados	22
4.2 Discusión de resultados	29
CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	33
BIBLIOGRAFÍA	35
ANEXOS	38
ANEXO 1: Formato de recopilación de datos	38
ANEXO 2: Formato de consentimiento informado	40

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. <i>Operacionalización de variables</i>	20
Tabla 2. <i>Descripción de las variables sociodemográficas en relación con el diagnóstico de insomnio establecido mediante la escala ISI aplicada</i>	23
Tabla 3. <i>Distribución de los hábitos tóxicos según la ausencia o presencia de insomnio junto con la severidad de este diagnosticados mediante la escala ISI aplicada</i>	25
Tabla 4. <i>Tabla de contingencia de estancia hospitalaria y diagnóstico o no de insomnio</i>	28

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Flujograma de inclusión de pacientes	22
Gráfico 2. Diagrama de cajas y bigotes para la edad según el diagnóstico o no de insomnio.....	24
Gráfico 3. Diagrama de cajas y bigotes para los días de hospitalización según el diagnóstico o no de insomnio	26
Gráfico 4. Gráfico de barras para resultados de la escala ISI y estancia hospitalaria	28

RESUMEN

El insomnio es una alteración en la cantidad, calidad u horario del sueño y se ha demostrado que puede afectar el funcionamiento correcto de los órganos. Por su lado, la estancia hospitalaria se define como el tiempo que un paciente permanece ingresado en una unidad de servicios hospitalarios. El comportamiento de los profesionales, la reacción del propio paciente y factores relacionados con la propia institución pueden afectar al ritmo circadiano durante la estancia hospitalaria. En este sentido, se realizó una investigación para analizar la asociación entre larga estancia hospitalaria y la incidencia de insomnio de reciente aparición.

Se realizó una investigación de tipo observacional, prospectiva, transversal y analítica en pacientes hospitalizados en el Hospital IESS Ceibos mayores de 18 años, orientados en tiempo, espacio y persona y que hayan ingresado al hospital al menos hace 2 días, y excluyendo a pacientes de UCI o emergencias, intubados o sedados, que tengan alteración del nivel de conciencia o del habla, que hayan presentado síntomas de insomnio antes de su ingreso al hospital, y aquellos diagnosticados con algún trastorno psiquiátrico.

Se halló que 9 de cada 10 pacientes que ingresan al hospital desarrollan insomnio durante su estancia hospitalaria, habiendo mayor porcentaje de pacientes con estancia hospitalaria normal e insomnio clínico moderado. Se obtuvo un chi cuadrado de 0.66 con p value de 0.42 y un OR de 1.71 con IC 95%(0.47-6.25). De manera que se concluyó que no existe relación entre la estancia hospitalaria y la incidencia de insomnio de reciente aparición.

Palabras claves: Insomnio, estancia hospitalaria, pacientes hospitalizados, ritmo circadiano

ABSTRACT

Insomnia is a disturbance in the quantity, quality or timing of sleep and has been shown to affect the proper functioning of organs. On the other hand, hospital stay is defined as the time a patient spends in a hospital service unit. The behavior of the professionals, the patient's own reaction and factors related to the institution itself can affect the circadian rhythm during the hospital stay. In this regard, an investigation was carried out to analyze the association between long hospital stay and the incidence of new-onset insomnia.

An observational, prospective, cross-sectional and analytical study was carried out on patients hospitalized at the IESS Ceibos Hospital over 18 years of age, oriented in time, space and person and who have been admitted to the hospital at least 2 days ago, and excluding ICU or emergency patients, intubated or sedated, with altered level of consciousness or speech, who have presented symptoms of insomnia prior to admission to the hospital, and those diagnosed with a psychiatric disorder.

It was found that 9 out of 10 patients admitted to the hospital develop insomnia during their hospital stay, with a higher percentage of patients having a normal hospital stay and moderate clinical insomnia. A chi-square of 0.66 with a p-value of 0.42 and an OR of 1.71 with 95% CI (0.47-6.25) were obtained. Thus, it was concluded that there is no relationship between hospital stay and the incidence of new-onset insomnia.

Keywords: Insomnia, hospital stay, hospitalized patients, circadian rhythm

INTRODUCCIÓN

El insomnio es un tipo de trastorno del sueño dentro del grupo de las disomnias, es decir que es una alteración en la cantidad, calidad u horario del sueño (1). Específicamente, el insomnio es la percepción individual de conflicto para conciliar el sueño, mantenerlo, o conseguir que sea restaurador, por lo que genera malestar al paciente y deterioro en sus actividades rutinarias (1,2). Los síntomas clásicos del insomnio abarcan la disminución de la atención y concentración, fatiga, irritabilidad, alteración de las relaciones interpersonales, síntomas de depresión y ansiedad (1). En general, los trastornos del sueño tienen diferentes causalidades; de hecho, la mayoría de las patologías presentan algún trastorno del sueño como parte de su cuadro clínico (3).

Entre las causas de insomnio se encuentran las asociadas a factores ambientales tales como el ruido, la exposición a la luz o falta de ésta, las temperaturas extremas, una cama no confortable, cambios en el estilo de vida (jubilación y la reducción en la actividad física), debido a que estas circunstancias provocan alteración del ciclo sueño-vigilia con una fase atrasada o adelantada del sueño (4). El insomnio se puede deber también a una enfermedad psiquiátrica de base como depresión, ansiedad, pánico o abuso de sustancias pero además frecuentemente está relacionado a una enfermedad médica donde se incluyen las enfermedades neurológicas como el Alzheimer y el Parkinson, enfermedades respiratorias como EPOC, afecciones gastrointestinales como el reflujo gastroesofágico, enfermedad cardiovascular como insuficiencia cardíaca o isquemia miocárdica, problemas urinarios como la nicturia y cáncer (2,4).

A su vez, tanto la administración de antidepresivos tricíclicos, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, bloqueadores de los canales de calcio, uso crónico de benzodiazepinas, así como la supresión de opioides y la administración de diuréticos por la tarde o noche que generan nicturia, contribuyen a la presentación de insomnio (2,4). Otros problemas que podrían ocasionar trastornos primarios del sueño son el síndrome de piernas inquietas, y el síndrome de movimientos periódicos de las extremidades (2).

Es así como el insomnio puede afectar diferentes ámbitos de la vida de una persona debido a sus repercusiones tanto físicas como psíquicas. Estudios han demostrado que el insomnio puede afectar el funcionamiento correcto de los órganos; Bertisch et al. en un estudio realizado a 4997 participantes, demostraron que los pacientes con insomnio o con sueño deficiente asociado a sueño breve tenían 29% más riesgo de desarrollar una enfermedad cardiovascular en comparación a aquellos que no padecían insomnio; a pesar de esto, el insomnio o el sueño deficiente asociado a sueño corto no se asociaron con la mortalidad por todas las causas (5). Por otro lado, el insomnio aumenta la incidencia y gravedad de la depresión, en este sentido los pacientes con algún trastorno depresivo que padecen alteraciones en el sueño tienen más riesgo de comportamientos suicidas que aquellos pacientes con depresión que no tienen dificultades para dormir (6). Además, los síntomas que acompañan al insomnio, como la falta de concentración, generan disminución de la productividad laboral, mayor riesgo de accidentes laborales e incremento de la tasa de ausentismo, en este sentido, el insomnio también repercute en el ámbito económico y por lo tanto representa un problema de salud pública (6).

En este sentido, mediante el presente estudio se analizó la asociación de la larga estancia hospitalaria con la incidencia de insomnio de reciente aparición en pacientes hospitalizados.

CAPÍTULO 1: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del problema

Con este estudio se buscó establecer la asociación entre la larga estancia hospitalaria y la mayor incidencia de insomnio de reciente aparición en pacientes hospitalizados con el propósito de concientizar acerca de la importancia de una alta médica oportuna y disminuir las consecuencias de la estancia hospitalaria prolongada.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo general

Asociar la larga estancia hospitalaria con la incidencia de insomnio de reciente aparición en pacientes hospitalizados.

1.2.2 Objetivos específicos

- Detallar los factores sociodemográficos de los pacientes mayores de 18 años que hayan presentado insomnio de reciente aparición durante su estancia hospitalaria.
- Describir los hábitos tóxicos de los pacientes mayores de 18 años que hayan presentado insomnio de reciente aparición durante su estancia hospitalaria.
- Especificar el diagnóstico de ingreso de los pacientes mayores de 18 años que hayan presentado insomnio durante su estancia hospitalaria.
- Identificar la relación entre la estancia hospitalaria y la severidad del insomnio.

1.3 Hipótesis

La larga estancia hospitalaria se asocia con mayor incidencia de insomnio de reciente aparición en pacientes hospitalizados.

1.4 Justificación

De todos los trastornos del sueño, el insomnio es el más común y representa un importante problema de salud pública y mental. Según la literatura, entre un 30-35% de la población general sufre insomnio (7), y se conoce que esta proporción aumenta con la hospitalización, ya que se ha confirmado que posee un impacto importante en la calidad y cantidad del sueño de los pacientes, reportando tasas de prevalencia de insomnio que oscilan entre el 50% y el 73%, con molestias del sueño que persisten durante varios meses a 11 años después del alta (4).

En los individuos que se encuentran hospitalizados, se describe entre las causas más frecuentes de insomnio una menor tolerancia al dolor y molestias propias de la patología, presencia de nicturia, mayor irritabilidad a ruidos de la sala y/o incomodidad de cama/colchón, así como miedo, ansiedad, estrés y la prolongación de su tiempo dentro del hospital (4,7).

Después del dolor, el insomnio se encuentra en el segundo puesto de quejas subjetivas usuales de los pacientes. Garantizar un sueño adecuado puede favorecer la recuperación del problema de salud que ocasionó el ingreso hospitalario, debido a que la modificación de este factor conlleva al agravamiento de la enfermedad subyacente y tiende a afectar el funcionamiento diurno de los individuos (7). Por lo tanto, mediante este estudio se analizó la asociación entre larga estancia hospitalaria e incidencia de insomnio de reciente aparición en pacientes hospitalizados.

CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO

2.1 TRASTORNO DE INSOMNIO

2.1.1 Definición de sueño

El sueño es un proceso fisiológico esencial que influye en la calidad de vida e impresión de bienestar de los seres humanos, ya que durante éste se dan diversos procesos como la conservación de la energía, la consolidación de la memoria, la regulación metabólica, la activación del sistema inmune, y la eliminación de sustancias de desecho, entre otros; por lo que se considera un factor que influye en el proceso de curación y salud de las personas (8). Fisiológicamente, el sueño se compone de dos etapas; el sueño no REM y el sueño REM (Rapid Eyes Movement), y a su vez el primero se divide en 4 fases que son progresivamente más profundas. Garantizar un sueño adecuado favorece la recuperación de los problemas de salud que motivan el ingreso hospitalario, y su alteración puede agravar la enfermedad subyacente y afectar al funcionamiento diurno (7).

