



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.8
DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO**

TESIS

PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

“DETECCIÓN DE TRASTORNOS DEL SUEÑO EN PACIENTES CON EPILEPSIA MAYORES DE 18 AÑOS EN EL HGZMF No. 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

PRESENTA

**DR . ALCOCER GÓMEZ CARLOS ALBERTO
MEDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR**

Matricula 97376192 , adscripción HGZ/UMF No.8
Dr. Gilberto Flores Izquierdo” IMSS Cel. 7471621425 Fax: No Fax
Email: alcogomez4@gmail.com

**DIRECTORA DE TESIS DE INVESTIGACION
DRA. MARAVILLAS ESTRADA ANGELICA**

Médico Familiar, Profesora Titular de Medicina Familiar
Adscrita al HGZ/MF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”
Matricula: 98113861 Teléfono: 55 45000340
Email: angelica.maravillas@imss.gob.mx.

**ASESOR METODOLOGICO
DR. VILCHIS CHAPARRO EDUARDO**

Médico Familiar. Maestro en Ciencias de la Educación. Doctor en Ciencias para la Familia
Doctor en Alta Dirección en Establecimientos de Salud
Profesor Medico del Centro de Investigación Educativa y Formación Docente Siglo XXI
Matricula: 99377278 Adscripción: Centro Médico Nacional Siglo XXI IMSS
Teléfono: 5556276900 ext. 21742 Fax: No Fax
Email: eduardo.vilchisch@imss.gob.mx

**ASESOR CLINICO
DR. SANCHEZ PINEDA JORGE**

MÉDICO FAMILIAR.
COORDINADOR DE MEDICINA FAMILIAR TURNO VESPERTINO.
ADSCRITO AL HGZ/MF NO.8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”
MATRICULA: 99379893 TELÉFONO: 5540432008 Fax: No fax
Email: jorge.sanchezpi@imss.gob.mx

**DRA. THALYNA POLACO DE LA VEGA
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
DEL HGZMF No. 8 “DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

CIUDAD DE MEXICO, 2022



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.

DETECCIÓN DE TRASTORNOS DEL SUEÑO EN PACIENTES CON EPILEPSIA MAYORES DE 18 AÑOS EN EL HGZMF No. 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

AUTORES: Alcocer Gómez Carlos Alberto ¹, Maravillas Estrada Angélica ², Vilchis Chaparro Eduardo³, Sánchez Pineda Jorge⁴

¹ Médico Residente de segundo año. Especialización médica en Medicina Familiar / HGZ UMF 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” Instituto Mexicano del Seguro Social “IMSS

² Médico Especialista en Medicina Familiar, Profesora Titular de Medicina Familiar Adscrita al HGZ/MF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” IMSS

³ Médico Familiar. Maestro en Ciencias de la Educación. Doctor en Ciencias para la Familia, Doctor en Alta Dirección en Establecimientos de Salud, Profesor Médico del Centro de Investigación Educativa y Formación Docente Siglo XXI

⁴ Médico Especialista en Medicina Familiar, coordinador de medicina familiar turno vespertino. Adscrito al HGZMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” IMSS

OBJETIVO:

Identificar la presencia de trastornos del sueño en pacientes con diagnóstico de epilepsia en el servicio de consulta externa y hospitalización del HGZMF #8

MATERIALES Y METODOS

Estudio transversal, descriptivo, criterios de inclusión: Pacientes con epilepsia ya diagnosticada y en tratamiento, que acuden al HGZMF 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” Criterios de inclusión; derechohabientes del IMSS pertenecientes al HGZMF No. 8, sexo indistinto, con Epilepsia, que no cuenten con diagnóstico de enfermedades psiquiátricas, que acepten participar en el estudio y cuenten con consentimiento informado firmado, por el paciente o tutor (en caso de que aplique) Criterios exclusión; pacientes no pertenecientes al HGZMF No.8, que no acepten firmar el consentimiento informado,(o que el tutor no acepte) que no sepan leer y escribir. Criterios de eliminación: Llenado incompleto de formatos de evaluación.

