



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

“EVALUACIÓN DE CALIDAD DE SUEÑO EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE ENFERMEDADES ISQUÉMICAS DEL CORAZÓN DE LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DR. DIAZ TOLENTINO JAIR ISAAC
MEDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR

HGZ/UMF #8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”
Correo: jair_arzt@hotmail.com, Matricula: 97371408
Cel. 8183967486 Fax: No fax

DOC. VILCHIS CHAPARRO EDUARDO
DIRECTOR DE TESIS

Médico Familiar. Maestro en Ciencias de la Educación. Doctor en Ciencias de la Familia
Profesor titular de la residencia de medicina familiar HGZ/UMF #8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”
Correo: eduardo.vilchisch@imss.gob.mx, Matricula: 99377278
Cel. 5520671563. Fax: No fax.

DR. SÁNCHEZ PINEDA JORGE
ASESOR CLINICO

Médico Familiar. Médico adscrito a la Coordinación De Medicina Familiar
Del HGZ/UMF #8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”
Correo. jorge.sanchezpi@imss.gob.mx Matricula 99379893
Teléfono: 55506422. Ext. 28268 Fax: No fax

DR. ESPINOZA ANRUBIO GILBERTO
ASESOR EXPERIMENTAL

Médico Familiar, Maestro en Administración de hospitales y Salud Pública.
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud HGZ/UMF #8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo”
Matrícula 99374232.correo: gilberto.espinoza@imss.gob.mx
Cel. 5535143649. Fax: No fax

CIUDAD DE MEXICO, 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

“EVALUACIÓN DE CALIDAD DE SUEÑO EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE ENFERMEDADES ISQUÉMICAS DEL CORAZÓN DE LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

Autores: Dr. Díaz Tolentino Jair Isaac¹, Dr. Vilchis Chaparro Eduardo², Dr. Espinoza Anrubio Gilberto³, Dr. Sánchez Pineda Jorge⁴

1 Médico Residente de segundo año. Especialización Médica en Medicina Familiar. HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” Instituto Mexicano del Seguro Social. IMSS.
2 Médico Especialista en Medicina Familiar. Profesor Titular de la Especialización Médica en Medicina Familiar. HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” Instituto Mexicano del Seguro Social. IMSS.

3 Médico Especialista en Medicina Familiar. Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud. HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” Instituto Mexicano del Seguro Social. IMSS.

4 Médico Especialista en Medicina Familiar. Médico Adjunto de la Especialidad de Medicina Familiar. Adscrita al HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” Instituto Mexicano del Seguro Social. IMSS.

OBJETIVO.

Evaluar la calidad de sueño en los pacientes con enfermedad isquémica del corazón de la consulta externa del H.G.Z. con UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.

MATERIALES Y METODOS.

Estudio transversal, descriptivo. Criterios de inclusión: pacientes con diagnóstico de enfermedad isquémica del corazón, pacientes mayores de 18 años, pacientes derechohabientes del IMSS, sexo indistinto, pacientes sin distinción de ocupación, pacientes sin distinción de religión. Criterios de exclusión: paciente analfabetas y pacientes que no acepten firmar el consentimiento informado. Criterios de eliminación: Pacientes que respondan incompletamente el instrumento de evaluación. Tamaño de muestra: 141 pacientes. Variables: calidad de sueño y enfermedades isquémicas del corazón.

RESULTADOS.

Se realizó un estudio de 141 pacientes con antecedente de enfermedad isquémica del corazón, la media de edad fue de 61 años, 23.4% de sexo femenino y 76.6% de sexo masculino, donde se observó el 27% presentaron buena calidad de sueño y que 73% presentaron mala calidad de sueño, en comparación al género femenino se observó que el 5.7% del total presentaron buena calidad y 17.7% presentaron mala calidad y en el de masculino 21.3% presentaron buena calidad y 55.3% presentaron mala calidad.

CONCLUSIONES.

Se observó en general una mala calidad de sueño en los pacientes, sobre todo en los participantes del sexo masculino, aunque individualizando cada género, se observa que presentan un mismo porcentaje de mala calidad de sueño, también se visualizó que los participantes que estaban casados tuvieron peor calidad de sueño.

PALABRAS CLAVE.

Enfermedades isquémicas del corazón, calidad de sueño

DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA/ UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”
COORDINACIÓN CLINICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

AUTORIZACIONES

DR. CARLOS ERNESTO CASTILLO HERRERA
DIRECTOR DEL HGZ/UMF No. 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
DEL HGZ/UMF No. 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

DR. EDUARDO VILCHIS CHAPARRO
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
DEL HGZ/UMF No. 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

DR. EDUARDO VILCHIS CHAPARRO
DIRECTOR DE TESIS
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
DEL HGZ/UMF No. 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"

DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO
ASESOR METODOLÓGICO
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
DEL HGZ/UMF No. 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"

DR. SÁNCHEZ PINEDA JORGE
ASESOR CLINICO
MÉDICO FAMILIAR, ADSCRITO AL HGZ/UMF # 8 "GILBERTO FLORES IZQUIERDO"

“EVALUACIÓN DE CALIDAD DE SUEÑO EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE ENFERMEDADES ISQUÉMICAS DEL CORAZÓN DE LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

AGRADECIMIENTOS

El trabajo te da significado y propósito, y la vida está vacía sin ambos

Stephen Hawking

A Dios: Fuente de inspiración en mis momentos de angustias, esmero, dedicación, aciertos, alegrías y tristezas que caracterizan el transitar por este camino que hoy veo realizado, sin cuyo empuje no hubiese sido posible.

A mi familia: A mi madre que con su amor ha guiado mis pasos, es un ejemplo de fortaleza, dedicación y tenacidad. A mi padre que me ha enseñado sabiduría y que esforzarme día a día en mi profesión hace que tenga buenos resultados, no tengo palabras para agradecerles su apoyo, por siempre estar a mi lado y preocupándose por mí. A mis hermanos por su tolerancia y apoyo incondicional, y por siempre estar a mi lado en este largo camino de residencia.

Gracias a mis amigos de residencia, con los cuales compartí momentos extraordinarios, que hicieron de estos tres años algo inolvidable.

Gracias a mi novia que hizo que este camino fuera más sencillo y por enseñarme que todo tiene un porque en la vida.

Agradezco a mis profesores Dr. Gilberto Espinoza Anrubio y Dr. Eduardo Vilchis Chaparro por su apoyo no solo para la realización de esta tesis, también por el tiempo que dedicaron a mi enseñanza durante estos tres años de residencia.

Agradezco a mis asesores de tesis, por su valiosa colaboración y dedicación para realización de la mejor manera este trabajo.

A las asistentes médicas de la consulta externa del HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” por su ayuda y participación.

Y en general a todas las personas que colaboraron, directa o indirectamente, en la realización de este trabajo.

¡GRACIAS!

INDICE

1. MARCO TEÓRICO	8
2. ANTECEDENTES	13
3. JUSTIFICACIÓN	15
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
5. OBJETIVO	17
6. HIPÓTESIS	18
7. MATERIAL Y MÉTODOS	19
8. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	20
9. UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL	21
10. POBLACIÓN O UNIVERSO	21
11. MUESTRA	22
12. CRITERIOS	23
13. VARIABLES	24
14. DISEÑO ESTADÍSTICO	27
15. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN	27
16. MÉTODO DE RECOLECCIÓN	31
17. MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS	32
18. CRONOGRAMA	33
19. CONSIDERACIONES ÉTICAS	34
20. RESULTADOS	37
21. DISCUSIONES	52
22. CONCLUSIONES	54
23. RECURSOS HUMANOS	56
24. BIBLIOGRAFÍA	57
25. ANEXOS	60

MARCO TEORICO

La enfermedad isquémica o cardiopatía isquémica se puede definir como la enfermedad cardíaca producida como consecuencia de las alteraciones fisiopatológicas secundarias a la aparición de un desequilibrio entre la demanda y el aporte de oxígeno del músculo cardíaco. La causa más frecuente de cardiopatía isquémica es la enfermedad aterosclerótica de las arterias coronarias epicárdicas, tanto en su forma de presentación crónica (placas estables en la pared del vaso que disminuyen el diámetro de su luz) como en la forma aguda de síndrome coronario agudo (SCA) (fisura y trombosis de una placa inestable). La palabra aterosclerosis se refiere al concepto clásico de engrosamiento y endurecimiento de las arterias, fenómeno que puede aparecer en cualquier lugar del organismo. ⁽¹⁾

La fisiopatología de esta enfermedad principalmente es la ruptura de una placa aterosclerótica que resulta en la oclusión parcial o completa de una arteria coronaria epicárdica. La interrupción de la placa expone colágeno subendotelial, lo que provoca la activación de plaquetas y la cascada de coagulación, lo que conlleva a la formación de un trombo, esto a su vez reduce el flujo sanguíneo debido a la oclusión coronaria y / o embolización distal del trombo en la microcirculación coronaria que da como resultado los síntomas característicos. Los pacientes con oclusión completa generalmente se presentan como infarto al miocardio con elevación del segmento ST (STEMI) en cambio los pacientes con arterias coronarias parcialmente ocluidas generalmente carecen de elevación del segmento ST, pero pueden tener otros cambios sugestivos de isquemia (ej., infradesnivel del segmento ST, Inversiones de onda T). La isquemia miocárdica y/o infarto también pueden ser el resultado de un espasmo de la arteria coronaria, embolia o disección. ⁽²⁾

Existe la siguiente clasificación: El tipo 1 se debe a la ruptura de la placa con trombosis, mientras que el tipo 2 es secundario a un desequilibrio entre la demanda y suministro del oxígeno del miocardio con obstrucción aterosclerótica fija, vasoespasmo, o disfunción endotelial; el tipo 3 incluye pacientes con muerte súbita con resultado fatal del infarto miocardio aunque falta evidencia de biomarcadores cardíacos, y el tipo 4 y 5 incluyen pacientes con infarto al miocardio asociado a PCI (intervención coronaria percutánea) y CABG (derivación aortocoronaria por injerto), respectivamente. ⁽³⁾

Según un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS), actualmente el número de muertes atribuibles a enfermedades cardiovasculares (ECV), asciende al doble en los países en desarrollo. La misma OMS, en el 2016 señala que las ECV causaron casi 17.5 millones de muertes en 2012, es decir, 3 de cada 10 muertes; de estas, 7.4 millones se atribuyeron a la cardiopatía isquémica y 6.7 millones a enfermedad cerebro vascular. ⁽⁴⁾

En España las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en la población mayor de 30 años. ⁽⁵⁾

El registro DIOCLES nos indicó que la mortalidad hospitalaria de los pacientes ingresados en hospitales españoles por sospecha de SICA fue del 4.1%, una cifra significativamente menor que la descrita en el último registro disponible. ⁽⁶⁾

En México el INEGI 2016 reportó que las primeras siete causas de muerte corresponden a la diabetes mellitus (15%), a las enfermedades isquémicas del corazón (13.4%), enfermedades del hígado (5.4%), las cerebrovasculares (5.2%), las crónicas de las vías respiratorias inferiores (4%), las hipertensivas (3.5%) y las agresiones (3.2%), en conjunto, estas enfermedades representan casi la mitad (49.7%) de los decesos totales; la mortalidad en los adultos de 30 a 59 años es de 6.1% y en las mujeres de 30 a 44 años es del (5%) ⁽⁷⁾

Se estima que en el 2020 las muertes por enfermedades cardiovasculares aumentarán del 15% al 20%, y en el 2030 morirán cerca de 23.6 millones de personas. ⁽⁸⁾

La tasa de mortalidad por cardiopatía isquémica ha descendido en las últimas cuatro décadas en los países desarrollados, pero aun así sigue siendo la causa de aproximadamente un tercio de todas las muertes de sujetos de edad > 35 años. Se ha estimado que casi la mitad de los varones y un tercio de las mujeres de mediana edad en Estados Unidos sufrirán alguna manifestación de cardiopatía isquémica; en concreto, se ha estimado que aproximadamente 15.4 millones de personas mayores de 20 años en Estados Unidos padecen cardiopatía isquémica, esto corresponde a una prevalencia total de ECV entre los mayores de 20 años del 6.4% (el 7.9% de los varones y el 5.1% de las mujeres). En lo que se refiere al infarto de miocardio, la tasa de prevalencia se estima en el 2.9% (el 4.2% de los varones y el 2.1% de las mujeres). ⁽⁹⁾

Existen diferentes factores de riesgo para este padecimiento, los cuales se documentó que los más frecuentes son: tabaquismo (30%), obesidad (23%), síndrome metabólico (20%), hipertensión arterial (18%), hipercolesterolemia (14%), diabetes mellitus (7%) y placa carotídea (8%). También se cuenta con el estudio INTERHEART, el cual evaluó la presencia de factores de riesgo en pacientes hospitalizados por infarto agudo al miocardio y los comparó con una población “sana”. El análisis del riesgo demuestra que los niveles inadecuados de lípidos son responsables de casi 50% de los infartos agudos de miocardio (IAM) en el mundo; el tabaco da cuenta de un tercio y los factores psicosociales, como estrés y depresión, de casi un tercio más; la obesidad representa 20%. El consumo de alcohol, el ejercicio y el consumo diario de frutas y vegetales son factores protectores y la ausencia de ellos constituye un factor de riesgo. ⁽¹⁰⁾

El conocimiento de los factores de riesgo cardiovascular y la aplicación de medidas de prevención tanto primaria como secundaria han conseguido una importante reducción de la mortalidad cardiovascular durante los últimos 40-50 años en los países desarrollados. Sin embargo, a pesar de los avances en las medidas de prevención, la enfermedad cardiovascular sigue siendo la principal causa de muerte en los países desarrollados y uno de los determinantes principales de incapacidad y gasto sanitario. Una dieta saludable reduce el riesgo de enfermedad cardiovascular; la ingesta energética debe limitarse a la cantidad de energía necesaria para mantener o conseguir un peso corporal adecuado (índice de masa corporal < 25). ⁽¹¹⁾

En los últimos estudios se ha visualizado que cerca del 40 al 60% del riesgo coronario es dado por factores hereditarios por tanto los test genéticos jugarían un rol importante en la evaluación de estos pacientes. ⁽¹²⁾

Estudios llevados a cabo en los Estados Unidos muestran que la mortalidad por isquemia ha disminuido debido al mejor control del tabaquismo, de la hipertensión y de la dislipidemia, pero con un aumento progresivo de la obesidad y la diabetes mellitus. El estudio PREDIMED nos reportó que seguir una dieta mediterránea reduce a 3 eventos cardiovasculares por 1000 persona al año, además de disminuir el 30% en riesgo relativo entre los participantes de alto riesgo que estaban libres de enfermedad cardiovascular. ⁽¹³⁾

El diagnóstico se realiza correlacionando la clínica con los estudios paraclínicos, la mayoría de los pacientes con SICA describen un dolor en el pecho que es profundo, mal localizado, y potencialmente irradiando al brazo izquierdo, mandíbula o cuello, la incomodidad suele ser prolongada (> 20 minutos) y puede no aliviarse con reposo y/o nitroglicerina. En algunos artículos mencionan que el dolor torácico agudo es responsable del 5-20% de las urgencias médicas hospitalarias, donde el 60% de los dolores torácicos no son de origen cardíaco, ya que aproximadamente el 36% son de origen musculoesquelético, el 11% corresponde a angina estable y solo un 1.5% corresponde a angina inestable o Infarto agudo de miocardio. ⁽¹⁴⁾

En pacientes con infarto agudo al miocardio causado por disminución de suministro de sangre, el electrocardiograma inicial de 12 derivaciones muestra: 1) elevación del segmento ST (EST) como parte del síndrome coronario agudo STE (SICA-EST), o 2) ningún EST, es decir, SICA sin EST (SICA-NEST). Los pacientes con STE se clasifican en que tienen infarto al miocardio (IM) o infarto de miocardio con elevación del ST (STEMI) basado en la ausencia o presencia de biomarcadores de necrosis miocárdica, los pacientes con SICA-NEST se clasifican en angina inestable o NSTEMI, basado también en la ausencia o presencia de biomarcadores. Las elevaciones del ST a menudo se miden desde el punto J, la necesidad de la clasificar en STEMI y NSTEMI en la fase aguda, es debido a la importancia de la terapia de reperfusión. La definición de infarto al miocardio es que en las derivaciones V2-V3 el punto de corte para la elevación del punto J es $\geq 0.2\text{mV}$ en hombres ≥ 40 años, $\geq 0.25\text{ mV}$ en hombres < 40 años y $\geq 0.15\text{ mV}$ en mujeres, en ausencia de bloqueo de rama izquierda o de Hipertrofia ventricular izquierda. ⁽¹⁵⁾