2.1.2 Definición de insomnio

NANDA (North American Nursing Diagnostics Association) define al insomnio como la interrupción del tiempo del sueño que causa molestia o entorpece con el estilo de vida deseado; siendo el trastorno de sueño más frecuente. Es el problema constante en el inicio, duración, afianzamiento o calidad del sueño, que ocurre inclusive al contar con la oportunidad y las circunstancias apropiadas para dormir en cualquier momento durante las 24 horas del día, resultando en alguna forma de alteración diurna o nocturna (7,9).

2.1.3 Epidemiología del insomnio

Se estima que alrededor de 10 a 15% de la población mundial presenta insomnio crónico, y el 50% de los adultos han tenido insomnio en algún momento de su vida. Aproximadamente, el 50% de los pacientes del nivel primario de atención refieren insomnio si se les pregunta acerca de su calidad del sueño, aunque solo el 5%

acude a una evaluación médica por insomnio como motivo de consulta principal (10).

A mayor edad, mayor es la prevalencia de insomnio según los estudios realizados, reportando 57% de ancianos con este trastorno y únicamente un 12% con sueño normal (9). Además, se describe que afecta equitativamente a ambos sexos, pero las mujeres adultas refieren mayor frecuencia (9). Otros factores relacionados con el insomnio son el desempleo, la falta de pareja por diversas causas como divorcios o viudez, y el bajo nivel económico (9).

2.1.4 Causas de insomnio

El insomnio se puede deberse a múltiples causas que incluyen aspectos psicológicos, neuroendocrinos y neuroinmunológicos, por lo que requiere consideraciones pertinentes para un manejo integral y para conocer sus consecuencias a largo plazo (9). El modelo neurocognitivo del insomnio determina tres ejes: los factores predisponentes, precipitantes y perpetuantes. Los factores predisponentes son tener familiares de primer grado con insomnio (9). Los factores precipitantes son problemas laborales, familiares, de salud (9). Los factores perpetuantes son por ejemplo, el hecho de permanecer durante un largo tiempo acostado (9)

Por lo tanto, se puede atribuir el origen del insomnio a diversas causas como higiene del sueño inadecuada, cambios asociados con el envejecimiento, la jubilación, la muerte de cónyuge o de miembros de la familia, los problemas de salud, hospitalización reciente, cambios en el ritmo circadiano, consumo inadecuado de fármacos hipnóticos y hábitos como consumo de café, tabaco o alcohol (9). Cabe reconocer que dentro del proceso normal de envejecimiento de un individuo puede presentarse cambios en los patrones de sueño; sin embargo, muchas veces se encuentran relacionados con procesos patológicos distintos al envejecimiento habitual (9).

2.1.5 Características clínicas del insomnio

El insomnio suele ser descrito de forma subjetiva por los individuos como un grado insuficiente de sueño o dormir mal. Generalmente se considera insomnio cuando la latencia de tiempo para conciliar el sueño es de 30 min o más y el tiempo total de duración es de 6 horas o menos que suele pasar por 3 noches o más por semana (9). Por otro lado, la OMS califica como insomnio a la dificultad para mantener o iniciar el sueño, o la falta de un sueño reparador que dura al menos un mes y que se asocia a fatiga diurna, sensación de malestar personal, y deterioro laboral, social o en otras áreas importantes de la vida personal (10).

Los síntomas que acompañan a la sensación sueño insuficientes son: fatiga o malestar general, deterioro de la memoria, concentración o atención, desempeño escolar, social o profesional deficiente, cambios en el estado de ánimo como irritabilidad, disforia, tensión o depresión, somnolencia diurna, disminución de la motivación, energía e iniciativa, propensión a errores y accidentes, tensión, cefalea, síntomas gastrointestinales, y preocupación por el sueño (8,9).

2.1.6 Clasificación del insomnio

Según la Clasificación Internacional de Desórdenes del Sueño (ICSD-3) publicada en 2014, el insomnio se clasifica en insomnio crónico, de corto plazo y otros tipo de insomnio (9). El insomnio crónico es aquel en que al menos 3 veces en una semana se presentan los síntomas de insomnio, ya sea durante tres meses o más, sin estar relacionados con problemas para dormir o por falta de un ambiente adecuado (8). Dentro de este tipo de insomnio podemos incluir los siguientes subtipos: insomnio psicofisiológico, paradójico, idiopático, debido a trastorno mental, por inadecuada higiene del sueño, insomnio conductual de la infancia, relacionado al uso y consumo de drogas o sustancias, y debido a condición médica (7).

El insomnio psicofisiológico es el estado de hiperalerta con presencia de ansiedad con relación al sueño y síntomas de fatiga e irritabilidad. En el insomnio paradójico existen síntomas subjetivos de mal dormir o mala calidad del sueño a pesar de estudios objetivos (polisomnografía) normales. El insomnio idiopático generalmente comienza antes de la pubertad y persiste en la edad adulta, suele relacionarse con

antecedentes patológicos familiares de insomnio. El insomnio conductual de la infancia se produce generalmente por inadecuada asociación al inicio del sueño (7).

Por otro lado, el insomnio de corto plazo también llamado insomnio de ajuste, es un cuadro agudo que se encuentra relacionado con estrés pasajero independiente del paciente; este tiende a desaparecer una vez que se elimina el factor estresante o bien cuando la persona se ha adaptado a él; su presentación suele ser durante los últimos tres meses (8).

2.1.7 Diagnóstico del insomnio

Anamnesis

Se debe realizar una detallada historia clínica, empezando por determinar el momento donde inicia el problema, ya sea la conciliación o el mantenimiento del sueño, no lograr los horarios deseados o la combinación de estos (9). Además, se debe caracterizar la severidad del problema, detallando el tiempo de evolución, la frecuencia, y su influencia en el desarrollo habitual de la vida cotidiana del paciente. Asimismo, se debe reportar algún inconveniente sobre el ambiente y la disponibilidad para dormir (9).

Adicionalmente, se deberán detallar los síntomas y signos específicos relacionados con el sueño, así como la historia médica general, la cual deberá abordar asuntos psiquiátricos, hábitos tóxicos y el consumo de medicamentos o sustancias, entre otras. Resulta de importancia la intervención o la complementación de información de la persona que convive con el paciente (9).

Es de importancia, conocer también el horario en el que se acuesta, el tiempo que tarda en dormirse, los despertares nocturnos, su hora de despertar y salir de la cama, características de las siestas o los intentos de estas durante el día, niveles de agotamiento, entre otros (9). Cuando se trata de un adulto mayor, se debe tener en cuenta la multicausalidad del padecimiento del insomnio, tales como los cambios en el ritmo circadiano por envejecimiento, jubilación, hospitalizaciones, enfermedades clínicas, dolor, inactividad prolongada, y polifarmacia (9).

Otros métodos que permiten establecer y reforzar el diagnóstico de insomnio incluye el *registro o diario de sueño* de 15 días consecutivos, como mínimo, para poder documentar la eficacia y cuantía del sueño nocturno y las siestas, incluyendo examen físico y estado mental del paciente (9). También se puede emplear la *actigrafía*, que emplea un pequeño dispositivo en uno o más miembros del cuerpo (tipo pulsera o tobillera), que permite determinar durante varias semanas, los movimientos del paciente y poder registrar de forma objetiva, sus momentos de descanso y actividad a lo largo del día (9). Finalmente, la *polisomnografía* nocturna, utilizada frente a sospecha de insomnio concomitante o secundario a otros trastornos del sueño, permite identificar diferentes parámetros como la latencia prolongada y el tiempo total reducido de sueño, así como el sueño fragmentado por presencia de microdespertares o despertares, la etapa no REM superficial incrementada o la disminución de etapa de sueño lento profundo (9).

Cuestionarios

Se pueden emplear cuestionarios y escalas para valorar la calidad del sueño y del impacto diurno que produce el insomnio en el paciente. Entre las escalas más empleadas se encuentra el índice de severidad del insomnio, la escala de somnolencia de Epworth, la escala de Atenas de insomnio, y el índice de calidad del sueño de Pittsburgh (9).

El índice de severidad del insomnio (ISI) consta de 5 preguntas que valoran, de forma subjetiva, la gravedad del problema de sueño así como el grado de insatisfacción y el impacto en la calidad de vida del paciente, cuya puntuación de va de 0 a 28 puntos, interpretándose como ausencia de insomnio clínico en un rango de 0 a 7, insomnio subclínico cuando el rango comprende entre 8 y 14 puntos e insomnio clínico moderado entre 15 y 21; finalmente se considera insomnio clínico grave cuando supera los 22 puntos (9). Esta escala es breve, fácil de emplear, requiere poco tiempo para su ejecución y ha sido ampliamente empleada con propósitos clínicos y científicos porque ha demostrado tener validez estadísticamente significativa al compararse con la escala de Atenas de insomnio, y tiene una consistencia interna de 0.91 (2,9,11). En este sentido, en la presente

investigación se empleó la escala ISI para la valoración del sueño de los pacientes hospitalizados.

La escala de somnolencia de Epworth (ESE) es la escala validada para medir la somnolencia diurna subjetiva, se utiliza en el insomnio primario, la puntuación máxima es 24, un resultado de 1 a 6 indica sueño normal, de 7 a 8 se interpreta como somnolencia media y 9 a 24 puntos indican somnolencia posiblemente patológica (9,12). La escala de Atenas de insomnio permite la valoración del sueño en el mes anterior y está conformada por 8 ítems para evaluar la dificultad para dormir e impacto diurno provocado por el insomnio, de manera que, cada ítem recibe una puntuación de 0 como ausencia de problema a 3 que refleja mayor severidad; se cuenta con una versión corta de 5 ítems que evalúa únicamente la dificultad en el dormir(9,13).

Por su lado, el índice de calidad del sueño de Pittsburgh (PSQ) está conformada por 19 reactivos que permiten conocer y puntuar las alteraciones del sueño con relación a 7 dimensiones: calidad subjetiva, latencia, duración, eficiencia, y trastornos, así como la utilización de medicación para dormir y disfunción diurna. La información recogida describe la experiencia del paciente durante el mes previo. Al igual que la Escala de Atenas del Insomnio, las puntuaciones van del 0 al 3, con un punto de corte en 5; reflejando una mala calidad de sueño todo valor mayor a este puntaje(9,14).

2.2 ESTANCIA HOSPITALARIA

2.2.1 Definición de estancia hospitalaria

La estancia hospitalaria se define como el tiempo que un paciente permanece ingresado en una unidad de servicios hospitalarios (15). La estancia hospitalaria prolongada (EHP) se define como los días de hospitalización adicionales al tiempo estimado, es decir a la estancia hospitalaria promedio, estipulada en la institución de estudio (16).

La estancia hospitalaria promedio se calcula dividiendo el número de días de estancia hospitalaria de los pacientes egresados para el número de egresos hospitalarios (17). Por lo tanto, la cantidad de días a partir de los cuales se estipula que un paciente tiene una estancia hospitalaria prolongada es variable; por ejemplo, el Ministerio de Salud Peruano ha establecido como EHP a la permanencia mayor a 8 días. En el Hospital IEES Ceibos donde se realizó nuestro estudio, la estancia hospitalaria promedio es de 10 días, por lo cual para la investigación se consideró como estancia hospitalaria prolongada a la permanencia de un paciente 11 días o más (17).

