



Hallazgos sobre la percepción subjetiva de la calidad del sueño en pacientes ginecológicas durante el postoperatorio

Findings on the subjective perception of sleep quality in gynecological patients during the postoperative period

Paulo Ponzanelli Esteve,* Andrés Vega Rosas[†]

Citar como: Ponzanelli EP, Vega RA. Hallazgos sobre la percepción subjetiva de la calidad del sueño en pacientes ginecológicas durante el postoperatorio. Acta Med GA. 2026; 24 (4): 362-366. <https://dx.doi.org/10.35366/123494>

Resumen

Introducción: la hospitalización altera la calidad del sueño (CS) debido a factores individuales y ambientales, especialmente en pacientes sometidas a cirugías ginecológicas. **Objetivo:** evaluar la CS en pacientes ginecológicas hospitalizadas postoperadas e identificar factores influyentes. **Material y métodos:** se realizó un estudio observacional y longitudinal con 35 pacientes en un hospital privado de la Ciudad de México. Se utilizaron el *Richards-Campbell Sleep Questionnaire* (RCSQ) en español y la escala visual analógica (EVA) para medir la CS y el dolor, respectivamente, en el pre- y postoperatorio. Se analizaron las diferencias en las pacientes según los diferentes tipos de cirugías ginecológicas. **Resultados:** el dolor postoperatorio aumentó significativamente ($p = 0.0185$), pero en general la CS no cambió significativamente ($p = 0.1039$). Sin embargo, las pacientes que se sometieron a una histerectomía reportaron una CS significativamente peor en comparación con aquellas que se sometieron a otros procedimientos ginecológicos ($p = 0.0227$). Aunque se encontró una relación directamente proporcional entre el número de drenajes quirúrgicos y las visitas nocturnas por enfermería ($p = 0.001$), ésto no afectó la CS subjetiva. **Conclusiones:** las pacientes sometidas a histerectomía se asociaron a una peor CS en el postoperatorio inmediato. El dolor postoperatorio, las visitas nocturnas de enfermería y los drenajes quirúrgicos no influyeron en la percepción de la CS postoperatoria. La implementación de estrategias de higiene del sueño y manejo del estrés preoperatorio, particularmente en pacientes de histerectomía, podría favorecer la recuperación postoperatoria.

Palabras clave: histerectomía, calidad de sueño, ginecología, postoperatorio, calidad de la atención médica.

Abstract

Introduction: hospitalization alters sleep quality (SQ), due to individual and environmental factors, especially in patients undergoing gynecological surgeries. **Objective:** evaluate SQ in patients who undergo gynecological surgeries that require hospitalization and identify influencing factors. **Material and methods:** an observational, longitudinal study was conducted on 35 gynecological patients in a private Hospital in Mexico City. Richards-Campbell Sleep Questionnaire (RCSQ) was used to measure SQ, and visual analog scale (VAS) was used to measure pain. Measures were taken pre and postoperative. Differences in these measures were analyzed across different types of gynecological surgeries. **Results:** postoperative pain significantly increased ($p = 0.0185$), but overall SQ didn't change significantly ($p = 0.1039$). Nevertheless, patients who underwent hysterectomy procedures reported a significantly worse SQ compared to patients who underwent other gynecological surgical procedures ($p = 0.0227$). A directly proportional relationship was found between the number of surgical drainages and nurse night visits ($p=0.001$), but this did not affect subjective SQ. **Conclusions:** hysterectomized patients were associated with a worse SQ in the immediate postoperative period. Postoperative pain, nurse night visits and surgical drains did not influence the postoperative SQ perception. Improving preoperative sleep hygiene and stress management, particularly for hysterectomy patients, may enhance postoperative recovery.

Keywords: hysterectomy, sleep quality, gynecology, postoperative, quality of medical care.

* Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Anáhuac México. México. ORCID: 0000-0001-5641-3937

[†] Centro de Manejo del Dolor, Hospital Angeles Mocel. México. ORCID: 0000-0002-5000-7847

Correspondencia:

Dr. Andrés Vega Rosas

Correo electrónico: dr.andresvegar@gmail.com



Recibido: 27-03-2025. Aceptado: 22-05-2025.

Abreviaturas:

CS = calidad del sueño

EVA = escala visual analógica

IMC = índice de masa corporal

RCSQ = *Richards-Campbell Sleep Questionnaire* (cuestionario del sueño de Richards-Campbell)

TS = trastornos del sueño

INTRODUCCIÓN

La calidad del sueño (CS) en pacientes hospitalizados suele ser deficiente, atribuible tanto a factores individuales como ambientales.¹ El sueño desempeña un papel crucial en la homeostasis endocrinológica, inmunológica y psicoemocional, además de favorecer los procesos fisiológicos involucrados en la recuperación postoperatoria.²⁻⁵ Durante la hospitalización, el sueño fisiológico se ve alterado, con una reducción en la duración total del sueño, un incremento en la frecuencia de despertares nocturnos y un despertar anticipado en aproximadamente 44 minutos respecto al horario habitual.¹ Entre los factores ambientales que influyen en la CS destaca la ocupación de una habitación individual, el control de la exposición lumínica y una adecuada estrategia analgésica.^{6,7}

Diversos factores hospitalarios, potencialmente modificables, afectan negativamente la CS; abordarlos de manera efectiva podría mejorar la calidad de la atención y la satisfacción del paciente. Morse y su colega⁸ identificaron el insomnio y las alteraciones del ritmo circadiano como los principales trastornos del sueño (TS) adquiridos durante la hospitalización, seguidos de trastornos respiratorios, síndrome de piernas inquietas e hipersomnia. Estas alteraciones impactan negativamente la recuperación postoperatoria, prolongan la estancia hospitalaria y limitan el bienestar del paciente. Adicionalmente, la respuesta metabólica y endocrinológica al trauma quirúrgico, junto con el estado proinflamatorio, pueden agravar los TS.⁹

Los pacientes postoperados experimentan mayor fragmentación del sueño y pesadillas frecuentes, incluso en ausencia de analgesia con opioides.¹⁰ Los pacientes quirúrgicos presentan una mayor incidencia de TS en comparación con los no quirúrgicos, e incluso con aquellos en unidades de cuidados intensivos.^{5,11}

El sexo también influye en la CS y los TS. Las mujeres presentan una mayor prevalencia de insomnio, trastorno por movimiento periódico de los miembros y síndrome de piernas inquietas.¹² En cirugías ginecológicas, los TS son frecuentes en el postoperatorio. Por ejemplo, pacientes sometidas a lumpectomía mamaria pueden presentar TS hasta dos semanas después de la intervención, mientras que, en pacientes histerectomizadas, una mala CS se asocia con una estancia hospitalaria prolongada.¹⁰

La combinación de dolor postoperatorio, exposición a ruidos de alta frecuencia y visitas nocturnas del personal de enfermería exacerba los TS o favorece su aparición.

El presente estudio tiene como objetivo evaluar la CS y la percepción del dolor en pacientes sometidas a cirugía ginecológica, así como analizar los factores personales y ambientales asociados con una CS deficiente. Se plantea la hipótesis de que las pacientes intervenidas quirúrgicamente presentarán una CS postoperatoria deteriorada.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio observacional, longitudinal y unicéntrico en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Angeles México durante marzo y abril de 2024. Se incluyeron pacientes de 18 a 60 años sometidas a cirugía ginecológica no relacionada con embarazo o cesárea. Todas ocuparon habitaciones individuales, con aislamiento acústico, control de intensidad lumínica, puertas cerradas y un acompañante. Se excluyeron aquellas con antecedentes de trastornos del sueño, consumo de psicotrópicos en las 72 horas previas o sin entrevista postquirúrgica completa. Todas las participantes firmaron el consentimiento informado, aprobado por el Departamento de Enseñanza Médica del Hospital. Se siguieron las guías STROBE para estudios transversales.