El intervalo QT prolongado en la isquemia coronaria se considera un riesgo de isquemia en el síndrome coronario agudo, siguiendo del infarto agudo de miocardio con onda Q está asociado con un mayor riesgo de muerte súbita. ⁽¹⁶⁾

Los estudios de laboratorio junto con el electrocardiograma nos confirmaran el diagnóstico de SICA, la elevación de biomarcadores es importante, donde las Troponinas están representadas como un complejo de proteínas compuesto de tres unidades que regula la unión entre actina y miosina, filamentos que interactúan para producir contracción muscular. ⁽¹⁷⁾

Es importante tener en cuenta que las Troponinas cardíacas T e I son los marcadores más sensibles y más específicos de necrosis miocárdica y han reemplazado en gran medida a otros biomarcadores. Una elevación de troponina cardíaca por encima del percentil 99 de la el rango normal para el análisis especificado constituye una prueba anormal. ⁽¹⁸⁾

La necrosis miocárdica se inicia a los 20 a 30 minutos de la oclusión de la arteria coronaria en la región subendocárdica y se extiende en forma progresiva en sentido externo hacia la zona subepicárdica. Así que, en un período de 3 horas, la necrosis compromete al 75% de la pared del miocardio y se completa después de las primeras 6 horas, esto debemos de tomar en cuenta para tomar una decisión rápido y dar un tratamiento efectivo. ⁽¹⁹⁾

La revascularización coronaria percutánea es la base del tratamiento del SICA, especialmente del SICACEST. La generalización de la revascularización coronaria ha llevado a la creación de más unidades de hemodinámica y de sistemas locales y/o regionales de atención urgente del SCACEST. La creación e implantación de un programa de código infarto solo regula la actividad urgente, casi siempre en relación únicamente con el SICACEST. Se definió SICA como la elevación de enzimas marcadoras de daño miocárdico por encima del límite de normalidad del laboratorio del y/o alteraciones en el electrocardiograma indicativas de lesión o isquemia miocárdica acompañando al dolor torácico compatible. ⁽²⁰⁾

Según AHA/ACC 2013; si el paciente acude al hospital con menos de 3 horas de haber iniciado la sintomatología, y si este no cuenta con ICP primario, debe ofrecerse terapia trombolítica de inmediato; en la medida que no existan contraindicaciones y que se inicie su administración dentro de los 30 minutos siguientes al diagnóstico establecido. ⁽²¹⁾

Para pacientes con SICA, los datos clínicos complementan valor pronóstico de la anatomía coronaria y estratificación del riesgo debe basarse en el paradigma clínico-anatómico. ⁽²²⁾

La administración de agentes que aumenten el suministro de oxígeno al miocardio o reduzcan la demanda de oxígeno del miocardio puede limitar el tamaño del infarto. Esto se logra mediante la administración de suplementos de oxígeno. El beneficio clínico del uso temprano de la llamada terapia dual antiagregante a base de aspirina y clopidogrel en pacientes con infarto al miocardio sin elevación del segmento ST se hizo evidente con el estudio clásico CURE (Clopidogrel en Angina Inestable para Prevenir Eventos Recurrentes). El tratamiento por 3-12 meses (promedio: 9 meses) de 12562 pacientes disminuyó la incidencia de muerte cardiovascular, IM e ictus a los 12 meses a 9.3. ⁽²³⁾

El sueño en el ser humano que quizá definirlo apropiadamente de una forma más amplia: 1) disminución de la conciencia y reactividad a los estímulos externos, 2) se trata de proceso fácilmente reversibles, 3) se asocia a inmovilidad y relajación muscular, 4) suele presentarse con una periodicidad circadiana (diaria), 5) durante el sueño los individuos adquieren una postura estereotipada. y 6) la ausencia de sueño (privación), induce distintas alteraciones conductuales y fisiológicas, además de que genera una “deuda” acumulativa de sueño que eventualmente deberá recuperarse. (24)

El sueño suele dividirse en dos grandes fases que, de forma normal, ocurren siempre en la misma sucesión: todo episodio de sueño comienza con el llamado sueño sin movimientos oculares rápidos (No MOR), que tiene varias fases, y después pasa al sueño con movimientos oculares rápidos (MOR). La nomenclatura acerca de las fases del sueño ha sido recientemente modificada por la Academia Americana de Medicina del Sueño. Sueño No MOR. Fase 1: esta fase corresponde con la somnolencia o el inicio del sueño ligero, la actividad muscular disminuye paulatinamente y pueden observarse breves sacudidas musculares, en el EEG se observa actividad de frecuencias mezcladas, pero de bajo voltaje y algunas ondas agudas. Fase 2: en el EEG se caracteriza por que aparecen patrones específicos de actividad cerebral llamados husos de sueño y complejos K. Fases 3 y 4 o sueño de ondas lentas: esta es la fase de sueño No MOR más profunda, y en el EEG se observa actividad de frecuencia muy lenta. Sueño MOR. Ahora es llamado fase R y se caracteriza por la presencia de movimientos oculares rápidos; físicamente el tono de todos los músculos disminuye (con excepción de los músculos respiratorios y los esfínteres vesical y anal). (25)

Los trastornos del sueño hacen referencia a alteraciones en su cantidad, calidad y horarios, así como a la ocurrencia de fenómenos fisiológicos anormales relacionados con aquel, cuyas causas pueden ser intrínsecas, extrínsecas, o relacionadas a trastornos médicos o psiquiátricos. Diversas investigaciones muestran el impacto de los trastornos del sueño sobre la calidad de vida y otros factores relacionados con la salud física y psicológica. Muchos autores señalan que la calidad de sueño son los cambios en duración del sueño (menos de cinco horas y más de nueve horas) es decir dormir bien en la noche, así como tener un buen funcionamiento durante el día y están relacionados con un mayor riesgo de desarrollar y/o fallecer de enfermedad coronaria, ya que juega un papel crucial en la prevención de enfermedades y recuperación. La prevalencia de mala calidad de sueño en algunas poblaciones lo maneja que es del 30%, pero en otros artículos mencionan que alcanza hasta el 50%, pero no hay una estadística exacta sobre esto. La privación del sueño puede causar deficiencias en la cognición, memoria, estabilidad emocional y en las regulaciones de funciones inmunológicas. En hombres sanos, privación parcial del sueño por solo cinco noches fue suficiente para causar disfunción y desordenes endoteliales venosos en el control autonómico cardiovascular, con un aumento significativo en la actividad simpática y deterioro en la variabilidad de la presión arterial. En un estudio prospectivo de cohorte, la duración de dormir igual o más de siete horas, asociado con otros cuatro factores de estilo de vida (actividad física, dieta saludable, uso moderado de alcohol y no fumar) se relacionó con un menor riesgo de enfermedad cardiovascular. (26)

El instrumento que se utilizó es el índice de calidad de sueño de Pittsburgh (ICSP), que constituye una de las medidas más relevantes de la calidad del sueño, está formado por 19 ítems que permite obtener una puntuación global acerca de la calidad de sueño en el último mes, esta puntuación se obtiene a partir de siete componentes diferentes. Es autoaplicable, y la mayor parte del instrumento se contesta utilizando una escala de Likert de 4 grados. La suma de las puntuaciones obtenidas en cada uno de los componentes parciales genera una puntuación total (PT), donde una mayor puntuación indica una menor calidad en el dormir (Oblitas, 2009). Cada componente se califica de 0 a 3, la puntuación máxima que se obtiene al sumar los siete componentes es 21, donde si la suma es mayor a 5 significa mala calidad de sueño; Jiménez-Genchi y colaboradores realizaron en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, México D.F. en el 2008 la validación del instrumento en la versión española (Royuela, 1997) donde se llevó a cabo en 135 sujetos: 87 pacientes psiquiátricos y 48 sujetos de control. La edad de la muestra fue de 34.4 ± 12.5 años (rango de 18 a 73) y 70.4% (n=95) correspondió al sexo femenino. Los pacientes psiquiátricos no difirieron significativamente de los sujetos control respecto a la edad (34.1 ± 13.0 versus 34.9 ± 10.2 , respectivamente; $t=0.38$, $gl=133$, $p=.69$) y sexo (mujeres, 66.6% versus 77%). En relación con la homogeneidad interna, el ICSP obtuvo un coeficiente de confiabilidad de 0.78; los coeficientes de correlación entre los componentes fueron desde 0.06 a 0.77, mientras que entre los componentes y la suma total fueron de 0.53 a 0.77. El primer factor, al que consideramos como la calidad del sueño per se, quedó conformado por los componentes 1, 2, 4, 5, 6, 7 (cargas factoriales 0.82, 0.75, 0.61, 0.80, 0.46 y 0.74, respectivamente) y el segundo (la duración del dormir) por el componente 3 (carga factorial 0.77). El ICSP resultó ser un instrumento sencillo y accesible tanto en términos de llenado como de obtención de la puntuación, confiable para la medición de la calidad del sueño en población mexicana tanto en el campo clínico como en el de investigación. (27)

ANTECEDENTES

Los mecanismos exactos que subyacen a la asociación entre el sueño y las enfermedades cardiovasculares no se entienden completamente. Se ha demostrado que la duración disminuida del sueño aumenta los niveles de leptina y grelina, que conduce a un aumento del apetito, la ingesta de calorías, reduce el gasto de energía y facilita el desarrollo de la obesidad y el control glucémico alterado. El cortisol también aumenta con la reducción del sueño junto con metabolismo de la hormona del crecimiento. La inflamación de bajo grado ocurre con sueño reducido y esto aumenta las probabilidades de eventos, así como de cáncer. (28)

La creciente evidencia demuestra que la corta duración del sueño (<6 o 7 h / noche) y la mala continuidad del sueño se asocian con el inicio y desarrollo de una serie de enfermedades crónicas, susceptibilidad a enfermedades infecciosas agudas, y mortalidad prematura. Por ejemplo, privación total y parcial de sueño en humanos da como resultado la modulación de parámetros inmunes críticos para alojar resistencia, incluida la proliferación de células T disminuida, disminuciones en las respuestas naturales citotoxicidad celular asesina (NK), y activación aumentada de las vías proinflamatorias. (29)

La alteración del sueño es común en pacientes con enfermedad síndrome coronario aguda. Los estudios comunitarios han informado una mayor prevalencia de insomnio en pacientes con SICA en comparación con aquellos sin enfermedad. Un estudio clínico informó que el 37% de los pacientes con SICA informaron insomnio grave durante la hospitalización. Además, el mal sueño se ha encontrado que aumenta el riesgo de eventos recurrentes en pacientes con SICA. ⁽³⁰⁾

En el 2016 se realizó un estudio observacional en residentes de Hiroshima, donde incluyeron 13 000 personas, los dividieron en 3 grupos, con antecedente de cardiopatía, con antecedente de enfermedad cerebrovascular y sin antecedentes; el cual se realizó para demostrar relación de alteración del sueño con cardiopatía isquémica, el instrumento que realizaron para la medición fue el índice de calidad de sueño de Pittsburg, donde se demostró que los pacientes del grupo de cardiopatía isquémica el 52% presentaban mala calidad de sueño, es decir que presentaron 1.5 veces más mala calidad de sueño. ⁽³¹⁾

Debido a esos estudios se realizó un estudio en la ciudad de Campinas, Brasil en donde ingresaron al hospital 113 pacientes con antecedente de SICA sin y con elevación del segmento ST, en los cuales se les realiza la prueba de índice calidad de sueño reportando que el 71.7% presentaban una mala calidad de sueño, donde además se identificó que en el rubro de dormir menos presentaban una peor respuesta clínica. ⁽³²⁾

Debido a que se ha buscado que el sueño puede manifestar alteraciones cardiovasculares se ejecutó un metaanálisis donde se demostró que el insomnio se asoció significativamente con un mayor riesgo de desarrollarse y/o morir por enfermedad cardiovascular durante el seguimiento. En efecto, sujetos que reportaron padecer insomnio tuvieron un 45% de riesgo incrementado de morbilidad y/o mortalidad por enfermedad cardiovascular con respecto a los que no presentan insomnio. ⁽³³⁾

Se realizó un estudio en Brasil de calidad de sueño donde se visualizaron a 256 pacientes que presentaron antecedente de enfermedades isquémicas y evaluaron por el instrumento de calidad de sueño de Pittsburg, los cuales presentaron la mayoría de las personas una mala calidad de sueño, aunque la mayoría de los encuestados fueron hombres. ⁽³⁴⁾

Adecuado a lo anterior se realizó un estudio en Atahualpa, Ecuador donde se realizó un estudio para valorar la relación de enfermedades isquémicas del corazón y la calidad de sueño, donde se estudiaron 633 participantes con enfermedad isquémica del corazón, dando como resultado que un 69% presentaban una mala calidad de sueño. ⁽³⁵⁾

JUSTIFICACION

Las enfermedades isquémicas del corazón son enfermedades de importancia mundial ya que es una patología que tiene una alta prevalencia, en algunos países se ha ido disminuyendo la prevalencia; pero aun así presentan un problema grave debido a que continua siendo una de las principales causas de fallecimientos, en nuestro país se observa un incremento en los últimos años, una de las causas son por malas medidas higiénico-dietéticas; además se ha observado que es una de las principales causas de incapacidad en edades productivas, por lo cual es importante realizar medidas preventivas para tratar de disminuir los casos y así mejorar bienestar de los pacientes y de sus familias.

En algunos estudios se ha observado que la calidad de sueño es un factor de riesgo de padecer nuevos eventos cardiovasculares, como lo menciona la Asociación Española de Cardiología, aunque realmente no existen muchas revisiones sobre el tema, como por ejemplo, en México no se ha realizado ningún estudio similar o que esté tomando en cuenta la calidad de sueño; en los artículos que se han interesado por este tema se ha observado que un alto porcentaje de los pacientes con SICA padecen alteración en la calidad de sueño, y que eso se ha relacionado con nuevos eventos cardiovasculares. Este estudio nos brindará información acerca de esta relación para así generar estrategias o medidas de prevención y control; ya que en ocasiones solo con mejorar las medidas higiénico-dietéticas podemos disminuir las probabilidades de eventos isquémicos del corazón.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el mundo se reportan alrededor de 16.3 millones de casos de enfermedades cardiovasculares, de los cuales 7.5 millones corresponde a SICA. Las enfermedades isquémicas del corazón según el INEGI de México representan la segunda causa de mortalidad con un 13.4%, en Estados Unidos se ha reportado una prevalencia de 2,9% (el 4.2% de los varones y el 2.1% de las mujeres), lo que significa que es un problema de salud pública importante, cuya etiología incluye factores metabólicos, genéticos y psicosociales, se ha observado una relación con la calidad de sueño, en donde nos ha referido un 60-70% de mala calidad en estos pacientes. Es importante identificar los diferentes factores de riesgo cardiovasculares para conocer las probabilidades de padecer otro evento cardiovascular, y poder realizar una prevención o disminuir las probabilidades, por lo cual se realiza la siguiente pregunta:

¿Cuál es la calidad de sueño en pacientes con enfermedades isquémicas del corazón de la consulta externa del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo?

OBJETIVO GENERAL:

Evaluar la calidad de sueño en los pacientes con enfermedad isquémica del corazón de la consulta externa del Hospital General De Zona con UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.

HIPOTESIS:

Las hipótesis en este estudio se realizarán por motivos de enseñanza, ya que los estudios descriptivos no requieren el desarrollo de estas. Basado en los propósitos de este estudio se plantearon las siguientes hipótesis:

HIPOTESIS NULA (H_0):

- Los pacientes con enfermedades isquémicas del corazón de la consulta externa del HGZ/UMF No.8 Dr. Gilberto Flores no tienen una mala calidad de sueño.