En países en desarrollo como Ecuador, donde existe una alta demanda de servicios hospitalarios, poca oferta de los mismos y recursos limitados, la estancia hospitalaria representa una variable de gran relevancia en la prestación de servicios de salud, dado que a mayor estancia hospitalaria mayor será el consumo de los recursos hospitalarios, que incluye materiales, instalaciones y personal; e incrementará el número de pacientes en espera de una cama en hospitalización, lo cual eventualmente colapsa el área de emergencias (18–20).

En este sentido, una estancia hospitalaria promedio elevada es indicador de falta de eficiencia en la atención hospitalaria, debido a que refleja el mal aprovechamiento de las camas y la falta de agilidad en la prestación de servicios de salud, es así como también representa un indicador indirecto de calidad (15,17,18).

Por lo tanto, la gerencia hospitalaria buscará disminuir la estancia hospitalaria para aumentar la disponibilidad de camas y con esto incrementar la capacidad efectiva de un determinado hospital (15). Por esta razón, se ha planteado el sistema de clasificación GRD (Grupos relacionados por el diagnóstico) que agrupa a los pacientes según las características clínicas y el coste que representa su atención en una unidad hospitalaria (21). Esta herramienta permite a las instituciones conocer los gastos por cada paciente y plantear la necesidad de realizar controles de calidad hospitalaria (21).

2.2.2 Factores de riesgo de estancia hospitalaria prolongada

Los factores que predisponen a un paciente a tener una estancia hospitalaria prolongada se pueden clasificar en: factores relacionados a las características propias del paciente, factores relacionados con el personal de salud, factores relacionados a la administración hospitalaria y factores relacionados a fallas del propio sistema de salud (17,19,22).

Entre los factores de riesgo debido a las características propias del paciente se incluye la edad, género, situación socio-familiar, condición clínica del paciente, estado nutricional, entre otros (19). En cuanto a la situación socio-familiar, esta puede jugar un papel importante en la prolongación de la estancia hospitalaria, debido a que en determinados hospitales se requiere de un familiar para que el paciente pueda ser egresado de la institución, y en aquellos casos en que el paciente no cuente con familiar generalmente se recurre a otras medidas gestionadas por trabajo social que podrían incluir la búsqueda de un albergue; en este sentido, el paciente con criterios de alta clínica, estaría ocupando una cama simplemente a la espera de un familiar o de una institución que lo acoja (22).

Por su lado, los pacientes con enfermedades crónicas como diabetes mellitus tienen mayor riesgo de permanencia hospitalaria (19). Además, padecer neoplasia hematológica, problemas coronarios, enfermedad cerebrovascular, infecciones o necesitar transfusión de hemoderivados durante la hospitalización incrementan el riesgo de estancia hospitalaria prolongada (19).

Asimismo, los trastornos en la alimentación repercuten en la estancia hospitalaria, es así que la desnutrición al alterar el sistema inmune predispone al paciente a infecciones y retrasa la cicatrización de heridas que pueden desencadenar en la prolongación de la hospitalización; esto se torna más relevante debido a que el porcentaje de pacientes con desnutrición clínica al ingreso hospitalario puede ser elevada en determinados centros hospitalarios y a esto se añade que los pacientes pueden sufrir deterioro en su estado nutricional durante la hospitalización (19). Cabe recalcar que el otro extremo de la malnutrición, es decir la obesidad también incrementa los días necesarios de hospitalización (19).

En cuanto a los factores relacionados con el personal de salud se abarca el ingreso de pacientes que no requieren hospitalización, mantener hospitalizados a pacientes que pueden ser manejados ambulatoriamente, no reconocer la necesidad de dar el alta hospitalaria cuando el paciente ya ha superado el motivo de ingreso, y la demora en la determinación del diagnóstico definitivo (19,22).

Por otro lado, los factores relacionados a la administración hospitalaria incluyen la demora en la ejecución de pruebas diagnósticas o tratamiento quirúrgico y la tardanza en la transferencia a otros servicios dentro de la misma unidad hospitalaria; estas situaciones se acentúan los fines de semana debido a la menor disposición de personal (17,19,22).

Finalmente, la estancia hospitalaria se puede prolongar debido a factores relacionados a fallas del propio sistema de salud como sucede cuando se necesita referir un paciente a un centro de mayor complejidad o contrareferir a una institución de menor complejidad, también se incluye en esta categoría a la demora en la autorización de las derivaciones para estudios o procedimientos especiales por parte de las instituciones privadas asociadas a la red pública (19,22).

2.2.3 Consecuencias de la estancia hospitalaria prolongada

La estancia hospitalaria prolongada incrementa el riesgo de padecer una nueva patología sobre todo infecciones nosocomiales siendo las más frecuentes las infecciones de las vías urinarias y la neumonía, recordando que estas enfermedades son prevenibles y que incrementan por sí mismas la estancia hospitalaria (16,19). Además, estos pacientes tienen mayor riesgo de complicaciones iatrogénicas y eventos adversos, producto del deterioro del estado general de salud y la alteración de los procesos fisiológicos (como el ritmo circadiano); de manera que se incrementa la probabilidad de desarrollar alguna discapacidad y aumentar la tasa de morbilidad (16).

Por otro lado, un paciente que tuvo una estancia hospitalaria prolongada tiene mayor probabilidad de requerir nuevamente servicios médicos, derivando en reingreso hospitalario (16). Estas complicaciones pueden incrementar las tasas de

mortalidad, siendo estas las causas de muerte y no la patología inicial que motivó el ingreso a la institución (16).

La estancia hospitalaria prolongada no solo afecta al paciente que permanece más tiempo de lo necesario en el hospital, sino que, al usar los recursos de la unidad hospitalaria, también influye en la atención que se brinda a los demás pacientes (15).

2.3 RELACIÓN ENTRE LA ESTANCIA HOSPITALARIA PROLONGADA Y EL INSOMNIO

Cuando hablamos de la hospitalización teóricamente se esperaría que la mayoría de los efectos sean beneficiosos, buscando la recuperación del paciente en un periodo corto de tiempo y con la mayor satisfacción posible (3). Sin embargo, existe la posibilidad de que se presenten efectos negativos a nivel físico como psicológico, transformando el ingreso de un paciente a una institución de salud en un acontecimiento estresante debido a factores como el dolor, falta de apetito o la alteración del patrón del sueño (3).

Achury et al. en su estudio acerca del sueño en el paciente hospitalizado en una unidad de cuidados intensivos revelan que “a pesar de que el sueño percibido por los pacientes en la UCI es regular, se considera que este no es reparador” (23). Por su parte, Osés et al. en su artículo titulado “Insomnio en pacientes que ingresan en unidades de hospitalización psiquiátricas” demostraron una prevalencia de insomnio del 53% en esta población, habiendo mayor dificultad en la etapa de inducción y mantenimiento del sueño (24).

Dentro de la hospitalización, se pueden describir tres aspectos potencialmente negativos para el ritmo circadiano (sueño-vigilia): el comportamiento de los profesionales, la reacción del propio paciente y factores relacionados con la propia institución (3).

Hablando del comportamiento de los profesionales de salud, muchas veces la rutina laboral de estos, interrumpe constantemente los periodos de descanso del paciente, incluso a deshoras, además existen condiciones que podría llegar a pensar que están implementadas para el profesional pasando por alto el confort del paciente, como lo es una cantidad excesiva y prolongada de iluminación que evita la secreción adecuada de melatonina y por lo tanto altera el ciclo vigilia-sueño de los pacientes, pudiendo producir trastornos del ritmo circadiano (3).

Los principales factores relacionados al propio paciente son la gravedad de la enfermedad, el dolor y los trastornos primarios del sueño (25). En cuanto a la gravedad de la enfermedad se observó que aquellos pacientes con mayor valor de APACHE II tenían alteración en el mantenimiento y duración del sueño, así como disminución de las ondas lentas en comparación con sujetos sanos (25). Por su parte, el dolor ha sido identificado como uno de los principales factores estresantes en un paciente hospitalizado (25).

En cuanto al ambiente hospitalario, este puede afectar el sueño del paciente en gran medida por la pérdida de su intimidad y privacidad al permanecer en un ambiente compartido con otros enfermos, personal de salud e incluso su familiar o cuidador; además, es de conocimiento general que dentro de cualquier servicio hospitalario es común presenciar un ambiente ruidoso, especialmente en las áreas con más instrumentos electrónicos que emiten sonidos como sucede en la unidad de cuidados intensivos (3). Por otro lado, el tiempo que un paciente permanece dentro de la institución es directamente proporcional a las posibilidades de sufrir alguna infección nosocomial que complique el cuadro clínico que motivó el ingreso (3).

En este sentido, debido a las características del entorno hospitalario aparecen manifestaciones fisiológicas en el paciente como los trastornos del sueño que afectan negativamente a la calidad de vida, aumentan el estrés y predisponen a problemas de salud (3). Por lo antes mencionado, podemos señalar que el ambiente hospitalario no es óptimo para mantener una buena calidad del sueño.

Actualmente en el país, existen varios estudios presentados sobre el insomnio presente en distintos grupos de interés, como el publicado por Olivia González et al. en el 2019, titulado "Factores asociados a los trastornos del sueño en pacientes oncológicos de un hospital de la ciudad de Guayaquil, año 2019", donde evidencia 77% de antecedentes personales y 46% de antecedentes familiares liderados por el cáncer, el 37% mala percepción del sueño, el 37% consumo de alcohol (26). Por otra parte, Oscar Alfonso Balla Yaucan et al. publicaron en el 2022 un trabajo acerca del ritmo circadiano en pacientes post covid-19 de un hospital de Guayaquil y concluyeron que existe una presentación mínima de trastornos del ritmo circadiano sueño-vigilia en los pacientes que sufrieron covid-19 (27).

No obstante, en el Ecuador no se registran trabajos de investigación publicados sobre la relación de la estancia hospitalaria con el insomnio de reciente aparición en pacientes en áreas de hospitalización, por lo que hemos visto conveniente hacer esta investigación con el fin de brindar resultados que confirmen o nieguen una mayor incidencia de insomnio en pacientes hospitalizados con una larga estancia, y permita, a su vez, modificar conductas médicas que favorezcan la pronta superación de la enfermedad y recuperación de los pacientes.

CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA

3.1 Diseño del estudio

Estudio cuantitativo no experimental

3.2 Tipo de investigación

El presente estudio es de tipo observacional, prospectivo, transversal y analítico

3.3 Población de estudio y muestra

Pacientes hospitalizados en el Hospital IEES Ceibos durante el periodo de octubre de 2022 a marzo de 2023.

3.3.1 Criterios de inclusión

- Pacientes mayores de 18 años.
- Pacientes orientados en tiempo, espacio y persona que puedan responder al interrogatorio.
- Pacientes que hayan ingresado al hospital al menos hace 2 días, para garantizar al menos una noche de sueño en el hospital.

3.3.2 Criterios de exclusión

- Pacientes en los que se desconozca la fecha de ingreso al Hospital IEES Ceibos.
- Pacientes intubados o con sedantes.
- Pacientes en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y sala de emergencia.
- Pacientes con alteración del nivel de conciencia o alteración del habla que les imposibilite responder la encuesta.