La CS se evaluó mediante la escala *Richards-Campbell Sleep Questionnaire* (RCSQ), en su versión en español, que consta de cinco ítems valorados en una escala de 0 (peor sueño) a 100 (óptimo). Se consideró CS pobre (≤ 33 puntos), moderada (34-66 puntos) y buena (≥ 67 puntos).¹³⁻¹⁵ También se empleó la escala visual analógica (EVA) para la percepción subjetiva del dolor (calificación del 0-10). El RCSQ y la EVA se aplicaron al ingreso y ocho horas después de la recuperación postoperatoria.

Se recolectaron datos sobre edad, índice de masa corporal (IMC), número de drenajes quirúrgicos, analgesia postoperatoria, visitas nocturnas del personal de enfermería (12 pm-5 am) y latencia de sueño, medida en minutos según el reporte del paciente en los siete días previos a la hospitalización.¹⁶

Se calcularon estadísticas descriptivas para proporciones y porcentajes. Se empleó la prueba t de Student para analizar diferencias en dolor pre- y postoperatorio, percepción del dolor, CS y tipo de cirugía realizada. Una correlación de Pearson evaluó asociaciones entre variables clínicas y ambientales. Se realizó regresión lineal para latencia de sueño y CS subjetiva. Los factores reportados por las pacientes se representaron en gráficos de barras. Se estableció un nivel de significancia de $p \leq 0.05$ y se utilizó GraphPad Prism 9.5.1 para macOS.

RESULTADOS

Se incluyeron 35 pacientes que cumplieron los criterios de selección. La edad promedio fue de 40.37 ± 8.07 años, con un IMC de 25.51 ± 4.48 y una latencia de sueño prehospitalaria de 38.03 ± 44.80 minutos. Las características demográficas y clínicas se presentan en la *Tabla 1*.

Se halló una diferencia significativa entre el dolor pre- y postoperatorio (2.03 ± 2.81 vs 3.63 ± 2.73 , $p = 0.0185$, intervalo de confianza del 95% [IC95%] 0.28-2.92, $t = 2.41$, grados de libertad [df] = 68), así como correlaciones entre edad e IMC ($p = 0.007$) y entre drenajes quirúrgicos y visitas nocturnas ($p = 0.001$). Respecto al abordaje quirúrgico, el 51.4% ($n=18$) de las pacientes fueron sometidas a histerectomía y el 17.1% ($n = 6$) a miomectomía. Otros procedimientos incluyeron ooforectomía, salpingooforec-

tomía y resección de endometriosis, correspondientes al 31.5% ($n=11$).

La percepción subjetiva del dolor mediante EVA fue de 2.03 ± 2.81 al ingreso y 3.63 ± 2.73 en el postoperatorio inmediato ($p = 0.0185$, IC95% 0.28-2.92, *Figura 1A*). La CS, evaluada con RCSQ, mostró un incremento de 57.96 ± 23.57 al ingreso a 67.14 ± 23.03 en el postoperatorio inmediato ($p = 0.1039$, IC95% -20.30 a 1.93, *Figura 1B*), atribuida a la tranquilidad postquirúrgica y la fatiga, independientemente de la analgesia utilizada.

Las pacientes sometidas a histerectomía presentaron menor CS postoperatoria (RCSQ 58.67 ± 24.58) en comparación con otros procedimientos (76.12 ± 17.85 , $p = 0.0227$, IC95% 2.60-32.30, *Figura 1C*). No obstante, la diferencia en la percepción del dolor entre estos grupos no fue significativa ($p = 0.4430$).

Se encontró una correlación inversa entre latencia de sueño y CS preoperatoria ($p = 0.0474$, IC95% -0.35 a -0.0021, *Figura 2*), respaldando la utilidad del RCSQ.