RESULTADOS

Se estudió a 61 pacientes con el diagnóstico de Epilepsia en el HGZMF No. 8, la media de edad fue de 44.62 años, con una mediana de 45 años y moda de 55 años, un rango de edad de 18 años, un valor mínimo de 18 años y un valor máximo de 87 años; Por medio del Instrumento de medición: Índice de Calidad de sueño de Pittsburgh se documentó la presencia de trastornos del sueño en pacientes con diagnóstico de epilepsia calificados como malos dormidores en el 75.4% de los pacientes, acentuado en pacientes que actualmente reciben tratamiento anticonvulsivo hasta el 77% evidenciado por disfunción diurna, con predominio en el sexo femenino a razón de 41%.

CONCLUSIONES

Más de la mitad de pacientes con epilepsia del HGZ UMF No.8, cursan simultáneamente a su patología con algún trastorno del sueño, sin bien según el índice utilizado en el presente estudio arroja tipología como bueno o malo dormidor, se incide sobre el componente afectado, por lo que es necesario hacer hincapié sobre medidas de higiene del sueño, así como orientar a los pacientes sobre esta problemática a fin de mejorar la calidad de vida de nuestro derechohabientes.

Palabras clave: Epilepsia, trastorno del sueño, Índice de Calidad de sueño de Pittsburgh

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA**

AUTORIZACIONES

**DR. GULLERMO BRAVO MATEOS
DIRECTOR DEL HGZMF No. 8 “DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

**DRA THALYNA POLACO DE LA VEGA
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
DEL HGZMF No. 8 “DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

**DRA. ANGELICA MARAVILLAS ESTRADA
PROFESORA TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
DEL HGZMF No. 8 “DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

**DRA. ANGELICA MARAVILLAS ESTRADA
PROFESORA TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
DEL HGZMF No. 8 "DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO"
DIRECTORA DE TESIS**

**DR. EDUARDO VILCHIS CHAPARRO
PROFESOR MÉDICO DEL CIEFD SIGLO XXI
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI
ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS**

**DR. JORGE SANCHEZ PINEDA
COORDINADOR DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGZMF No. 8
"DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO"
ASESOR CLÍNICA DE TESIS**

AGRADECIMIENTOS

A mis padres y hermana por estar siempre, por esa maravillosa costumbre de convertir mis propósitos personales en propósitos familiares, por ser motor y aliciente en cada paso, involucrándose con todo el amor y paciencia en lo que es hoy por hoy uno de los logros más importantes de mi vida profesional, adjudico a ellos el mérito de lo que he logrado, prometo compensar cada ausencia con creces y sepan que de inicio a final siempre los he tenido presentes y les amo.

A Dios y a la vida por darme la oportunidad de seguir creciendo, por ese voto de confianza que en algún momento pude creer arrebatado por las circunstancias de mi pasado, siendo ese el motivo por el cual hoy puedo afirmar que todo lo que me propongo puedo lograrlo y que siempre es posible llegar más lejos.

Y también a todos los profesionales que se involucraron en mi formación durante este camino, por orientar y complementar mi paso rumbo al grado de especialista, infinitas gracias por compartir algo tan valioso como la enseñanza, me quedo con lo mejor de mi hospital y de las maravillosas personas que en este camino he conocido, gracias por su amistad, ha sido genial coincidir.