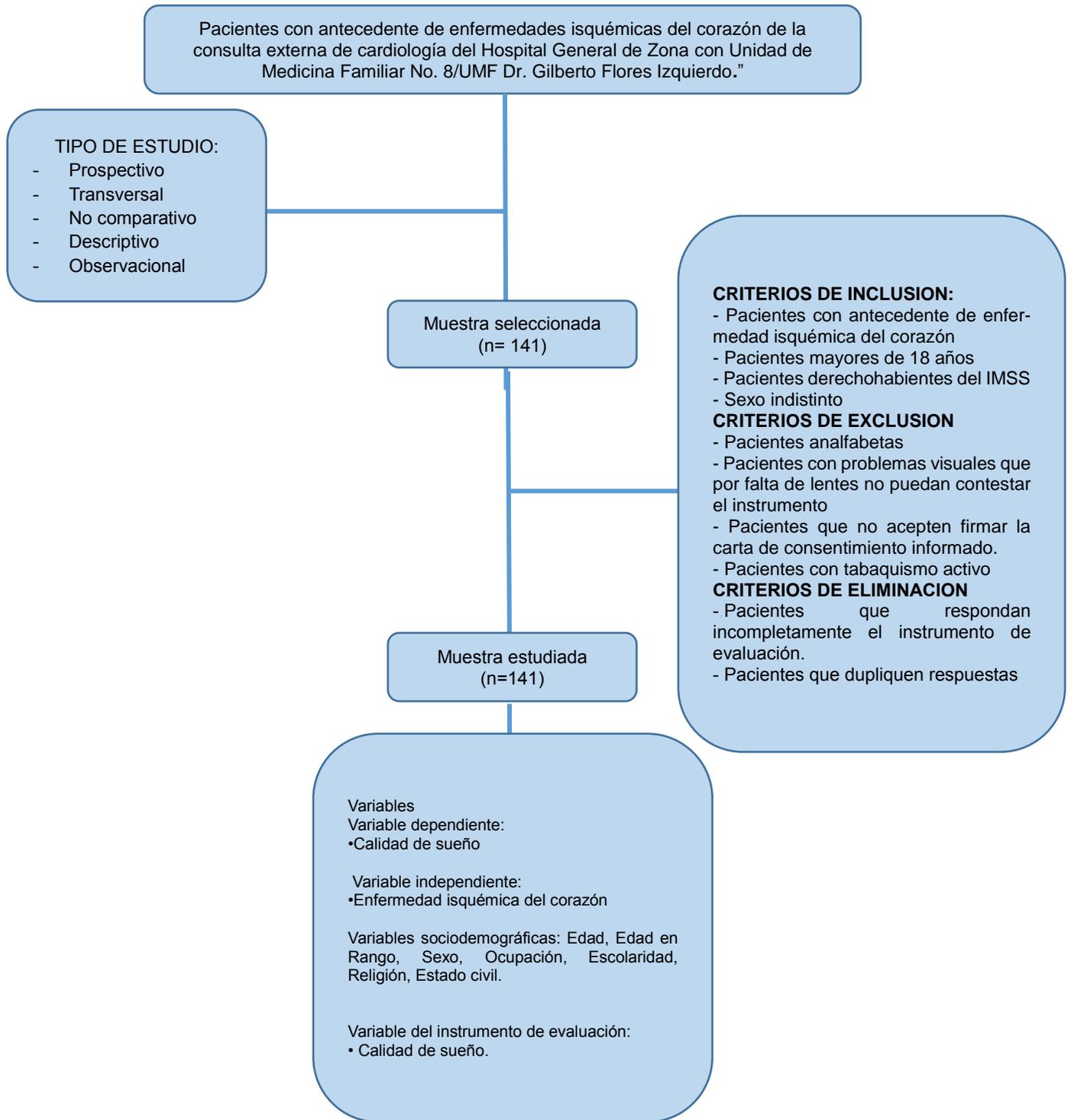
HIPOTESIS ALTERNA (H_1):

- Los pacientes con enfermedades isquémicas del corazón de la consulta externa del HGZ/UMF No.8 Dr. Gilberto Flores tienen una mala calidad de sueño.

MATERIALES Y METODOS:

1. Según el proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información: **PROSPECTIVO.**
2. Según el número de una misma variable o el periodo y secuencia del estudio: **TRANSVERSAL.**
3. Según la intención comparativa de los resultados de los grupos estudiados: **NO COMPARATIVO.**
4. Según el control de las variables o el análisis y alcance de los resultados: **DESCRIPTIVO.**
5. De acuerdo con la inferencia del investigador en el fenómeno que se analiza: **OBSERVACIONAL.**

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN



ELABORO: DIAZ TOLENTINO JAIR ISAAC

POBLACIÓN O UNIVERSO:

El estudio se realizará en una población urbana en el “Hospital General de Zona – Unidad de Medicina Familiar No.8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, de la ciudad de México en pacientes con antecedente de enfermedad isquémica del corazón que acudan al servicio de consulta externa.

UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACIÓN:

La investigación se llevará a cabo en el “Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No.8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo” que se ubica en Río Magdalena No. 289, Tizapán San Ángel C.P. 01090, Ciudad de México. En un periodo comprendido de 3 años.

TAMAÑO DE MUESTRA

El tamaño de la muestra para un estudio descriptivo con una variable dicotómica, requerirá una muestra de 141 pacientes con un intervalo de confianza de 90%. Con una proporción del 0.10. Con amplitud del intervalo de confianza 0.10.

DEFINICIÓN DE CONCEPTOS DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA:

- N = Número total de individuos requeridos
- Z alfa = Desviación normal estandarizada para alfa bilateral
- P = Proporción esperada
- (1 – P) = Nivel de confianza del 99%
- W = Amplitud del intervalo de confianza

$$N = \frac{4Z\alpha^2 P (1-P)}{W^2}$$

CRITERIOS DE SELECCIÓN.

CRITERIOS DE INCLUSION:

1. Pacientes con antecedente de enfermedad isquémica del corazón.
2. Pacientes mayores de 18 años.
3. Pacientes derechohabientes del IMSS.
4. Sexo indistinto.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

1. Pacientes analfabetas
2. Pacientes con problemas visuales que por falta de lentes no pueden contestar el instrumento.
3. Pacientes que no acepten firmar la carta de consentimiento informado.
4. Pacientes con tabaquismo activo.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

1. Pacientes que respondan incompletamente el instrumento de evaluación.
2. Pacientes que dupliquen respuestas.

VARIABLES:

Variables del estudio.

Variable dependiente:

- Calidad de sueño

Variable independiente:

- Enfermedades isquémicas del corazón

Variables sociodemográficas;

- Edad
- Edad en rango
- Sexo
- Ocupación
- Escolaridad
- Estado civil
- Religión

Variable del instrumento de evaluación:

- Calidad de sueño
 - Buena calidad
 - Mala calidad

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES DE IDENTIFICACIÓN DE ESTUDIO

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL
ENFERMEDAD ISQUEMICA DEL CORAZON	Es una complicación común de las cardiopatías de la coronaria que se caracteriza principalmente por la ruptura de una placa aterosclerótica de una arteria coronaria que provoca la formación de trombo disminuyendo así el flujo de sangre.
CALIDAD DE SUEÑO	Se refiere al hecho de dormir bien durante la noche, así como tener un buen funcionamiento durante el día.

Elaboró: Díaz Tolentino Jair Isaac

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS:

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL
Edad	Tiempo que ha vivido un individuo a partir de su nacimiento.
Edad en rango	Clase resultante de la clasificación de la edad de personas según grados de importancia.
Sexo	Género al que pertenece un individuo.
Ocupación	Actividad que desempeña una persona.
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.
Estado Civil	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.
Religión	Conjunto de creencias religiosas, de normas de comportamiento y de ceremonias de oración o sacrificio que son propias de un determinado grupo humano y con las que el hombre reconoce una relación con la divinidad (un dios o varios dioses)

Elaboró: Díaz Tolentino Jair Isaac

DEFINICION OPERATIVA DE VARIABLES

Variables sociodemográficas

Nombre de variables	Tipo de variables	Escala de medición	Valores de variables.
Edad	Cuantitativa	Discreta	Números continuos
Edad en rango	Cualitativa	Nominal	1. 18-30 años 2. 31-50 años 3. 51-70 años 4. ≥70 años
Sexo	Cualitativa	Nominal	1. Femenino 2. Masculino
Ocupación	Cualitativa	Nominal	1. Empleado 2. Desempleado
Estado civil	Cualitativa	Nominal	1. Soltero 2. Casado 3. Divorciado 4. Viudo 5. Unión libre
Escolaridad	Cualitativa	Ordinal	1. Primaria 2. Secundaria 3. Preparatoria 4. Licenciatura 5. Ninguna
Religión	Cualitativa	Nominal	1. Católica 2. Cristiana 3. Testigo de Jehova 4. Musulman 5. Otra

Elaboro: Díaz Tolentino Jair Isaac

Variables del instrumento.

Nombre de variables	Tipo de variables	Escala de medición	Valores de variables
Calidad de sueño	Cualitativa	Nominal	1. Buena calidad 2. Mala calidad

Elaboró: Díaz Tolentino Jair Isaac

DISEÑO ESTADISTICO.

El análisis estadístico se llevará a cabo a través del programa SPSS 22 de Windows. Para el análisis de los resultados se utilizará medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo), estimación de medias y proporciones con intervalos de confianza. Además de distribución de frecuencias y porcentajes. El tipo de muestra es representativa y se calculó a través de su prevalencia.

INSTRUMENTO DE RECOLECCION

Se medirán las siguientes variables: edad, sexo, ocupación, estado civil, religión, escolaridad y calidad de sueño, el cual se realizó con el instrumento de II índice de calidad de sueño de Pittsburgh que tiene un alfa de Cronbach de 0.78, el cual constituye una de las medidas más relevantes de la calidad del sueño, está formado por 19 ítems que permite obtener una puntuación global acerca de la calidad de sueño en el último mes, esta puntuación se obtiene a partir de siete componentes diferentes. La suma de las puntuaciones obtenidas en cada uno de los componentes parciales genera una puntuación total (PT), donde una mayor puntuación indica una menor calidad en el dormir (Oblitas, 2009). Cada componente se califica de 0 a 3, la puntuación máxima que se obtiene al sumar los siete componentes es 21.

Interpretación:

Puntuación de Calidad de Sueño

0-5 Buena Calidad.

6-21 Mala Calidad.

Instrucciones para la baremación del test de Calidad de Sueño de Pittsburgh (PSQI).

El PSQI contiene un total de 19 cuestiones, agrupadas en 10 preguntas. Las 19 cuestiones se combinan para formar siete áreas con su puntuación correspondiente, cada una de las cuales muestra un rango comprendido entre 0 y 3 puntos. En todos los casos una puntuación de "0" indica facilidad, mientras que una de 3 indica dificultad severa, dentro de su respectiva área. La puntuación de las siete áreas se suma finalmente para dar una puntuación global, que oscila entre 0 y 21 puntos. "0" indica facilidad para dormir y "21" dificultad severa en todas las áreas.

Ítem 1: Calidad Subjetiva de Sueño

Examine la pregunta nº6 y asigne la puntuación:

Respuesta:	Puntuación:
Muy buena	0
Bastante Buena	1
Bastante Mala	2
Muy Mala	3

Puntuación Ítem 1: _____

Ítem 2: Latencia de Sueño

1. Examine la pregunta nº2 y asigne la puntuación:

Respuesta: Puntuación:

≤15 minutos 0

16-30 minutos 1

31-60 minutos 2

≥60 minutos 3

Puntuación Pregunta 2: _____

2. Examine la pregunta nº5a y asigne la puntuación:

Respuesta: Puntuación:

Ninguna vez en el último mes 0

Menos de una vez a la semana 1

Una o dos veces a la semana 2

Tres o más veces a la semana 3

Puntuación Pregunta 5a: _____

3. Sume la pregunta nº2 y nº5a

Suma de la Pregunta 2 y 5a: _____

4. Asigne la puntuación al ítem 2 como se explica a continuación:

Suma de la Pregunta 2 y 5a: Puntuación:

0 0

1-2 1

3-4 2

5-6 3

Puntuación Ítem 2: _____

Ítem 3: Duración del Sueño

Examine la pregunta nº4 y asigne la puntuación:

Respuesta: Puntuación:

Más de 7 horas 0

Entre 6 y 7 horas 1

Entre 5 y 6 horas 2

Menos de 5 horas 3

Puntuación Ítem 3: _____

Ítem 4: Eficiencia habitual de Sueño

1. Escriba el número de horas de sueño (Pregunta nº4) aquí: _____

2. Calcule el número de horas que pasa en la cama:

a. Hora de levantarse (Pregunta nº3): _____

b. Hora de acostarse (Pregunta nº1): _____

Hora de levantarse - Hora de acostarse: _____ Número de horas que pasas en la cama

3. Calcule la eficiencia habitual de Sueño como sigue:

(Número de horas dormidas/Número de horas que pasas en la cama) x 100= Eficiencia Habitual de Sueño (%)

(_____/_____) x 100 = _____%

4. Asigne la puntuación al Ítem 4:

Eficiencia habitual de sueño (%):	Puntuación:
>85%	0
75-84%	1
65-74%	2
<65%	3
Puntuación Ítem 4: _____	

Ítem 5: Perturbaciones del sueño

1. Examine las preguntas nº5b-j y asigne la puntuación para cada pregunta:

Respuesta:	Puntuación:
Ninguna vez en el último mes	0
Menos de una vez a la semana	1
Una o dos veces a la semana	2
Tres o más veces a la semana	3
Puntuación 5b _____	
Puntuación 5c _____	
Puntuación 5d _____	
Puntuación 5e _____	
Puntuación 5f _____	
Puntuación 5g _____	
Puntuación 5h _____	
Puntuación 5i _____	
Puntuación 5j _____	

2. Sume las puntuaciones de las preguntas nº5b-j:

Suma puntuaciones 5b-j: _____

3. Asigne la puntuación del ítem 5:

Respuesta:	Puntuación:
0	0
1-9	1
10-18	2
19-27	3

Puntuación Ítem 5: _____

Ítem 6: Utilización de medicación para dormir

Examine la pregunta nº7 y asigne la puntuación

Respuesta:	Puntuación:
Ninguna vez en el último mes	0
Menos de una vez a la semana	1
Una o dos veces a la semana	2
Tres o más veces a la semana	3

Puntuación Ítem 6: _____

Ítem 7: Disfunción durante el día

1. Examine la pregunta nº8 y asigne la puntuación:

Respuesta:	Puntuación:
Ninguna vez en el último mes	0

Menos de una vez a la semana	1
Una o dos veces a la semana	2
Tres o más veces a la semana	3

Puntuación Pregunta 8: _____

2. Examine la pregunta nº9 y asigne la puntuación:

Respuesta:	Puntuación:
Ningún problema	0
Sólo un leve problema	1
Un problema	2
Un grave problema	3

3. Sume la pregunta nº8 y la nº9

Suma de la Pregunta 8 y 9: _____

4. Asigne la puntuación del ítem 7:

Suma de la Pregunta 8 y 9:	Puntuación:
0	0
1-2	1
3-4	2
5-6	3

Puntuación Ítem 7: _____

Puntuación PSQI Total

Sume la puntuación de los 7 ítems

Puntuación PSQI Total: _____

METODO DE RECOLECCIÓN.

La recolección de muestras y su procesamiento estará a cargo del investigador del protocolo, el cual se llevará a cabo en el HGZ/UMF8. Previo acuerdo con las autoridades del HGZ/UMF 8 del IMSS y con la aprobación del proyecto de investigación. Se procederá a la selección de los pacientes (de acuerdo a los criterios de inclusión) que asistan a la consulta de medicina familiar, en cualquier turno, que se encuentren en la sala de espera. Se aplicará el cuestionario de índice de calidad de sueño de Pittsburg a los pacientes seleccionados previa información del tipo de estudio y la importancia del mismo. Solicitando inicialmente la firma de consentimiento informado. El tiempo para resolver el cuestionario será de 10 a 15 minutos. De igual manera se creó una hoja de recolección de datos donde se registrarán las variables sociodemográficas y de la enfermedad, la recolección se realizará en un tiempo aproximado de 5 minutos. Posteriormente se realizará la recolección de las encuestas, y el concentrado de la información en una hoja de trabajo de Excel, para realizar posteriormente su análisis y aplicación de una prueba estadística.

MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS.

Control de sesgos de información:

- Se realizó una revisión sistemática de la literatura de la medicina basada en evidencia y de fuentes de información confiable.

Control de sesgo de medición:

- Se utilizó un instrumento adecuado con validación en México.
- Todas las encuestas las realizó un solo aplicador.
- Capacitación integral de como evaluar el instrumento.

Control de sesgos de selección:

- Evaluó cuidadosamente las implicaciones en la selección de los participantes, para el estudio.
- Se utilizó los mismos criterios cuando se seleccionan las unidades de estudio.

Control de sesgos de análisis.

- Se corroboró que el instrumento no tenga errores de redacción.
- Se verificó que el paciente sepa leer, escribir y no tenga problemas visuales.
- Se verificó que el sujeto no sea ayudado por terceras personas.
- Cuando existió dudas en alguna palabra del instrumento se utilizó un diccionario para disipar las dudas.
- El examinador no discutió ninguna pregunta con el sujeto, se explicó que él sería quien señale sus percepciones u opiniones.
- Se registró y analizó los datos obtenidos de los cuestionarios correctamente, excluyendo los cuestionarios que se encuentren sin concluir.



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DELEGACIÓN SUR CIUDAD DE MEXICO
 JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
 HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.8
 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO
 COORDINACION CLINICA DE EDUCACION EN SALUD

TITULO DEL PROYECTO:

“EVALUACIÓN DE CALIDAD DE SUEÑO EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE ENFERMEDADES ISQUÉMICAS DEL CO-
 RAZÓN DE LA CONSULTA EXTERNA DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA
 FAMILIAR NO. 8/UMF DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

2017- 2018

FECHA	MAR 2017	ABR 2017	MAY 2017	JUN 2017	JUL 2017	AGO 2017	SEP 2017	OCT 2017	NOV 2017	DIC 2017	ENE 2018	FEB 2018
TITULO	X											
ANTECEDENTES	X											
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	X											
OBJETIVOS		X										
HIPOTESIS		X										
PROPOSITOS			X									
DISEÑO METODOLOGICO				X								
ANALISIS ESTADISTICO					X							
CONSIDERA- CIONES ETICAS						X						
RECURSOS							X					
BIBLIOGRAFIA								X	X			
ASPECTOS GENERALES										X	X	
ACEPTACION												X

2018-2019

FECHA	MAR 2018	ABR 2018	MAY 2018	JUN 2018	JUL 2018	AGO 2018	SEP 2018	OCT 2018	NOV 2018	DIC 2018	ENE 2019	FEB 2019
PRUEBA PILOTO	X											
ETAPA DE EJECUCION DEL PROYECTO		X	X	X								
RECOLECCION DE DATOS					X	X	X					
ALMACEN MIENTO DE DATOS							X					
ANALISIS DE DATOS							X					
DESCRIPCION DE DATOS								X				
DISCUSIÓN DE DATOS								X				
CONCLUSION DEL ESTUDIO									X			
INTEGRACION Y REVICION FINAL										X		
REPORTE FINAL											X	
AUTORIZACIO NES											X	
IMPRESIÓN DEL TRABAJO												X
PUBLICACION												X

ELABORO: DIAZ TOLENTINO JAIR ISAAC

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente protocolo de investigación no desobedece la declaración de Helsinki de la asociación Médica mundial. El reglamento de la Ley general de salud en materia de investigación para la salud en México, toda la información se manejó de forma confidencial y con fines de investigación. Se integra la carta de consentimiento informado del protocolo de investigación “EVALUACIÓN DE LA COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 EN CONSULTA EXTERNA DEL HGZ/UMF # 8, “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”” se encuentra en anexos (Anexo 5).

El estudio estuvo bajo la consideración del Reglamento de la Ley General de Salud, que hace referencia a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, así como también bajo los criterios de la Norma Oficial de Investigación Científica (NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012) que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

Declaración de Helsinki

La Declaración fue originalmente adoptada en junio de 1964 en Helsinki, Finlandia, y ha sido sometida a cinco revisiones y dos clarificaciones, creciendo considerablemente de 11 a 37 párrafos. La Asociación Médica Mundial (AMM) promulgó la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables. Se agregan los párrafos más relevantes sobre los cuales se fundamenta el actual protocolo de investigación:

Párrafo 6: El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

Párrafo 7: La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

Párrafo 10: Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración.

Párrafo 22: El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos deben describirse claramente y ser justificados en un protocolo de investigación. El protocolo debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar cómo se han considerado los principios enunciados en esta Declaración.

Párrafo 25: La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria.

Ley General de Salud

Con fundamento en lo dispuesto por los Artículos 13 Inciso A, Fracción I, 14 y 96 de la Ley General de Salud, 5o. Inciso A y 113 al 120 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y Artículo 22 Fracción V del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. Se integra la carta de consentimiento informado del protocolo de investigación.

NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

GERMAN ENRIQUE FAJARDO DOLCI, Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud y Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 4º. De la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, 3º. Fracción XI, 38 fracción II, 40 fracciones III y XI, 41, 43, 47 fracciones III y IV de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 2º. fracción VII, 3º. fracciones I, II y IX, 13 apartado A fracciones I, II y IX, 45, 48, 78, 79, 81, 96, 98, 99, 100, 101, 102 y 103 de la Ley General de Salud; 28 y 34 del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 3º., 4º., 5º., 22, 62, 78, 108, 115, 116 y 119 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud; 2º. apartado A fracción I, 8º. fracción V y 9º. fracción IV Bis del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, me permito ordenar la publicación en el Diario Oficial de la Federación de la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

CONSIDERANDO

Que con fecha 5 de noviembre de 2009, fue publicado en el Diario Oficial de la Federación el proyecto de esta norma, en cumplimiento a la aprobación del mismo por parte del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud; de conformidad con lo previsto en el artículo 47 fracción I de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, a efecto de que en los siguientes 60 días naturales posteriores a dicha publicación, los interesados presentaran sus comentarios ante el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud.

Que, durante el periodo de Consulta Pública de 60 días, que concluyó el 5 de enero de 2010 fueron recibidos en la sede del mencionado Comité, comentarios respecto del Proyecto de Norma Oficial Mexicana, razón por la que con fecha previa fueron publicadas en el Diario Oficial de la Federación las respuestas a los comentarios recibidos por el mencionado Comité, en los términos del artículo 47 fracción III de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización.

Resultados

Se realizó un estudio de 141 pacientes con antecedente de enfermedad isquémicas del corazón en donde la media de edad fue de 61 años, la mediana fue de 62, con una desviación típica de 7.219, con un mínimo de edad de 44 años y un máximo de 77 años.

En relación al género se observó que del total de los participantes fueron 33 (23.4%) del sexo femenino y 108 (76.6%) del sexo masculino (ver tabla y grafica 1); respecto a la edad en rango se obtuvo que de 40-49 fueron 12 (8.5%), de 50-59 fueron 46 (32.6%), de 60-69 fueron 68 (48.2%) y de mayor de 70 fueron 15 (10.6%). (ver tabla y grafica 2)

Correspondiente al estado civil se encontró que en el rango de casado fueron 92 (65.2%), de soltero 10 (7.1%), de divorciado 21 (14.9%), de viudo 8 (5.7%) y de unión libre 10 (7.1%) (ver tabla y grafica 3); en el rubro de la religión se visualizó que 103 (73%) si predicán alguna religión y 38 (27%) no predicán alguna religión. (ver tabla y grafica 4)

En la sección de ocupación se obtuvo que 78 (55.3%) son empleados y que 63 (44.7%) son desempleados (ver tabla y grafica 5); con relación a la escolaridad se encontró que en el rango de primaria fueron 11 (7.8%), de secundaria 86 (61%), de preparatoria 32 (22.7%) y de licenciatura 12 (8.5%). (ver tabla y grafica 6)

Con respecto a la calidad de sueño se visualizó que 38 (27%) presentaron buena calidad de sueño y que 103 (73%) presentaron mala calidad de sueño. (ver tabla y grafica 7)

Se realiza tablas de contingencia donde se comparó la calidad de sueño con todas las variables lo cual nos dio como resultado lo siguiente: en el rubro del total de los participantes respecto al género femenino se observó que 8 (5.7%) presentaron buena calidad de sueño y 25 (17.7%) presentaron mala calidad de sueño, y en el de masculino 30 (21.3%) presentaron buena calidad de sueño y 78 (55.3%) presentaron mala calidad de sueño. (ver tabla y grafica 8)

En relación a la edad en rango se visualizó del total que en el de 40-49 se adquirió que 6 (4.3%) obtuvieron buena calidad de sueño y 6 (4.3%) mala calidad de sueño, de 50-59 se vio que 15 (10.6%) obtuvieron buena calidad de sueño y 31 (22%) mala calidad de sueño, en el de 60-69 se vio que 13 (9.2%) presentaron con buena calidad de sueño y 55 (39%) mala calidad de sueño, y en el de mayor de 70 se recogió que 4 (2.8%) tuvieron buena calidad de sueño y 11 (7.8%) mala calidad. (ver tabla y grafica 9)

Con respecto al estado civil del total de participantes se observó en el rango de casado que 26 (18.4%) presentaron buena calidad de sueño y 66 (46.8%) mala calidad, en el de soltero 1 (0.7%) buena calidad y 9 (6.4%) mala calidad, en el de divorciado 6 (4.3%) buena calidad y 15 (10.6%) mala calidad, en el de viudo 1 (0.7%) presentó buena calidad y 7 (5%) mala calidad, y en el de unión libre 4 (2.8%) presentaron buena calidad y 6 (4.3%) buena calidad. (ver tabla y grafica 10)

En relación a la religión del total se visualizó que en el rango de los que si predicán 30 (21.3%) presentaron buena calidad y 73 (51.8%) mala calidad, y de los que no predicán 8 (5.7%) buena calidad y 30 (21.3%) mala calidad. (ver tabla y grafica 11)

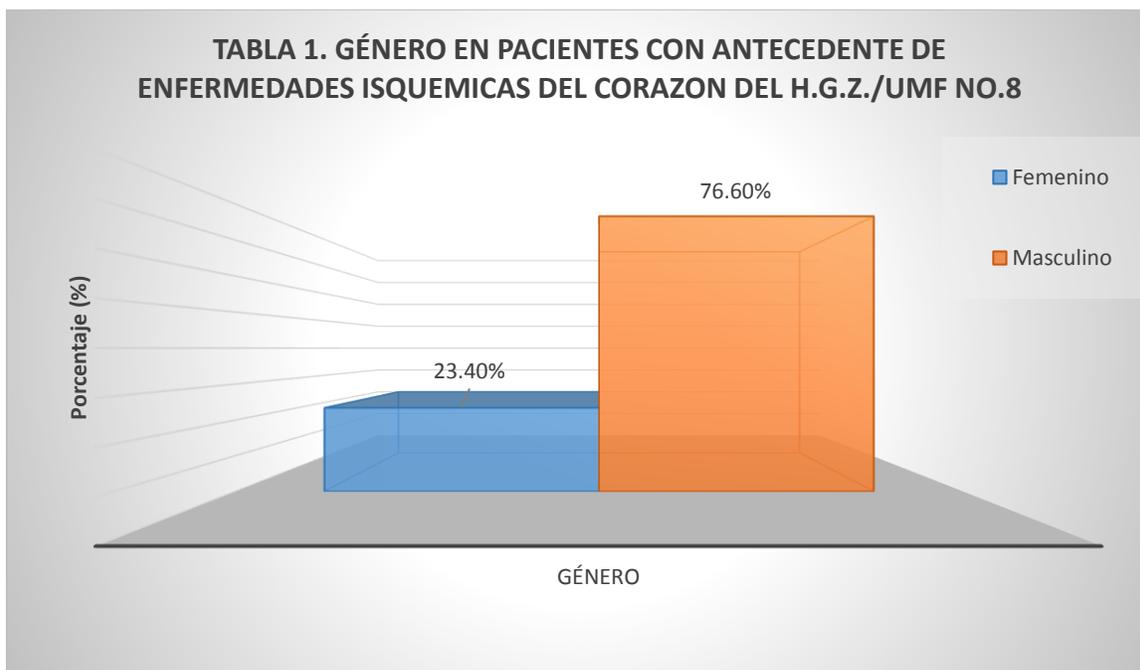
En rubro de la ocupación del total se registró que en el rango de los empleados 28 (19.9%) presentaron buena calidad y 50 (35.5%) mala calidad, y de los desempleados 10 (7.1%) buena calidad y 53 (37.6%). (ver tabla y grafica 12)

Con respecto a la escolaridad se demostró que en el rango de primaria 2 (1.4%) presentaron buena calidad y 9 (6.4%) mala calidad, en el de secundaria 15 (10.6%) buena calidad y 71 (50.4%) mala calidad, en el de preparatoria 15 (10.6%) buena calidad y 17 (12.1%), y de licenciatura 6 (4.3%) buena calidad y 6 (4.3%) mala calidad. (ver tabla y grafica 13)

TABLA 1. GÉNERO EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE ENFERMEDADES ISQUÉMICAS DEL CORAZON DEL H.G.Z./UMF NO.8

Sexo	Frecuencia	Porcentaje (%)
Femenino	33	23.4
Masculino	108	76.6
Total	141	100

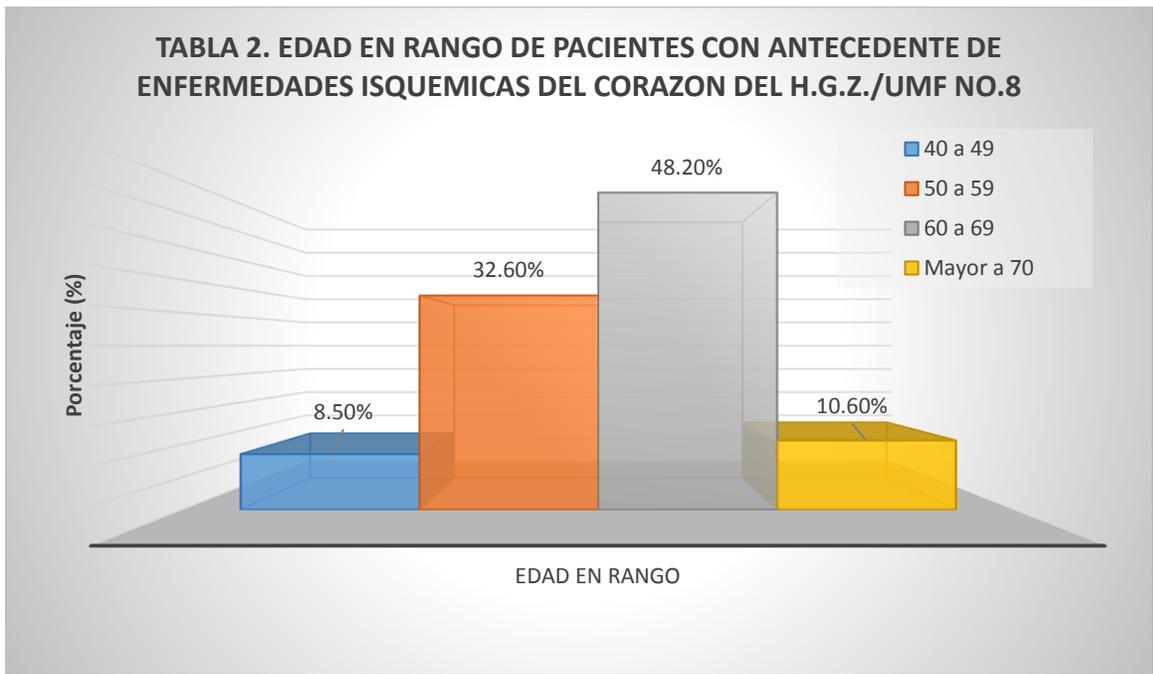
Fuente: n= 141 Díaz -T J, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación de calidad de sueño en pacientes con antecedente de enfermedades isquémicas del corazón de la consulta externa del Hospital general de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo 2019