No hubo asociación entre visitas nocturnas y CS postoperatoria ($p = 0.6865$), ni entre drenajes quirúrgicos y CS ($p = 0.5293$). Aunque los drenajes quirúrgicos se relacionaron con más visitas nocturnas ($p = 0.001$), esto no afectó la CS subjetiva. Tampoco se halló relación entre severidad del dolor y CS postoperatoria ($p = 0.8295$).

La *Figura 3* muestra los principales factores que influyeron en la CS. Entre los aspectos positivos, el manejo del dolor fue el más reportado, seguido de la calma tras la cirugía y la fatiga postoperatoria.

DISCUSIÓN

Los resultados indican que las pacientes sometidas a histerectomía experimentaron una peor CS en compa-

Tabla 1: Características clínicas de las pacientes (N = 35).

Variables	Media \pm DE	Rango
Edad, años	40.370 ± 8.073	24-57
Latencia de sueño, minutos	38.028 ± 44.799	1-180
IMC, kg/m ²	25.510 ± 4.478	17.2-36.3
EVA		
Preoperatoria	2.028 ± 2.812	0-8
Postoperatoria	3.628 ± 2.734	0-9
Drenaje quirúrgico	0.828 ± 0.706	0-3
Visitas nocturnas	3.770 ± 2.059	0-8

DE = desviación estándar. EVA = escala visual analógica. IMC = índice de masa corporal.

Figura 1: Análisis de los principales factores asociados a la calidad de sueño. El análisis estadístico se hizo con la prueba t, considerando un asterisco (*) como $p \leq 0.05$. EVA = escala visual analógica. RCSQ = *Richards-Campbell Sleep Questionnaire*.

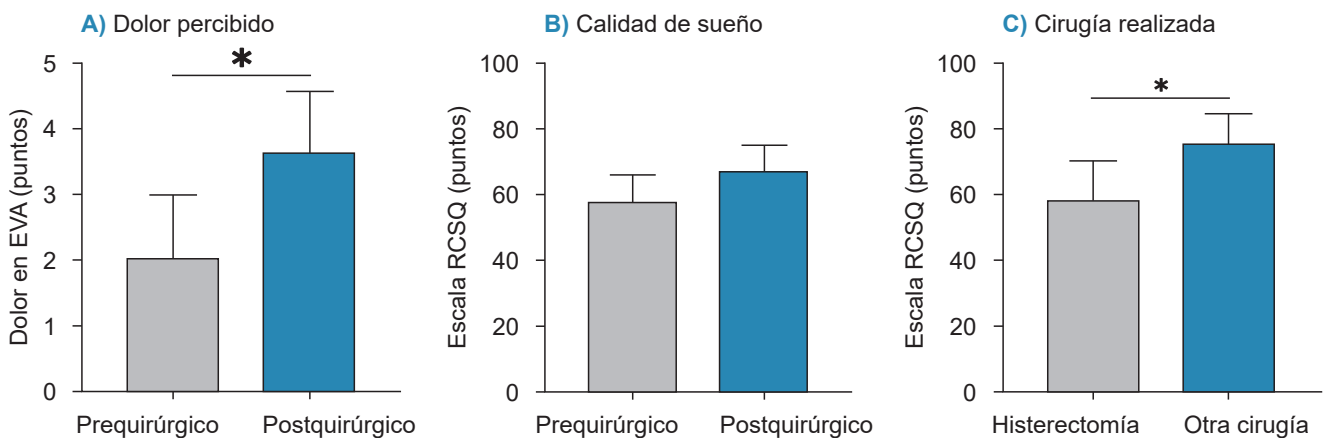
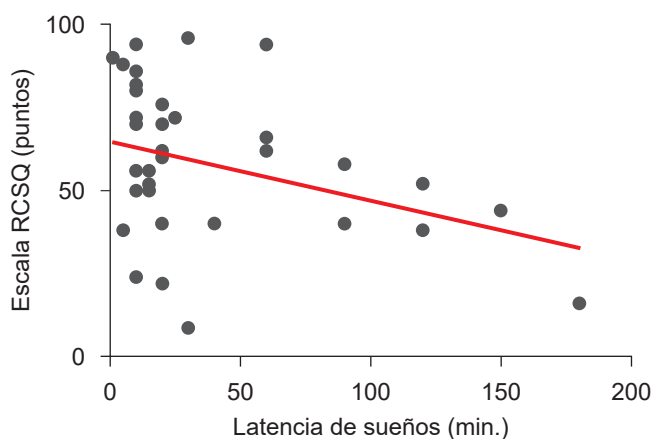