- Pacientes que hayan presentado síntomas de insomnio antes de su ingreso al hospital.
- Pacientes diagnosticados con algún trastorno psiquiátrico.

3.3.3 Cálculo del tamaño de la muestra

El total de camas censables en el área de hospitalización del Hospital General del Norte Guayaquil Los Ceibos es 400 camas, pero de acuerdo con los criterios de exclusión no se consideró para el estudio las 43 camas que corresponden al área de hospitalización pediátrica, teniendo por lo tanto 357 camas elegibles para la investigación. En este sentido, el tamaño de la muestra mínimo representativo para un nivel de significancia del 95% con un margen de error del 5% es 186 pacientes.

3.3.4 Método de muestreo

Muestreo sistemático aleatorizado, es decir que todos los pacientes del área de hospitalización (excepto hospitalización pediátrica y menores de edad) tuvieron la oportunidad de ser encuestados, y posteriormente se excluyó a aquellos que no cumplían con los criterios de inclusión.

3.4 Método de recogida de datos

Los datos fueron recopilados directamente por las investigadoras mediante la modalidad de encuestas, de manera tal que se obtuvieron los datos de información personal, información médica general y se ejecutó el Índice de Severidad del Insomnio (ISI). Esta escala fue elegida para el estudio por la claridad de las preguntas planteadas, su rápida ejecución y por ser recomendada en protocolos y guías internacionales.

Antes de realizar cada encuesta se le informaba al paciente y a su acompañante el objetivo del proyecto y se solicitaba su consentimiento para obtener la información requerida; esto con el objetivo de cumplir los principios éticos de la investigación científica y preservar el derecho de autonomía de los pacientes.

3.5 Operacionalización de las variables

Tabla 1. Operacionalización de variables

Nombre de la variable	Definición de la variable	Tipo	Resultado
Variables asociadas			
Género	Género	Categórica Nominal dicotómica	Masculino Femenino
Etapa de la vida	Etapa de la vida	Categórica ordinal politómica	Adulto joven (16-35 años) Adulto (36-64 años) Tercera edad (>65 años)
Grado de estudios	Grado de estudios	Categórica ordinal dicotómica	Sin estudios Estudios básicos (Primer y segundo nivel) Estudios avanzados (Tercer y cuarto nivel)
Estado civil	Estado civil	Categórica nominal politómica	Soltero Casado o Unión libre Divorciado o separado Viudo
Motivo de ingreso	Síntoma principal que motivó su ingreso	Categórica nominal politómica	Síntomas relacionados a enfermedad neurológica Síntomas relacionados a enfermedad respiratoria Síntomas relacionados a enfermedad cardiovascular Síntomas relacionados a enfermedad gastrointestinal Síntomas relacionados a enfermedad nefrológica y urinaria Cáncer Traumatismo Infecciones Causa gineco-obstétrica Dolor Otros
Hábitos tóxicos	Hábitos tóxicos	Categórica nominal politómica	Consumo de alcohol Hábito tabáquico Consumo de café Consumo de sustancias sujetas a fiscalización
Variables de supervisión			
Diagnóstico de insomnio	Índice de Severidad del Insomnio (ISI)	Categórica nominal dicotómica	Presencia de insomnio Ausencia de insomnio
Severidad del insomnio	Índice de Severidad del Insomnio (ISI)	Categórica ordinal politómica	Insomnio subclínico Insomnio clínico moderado Insomnio clínico grave
Estancia Hospitalaria	Días de hospitalización que cursa el paciente cuando se realizó la encuesta	Categórica ordinal dicotómica	Estancia hospitalaria normal (2-10 días) Estancia hospitalaria prolongada (11 días o más)

3.6 Procesamiento de datos

La información se recolectó mediante el sistema de encuestas de Google Forms, de manera que posteriormente se extrajo los datos ingresados en una hoja de cálculo de Excel versión Microsoft 365 para Windows. A continuación, se eliminaron a los participantes que no podían formar parte de la investigación por tener antecedentes de trastornos psiquiátricos o presentar síntomas de insomnio antes del ingreso hospitalario. Finalmente, los datos se codificaron en números para facilitar su procesamiento estadístico.

Además, se utilizó la herramienta IBM SPSS Statistics 21 para organizar los datos, generar las tablas de contingencia y realizar el análisis estadístico de las distintas variables.

3.7 Estrategia de análisis estadístico

La investigación se realizó con un nivel de significancia de 5% y un intervalo de confianza de 95%. Se usó estadística descriptiva (frecuencia y porcentaje) para describir los factores sociodemográficos, hábitos tóxicos y diagnóstico de ingreso de los pacientes mayores de 18 años que hayan presentado insomnio durante su estancia hospitalaria.

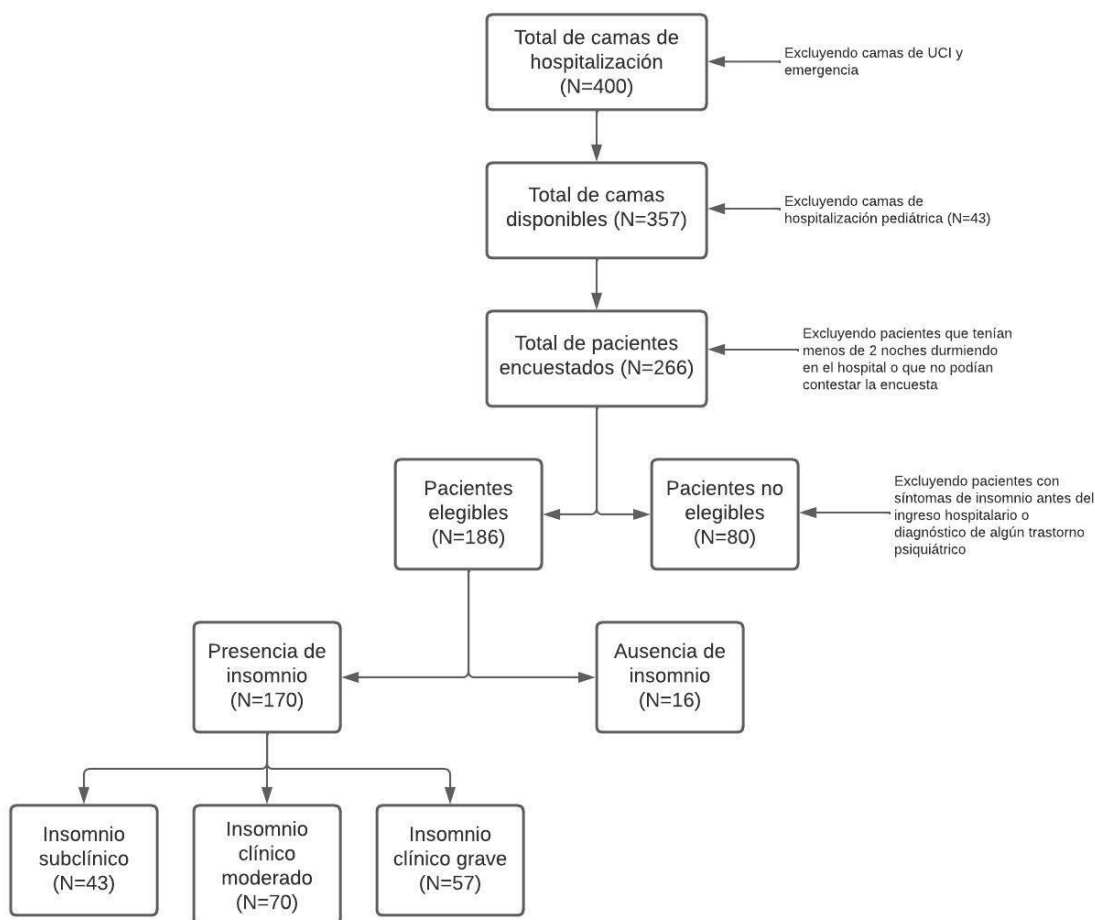
Además, se utilizó diagrama de cajas y bigotes para representar la media y la desviación típica de la edad y los días de hospitalización en relación con la presencia o ausencia de insomnio. Asimismo, se empleó diagrama de barras para representar los resultados obtenidos en el índice de severidad del insomnio (ISI) con relación a la estancia hospitalaria.

Por otro lado, se obtuvo el odds ratio de la asociación entre estancia hospitalaria e incidencia de insomnio mediante tabla de contingencia de 2x2. También se usó test de chi cuadrado para analizar la relación entre la presencia o ausencia de insomnio y las variables sociodemográficas, entre los resultados de la escala ISI y los hábitos tóxicos, y entre la estancia hospitalaria y presencia o no de insomnio.

CAPÍTULO 4: RESULTADOS

4.1 Representación estadística de resultados

Gráfico 1. *Flujograma de inclusión de pacientes.*



Al final de la fase de recopilación de datos se encuestó a 266 pacientes, de los cuales 80 no fueron elegibles para el estudio debido a que se les había diagnosticado algún trastorno psiquiátrico antes de su ingreso hospitalario o tenían síntomas de insomnio antes de ser hospitalizados. De manera que, la muestra final fue de 186 pacientes (*Véase Gráfico 1*).

Se obtuvo que 170 pacientes presentaron insomnio de reciente aparición y 16 no habían presentado insomnio al momento de realizarles la encuesta. De los pacientes con insomnio, 43 tenían insomnio subclínico, 70 insomnio clínico moderado y 57 padecían insomnio clínico grave (*Véase Gráfico 1*).

Tabla 2. Descripción de las variables sociodemográficas en relación con el diagnóstico de insomnio establecido mediante la escala ISI aplicada