Fuente: n=141 Díaz -T J, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación de calidad de sueño en pacientes con antecedente de enfermedades isquémicas del corazón de la consulta externa del Hospital general de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo 2019

TABLA 2. EDAD EN RANGO DE PACIENTES CON ANTECEDENTE DE ENFERMEDADES ISQUEMICAS DEL CONRAZON DEL H.G.Z./UMF NO.8		
Edad en rango	Frecuencia	Porcentaje (%)
40 a 49	12	8.5
50 a 59	46	32.6
60 a 69	68	48.2
Mayor de70	15	10.6
TOTAL	141	100

Fuente: n= 141 Díaz -T J, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación de calidad de sueño en pacientes con antecedente de enfermedades isquémicas del corazón de la consulta externa del Hospital general de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo 2019

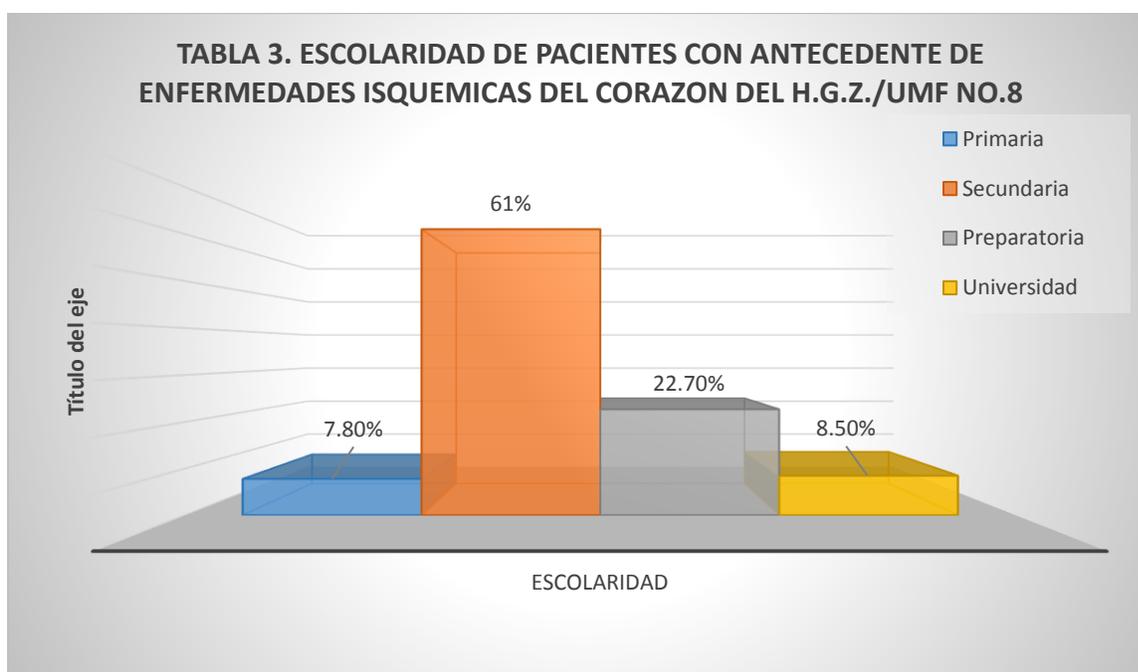


Fuente: n=141 Díaz -T J, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación de calidad de sueño en pacientes con antecedente de enfermedades isquémicas del corazón de la consulta externa del Hospital general de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo 2019.

TABLA 3. ESCOLARIDAD DE PACIENTES CON ANTECEDENTE DE ENFERMEDADES ISQUEMICAS DEL CORAZON DEL H.G.Z./UMF NO.8

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje (%)
Primaria	11	7.8
Secundaria	86	61
Preparatoria	32	22.7
Licenciatura	12	8.5
Total	141	100

Fuente: n=141 Díaz -T J, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación de calidad de sueño en pacientes con antecedente de enfermedades isquémicas del corazón de la consulta externa del Hospital general de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo 2019

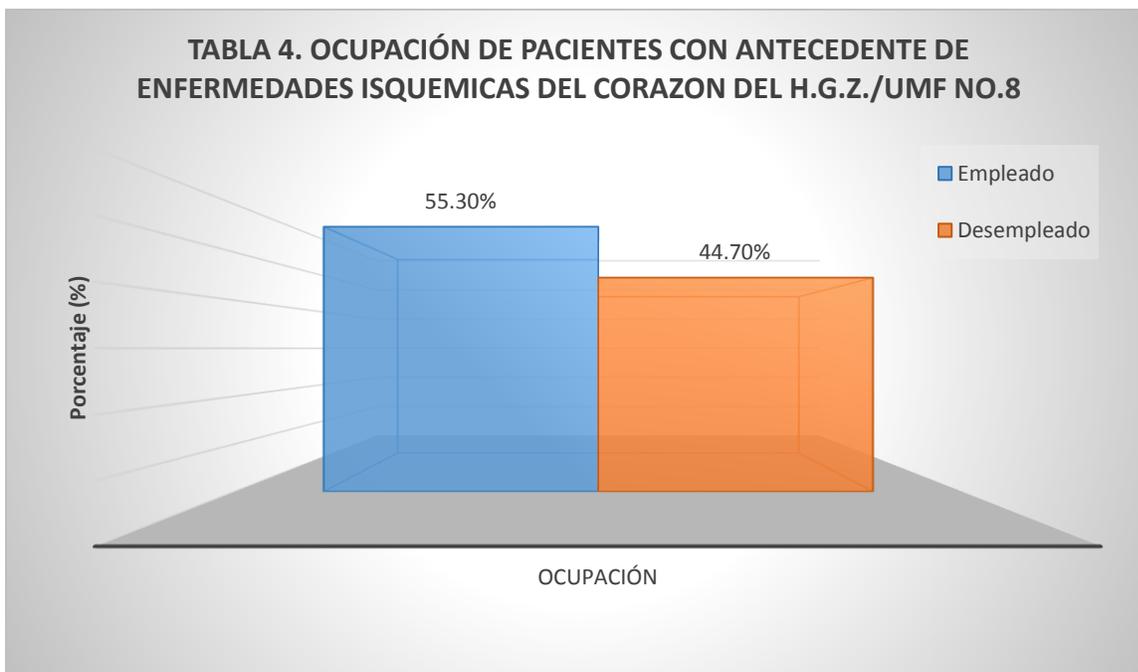


Fuente: n=141 Díaz -T J, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación de calidad de sueño en pacientes con antecedente de enfermedades isquémicas del corazón de la consulta externa del Hospital general de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo 2019

TABLA 4. OCUPACIÓN DE PACIENTES CON ANTECEDENTE DE ENFERMEDADES ISQUEMICAS DEL CORAZON DEL H.G.Z./UMF NO.8

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje (%)
Empleado	78	55.3
Desempleado	63	44.7
Total	141	100

Fuente: n=141 Díaz -T J, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación de calidad de sueño en pacientes con antecedente de enfermedades isquémicas del corazón de la consulta externa del Hospital general de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo 2019

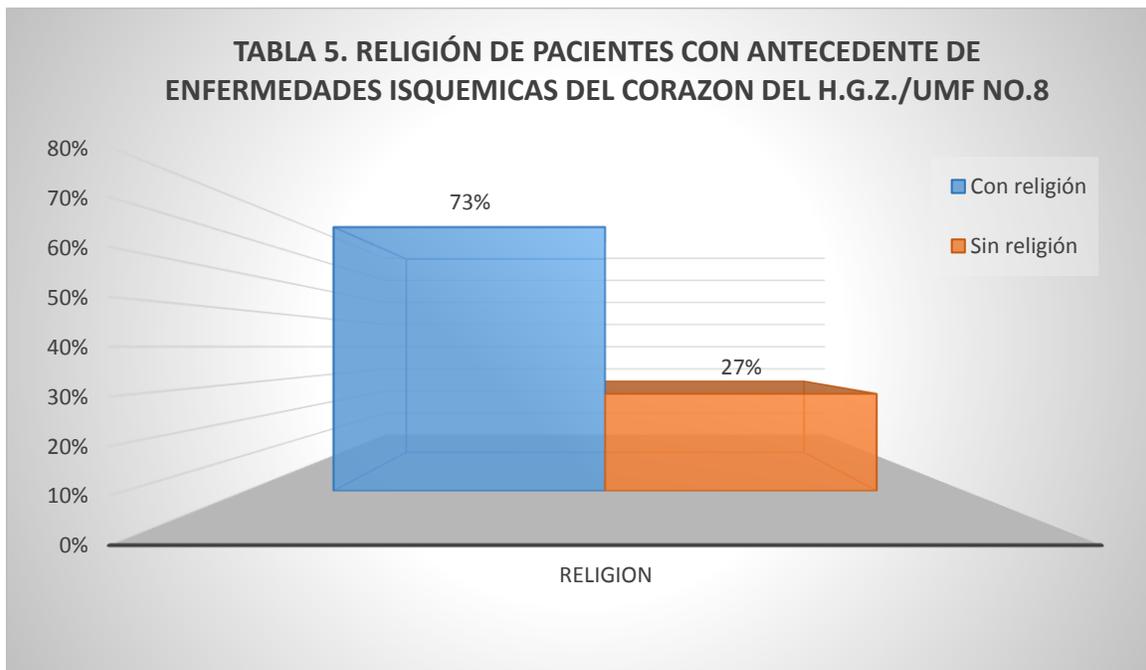


Fuente: n=141 Díaz -T J, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación de calidad de sueño en pacientes con antecedente de enfermedades isquémicas del corazón de la consulta externa del Hospital general de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo 2019

TABLA 5. RELIGIÓN DE PACIENTES CON ANTECEDENTE DE ENFERMEDADES ISQUEMICAS DEL CORAZON DEL H.G.Z./UMF NO.8

Religión	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si	103	73
No	38	27
Total	141	100

Fuente: n=141 Díaz -T J, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación de calidad de sueño en pacientes con antecedente de enfermedades isquémicas del corazón de la consulta externa del Hospital general de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo 2019

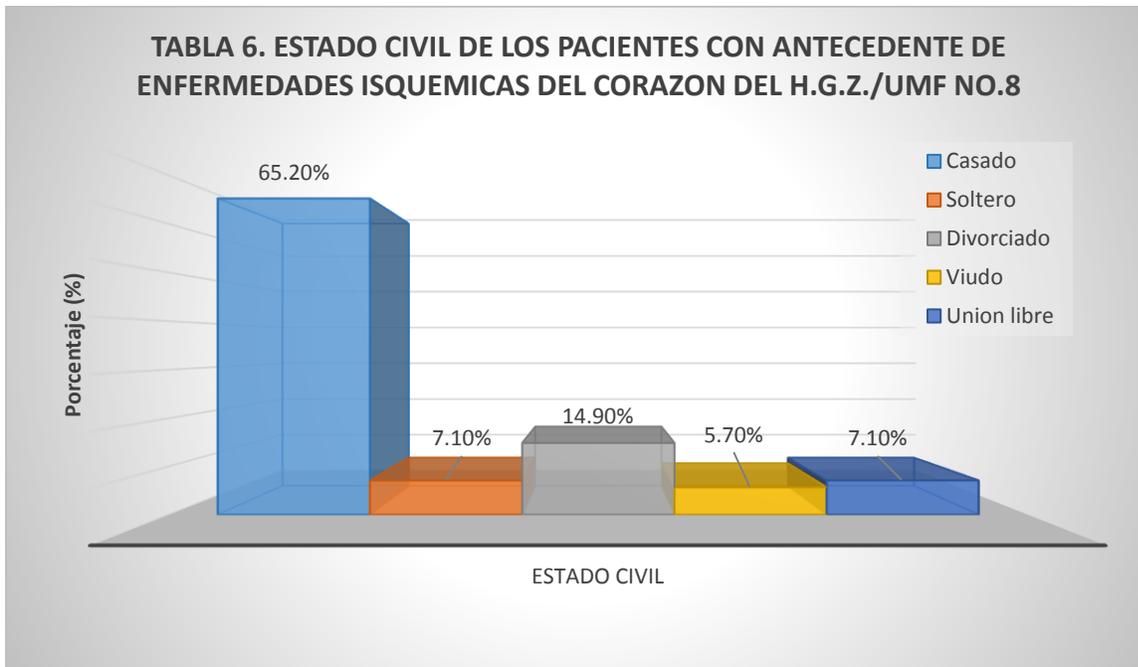


Fuente: n=141 Díaz -T J, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación de calidad de sueño en pacientes con antecedente de enfermedades isquémicas del corazón de la consulta externa del Hospital general de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo 2019

TABLA 6. ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES CON ANTECEDENTE DE ENFERMEDADES ISQUEMICAS DEL CORAZON DEL H.G.Z./UMF NO.8

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje (%)
Casado	92	65.2
Soltero	10	7.1
Divorciado	21	14.9
Viudo	8	5.7
Unión Libre	10	7.1
Total	141	100

Fuente: n=141 Díaz -T J, Espinoza-A G, Vilchis-C, Sánchez-P J. Evaluación de calidad de sueño en pacientes con antecedente de enfermedades isquémicas del corazón de la consulta externa del Hospital general de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo 2019

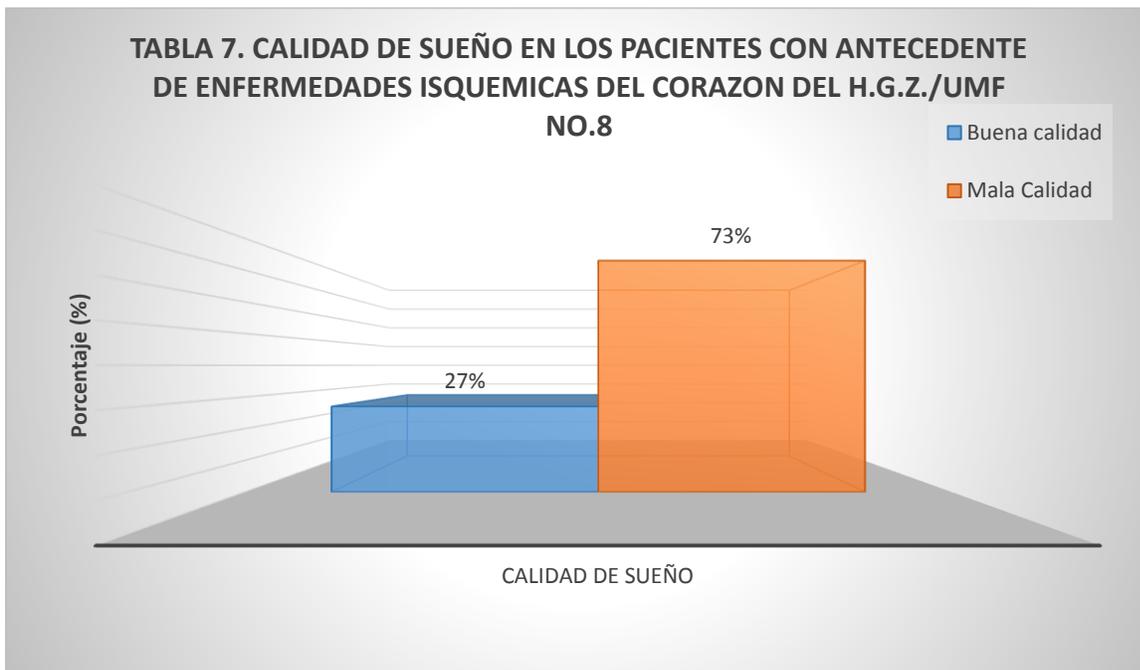


Fuente: n= 141 Díaz -T J, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación de calidad de sueño en pacientes con antecedente de enfermedades isquémicas del corazón de la consulta externa del Hospital general de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo 2019

TABLA 7. CALIDAD DE SUEÑO EN LOS PACIENTES CON ANTECEDENTE DE ENFERMEDADES ISQUEMICAS DEL CORAZON DEL H.G.Z./UMF NO.8

Calidad de sueño	Frecuencia	Porcentaje (%)
Buena calidad	38	27
Mala calidad	103	73
Total	141	100