Figura 2: Asociación entre latencia de sueño y calidad de sueño.

RCSQ = *Richards-Campbell Sleep Questionnaire*.



ración con otros procedimientos ginecológicos. El dolor postoperatorio se identificó como un factor clave en la CS, con un incremento significativo respecto al preoperatorio ($p = 0.0185$). Krause y colaboradores¹⁷ describen una relación bidireccional entre dolor y sueño, mientras que He y asociados¹⁸ señalan que la cirugía aumenta la excitabilidad neuronal, intensificando la percepción del dolor. A pesar de ello, en este estudio ningún paciente reportó un EVA superior a 5, lo que sugiere un adecuado control del dolor.

El estrés prequirúrgico también influyó en la CS, considerando la alta prevalencia de TS en mujeres.⁸ La latencia de sueño prolongada antes de la cirugía sugiere deficiencias en la higiene del sueño, posiblemente asociadas a la ansiedad preoperatoria. La histerectomía, además, puede generar un impacto psicológico significativo, incrementando el estrés y el riesgo de TS, lo que ha sido relacionado con una mayor estancia hospitalaria.¹⁰

Las pacientes identificaron diversos factores que influyeron en su CS. El 25% atribuyó una buena CS al manejo del dolor, mientras que el 15% lo señaló como causa de una mala CS.

Otras cirugías como la resección endometrial, miomectomía y salpingooforectomía se asociaron con una mejor CS en comparación con la histerectomía. Estudios previos han vinculado esta última con mayor prevalencia de síntomas depresivos y ansiosos.^{19,20} Además, se ha observado que tanto la cirugía abierta como la laparoscópica pueden inducir TS.²¹

El entorno hospitalario también impacta la CS. En este hospital, la iluminación indirecta de pasillos redujo molestias nocturnas, contrastando con estudios que señalan la luz como factor disruptivo.^{7,5}

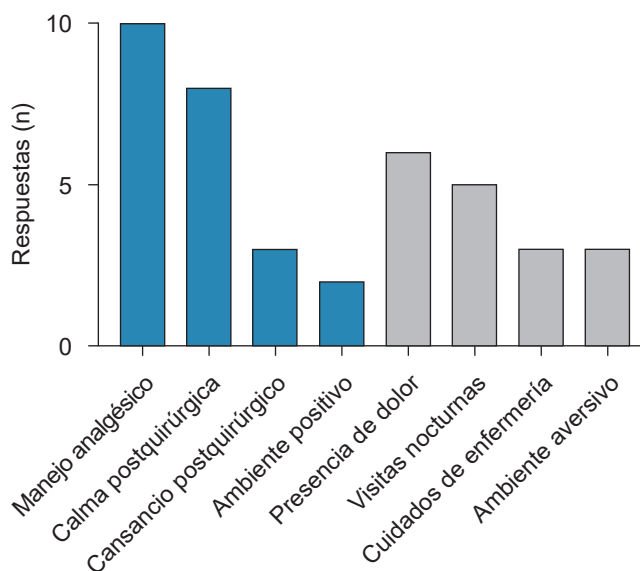
Los hallazgos respaldan la hipótesis de una mejoría en la CS postoperatoria respecto al preoperatorio. Identificar los principales determinantes de la CS permite optimizar la preparación quirúrgica, enfatizando la higiene del sueño y el manejo del estrés, especialmente en pacientes programadas para histerectomía. Una adecuada CS postoperatoria podría mejorar la recuperación y reducir la estancia hospitalaria. Estrategias como intervenciones psicológicas pueden beneficiar a estas pacientes, considerando sus elevados niveles de estrés preoperatorio.