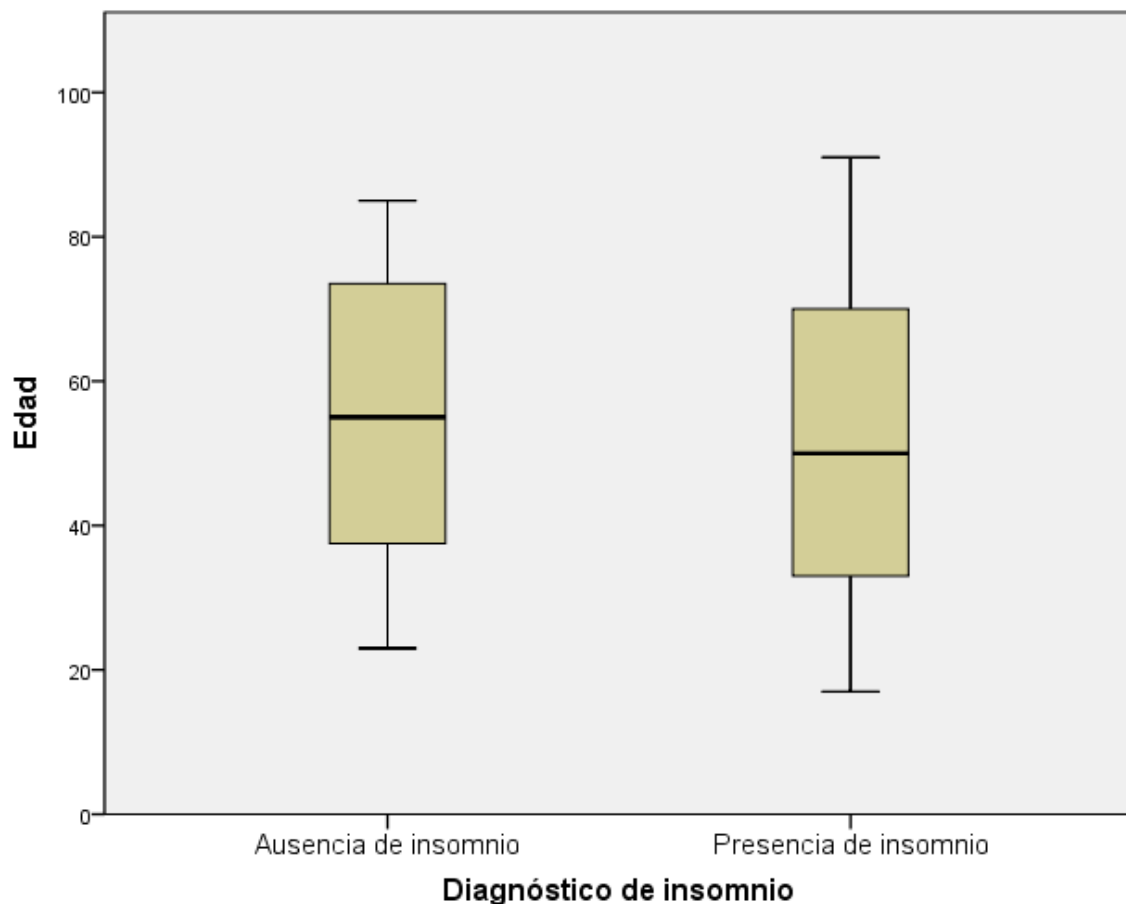
	Diagnóstico de insomnio				χ^2 <i>p value</i>
	Ausencia de insomnio (n = 16)		Presencia de insomnio (n = 170)		
	n	%	n	%	
Género					0.030
Masculino	14	12.1%	102	87.9%	
Femenino	2	2.9%	68	97.1%	
Etapa de la vida					0.524
Adultos jóvenes	3	5.6%	51	94.4%	
Adultos	8	11.3%	63	88.7%	
Tercera edad	5	8.2%	56	91.8%	
Estado civil					0.007
Soltero	5	9.1%	50	90.9%	
Casado o unión libre	4	4.0%	97	96.0%	
Divorciado o separado	3	18.8%	13	81.3%	
Viudo	4	28.6%	10	71.4%	
Grado de estudios					0.599
Sin estudios	1	7.1%	13	92.9%	
Estudios básicos	11	7.7%	131	92.3%	
Estudios avanzados	4	13.3%	26	86.7%	
Consumo de alcohol					0.508
No	12	7.9%	139	92.1%	
Si	4	11.4%	31	88.6%	
Hábito tabáquico					0.986
No	14	8.6%	149	91.4%	
Si	2	8.7%	21	91.3%	
Consumo de café					0.800
No	9	9.1%	90	90.9%	
Si	7	8.0%	80	92.0%	
Consumo de sustancias sujetas a fiscalización					0.535
No	16	8.8%	166	91.2%	
Si	0	0.0%	4	100.0%	
Motivo de ingreso					0.323
Enfermedad neurológica	1	8.3%	11	91.7%	
Enfermedad respiratoria	0	0.0%	9	100.0%	
Problemas gastrointestinales	5	15.2%	28	84.8%	
Dolor	0	0.0%	14	100.0%	
Enfermedad cardiovascular	0	0.0%	2	100.0%	
Enfermedad nefrológica y urinaria	1	50.0%	1	50.0%	
Cáncer	0	0.0%	2	100.0%	
Traumatismos	5	8.1%	57	91.9%	
Infecciones	4	13.3%	26	86.7%	
Causa gineco-obstétrica	0	0.0%	7	100.0%	
Otros	0	0.0%	13	100.0%	

El 87.9% de los hombres y el 97.1% del total de mujeres presentaron insomnio, es decir que el sexo femenino tiene mayor probabilidad de desarrollar insomnio durante la estancia hospitalaria. La significancia fue de 0.03, por lo cual se puede

establecer que existe asociación entre el género y el insomnio de reciente aparición tras el ingreso hospitalario (Véase *Tabla 2*).

Por otro lado, la media de edad de la muestra fue de 51.3 años con desviación típica de 20.26. En este sentido, en el *gráfico 2* se expone la distribución de los datos en un diagrama de cajas y bigotes demostrando que se distribuyen de manera bastante homogénea denotándose una tendencia a presentar insomnio de reciente aparición en los pacientes mayores de 50 años. Además, en cuanto a la etapa de la vida no se halló asociación con el diagnóstico de insomnio debido a que la significancia fue mayor a 0.05, pero se encontró que el grupo de adultos jóvenes y adultos mayores presentaron mayor frecuencia de incidencia de insomnio con 94.4% y 91.8%, respectivamente (Véase *Tabla 2*).

Gráfico 2. Diagrama de cajas y bigotes para la edad según el diagnóstico o no de insomnio.



En relación con el estado civil, los pacientes casados o en unión libre y los solteros tienen mayor probabilidad de presentar insomnio de reciente aparición durante su

estancia hospitalaria con 96.0% y 90.9%, respectivamente. Asimismo, con un *p value* de 0.007 se establece que existe asociación entre el estado civil y el diagnóstico de insomnio (Véase *Tabla 2*).

Además, en relación con el grado de estudios aproximadamente el 92% de los pacientes sin estudios académicos y de los pacientes con estudios básicos debutaron con insomnio durante su estancia hospitalaria; sin embargo, no se halló correlación significativa entre estas variables porque el *p value* fue de 0.60 (Véase *Tabla 2*).

Tabla 3. Distribución de los hábitos tóxicos según la ausencia o presencia de insomnio junto con la severidad de este diagnosticados mediante la escala ISI aplicada

	Resultados de la Escala de Índice de Severidad del Insomnio (ISI)								<i>X</i> ²	<i>p value</i>
	Ausencia de insomnio (n=16)		Insomnio subclínico (n=43)		Insomnio clínico moderado (n=70)		Insomnio clínico grave (n=57)			
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Consumo de alcohol										0.445
No	12	75.0%	32	74.4%	58	82.9%	49	86.0%		
Si	4	25.0%	11	25.6%	12	17.1%	8	14.0%		
Hábito tabáquico										0.004
No	14	87.5%	31	72.1%	66	94.3%	52	91.2%		
Si	2	12.5%	12	27.9%	4	5.7%	5	8.8%		
Consumo de café										0.710
No	9	56.3%	26	60.5%	35	50.0%	29	50.9%		
Si	7	43.8%	17	39.5%	35	50.0%	28	49.1%		
Consumo de SSF*										0.082
No	16	100.0%	40	93.0%	70	100.0%	56	98.2%		
Si	0	0.0%	3	7.0%	0	0.0%	1	1.8%		

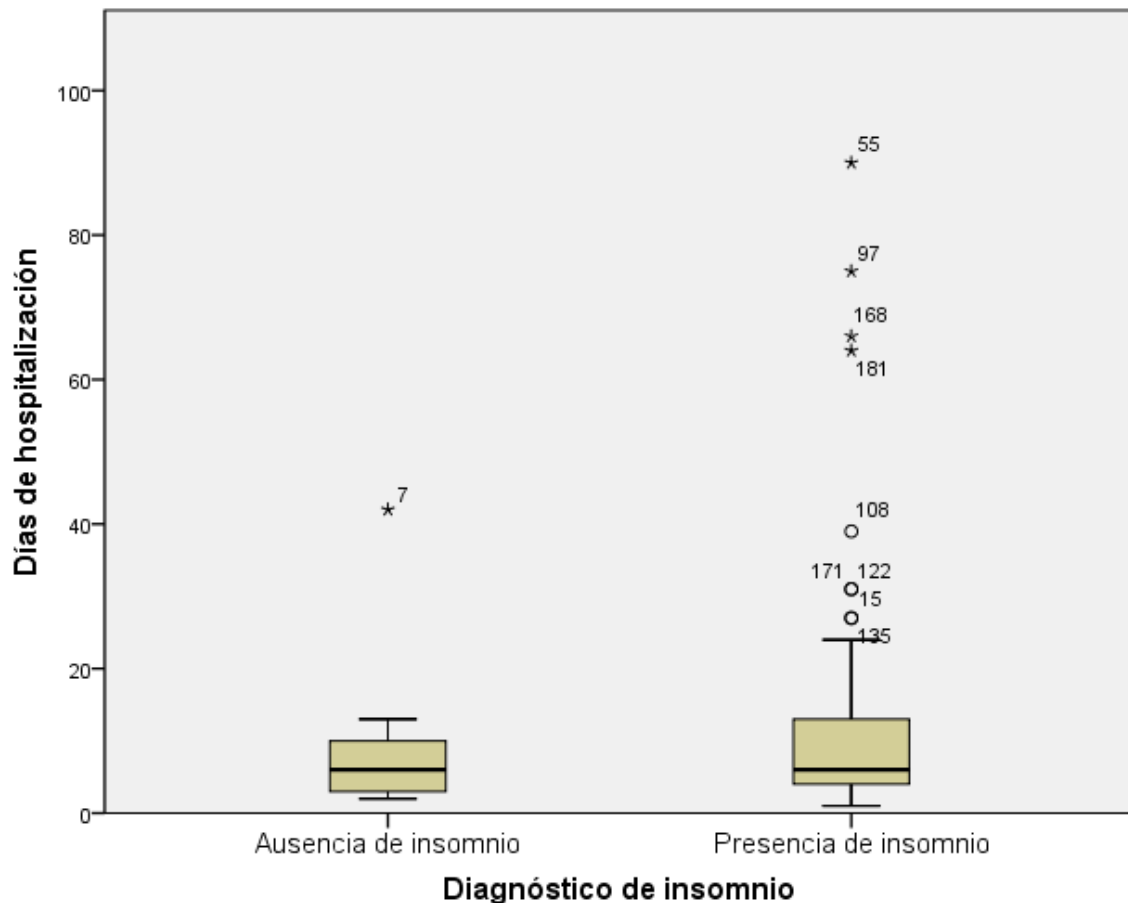
*SSF: sustancias sujetas a fiscalización

De manera similar, los hábitos tóxicos no demostraron asociación significativa con el diagnóstico de insomnio debido a que la significancia fue mayor a 0.05. A pesar de esto se determinó que en la muestra el 92.1% de los pacientes que no consumían alcohol y el 91.4% de los que no fumaban debutaron con insomnio en su estancia hospitalaria. Además, el 92% de los que consumían café y todos los pacientes que consumían sustancias sujetas a fiscalización presentaron insomnio

de reciente aparición tras su ingreso hospitalario (Véase *Tabla 2*). Por su lado, al analizar los hábitos tóxicos según el grado de insomnio, se puede apreciar que el 86% de los pacientes con insomnio clínico grave no consumían alcohol, el 91.2% no fumaban, el 50.9% no consumían café y el 98.2% no consumía sustancias sujetas a fiscalización. Se halló asociación significativa solamente entre el hábito tabáquico y la gravedad del insomnio con un p value de 0.004 (Véase *Tabla 3*).