Fuente: n=141 Díaz -T J, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación de calidad de sueño en pacientes con antecedente de enfermedades isquémicas del corazón de la consulta externa del Hospital general de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo 2019



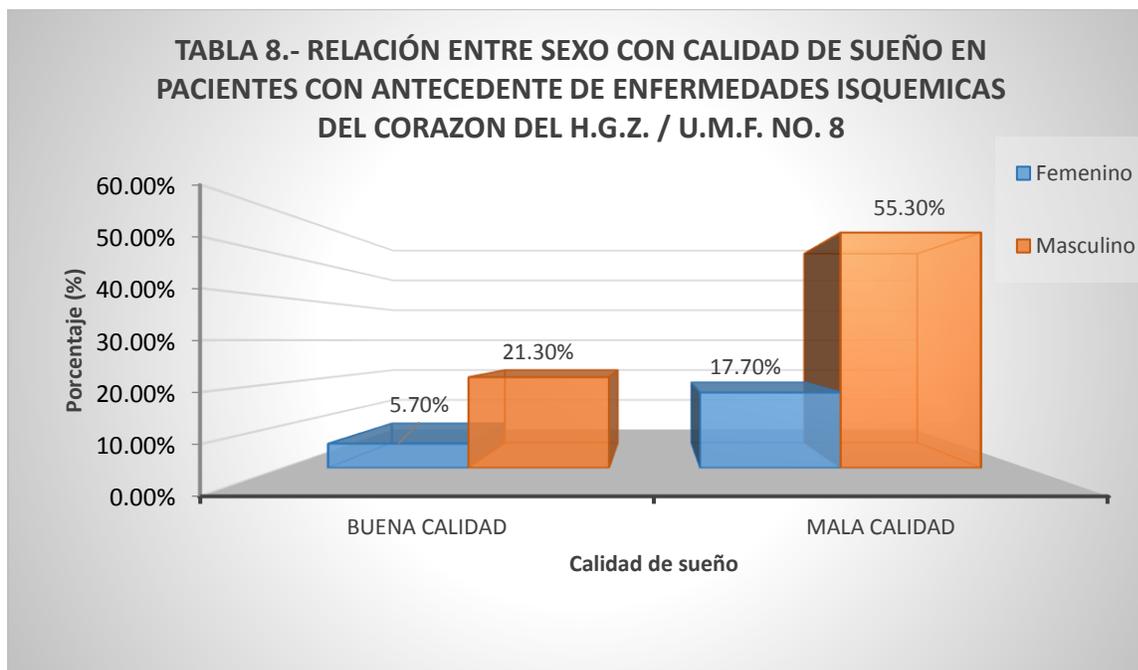
Fuente: n=141 Díaz -T J, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación de calidad de sueño en pacientes con antecedente de enfermedades isquémicas del corazón de la consulta externa del Hospital general de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo 2019

TABLA 8.- RELACIÓN ENTRE SEXO CON CALIDAD DE SUEÑO EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE ENFERMEDADES ISQUEMICAS DEL CORAZON DEL H.G.Z. / U.M.F. NO.

8

SEXO	CALIDAD DE SUEÑO					
	BUENA CALIDAD		MALA CALIDAD		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
FEMENINO	8	5.7	25	17.7	33	23.4
MASCULINO	30	21.3	78	55.3	108	76.6
TOTAL	38	27	103	73	141	100

Fuente: n=141 Díaz -T J, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación de calidad de sueño en pacientes con antecedente de enfermedades isquémicas del corazón de la consulta externa del Hospital general de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo 2019

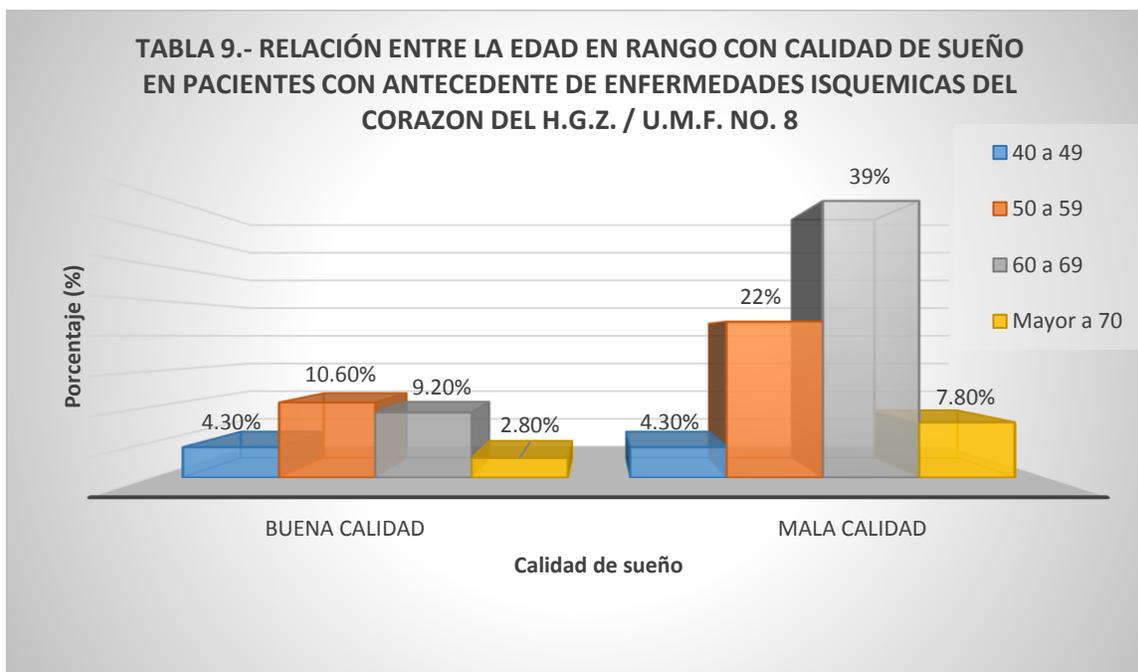


Fuente: n=141 Díaz -T J, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación de calidad de sueño en pacientes con antecedente de enfermedades isquémicas del corazón de la consulta externa del Hospital general de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo 2019

TABLA 9.- RELACIÓN ENTRE LA EDAD EN RANGO CON CALIDAD DE SUEÑO EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE ENFERMEDADES ISQUEMICAS DEL CORAZON DEL H.G.Z. / U.M.F. NO. 8

EDAD EN RANGO	CALIDAD DE SUEÑO					
	BUENA CALIDAD		MALA CALIDAD		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
40-49	6	4.3	6	4.3	12	8.5
50-59	15	10.6	31	22	46	32.6
60-69	13	9.2	55	39	68	48.2
MAYOR A 70	4	2.8	11	7.8	15	10.6
TOTAL	38	27	103	73	141	100

Fuente: n=141 Díaz -T J, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación de calidad de sueño en pacientes con antecedente de enfermedades isquémicas del corazón de la consulta externa del Hospital general de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo 2019

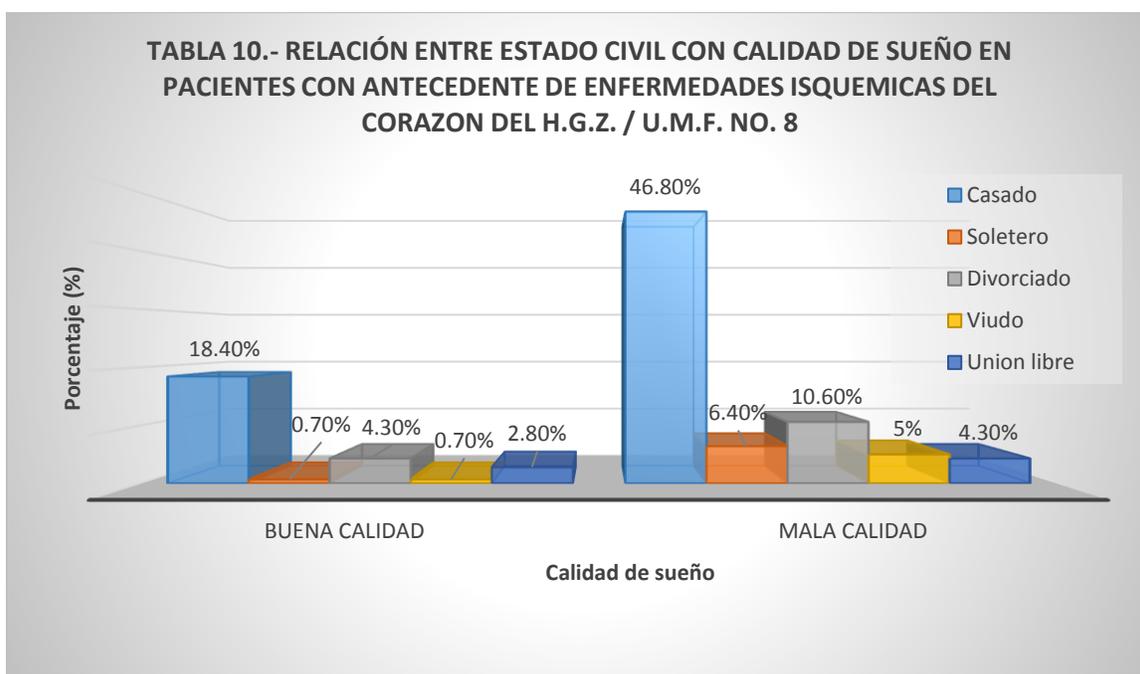


Fuente: n=141 Díaz -T J, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación de calidad de sueño en pacientes con antecedente de enfermedades isquémicas del corazón de la consulta externa del Hospital general de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo 2019

TABLA 10.- RELACIÓN ENTRE ESTADO CIVIL CON CALIDAD DE SUEÑO EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE ENFERMEDADES ISQUEMICAS DEL CORAZON DEL H.G.Z. / U.M.F. NO. 8

ESTADO CIVIL	CALIDAD DE SUEÑO					
	BUENA CALIDAD		MALA CALIDAD		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
CASADO/A	26	18.4	66	46.8	92	65.2
SOLTERO/A	1	0.7	9	6.4	10	7.1
DIVORCIADO/A	6	4.3	15	10.6	21	14.9
VIUDO/A	1	0.7	7	5	8	5.7
UNION LIBRE	4	2.8	6	4.3	10	7.1
TOTAL	38	27	103	73	141	100

Fuente: n=141 Díaz -T J, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación de calidad de sueño en pacientes con antecedente de enfermedades isquémicas del corazón de la consulta externa del Hospital general de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo 2019

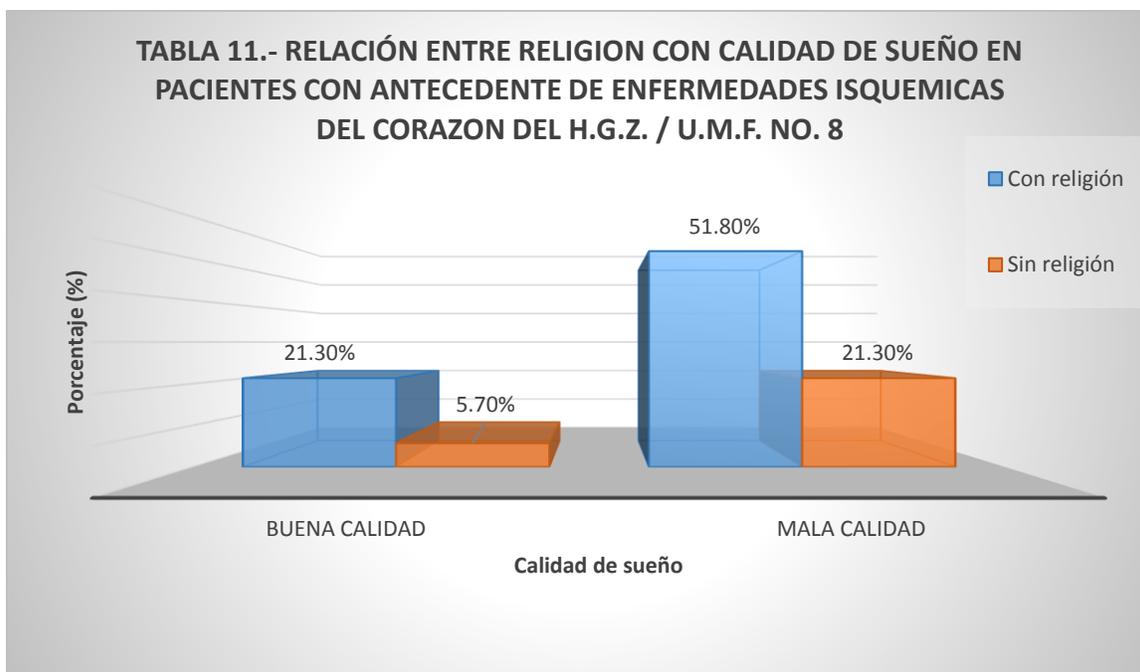


Fuente: n=141 Díaz -T J, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación de calidad de sueño en pacientes con antecedente de enfermedades isquémicas del corazón de la consulta externa del Hospital general de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo 2019

TABLA 11.- RELACIÓN ENTRE RELIGION CON CALIDAD DE SUEÑO EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE ENFERMEDADES ISQUEMICAS DEL CORAZON DEL H.G.Z. / U.M.F. NO. 8

RELIGION	CALIDAD DE SUEÑO					
	BUENA CALIDAD		MALA CALIDAD		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
SI	30	21.3	73	51.8	103	73
NO	8	5.7	30	21.3	38	27
NO	38	27	103	73	141	100

Fuente: n=141 Díaz -T J, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación de calidad de sueño en pacientes con antecedente de enfermedades isquémicas del corazón de la consulta externa del Hospital general de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo 2019

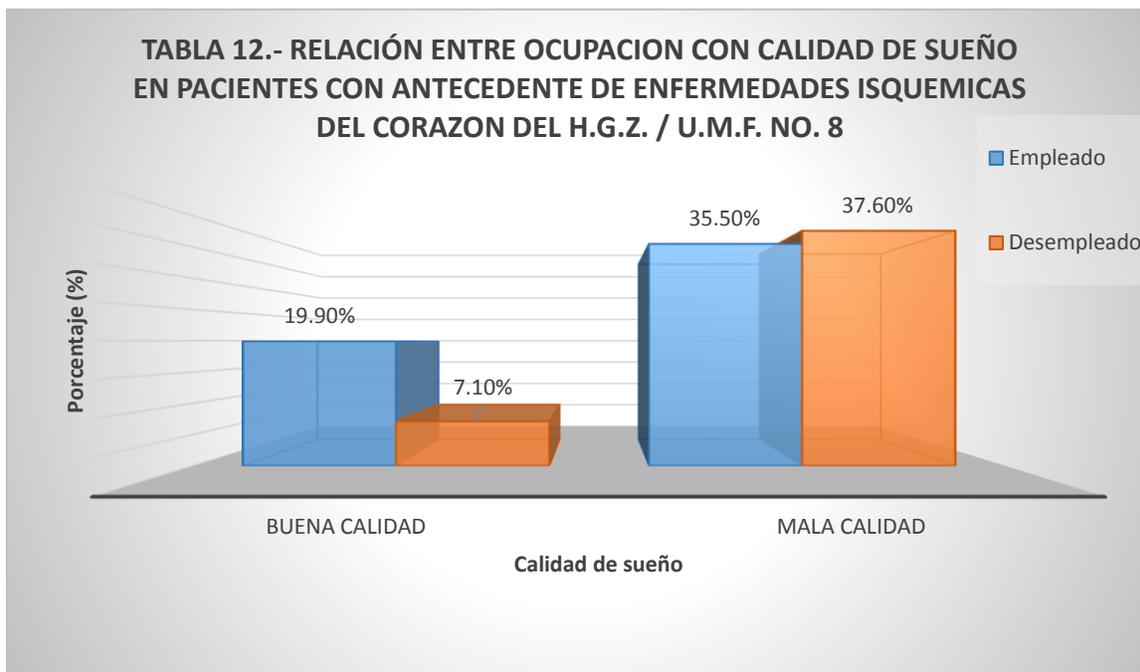


Fuente: n=141 Díaz -T J, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación de calidad de sueño en pacientes con antecedente de enfermedades isquémicas del corazón de la consulta externa del Hospital general de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo 2019