Entre las limitaciones del estudio se encuentran el tamaño muestral reducido, la clasificación por tipo de cirugía especializada —lo que resta poder estadístico a cada grupo, limitando la generalización y el control de variables confusoras—, la falta de valoración de la personalidad de las participantes, la ausencia de mediciones objetivas previas al ingreso y el sesgo asociado a la evaluación subjetiva en un contexto de estrés. Futuras investigaciones podrían incluir monitorización objetiva del sueño pre- y postoperatorio, así como estudios paraclínicos para descartar causas orgánicas de mala CS.

CONCLUSIONES

Las pacientes sometidas a histerectomía presentaron una peor CS en el periodo postoperatorio inmediato en comparación con otros procedimientos ginecológicos. No se encontró una asociación significativa entre la presencia

Figura 3: Factores reportados como influyentes en la percepción subjetiva de calidad de sueño. Los pacientes asocian los factores ilustrados en barras negras como buena calidad, mientras que los grises claro se asociaron a una mala calidad.



de drenajes quirúrgicos, el número de visitas nocturnas del personal de enfermería y la percepción subjetiva de la CS postoperatoria. Sin embargo, la implementación de estrategias dirigidas a mejorar la higiene del sueño y el manejo del estrés preoperatorio, particularmente en pacientes candidatas a histerectomía, podría favorecer una recuperación postoperatoria más óptima.

Desde una perspectiva de calidad de atención clínica, es fundamental reforzar el manejo analgésico en este grupo de pacientes, dado que reportaron la peor CS en el postoperatorio inmediato. Estos hallazgos subrayan la necesidad de continuar explorando intervenciones que optimicen la CS en el contexto perioperatorio, con el objetivo de mejorar los desenlaces clínicos y la experiencia hospitalaria de las pacientes sometidas a cirugía ginecológica.