Igualmente, no se pudo establecer relación entre el motivo de ingreso y el diagnóstico de insomnio debido a que el p value fue de 0.32, pero se encontró que todos los pacientes con enfermedad respiratoria, dolor, enfermedad cardiovascular, cáncer y causa gineco-obstétrica debutaron con algún grado de insomnio tras su ingreso a la unidad hospitalaria en estudio (Véase *Tabla 2*).

Gráfico 3. Diagrama de cajas y bigotes para los días de hospitalización según el diagnóstico o no de insomnio.



La media de los días de hospitalización fue de 10.13 días con desviación típica de 11.94, lo que refleja dispersión de los datos, que también se aprecia en el diagrama

de cajas y bigotes expuesto en el *gráfico 3*, donde se pueden observar varios datos atípicos, es decir aquellos que salen de los bigotes porque son mayores a la desviación esperada. Además, la media de días de hospitalización en el grupo de ausencia de insomnio fue de 9 días y en el grupo de presencia de insomnio fue de 10 días. De manera que 135 pacientes, es decir 73.58% tuvieron una estancia hospitalaria normal, de los cuales 80% tuvieron corta estancia hospitalaria y los demás una estancia hospitalaria media; mientras el 27.42%, es decir 51 de 186 pacientes tuvieron una estancia hospitalaria prolongada.

De los 186 pacientes a los que se le realizó la Escala de Índice de Severidad del Insomnio (ISI) el 8.60% no cumplieron los criterios para ser diagnosticados con insomnio, pero 176 pacientes presentaron algún grado de insomnio, lo que representa el 91.40%, de los cuales 25.29% tuvieron insomnio subclínico, 41.18% insomnio clínico moderado lo que representa a 70 pacientes, y 33.53% tuvieron insomnio clínico grave.

Fórmula 1

Tasa de incidencia de insomnio de reciente aparición

$$= \frac{N^{\circ} \text{ pacientes diagnosticados con insomnio mediante ISI}}{N^{\circ} \text{ pacientes encuestados}} \times 100$$

Mediante la fórmula 1 se calculó la tasa de incidencia de insomnio de reciente aparición tras el ingreso a la unidad hospitalaria en estudio, obteniéndose un valor de 91%, lo cual implica que aproximadamente 9 de cada 10 pacientes que ingresaron al hospital desarrollaron insomnio en algún momento de su estancia.

Al analizar ambas variables se puede observar que el 26.88% de los pacientes encuestados tuvieron una estancia hospitalaria normal y fueron diagnosticados con insomnio subclínico moderado mediante la escala ISI, seguidos de los pacientes con estancia hospitalaria normal, pero insomnio clínico grave con un 20.97%. Por otro lado, los porcentajes más bajos se encuentran en los pacientes con estancia hospitalaria prolongada y ausencia de insomnio, y en los pacientes con estancia hospitalaria prolongada e insomnio subclínico, con 1.61% y 5.38% respectivamente (Véase *Gráfico 4*).

Gráfico 4. Gráfico de barras para resultados de la escala ISI y estancia hospitalaria.

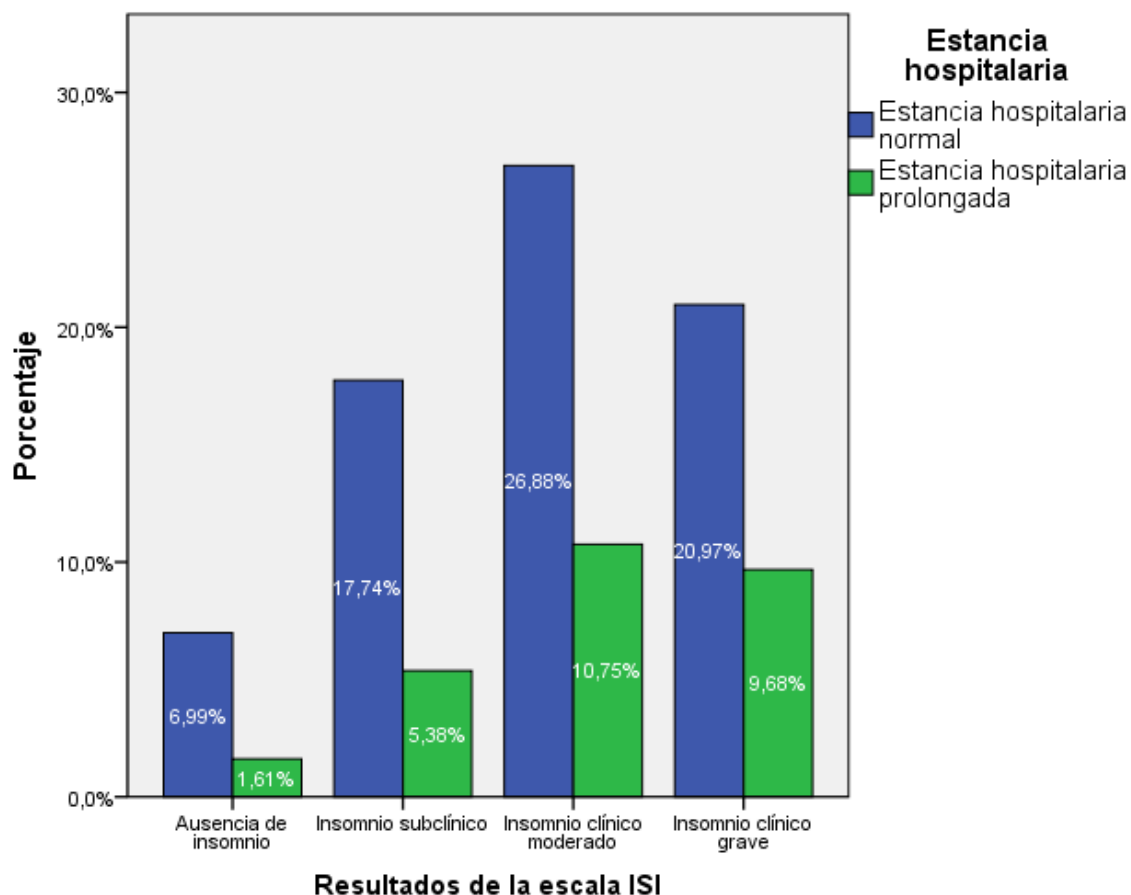


Tabla 4. Tabla de contingencia de estancia hospitalaria y diagnóstico o no de insomnio

	Diagnóstico de insomnio		Total
	Ausencia de insomnio (n=16)	Presencia de insomnio (n=170)	
Estancia hospitalaria normal (n=135)	13	122	135
Estancia hospitalaria prolongada (n=51)	3	48	51
Total	16	170	186

En el análisis de la asociación entre el insomnio de reciente aparición y la estancia hospitalaria (Véase *Tabla 4*) se halló un Chi-cuadrado de Pearson de 0.66 con un p value de 0.42, lo que significa que no existe asociación entre estas variables.

También se estimó el riesgo mediante el cálculo del odds ratio obteniéndose un valor de 1.705 con IC 95%(0.47 - 6.25), aunque el resultado OR es mayor a 1 e implique que la larga estancia hospitalaria es un factor de riesgo de insomnio de reciente aparición, al analizar el intervalo de confianza se aprecia que pasa por la unidad lo que indica que realmente no existe relación de riesgo entre las variables estudiadas porque al repetir el estudio bajo la mismas condiciones existe el 95% de probabilidad de que se obtenga un odds ratio igual a 1.

4.2 Discusión de resultados

En los resultados de este trabajo de investigación se puede apreciar que existe asociación entre el género y el insomnio de reciente aparición tras el ingreso hospitalario con una significancia de 0.03, encontrando mayor probabilidad de desarrollo de este trastorno del sueño en el sexo femenino, lo cual coincide con la investigación de Bertisch SM et al. (Sleep Heart Health Study) el cual reporta que los participantes con insomnio o sueño deficiente tendían a ser mujeres (5). Así como el estudio de Vera Catalán en el año 2017 donde evalúa el sueño en pacientes hospitalizados de la Región de Murcia utilizando el índice de calidad de sueño de Pittsburgh y reporta que los hombres muestran una puntuación media menor (7.32 ± 3.96), teniendo las mujeres una peor calidad del sueño con 8.25 ± 4.37 puntos ($p=0.067$) (3). Al contrario, Sanz Herrero et al. que estudiaron el insomnio a partir de la aplicación de la Escala Atenas del Insomnio (EAI) en 362 pacientes ingresados en hospital de alta tecnología, determinaron que la puntuación total de la EAI respecto al género no ofreció diferencias significativas, con media en hombres de 7.89 y mujeres 7.77 y p value mayor a 0.05 (7).

Por su parte, en cuanto a la edad, la media de la muestra fue de 51.3 años, aunque al clasificar la edad según la etapa de la vida no se demostró significancia con el diagnóstico de insomnio, lo cual concuerda con el trabajo de Nour Sakr et al., quienes estudiaron el insomnio de reciente aparición en pacientes hospitalizados de la República Libanesa y no observaron diferencias significativas entre los pacientes con y sin insomnio en cuanto a parámetros sociodemográficos como la edad, sin embargo describen un promedio de la muestra de 61 años, similar al obtenido en nuestra investigación (4). Asimismo, en el estudio de Sanz Herrero et

al se mostró diferencias no significativas en cuando a la edad y la presencia de insomnio determinada mediante la Escala Atenas de Insomnio (7).

Sin embargo, en nuestra investigación el grupo con mayor frecuencia de incidencia de insomnio fueron los adultos jóvenes y adultos mayores, similar a lo hallado por Coloma Francisca et al. quienes al analizar la prevalencia de insomnio según rango etario en pacientes hospitalizados en un hospital de la Región Metropolitana de Chile, encontraron que los grupos con mayor frecuencia fueron los adultos jóvenes entre 45 a 64 años con 81% y los adultos mayores con una prevalencia de 58,5%, pero a diferencia de nosotros ellos encontraron relación entre el insomnio y el grupo de adultos mayores, lo cual podría atribuirse a su reducida capacidad para adaptarse al ambiente intrahospitalario y una menor tolerancia al estrés (28).

En la investigación actual también se halló la asociación entre el estado civil y el diagnóstico de insomnio, con una mayor probabilidad de presentación en aquellos pacientes casados o en unión libre y los solteros, sin embargo, no se ha encontrado en la bibliografía un análisis entre la asociación de estas variables que permitan una comparación.

Igualmente, no se reportó significancia entre las variables de nivel de estudios e insomnio, sin embargo, se registra que tantos los pacientes sin estudios académicos como aquellos con estudios básicos debutaron con insomnio durante su estancia hospitalaria. Estos resultados guardan relación con los reportados en el estudio de Vera Catalán, donde señala que los sujetos con nivel básico de estudios muestran una puntuación media mayor en el índice de calidad de sueño de Pittsburgh (8.16 ± 4.51), es decir, peor sueño, frente a los que tienen un nivel de estudios más avanzado ($p=0.013$) (3). Por otro lado, en cuanto a los hábitos tóxicos a diferencia de Vera Catalán, en nuestro estudio solo encontramos asociación entre el hábito tabáquico y la gravedad del insomnio (3). De manera similar, la investigación de Bertisch SM et al. indica que los participantes con insomnio o sueño deficiente informaron de tasas más elevadas de tabaquismo y uso de antidepresivos, en comparación con los participantes sin insomnio (5).