TABLA 12.- RELACIÓN ENTRE OCUPACION CON CALIDAD DE SUEÑO EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE ENFERMEDADES ISQUEMICAS DEL CORAZON DEL H.G.Z. / U.M.F. NO. 8

OCUPACION	CALIDAD DE SUEÑO					
	BUENA CALIDAD		MALA CALIDAD		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
EMPLEADO	28	19.9	50	35.5	78	55.3
DESEMPLEADO	10	7.1	53	37.6	63	44.7

Fuente: n=141 Díaz -T J Fuente: Díaz -T J, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación de calidad de sueño en pacientes con antecedente de enfermedades isquémicas del corazón de la consulta externa del Hospital general de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo 2019., Vilchis-C. Evaluación de calidad de sueño en pacientes con antecedente de enfermedades

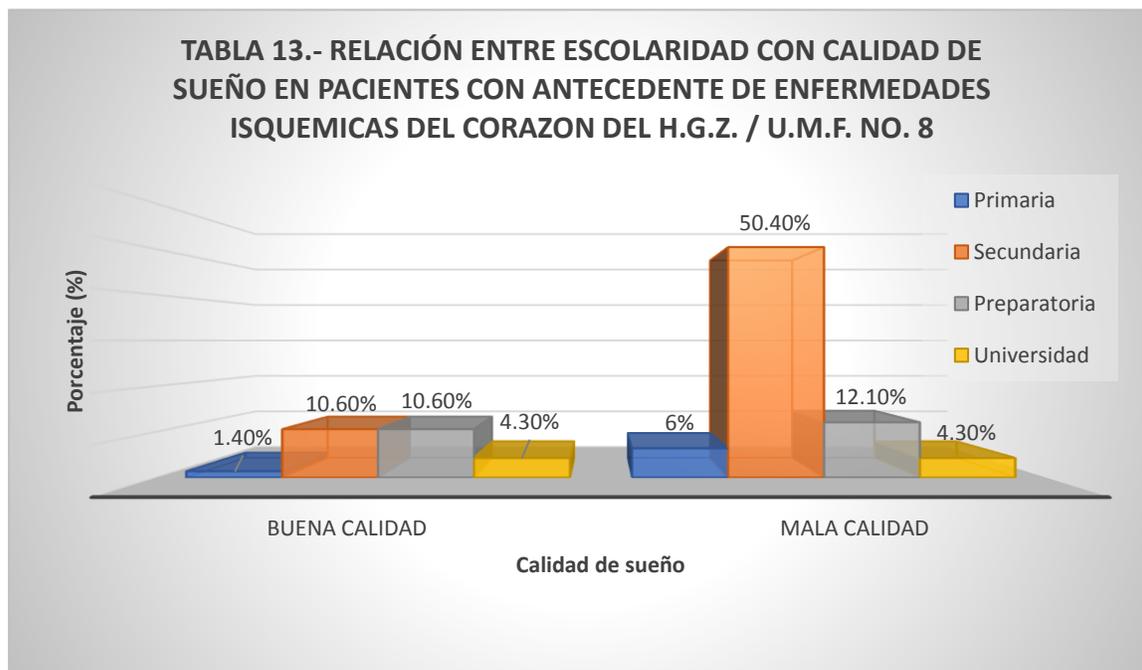


Fuente: n=141 Díaz -T J, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación de calidad de sueño en pacientes con antecedente de enfermedades isquémicas del corazón de la consulta externa del Hospital general de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo 2019

TABLA 13.- RELACIÓN ENTRE ESCOLARIDAD CON CALIDAD DE SUEÑO EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE ENFERMEDADES ISQUEMICAS DEL CORAZON DEL H.G.Z. / U.M.F. NO. 8

ESCOLARIDAD	CALIDAD DE SUEÑO					
	BUENA CALIDAD		MALA CALIDAD		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
PRIMARIA	2	1.4	9	6.4	11	7.8
SECUNDARIA	15	10.6	71	50.4	86	61
PREPARATORIA	15	10.6	17	12.1	32	22.7
LICENCIATURA	6	4.3	6	4.3	12	8.5
TOTAL	38	27	103	73	141	100

Fuente: n=141 Díaz -T J, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación de calidad de sueño en pacientes con antecedente de enfermedades isquémicas del corazón de la consulta externa del Hospital general de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo 2019



Fuente: n=141 Díaz -T J, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación de calidad de sueño en pacientes con antecedente de enfermedades isquémicas del corazón de la consulta externa del Hospital general de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo 2019

Discusiones

Un hallazgo importante en este estudio es que más del 65% de los pacientes tuvieron una corta duración del sueño, con seis horas o menos, y una baja eficiencia del sueño. Esto los coloca en el grupo de mayor riesgo, ya que estudios previos sobre el sueño mostraron que menos de seis horas de sueño se asociaron con enfermedades cardiovasculares.

De acuerdo al estudio Carla Renata et al (2015) “Calidad del sueño en pacientes con infarto agudo de miocardio” en el país de Brasil, utilizando el instrumento de índice de calidad de sueño de Pittsburg, se obtuvo que el 71.1% de los participantes presentaron una mala calidad de sueño, sobre todo en el rango de las horas de dormir, en comparación a nuestro estudio se observó una mala calidad en un 73% de los participantes, lo cual nos hace una semejanza entre ambos estudios, esto se debe a presentar algunas características en común como que se realizó en una población latina, urbana de clase socioeconómica media baja, además de presentar la misma religión, y nivel de estudio, además el promedio de edad fue de entre 45 y 65 años, edad similar a la de la mayoría de nuestro estudio.

Por otro lado, en el estudio Espinheira Patricia et al. 2013 “La calidad del sueño en los pacientes con enfermedades arteriales coronarias” reportaron una mala calidad de sueño en un 75.1% de todos los participantes en la ciudad de Brasilia, utilizando el instrumento de índice de calidad de sueño de Pittsburg. En nuestro estudio los participantes que presentaron mala calidad de sueño fueron un 73% lo que nos muestra una similitud en los estudios, esto fue similar debido a que ambos estudios se realizaron a una población latina de mismo nivel socioeconómico, que presentaron similitud en la escolaridad y en la religión.

En el estudio de Sasaki, et al. 2016 “Sueño deficiente y enfermedad cardiovascular: diferentes patrones de trastornos del sueño en la cardiopatía isquémica y el accidente cerebrovascular” en donde se observó una mala calidad de sueño de 52%. En nuestro estudio se observó un 73% de los participantes con mala calidad de sueño, existe una gran diferencia entre cada estudio y esto se debe a varios factores, primero que nada en la población que se realizó, este estudio de Sasaki se realizó en Japón que es un país industrializado, que las personas presentaban un nivel de socioeconómico más alto, además de que la mayoría era trabajadora; y no predicaban una religión en específico, aunque el estudio se realizó para comparar diferentes grupos de población, y se vio que los pacientes con antecedente de enfermedades isquémicas presentaban más mala calidad de sueño que los que no tenían ningún antecedente.

Con respecto a lo anterior, el estudio de Andrechuk et al. 2015 “Calidad del sueño y resultados adversos para pacientes con infarto agudo al miocardio” en la ciudad de Sao Paulo, Brasil en el cual se realizó en 113 pacientes con antecedente de SICA, y se encontró que el 71.7% de los participantes tuvieron una mala calidad de sueño, además de medir algunas comorbilidades donde la mayoría presentó sedentarismo y tabaquismo, este resultado tiene semejanza a nuestro estudio ya que es del 73% esto se debe a que la población es latina, así como el nivel socioeconómico, también el nivel de escolaridad fue similar.

En el estudio de Del Brutto et al. 2014 “Asociación entre la calidad de sueño y salud cardiovascular: una encuesta puerta a puerta en el Ecuador rural” en el cual se realizó con 633 residentes con antecedente de SICA, en el cual se distinguió que el 69% de los participantes presentaron una mala calidad de sueño, en donde se puede visualizar una similitud con nuestro estudio, ya que reportó un 73%, esto se debe porque se realizó en población latina, aunque el nivel socioeconómico no es parecido, ya que en este artículo su población era de origen rural, y en el nuestro es de origen urbano, en ambos estudios no se evaluó otras comorbilidades, lo que puede ser algo que cambie los resultados.

Con respecto a la aplicabilidad de este estudio, el médico del primer nivel de atención debe empezar a conocer aún más la relevancia que conllevan estos padecimientos, como su frecuencia, cuál es la población que se encuentra en riesgo de padecerlos y de esta forma hacer las detecciones oportunas para prevenir la aparición de mayores complicaciones, realizar una valoración integral y por ende ofrecer un óptimo tratamiento, como es un instrumento de duración de 15 minutos el médico familiar debe educar a la asistente médica o bien a la enfermera para poder realizarla.

En cuanto al perfil educativo se podría capacitar y actualizar en información a través de sesiones académicas o folletos informativos al personal médico, pacientes e inclusive a familias de pacientes con el fin de orientar acerca de cuáles son los síntomas y factores de riesgo, o medidas preventivas para tener una buena o mala calidad de sueño en este tipo de población con antecedentes de enfermedad isquémica.

Con fines de investigación, este estudio pretende orientar con respecto a la asociación que existe entre las patologías estudiadas, que a nivel mundial se han estudiado encontrándose una asociación; sin embargo, en nuestro país, este tipo de investigación es la primera que se realiza, pudiendo sentar precedentes para futuras investigaciones que pudiesen realizarse en nuestro país.

Con respecto al perfil administrativo se debería poder realizar un proceso de detección para una buena o mala calidad de sueño a través del instrumento de evaluación que se utilizó, pues, aunque la mayoría de las veces no se le da importancia a la calidad de sueño; como ya se revisó, es parte importante también de una valoración integral de los pacientes con antecedente de enfermedad isquémica.

Conclusiones

En la presente investigación, se cumplió el objetivo al evaluar la calidad de sueño en pacientes con antecedentes isquémicos del corazón de la consulta externa de HGZ No. 8, ya que se observó que la mayoría de la población cursaba con una mala calidad de sueño, es por eso que debemos de iniciar a preocuparnos y en realizar más estudios para confirmar a este factor de riesgo como una causa de presentar eventos cardiovasculares, y también visualizar los estudios con más factores de riesgo como podrían ser la obesidad, diabetes, síndrome de apnea obstructiva del sueño, depresión, entre otros.

Con los resultados se acepta la hipótesis alterna y se descarta la hipótesis nula que con fines educativos fue planteada, que es importante la identificación de la mala calidad de sueño ya que está relacionada con los pacientes que tienen antecedente de enfermedades isquémicas del corazón y esto se relaciona a presentar nuevos eventos de isquemia.

En este estudio se observó que aunque eran más los participantes del género masculino presentaban mayor porcentaje de mala calidad de sueño, esto también se debe porque son los pacientes que más les afectan las enfermedades isquémicas del corazón, aunque en las mujeres también fue importante el porcentaje de afectados por lo que no podemos dejarlo aún lado; además se visualizó que entre las edades de 50-69 años fueron más de 3/4 del total de los participantes, y además son los que presentaron una mayor frecuencia de mala calidad de sueño, y esto es significativo debido a que es una edad productiva y que es una causa importante y frecuente incapacidad, así como afectar la calidad de vida y también en la economía tanto individual como del país, ya que si identificamos este factor de riesgo podría disminuir los eventos.

Asimismo, se identificó que la mayoría de los pacientes presentaban una escolaridad de secundaria, esto se debe a que es el promedio de escolaridad de la población donde se realizó el estudio, es por eso que en los resultados aparecieron como si tuvieran una mayor frecuencia de mala calidad de sueño, pero no es considerado un factor de riesgo; relacionado a la ocupación se encontró que no existe alguna diferencia entre ser empleado o ser desempleado, los pacientes que entraron en el rubro de desempleo se incluyeron pacientes jubilados, pensionados y que nunca trabajaron, es por eso junto que el mexicano en promedio trabaja hasta los 60 años y en algunos casos hasta los 65 años, por lo que la mitad de la población encuestada esta en este rubro y la otra supera esa edad, pero no presento significancia ya que no es un factor relevante para presentar mala calidad de sueño.

Igualmente se registró que los pacientes con alguna creencia religiosa presentaban una mala calidad de sueño, esto no es importante en nuestros resultados ya que en la historia natural de la enfermedad no existe cambios entre los pacientes que si realizan una creencia religiosa con los que no la realizan, es por eso que no se puede determinar como algo influyente, en nuestros resultados se identificó que presentaban peor calidad de sueño los que seguían alguna religión, esto se debe a que en México un gran porcentaje de su población efectúan una religión.

De esta forma se identificó que los pacientes que estaban casados tenían una mala calidad de sueño, esto puede ser relevante ya que se ha observado que el estrés del matrimonio afecta a la calidad de sueño y esto puede ser un causante del resultado, relacionado a la historia natural de la enfermedad no es un factor determinante para presentar nuevos eventos isquémicos, estos resultados se debieron a que en la población donde se realizó el estudio la mayoría presentan un estado civil de casado ya que son personas que son mayores de 40 años y tienen la cultura de que el matrimonio es para toda la vida.

En este estudio se visualizó que casi 3/4 de la población estudiada presentaban una mala calidad de sueño, esto es una cifra importante y muy relevante ya que otras enfermedades por presentarse en un 30% son consideradas como problemas graves de salud, es por eso que debemos realizar algo para poder combatir con esto, ya que una alta población lo padece y nadie lo considera importante o relevante, tal vez no se ha relacionado al 100% con enfermedades isquémicas del corazón, pero no es la única afectación que pueden presentar, ya que las personas con mala calidad de sueño no son productivas por estar cansados y estar durmiéndose durante el día.

Actualmente, no existe evidencia exacta de que la calidad de sueño esté relacionada con mayor probabilidad de eventos isquémicos del corazón, debido a que existe pocos estudios que han valorado y estudiado estas variables, aunque los pocos estudios que existen demuestran una ligera similitud, y son parecidos en los resultados, por lo cual podrían ayudar en un futuro para empezar a valorar como factor de riesgo.

RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FISICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO

Recursos físicos: Instalaciones de la sala de espera de la consulta externa de Medicina Familiar del HGZ/UMF 8 Gilberto Flores Izquierdo, IMSS.

Recursos materiales: Se cuenta con equipo de cómputo, impresora con su respectivo cartucho de tinta negra, lápices, plumas de tinta negra y hojas de papel blanco, fotocopidora, USB para almacenar datos, copias del instrumento que se aplicará.

Recursos humanos: Entrevistador: Residente de Medicina Familiar, así como el apoyo de asesores experimentales y clínicos del presente protocolo.