REFERENCIAS

1. Abera H, Hunt M, Levin JH. Sleep deprivation, burnout, and acute care surgery. *Curr Trauma Rep.* 2023; 9 (2): 40-46. doi: 10.1007/s40719-023-00253-9
2. Su F, Huang D, Wang H, Yang Z. Associations of shift work and night work with risk of all-cause, cardiovascular and cancer mortality: a meta-analysis of cohort studies. *Sleep Med.* 2021; 86: 90-98. doi: 10.1016/j.sleep.2021.08.017.
3. Tononi G, Cirelli C. Sleep and the price of plasticity: from synaptic and cellular homeostasis to memory consolidation and integration. *Neuron.* 2014; 81 (1): 12-34. doi: 10.1016/j.neuron.2013.12.025
4. Garbarino S, Lanteri P, Bragazzi NL, Magnavita N, Scoditti E. Role of sleep deprivation in immune-related disease risk and outcomes. *Commun Biol.* 2021; 4 (1): 1304. doi: 10.1038/s42003-021-02825-4.
5. Wesseliuss HM, Van den Ende ES, Alisma J et al. Quality and quantity of sleep and factors associated with sleep disturbance in hospitalized patients. *JAMA Intern Med.* 2018; 178 (9): 1201-1208. doi: 10.1001/jamainternmed.2018.2669.
6. Schafthuisen L, Ista E, van der Heijden M et al. Hospitalized patients' sleep quality compared between multioccupancy rooms and single-patient rooms. *HERD.* 2023; 16 (3): 119-133. doi: 10.1177/19375867231168895.
7. Kulpatcharapong S, Chewcharat P, Ruxrungtham K et al. Sleep quality of hospitalized patients, contributing factors, and prevalence of associated disorders. *Sleep Disord.* 2020; 2020: 8518396. doi: 10.1155/2020/8518396
8. Morse AM, Bender E. Sleep in hospitalized patients. *Clocks Sleep.* 2019; 1 (1): 151-165. doi: 10.3390/clocksleep1010014.
9. Allen RW, Burney CP, Davis A et al. Deep sleep and beeps: sleep quality improvement project in general surgery patients. *J Am Coll Surg.* 2021; 232 (6): 882-888. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2021.02.010.
10. Su X, Wang DX. Improve postoperative sleep: what can we do? *Curr Opin Anaesthesiol.* 2018; 31 (1): 83-88. doi: 10.1097/ACO.0000000000000538.
11. Li SY, Wang TJ, Wu SF, Liang SY, Tung HH. Efficacy of controlling night-time noise and activities to improve patients' sleep quality in a surgical intensive care unit. *J Clin Nurs.* 2011; 20: 396-407. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03507.x
12. Krishnan V, Collop NA. Gender differences in sleep disorders. *Curr Opin Pulm Med.* 2006; 12 (6): 383-389. doi: 10.1097/01.mcp.0000245705.69440.6a
13. Rollo E, Della Marca G, Scala I et al. Validation study of the Richards-Campbell sleep questionnaire in patients with acute stroke. *J Pers Med.* 2022; 12: 1473. doi: 10.3390/jpm12091473.
14. Jeffs EL, Darbyshire JL. Measuring sleep in the intensive care unit: a critical appraisal of the use of subjective methods. *J Intensive Care Med.* 2019; 34 (9): 751-760. doi: 10.1177/0885066617712197.
15. Riquelme DC. *Impacto del ingreso hospitalario en el patrón y calidad del sueño en el paciente de una Unidad de Cuidados Intensivos* [Tesis de Maestría]. Universitat de Barcelona; 2020.
16. Iskander A, Jairam T, Wang C, Murray BJ, Boulos MI. Normal multiple sleep latency test values in adults: a systematic review and meta-analysis. *Sleep Med.* 2023; 109: 143-148. doi: 10.1016/j.sleep.2023.06.019.
17. Krause AJ, Prather AA, Wager TD, Lindquist MA, Walker MP. The pain of sleep loss: a brain characterization in humans. *J Neurosci.* 2019; 39 (12): 2291-2300. doi: 10.1523/JNEUROSCI.2408-18.2018.
18. He GL, Gong XZ, He JL et al. Evaluation of the efficacy and safety of intradermal needle therapy on the sleep quality of patients following laparoscopic hysterectomy: study protocol for a randomized controlled trial. *Ann Transl Med.* 2022; 10 (14): 808. doi: 10.21037/atm-22-2980
19. Nowakowski S, Levy-Meeke ME, Dawson DB et al. Association of preoperative sleep pattern with posthysterectomy pain: a pilot study. *J Clin Sleep Med.* 2020; 16 (11): 1901-1908. doi: 10.5664/jcsm.8730.
20. Cho NY, Kim S, Nowakowski S, Shin C, Suh S. Sleep disturbance in women who undergo surgical menopause compared with women who experience natural menopause. *Menopause.* 2019; 26 (4): 357-364. doi: 10.1097/GME.0000000000001257.
21. Gogenur I, Bisgaard T, Burgdorf S, Van Someren E, Rosenberg J. Disturbances in the circadian pattern of activity and sleep after laparoscopic versus open abdominal surgery. *Surg Endosc.* 2009; 23 (5): 1026-1031. doi: 10.1007/s00464-008-0112-9.

Si desea consultar los datos complementarios de este artículo, favor de dirigirse a editorial.actamedica@saludangeles.mx