Por otra parte, los diagnósticos principales de aquellos pacientes que debutaron con algún grado de insomnio durante su hospitalización fueron enfermedades respiratorias, dolor, enfermedades cardiovasculares, cáncer y alguna causa gineco-obstétrica. De manera similar, Sanz Herrero et al. en los resultados de su trabajo relativo a los diagnósticos, destaca la concentración de insomnio en pacientes con patología respiratoria en el rango máximo de puntuación de la EAI, además de pacientes con enfermedades digestivas, autoinmunes y cardiovasculares (7).

Además, en el presente trabajo de investigación se determinó que de los 186 pacientes tomados como muestra de estudio, 176 presentaron algún grado de insomnio, siendo más frecuente el insomnio clínico moderado (41.18%), seguido por el grupo de pacientes con insomnio clínico grave (33.53%) e insomnio subclínico (25.29%); sin embargo, en un estudio comparable, Nour Sakr et al. informaron que, de los 75 pacientes incluidos en el análisis final, nueve (12%) no padecían insomnio, 34 (45.3%) tenían insomnio leve, 22 (29.3%) insomnio moderado y 10 (13.3%) padecían insomnio grave; además refieren una tasa de incidencia en cuanto al insomnio de nueva aparición de 88% mientras nuestra tasa fue de 91% (4).

Esta diferencia en las variables sociodemográficas podría deberse a criterios de inclusión y exclusión de cada estudio, ya que a diferencia del trabajo de Nour Sakr et al., nuestra investigación no consideró dentro de la muestra a personas ingresadas en la unidad de cuidados intensivos (UCI) ni a los pacientes con menos de dos noches de hospitalización, pero el artículo antes mencionado no incluyó a los pacientes con enfermedades infecciosas ni a inmunocomprometidos (4).

En cuanto a los días de hospitalización nuestro estudio tuvo una media de 10.13 ± 11.94 , reflejando dispersión de los datos, en contraste con la media de días desde el ingreso descrito por Sanz Herrero et al., quienes reportaron un promedio de 2.51 días, esta diferencia puede estar relacionada con el contexto de cada unidad hospitalaria en relación al acceso a herramientas diagnósticas y programas terapéuticos, lo cual determina la rapidez de resolución del cuadro clínico de cada paciente permitiendo o no su egreso hospitalario (7).

Finalmente, al análisis de la asociación entre el insomnio de reciente aparición y la estancia hospitalaria basado en el Chi-cuadrado de Pearson, demostró que no existe asociación dado que se obtuvo un p value mayor a 0.05. Además, se determinó que no existe relación de riesgo entre las variables porque se obtuvo un OR de 1.71 pero un intervalo de confianza al 95% de 0.47 a 6.25. No obstante, estos resultados no se pudieron comparar con otras investigaciones porque no existen artículos que estudien específicamente la asociación ni el riesgo entre ambas variables.

CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En cuanto a los factores sociodemográficos, se halló que un mayor porcentaje de mujeres en comparación a los hombres desarrollaron insomnio de reciente aparición durante su estancia hospitalaria. La edad se distribuyó homogéneamente con tendencia a presentarse insomnio en pacientes mayores de 50 años. Además, hubo mayor incidencia de insomnio en el grupo de adultos jóvenes, el de casados o en unión libre y el de pacientes sin estudios y con estudios básicos. Sin embargo, solo las variables de género y estado civil mostraron asociación con la incidencia de insomnio.

En relación con los hábitos tóxicos, los pacientes que consumían alcohol o fumaban presentaron menor incidencia de insomnio, mientras que los que consumían café o sustancias sujetas a fiscalización mostraron mayor incidencia de este trastorno del sueño. No obstante, solo se demostró asociación significativa entre el hábito tabáquico y la gravedad del insomnio.

Además, todos los pacientes que ingresaron por enfermedades respiratorias, dolor, enfermedades cardiovasculares, cáncer y alguna causa gineco-obstétrica presentaron insomnio durante su estadía en el hospital, pese a esto se demostró que no existe asociación entre el motivo de ingreso y la estancia hospitalaria.

Por otro lado, se determinó que 9 de cada 10 pacientes que ingresaron al hospital desarrollaron insomnio de reciente aparición. Igualmente, se encontró mayor porcentaje de pacientes con estancia hospitalaria normal e insomnio clínico moderado, seguido de los pacientes con insomnio clínico grave y estancia hospitalaria normal, pese a lo cual no se halló asociación ni relación entre la estancia hospitalaria y la incidencia de insomnio de reciente aparición.

Es necesario continuar con la elaboración de estudios que permitan establecer la asociación o relación entre la estancia hospitalaria e insomnio de reciente aparición para esclarecer los efectos de la hospitalización en el ritmo circadiano de pacientes y la probable aparición de trastornos del sueño asociados a los cuidados de la salud. Asimismo, se considera oportuno delimitar los días de hospitalización

mediante los criterios de inclusión para evitar la dispersión de los datos que pudieran afectar los resultados de las futuras investigaciones.

De igual forma, se recomienda identificar la causa de la estancia hospitalaria prolongada, de manera que se diferencie aquellos pacientes que requieren mayor estadía en función de la complejidad de su patología, de aquellos cuya permanencia se deba a procesos administrativos por falta de insumos que permitan determinar su diagnóstico o recibir el tratamiento oportuno.

Finalmente, se sugiere ejecutar un estudio con un diseño longitudinal para dar seguimiento a los pacientes diagnosticados con insomnio de reciente aparición luego de su egreso, y así determinar si la eliminación de los factores hospitalarios revierte la alteración del ritmo circadiano, lo que permitiría clasificar al insomnio en crónico o de corto plazo, este último también conocido como insomnio de ajuste que se asocia directamente a factores estresantes como lo sería el hecho de estar hospitalizado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ruiz C. Revisión de los diversos métodos de evaluación del trastorno de insomnio. *Anales de Psicología*. 2007 Jun;23(1):109–17.
2. Diagnóstico y Tratamiento del Insomnio en ancianos [Internet]. Instituto Mexicano del Seguro Social; Available from: Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-492-11
3. Vera Catalán T. Calidad del sueño y confort en pacientes hospitalizados de la Región de Murcia. Escuela Internacional de Doctorado de la Universidad Católica de Murcia; 2017.
4. Sakr N, Hallit S, Mattar H. Incidence of and Factors Associated with New-Onset Insomnia Among Lebanese Hospitalised Patients. *Sultan Qaboos Univ Med J*. 2021 May;21(2):e210–20.
5. Bertisch SM, Pollock BD, Mittleman MA, Buysse DJ, Bazzano LA, Gottlieb DJ, et al. Insomnia with objective short sleep duration and risk of incident cardiovascular disease and all-cause mortality: Sleep Heart Health Study. *Sleep* [Internet]. 2018 Mar 7 [cited 2022 Jun 20];41(6). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5995202/>
6. Drake CL, Roehrs T, Roth T. Insomnia causes, consequences, and therapeutics: an overview. *Depress Anxiety*. 2003;18(4):163–76.
7. Herrero ÁS, Ordozgoiti AV, Expósito JH, Gatell SB, Rabaixet RR, García ER. Incidencia y factores condicionantes del insomnio en pacientes ingresados en hospital de alta tecnología. *Revista Cubana de Enfermería* [Internet]. 2019 Aug 13 [cited 2022 Jun 20];35(2). Available from: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1718>
8. Cepero P, González G, Conde C. Trastornos del sueño en adulto mayor. Actualización diagnóstica y terapéutica. *Medisur*. 2020 Feb;18(1):112–5.
9. Álvarez DA, Berrozpe EC, Castellino LG, González LA, Lucero CB, Maggi SC, et al. Insomnio: Actualización en estrategias diagnósticas y terapéuticas. *Neurol Arg*. 2016 Jul 1;8(3):201–9.
10. Sarraís F, de Castro Manglano P. El insomnio. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2007;30:121–34.
11. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. Ministerio de Sanidad y Política Social - España; 2009.
12. Escala de somnolencia de Epworth (ESE) [Internet]. [cited 2023 Apr 22]. Available from: <https://www.merckmanuals.com/medical-calculators/EpworthSleepScale-es.htm>

13. Baños-Chaparro J, Fuster Guillen FG, Marín-Contreras J, Baños-Chaparro J, Fuster Guillen FG, Marín-Contreras J. Escala de Insomnio de Atenas: evidencias psicométricas en adultos peruanos. Liberabit [Internet]. 2021 Jan [cited 2023 Apr 22];27(1). Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1729-48272021000100006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
14. Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh [Internet]. Psicología UANL. 2021 [cited 2023 Apr 22]. Available from: <https://psicologiauanl.wordpress.com/2021/09/29/indice-de-calidad-de-sueno-de-pittsburgh/>
15. Ceballos-Acevedo TM, Velásquez-Restrepo PA, Jaén-Posada JS. Duración de la estancia hospitalaria. Metodologías para su intervención. Revista Gerencia y Políticas de Salud. 2014 Dec;13(27):274–95.
16. Alvarez Galvis SP, Escobar Sanchez SM, Ochoa León LC. Estancia prolongada en hospitalización, descripción en literatura y análisis para su manejo. Universidad CES; 2020.
17. Lazarte Gonzales KA. Estancia hospitalaria prolongada y factores asociados en hospitalización de Medicina Interna de un hospital público peruano. Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2021.
18. Zapata Goez LJ, Restreoi Hernández Y. Factores asociados a las estancias hospitalarias prolongadas no justificadas de pacientes mayores de 18 años en una institución de III nivel de complejidad en el Municipio de Rionegro. 2019.
19. Ruíz Semba ER. Factores asociados a estancia hospitalaria prolongada en el servicio de Medicina Interna Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2016. Universidad de San Martín de Porres; 2016.
20. Aguirre-Gas H, García-Melgar M, Garibaldi-Zapatero J. Los factores asociados con la estancia hospitalaria prolongada en una unidad de tercer nivel. Gac Méd Méx. 133(2):71–7.
21. Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) | Gestion Sanitaria [Internet]. gestion-sanitaria.com. [cited 2022 Oct 3]. Available from: <https://www.gestion-sanitaria.com/grupos-relacionados-diagnostico-GRD.html>
22. Sánchez Hernández E, Pérez Fouces FE, López Castillo EE, De la Torre Vega G, Velez Fernández G. Factores de riesgo asociados a estadía hospitalaria prolongada en pacientes adultos. MEDISAN. 2019;23(2):271.
23. Achury Saldaña DM, Rodríguez Colmenares SM. El sueño en el paciente hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo. Investig Enferm Imagen Desarr. 2014;16(1):49–59.
24. Antomás Osés J, Gárriz Murillo C, Huarte Del Barrio S, Cambra K, Ibáñez B. Insomnio en pacientes que ingresan en unidades de hospitalización

- psiquiátricas. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2016 Dec;39(3):399–404.
25. Carrillo-Esper R, Carrillo-Córdova D, Carrillo-Córdova C, Bracho-Olvera H. Alteraciones del sueño en el enfermo grave. Un evento de gran repercusión y poco tomado en cuenta. *Med Int Méx*. 2017;33(5):618–33.
 26. González Aquino OG. Factores asociados a los trastornos del sueño en pacientes oncológicos, de un hospital de especialidad de la ciudad de Guayaquil, año 2019. 2019 Aug 5 [cited 2022 Nov 18]; Available from: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/13268>
 27. Balla Yaucan OA, Briones Fernández AD. Análisis del ritmo circadiano sueño-vigilia en pacientes postcovid-19 atendidos en un hospital de la ciudad de Guayaquil, año 2021. 2022 Apr 6 [cited 2022 Nov 18]; Available from: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/18548>
 28. Coloma F, Diaz C, Espinoza C, Flores F, Godoy G, Guelfand S, et al. Estudio de prevalencia de insomnio en 151 pacientes hospitalizados en servicio médico quirúrgico de un hospital público de la Región Metropolitana. *Revista Confluencia*. 2020 Jul 31;2(1):74–8.