Financiamiento: Todos los gastos para la realización del este estudio serán financiados por el Residente de Medicina Familiar Jair Isaac Díaz Tolentino.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Alcalá López, J. E., Maicas Bellido, C., Hernández Simón, P., & Rodríguez Padial, L. Cardiopatía isquémica: concepto, clasificación, epidemiología, factores de riesgo, pronóstico y prevención 2017, 12(36), 2145–2152.
2. Makk Ni, Brennan T, Girotra S. Acute Coronary Syndrome Nader. *Journal of Intensive Care Medicine*. 2014; 00(0):1-15.
3. Romo Escorcía F, Acosta MA, Cano Rivera R, Iglesias Acosta J. Enfoque actual del tratamiento farmacológico del síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST. Desde la fisiopatología al manejo: Una revisión de tema. *Biociencias*. 2016; 11(2): 65 – 75.
4. Wakai A, McCabe A, Kidney R, Brooks SC, Seupaul RA, Diercks DB, Et al. Nitrates for acute heart failure syndromes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013; Issue 8. Art. No.: CD005151.
5. Marín F Et al. Update on Ischemic Heart Disease and Critical Care Cardiology. *Rev Esp Cardiol*. 2014; 67(2):120-6.
6. Barrabé's JA, Et al. Pronóstico y manejo del síndrome coronario agudo en España en 2012: estudio DIOCLES. *Rev. Esp. Cardiol*. 2015; 68 (2): 98-106.
7. Instituto Nacional de Estadísticas Geografía e Informática [INEGI] (1986). *Estadísticas Históricas de México Tomo I*. Recuperado el 16 de agosto de 2017, de: <http://www.beta.inegi.org.mx/app/biblioteca/ficha.html?upc=702825460238>, p. 145
8. Martínez-Sánchez C et al. Clinical management and hospital outcomes of acute coronary syndrome patients in Mexico: The Third National Registry of Acute Coronary Syndromes RENASICA III. *Arch. Cardiol. Mex*. 2016; 86(3): 221-232.
9. Feinberg J, Nielsen EE, Greenhalgh J, Hounscome J, Sethi NJ, Safi S, Et al. Drug-eluting stents versus bare-metal stents for acute coronary syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 8. Art. No.: CD012481.
10. Chavariaga JC, Beltrán J, Senior JM Et al. Características epidemiológicas, clínicas, tratamiento y pronóstico de los pacientes con diagnóstico de síndrome coronario agudo en unidad especializada. *Acta Med. Colomb*. 2014; 39 (1): 21-28.
11. Quiles J, Miralles-Vicedo B. Estrategias de prevención secundaria del síndrome coronario agudo. *Rev Esp Cardiol*. 2014; 67(10): 844–848.
12. Velázquez de Campos O. Evidencias para el uso combinado de ácido acetilsalicílico (aspirina) y clopidogrel en síndromes coronarios agudos. *Invest. Clin*. 2017; 58(1): 79 – 91.

13. Ferreira-González I. Epidemiología de la enfermedad coronaria. *Rev. Esp. Cardiol.* 2014; 67(2):139–44.
14. Henao PL, Et al. Incidencia y factores asociados para infarto agudo de miocardio en pacientes con dolor torácico. *R.F.S Revista Facultad de Salud.* 2014; 6(2): 32-8.
15. Teixeira RM, Couto RD. Troponin I (cTnI) fragments immunoreactivity and the development of high-sensitivity diagnostic assays for the associated diagnosis of acute myocardial infarction. *J Bras Patol Med Lab.* 2017; 53 (5): 305-308.
16. Rodríguez F, Chávez E, Machín WJ Et al. Increased QT Interval Dispersion in Diagnosis of Acute Coronary Syndrome with Atypical Symptoms and EKG. *MEDICC Review.* 2014; 16 (3)(4): 42-46.
17. Nikus K, Birnbaum Y, Eskola M. Updated Electrocardiographic Classification of Acute Coronary Syndromes. *Current Cardiology Reviews.* 2014; 10: 229-236.
18. Sheng SC, Lu XM, Kang Y, Du YP, Wang GX. High-sensitivity cardiac troponin T is a predictor of recurrent acute coronary syndrome in patients with acute myocardial infarction. *Genetics and Molecular Research.* 2014; 13 (2): 3819-3825.
19. Hevia D, Cifuentes J, Alvarado O, San Martín P, Venegas P Coron M. En el Infarto agudo al miocardio los niveles plasmáticos de microvesículas extracelulares se elevan más precozmente que el aumento de la Troponina-I. *Rev. Chil. Cardiol.* 2017; 36: 24-33.
20. Cordero A, et al. Cambios en el tratamiento y el pronóstico del síndrome coronario agudo con la implantación del código infarto en un hospital con unidad de hemodinámica. *Rev Esp Cardiol.* 2016; 69 (8): 754-759
21. Borda-Velásquez L, Razzeto-Rubio L, Rey-Mendoza J, Medina Mormontoy W. Estrategias de reperfusión usadas en pacientes con síndrome coronario agudo con elevación persistente del segmento ST en un hospital general. *Rev. Med. Hered.* 2015; 26:35-41.
22. Viana M Et al. Incremental Prognostic Value of the Incorporation of Clinical Data Into Coronary Anatomy Data in Acute Coronary Syndromes: SYNTAX-GRACE Score. *Arq. Bras. Cardiol.* 2017; 109 (6): 527-532.
23. Vale N, Nordmann AJ, Schwartz GG, de Lemos J, Colivicchi F, den Hartog F, Et al. Statins for acute coronary syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014; Issue 9. Art. No.: CD006870.
24. Reutrakul S, Van Cauter E. Interactions between sleep, circadian function, and glucose metabolism: implications for risk and severity of diabetes. *Ann. N.Y. Acad.* 2014; 1311 (1): 151–173.
25. St-Onge MP Et al. Sleep Duration and Quality: Impact on Lifestyle Behaviors and Cardiometabolic Health. A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation.* 2016; 134 (18): 367-386.

26. Silva Andrechuk CR, Ceolim MF. Sleep quality in patients with acute myocardial infarction. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2015; 24(4): 1104-1111.
27. Jiménez-Genchi, Monteverde-Maldonado, Nenclares-Portocarrero, Esquivel-Adame. Confiabilidad y análisis factorial de la versión en español del índice de calidad de sueño de Pittsburgh en pacientes psiquiátricos. 2008; 144, (6): 131-139.
28. Chun Shing Kwok, et. al. Self-Reported Sleep Duration and Quality and Cardiovascular Disease and Mortality: A Dose-Response Meta-Analysis. *J Am Heart Assoc*, 2018;15 (7): 322-348.
29. Prather AA Et al. Behaviorally Assessed Sleep and Susceptibility to the Common Cold. *SLEEP*. 2015; 38(9): 1353-1359.
30. Kim Et al. Sleep disturbance in acute coronary syndrome. Correlates and escitalopram treatment effects on sleep disturbance in patients with acute coronary syndrome: K-DEPACS and Es DEPACS *SLEEP*. 2015; 38(7); 1105-1111.
31. Sasaki, et al. Poor sleep and cardiovascular disease: different pattern of sleep disturbance in ischemic heart disease and stroke. *Eur Heart J*. 2016; 29 (8): 301-306.
32. Andrechuk, C. R. S., & Ceolim, M. F. Sleep quality and adverse outcomes for patients with acute myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing*. 2015; 25(1-2): 223–230.
33. Francesco Sofi, Francesca Cesari, Alessandro Casini, Et al. Insomnia and risk of cardiovascular disease: a meta-analysis. *European Journal of Preventive Cardiology*. 2014; 21(1): 57–64.
34. Espinheira PFS. Qualidade do sono em portadores de doença arterial coronariana crônica. Aracaju (SE): Universidade Federal de Sergipe, Núcleo de Pós-Graduação em Medicina. 2013; 67 (5): 420-437.
35. Del Brutto, O. H., Mera, R. M., Zambrano, M., Del Brutto, V. J., & Castillo, P. R. Association between sleep quality and cardiovascular health: a door-to-door survey in rural Ecuador. *Environmental Health and Preventive Medicine*. 2014 19(3), 234–237.

ANEXOS

Anexo 1.

CUESTIONARIO DE PITTSBURG DE CALIDAD DE SUEÑO.

Nombre:..... Fecha:..... Edad:.....

Instrucciones:

Las siguientes cuestiones solo tienen que ver con sus hábitos de sueño durante el último mes. En sus respuestas debe reflejar cual ha sido su comportamiento durante la mayoría de los días y noches del pasado mes. Por favor, conteste a todas las cuestiones.

- 1.- Durante el último mes, ¿cuál ha sido, normalmente, su hora de acostarse?
- 2.- ¿Cuánto tiempo habrá tardado en dormirse, normalmente, las noches del último mes? (Marque con una X la casilla correspondiente)
() Menos de 15 min () Entre 16-30 min () Entre 31-60 min () Más de 60 min
- 3.- Durante el último mes, ¿a qué hora se ha levantado habitualmente por la mañana?
- 4.- ¿Cuántas horas calcula que habrá dormido verdaderamente cada noche durante el último mes?
- 5.- Durante el último mes, cuántas veces ha tenido usted problemas para dormir a causa de:
 - a) No poder conciliar el sueño en la primera media hora:
() Ninguna vez en el último mes
() Menos de una vez a la semana
() Una o dos veces a la semana
() Tres o más veces a la semana
 - b) Despertarse durante la noche o de madrugada:
() Ninguna vez en el último mes
() Menos de una vez a la semana
() Una o dos veces a la semana
() Tres o más veces a la semana
 - c) Tener que levantarse para ir al servicio:
() Ninguna vez en el último mes
() Menos de una vez a la semana
() Una o dos veces a la semana
() Tres o más veces a la semana
 - d) No poder respirar bien:
() Ninguna vez en el último mes
() Menos de una vez a la semana
() Una o dos veces a la semana
() Tres o más veces a la semana

- e) Toser o roncar ruidosamente:
- Ninguna vez en el último mes
 - Menos de una vez a la semana
 - Una o dos veces a la semana
 - Tres o más veces a la semana
- f) Sentir frío:
- Ninguna vez en el último mes
 - Menos de una vez a la semana
 - Una o dos veces a la semana
 - Tres o más veces a la semana
- g) Sentir demasiado calor:
- Ninguna vez en el último mes
 - Menos de una vez a la semana
 - Una o dos veces a la semana
 - Tres o más veces a la semana
- h) Tener pesadillas o malos sueños:
- Ninguna vez en el último mes
 - Menos de una vez a la semana
 - Una o dos veces a la semana
 - Tres o más veces a la semana
- i) Sufrir dolores:
- Ninguna vez en el último mes
 - Menos de una vez a la semana
 - Una o dos veces a la semana
 - Tres o más veces a la semana
- j) Otras razones. Por favor descríbalas:
- Ninguna vez en el último mes
 - Menos de una vez a la semana
 - Una o dos veces a la semana
 - Tres o más veces a la semana
- 6) Durante el último mes, ¿cómo valoraría en conjunto, la calidad de su sueño?
- Muy buena
 - Bastante buena
 - Bastante mala
 - Muy mala
- 7) Durante el último mes, ¿cuántas veces habrá tomado medicinas (por su cuenta o recetadas por el médico) para dormir?
- Ninguna vez en el último mes
 - Menos de una vez a la semana
 - Una o dos veces a la semana
 - Tres o más veces a la semana
- 8) Durante el último mes, ¿cuántas veces ha sentido somnolencia mientras conducía, comía o desarrollaba alguna otra actividad?
- Ninguna vez en el último mes
 - Menos de una vez a la semana

Una o dos veces a la semana

Tres o más veces a la semana

9) Durante el último mes, ¿ha representado para usted mucho problema el tener ánimos para realizar alguna de las actividades detalladas en la pregunta anterior?

Ningún problema

Sólo un leve problema

Un problema

Un grave problema

10) ¿Duerme usted solo o acompañado?

Solo

Con alguien en otra habitación

En la misma habitación, pero en otra cama

En la misma cama

ENCUESTA APLICATIVA

Instituto Mexicano del Seguro Social Delegación Sur, Ciudad de México

“Hospital Regional de Zona con Unidad de Medicina Familiar Dr. Gilberto Flores Izquierdo #8”

Título del proyecto: “Evaluación de calidad de sueño en pacientes con antecedente de enfermedades isquémicas del corazón de la consulta externa de cardiología del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar no. 8/UMF Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

Hoja de Recolección de Datos

Investigador a cargo: _____ Médico Residente: Jair Isaac Díaz Tolentino

Nombre: _____ NSS: _____

Edad: _____

Sexo: 1. Femenino 2. Masculino

Estado Civil: 1. Casado 2. Soltero 3. Divorciado 4. Viudo 5. Separado
6. Unión Libre

Religión: 1. Católica 2. Cristina 3. Testigo de Jehová 4. Musulmán 5. Ninguna
6. Otra: _____

Ocupación: 1. Si 2. No

Escolaridad: 1. Primaria 2. Secundaria 3. Preparatoria 4. Licenciatura 5. Ninguna

¿Tabaquismo actualmente? 1. Si 2. No

Calidad de sueño 1. Buena < o igual 5 2. Mala > de 5



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	"Evaluación de calidad de sueño en pacientes con antecedente de enfermedades isquémicas del corazón de la consulta externa del Hospital General de Zona con unidad de medicina familiar no. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo"
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Ciudad de México, de marzo del 2017 a febrero del 2019
Número de registro:	En trámite
Justificación y objetivo del estudio:	Esta investigación, se realiza con la finalidad de orientar a médicos familiares, para permitirnos emprender líneas de acción con el afán de dar solución a las diversas problemáticas que presentan los pacientes con enfermedades isquémicas del corazón, y así conocer los factores que no permitan un buen control en cada uno de ellos. Es por ello que es necesario evaluar la calidad de sueño en pacientes con enfermedades isquémicas del corazón en consulta externa del "Hospital General de Zona /Unidad de Medicina Familiar No.8 Gilberto Flores Izquierdo"
Procedimientos:	Se aplicará el cuestionario Índice de calidad de sueño de Pittsburg en pacientes con diagnóstico de IAM en el HGZ/UMF No 8.
Posibles riesgos y molestias:	No existen riesgos
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conocer si los pacientes con diabetes tipo 2 tienen buena adaptabilidad y cohesión familiar...
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Protocolo descriptivo, el resultado de este estudio, ayudara para la intervención oportuna del médico familiar en pacientes con enfermedades isquémicas del corazón
Participación o retiro:	Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en el que considere conveniente sin que ello afecte a la atención médica que recibo en el instituto
Privacidad y confidencialidad:	El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificara en la presentación o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados de forma confidencial.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No aplica
Beneficios al término del estudio:	Dar solución a las diversas problemáticas que presenten los pacientes con enfermedades isquémicas del corazón, y así conocer los factores que no permitan un buen control en cada uno de ellos y mejorar su estado de salud.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:

Colaboradores:

Vilchis Chaparro Eduardo. Maestro en Ciencias de la Educación, Profesor Titular de la residencia en Medicina Familiar del HGZ/UMF#8. Matricula 99377278. Correo: eduardo.vilchisch@imss.gob.mx Teléfono: 55506422 Ext 28235 Fax: No fax

Diaz Tolentino Jair Isaac. Residente de Medicina Familiar del HGZ/UMF 8. Matrícula 97371408. Correo: jair_arzt@hotmail.com. Teléfono: 5527732789 Fax: No Fax.

Espinoza Anrubio. Gilberto. Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud del HGZ/UMF 8. Matricula 99374232. Correo: gilberto.espinozaa@imss.gob.mx Teléfono: 55506422 Ext 28235 Fax: No Fax

Sánchez Pineda Jorge. Médico especialista en Medicina Familiar. HGZ/UMF 8. Matricula 99379893. Correo: jorge.sanchezpi@imss.gob.mx Teléfono: 5564788987 Fax: No Fax

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Diaz Tolentino Jair Isaac

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

Fecha: 13 de diciembre de 2018

ASUNTO: CARTA DE NO INCONVENIENTE.

Por medio de la presente le informo a usted que no existe inconveniente para que el **investigador Esp. Espinoza Anrubio Gilberto, Médico Familiar. Maestro en Administración de Hospitales y Salud Pública, Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud, Matrícula: 99374232** y con adscripción en el **HGZ/UMF No.8**, realice la investigación titulada: **“EVALUACIÓN DE CALIDAD DE SUEÑO EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE ENFERMEDADES ISQUÉMICAS DEL CORAZÓN, EN EL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA DEL HGZ/UMF #8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**, dicha investigación pretende llevarse a cabo en el HGZ/UMF No. 8 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Sur CDMX, en la cual me desempeño como Médico de base. La presente investigación será llevada a cabo en el período comprendido del 1° de marzo de 2017 al 28 de febrero del 2020. El procedimiento que se llevará a cabo será el de seleccionar a los pacientes que acudan al área de consulta externa que presenten antecedente de enfermedad isquémica del corazón, en los cuales se recabaran los datos correspondientes a las variables sociodemográficas, variables de la patología, así como la calidad de sueño de cada uno.

Por lo que no tengo ningún inconveniente en otorgar las facilidades a **la Esp. Espinoza Anrubio Gilberto** y a el **Médico Residente de 2do año de Medicina Familiar Diaz Tolentino Jair Isaac** para que realicen la recolección de información y selección de pacientes en esta unidad.

Sin más por el momento me despido de usted con un cordial saludo.

DR. CARLOS ERNESTO CASTILLO HERRERA
DIRECTOR