ANEXOS

ANEXO 1: Formato de recopilación de datos

Código			
Historia clínica			
Nombres			
Apellidos			
Fecha de ingreso al hospital			
		Día	Mes
Días de hospitalización		Días	
Información personal			
Edad		años	
Género		Masculino	
		Femenino	
Estado civil		Soltero	
		Casado o unión libre	
		Divorciado o separado	
Nivel de estudios		Sin estudios	
		Primer nivel	
		Segundo nivel	
		Tercer nivel	
		Cuarto nivel	
Información médica general			
Hábitos tóxicos		Consumo de alcohol	
		Hábito tabáquico	
		Consumo de café	
		Consumo de sustancias sujetas a fiscalización	
		Cantidad	
		Frecuencia	
		Edad a la que empezó el hábito	
		Años que lleva con el hábito	
APP de trastorno psiquiátrico		Si	
		No	
	Nombre de la patología		
Motivo de ingreso			
Diagnóstico de ingreso			
Síntomas de insomnio previo al ingreso hospitalario		Si	
		No	

Índice de severidad del insomnio					
Gravedad actual del problema de sueño					
	Nada	Leve	Moderado	Grave	Muy grave
Dificultad para quedarse dormido	0	1	2	3	4
Dificultad para permanecer dormido	0	1	2	3	4
Despertarse muy temprano	0	1	2	3	4
Satisfacción en la actualidad con el sueño					
Muy satisfecho		Moderadamente satisfecho		Muy insatisfecho	
0	1	2	3	4	
¿En qué medida el sueño interfiere con tu vida diaria?					
Nada	Poco	Algo	Mucho	Muchísimo	
0	1	2	3	4	
¿En qué medida crees que los demás se dan cuenta de tu problema de sueño por lo que afecta a tu calidad de vida?					
Nada	Poco	Algo	Mucho	Muchísimo	
0	1	2	3	4	
¿Qué tan preocupado estás actualmente por tu problema de sueño?					
Nada	Poco	Algo	Mucho	Muchísimo	
0	1	2	3	4	
<i>Interpretación</i>					
	0-7	Ausencia de insomnio clínico			
	8-14	Insomnio subclínico			
	15-21	Insomnio clínico moderado			
	22-28	Insomnio clínico grave			

ANEXO 2: Formato de consentimiento informado

Este Documento de Consentimiento Informado tiene dos partes:

- Información: proporciona información sobre el estudio.
- Formulario de Consentimiento: para firmar si está de acuerdo en participar.

Se le dará una copia del documento completo de Consentimiento Informado.

Título del estudio

Asociación entre larga estancia hospitalaria e incidencia de insomnio de reciente aparición en pacientes hospitalizados en el Hospital del IESS Ceibos, durante el periodo de octubre de 2022 a marzo de 2023.

Nombres y teléfonos de las investigadoras principales:

- IRM. Leidy Lisbeth Gonzabay Parrales. Cel.: 0967072852
- IRM. Sofia Dolores Mendoza López. Cel.: 0996442372

Parte I: Información

Se le está pidiendo que participe de un estudio de investigación porque tiene más de dos días hospitalizado. Este estudio se realiza para poder conocer los efectos de la estancia hospitalaria en el sueño. Las IRMs. Leidy Gonzabay y Sofia Mendoza serán quienes dirijan el estudio, ellas no recibirán pago alguno por realizarlo, teniendo en cuenta además que este estudio representa el trabajo de titulación necesario para la obtención del título de Médico General.

Su participación es completamente voluntaria; si no desea hacerlo su médico continuará con su atención habitual y su negativa no le traerá ningún inconveniente. Lea toda la información que se le ofrece en este documento y haga todas las preguntas que necesite a la investigadora que se lo está explicando, antes de tomar una decisión.

El propósito de esta investigación es asociar la larga estancia hospitalaria con la incidencia de insomnio de reciente aparición en pacientes hospitalizados.

Si Ud. acepta participar se comprometerá a responder un cuestionario proporcionado por las investigadoras en donde se recopilará:

- Información personal básica que incluye edad, estado civil, género, grado de estudio

- Información médica general que abarca hábitos tóxicos, antecedentes patológicos personales de trastornos psiquiátricos, motivo de ingreso y diagnóstico de ingreso
- Índice de severidad del insomnio, que permite realizar una valoración subjetiva de su problema de sueño.

Es probable (aunque no seguro) que Ud. no se beneficie con los resultados de este estudio; sin embargo, esperamos que sea útil para personas que tengan se encuentren en la misma situación en el futuro. No se le pagará por su participación en este estudio.

Ud. no tiene riesgo de lesiones físicas si participa en este estudio; el riesgo potencial es que se pierda la confidencialidad de sus datos personales. Sin embargo, se hará el mayor esfuerzo para mantener su información en forma confidencial. Salvo para quienes estén autorizados a acceder a sus datos personales, Ud. no podrá ser identificado y para ello se le asignará un código. En caso de que los resultados de este estudio sean publicados en revistas médicas o presentados en congresos médicos, su identidad no será revelada.

Usted es libre de retirar su consentimiento para participar en la investigación en cualquier momento sin que esto lo perjudique en su atención médica posterior; simplemente deberá notificar al investigador de su decisión. Luego de que retire su consentimiento no se podrán obtener datos sobre Ud. y su salud, pero toda la información obtenida con anterioridad sí será utilizada.

Si tiene cualquier pregunta puede hacerlas ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado el proyecto. Si desea hacer preguntas más tarde, puede contactar a cualquiera de las siguientes personas: IRM. Leidy Gonzabay, Cel.: 0967072852, email: lisbethgonzabayparrales@gmail.com. IRM. Sofia Mendoza, Cel.: 0996442372, email: sofiamendoza000@gmail.com

Parte II: Formulario de Consentimiento

He leído la hoja de información del Consentimiento Informado, he recibido una explicación satisfactoria sobre los procedimientos del estudio y su finalidad. He quedado satisfecho con la información recibida, la he comprendido y se me han respondido todas mis dudas. Comprendo que mi decisión de participar es voluntaria. Presto mi consentimiento para el procedimiento propuesto y conozco mi derecho a retirarlo cuando lo desee, con la única obligación de informar mi decisión al médico responsable del estudio.

Nombre del participante _____

Firma del participante _____

Celular: _____

Fecha: __ __ / __ __ / __ __ __

He leído con exactitud (o he sido testigo de la lectura) el documento de consentimiento informado para el potencial participante y la persona ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que la persona ha dado consentimiento libremente.

Nombre del Investigador _____

Firma del Investigador _____

Celular: _____

Fecha: __ __ / __ __ / __ __ __



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotras, **Leidy Lisbeth Gonzabay PARRALES** con C.C: #**0925479891**, y **Sofía Dolores Mendoza López** con C.C: # **1312332784**, autoras del trabajo de titulación: **Asociación entre larga estancia hospitalaria e incidencia de insomnio de reciente aparición en pacientes hospitalizados en el hospital del IESS Ceibos, durante el periodo de octubre de 2022 a marzo de 2023**, previo a la obtención del título de **Médico** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 02 de mayo del 2023

f.

Gonzabay PARRALES Leidy Lisbeth

C.C: 0925479891

f.

Mendoza López Sofía Dolores

C.C: 1312332784

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Asociación entre larga estancia hospitalaria e incidencia de insomnio de reciente aparición en pacientes hospitalizados en el hospital del IESS Ceibos, durante el periodo de octubre de 2022 a marzo de 2023	
AUTOR(ES)	Leidy Lisbeth Gonzabay PARRALES Sofía Dolores Mendoza López	
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Diego Antonio Vásquez Cedeño	
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil	
FACULTAD:	Facultad de Ciencias Médicas	
CARRERA:	Carrera de Medicina	
TÍTULO OBTENIDO:	Médico	
FECHA DE PUBLICACIÓN:	02 de mayo del 2023	No. DE PÁGINAS: 44
ÁREAS TEMÁTICAS:	Falta de sueño, Trastorno del sueño	
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Insomnio, estancia hospitalaria, pacientes hospitalizados, ritmo circadiano	
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):		
<p>El insomnio es una alteración en la cantidad, calidad u horario del sueño y se ha demostrado que puede afectar el funcionamiento correcto de los órganos. Por su lado, la estancia hospitalaria se define como el tiempo que un paciente permanece ingresado en una unidad de servicios hospitalarios. El comportamiento de los profesionales, la reacción del propio paciente y factores relacionados con la propia institución pueden afectar al ritmo circadiano durante la estancia hospitalaria. En este sentido, se realizó una investigación para analizar la asociación entre larga estancia hospitalaria y la incidencia de insomnio de reciente aparición.</p> <p>Se realizó una investigación de tipo observacional, prospectivo, transversal y analítico en pacientes hospitalizados en el Hospital IESS Ceibos mayores de 18 años, orientados en tiempo, espacio y persona y que hayan ingresado al hospital al menos hace 2 días, y excluyendo a pacientes de UCI o emergencias, intubados o sedados, que tengan alteración del nivel de conciencia o del habla, que hayan presentado síntomas de insomnio antes de su ingreso al hospital, y aquellos diagnosticados con algún trastorno psiquiátrico.</p> <p>Se halló que 9 de cada 10 pacientes que ingresan al hospital desarrollan insomnio durante su estancia hospitalaria, habiendo mayor porcentaje de pacientes con estancia hospitalaria normal e insomnio clínico moderado. Se obtuvo un chi cuadrado de 0.66 con p value de 0.42 y un OR de 1.71 con IC 95%(0.47-6.25). De manera que se concluyó que no existe relación entre la estancia hospitalaria y la incidencia de insomnio de reciente aparición.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-967072852 +593-996442372	E-mail: lisbethgonzabayparrales@gmail.com sofiamendoza000@gmail.com
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Diego Antonio Vásquez Cedeño	
	Teléfono: +593-982742221	
	E-mail: diego.vasquez@cu.ucsg.edu.ec	
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA		
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):		
Nº. DE CLASIFICACIÓN:		
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):		