***“Todo fluye, simplemente deja que la vida suceda.....
Porque ella siempre tiene la razón”***

**“DETECCIÓN DE TRASTORNOS DEL
SUEÑO EN PACIENTES CON
EPILEPSIA MAYORES DE 18 AÑOS
EN EL HGZMF No 8 “DR. GILBERTO
FLORES IZQUIERDO”**

ÍNDICE

TEMA	PÁGINA
1. Marco teórico.	8
2. Justificación.	19
3. Planteamiento del problema.	19
4. Objetivos.	20
5. Hipótesis.	21
6. Material y métodos.	22
7. Diseño de investigación.	23
8. Muestra	24
9. Ubicación temporal y espacial de la población.	24
10. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.	26
11. Variables.	27
12. Diseño estadístico.	28
13. Instrumento de recolección.	28
14. Método de recolección.	28
15. Maniobras para evitar y controlar sesgos.	29
16. Consideraciones Éticas	30
17. Recursos humanos, materiales, físicos y financiamiento del estudio	35
18. Cronograma de actividades	37
19. Resultados.	38
20. Tablas y gráficas.	41
21. Discusión.	73
22. Conclusiones.	75
23. Bibliografía.	76
24. Anexos.	78

MARCO TEORICO

Epidemiología:

La epilepsia es una enfermedad crónica del sistema nervioso central que afecta a individuos de todas las edades, con una distribución mundial. Se caracteriza por una predisposición persistente a generar crisis epilépticas producidas por actividad neuronal cerebral anormal, excesiva y sincronizada. El diagnóstico que podría no ser una tarea complicada, se dificulta particularmente en países en desarrollo, donde existen obstáculos culturales y socioeconómicos para la aceptación y diagnóstico de la enfermedad. La prevalencia de la epilepsia varía entre países, y es más alta en, donde se estima se podría encontrar hasta 80% de los pacientes con epilepsia, particularmente en las regiones de África subsahariana y América Latina .Las diferencias metodológicas en los estudios de prevalencia a través del mundo no parecen explicar esta variación. La distribución de algunos factores de riesgo o factores etiológicos como enfermedades infecciosas, traumatismos craneales, problemas perinatales y obstétricos, y factores genéticos podrían explicar algunas de estas diferencias. En México se han realizado múltiples estudios para valorar la prevalencia de la epilepsia, la mayoría muestran cifras mayores que las estimadas a nivel mundial y con gran variabilidad en las estimaciones entre ellas; las diferencias en sus resultados podrían relacionarse a cambios metodológicos y de la población que han sucedido a través del tiempo. Debido a su prevalencia la epilepsia es una de las enfermedades neurológicas más importantes del mundo; la recurrencia de crisis así como sus consecuencias físicas y psicológicas la hacen una enfermedad desgastante y devastadora para quien la padece y su entorno familiar y social. (1)

Etiología:

La etiología del EE es diversa y varía de acuerdo a la edad. Las causas más comunes y fácilmente reconocibles del EE son: enfermedad cerebrovascular, trauma craneoencefálico, infecciones y niveles subterapéuticos de los medicamentos antiepilépticos (2).

Los gatillos más comunes de este evento son: privación del sueño, abandono de los medicamentos, tratamiento inadecuado y consumo de alcohol . En el paciente adulto sin historia previa de epilepsia el EE puede aparecer como consecuencia de una enfermedad cerebrovascular, intoxicación exógena (alcohol, anfetaminas, insecticidas organofosforados), intoxicación por medicamentos (antidepresivos, teofilina, antidiabéticos orales, litio, neurolépticos), síndrome de abstinencia por alcohol, infecciones del sistema nervioso central, trauma craneoencefálico, eclampsia y tumor primario o metastásico del sistema nervioso central (3)

Fisiopatología:

El Estatus epiléptico (EE) es un proceso dinámico que implica una serie de alteraciones eléctricas del metabolismo, barrera hematoencefálica y funcionamiento neuronal que se presentan de forma sistemática y pueden finalizar en la muerte neuronal . El EE es el resultado de un desbalance entre la excesiva excitación neuronal y de defectos en los sistemas de inhibición de la actividad neuronal. En la actualidad se considera que muchos de los procesos fisiopatológicos están relacionados con los procesos de fosforilación de proteínas y activación de canales en las neuronas, los medicamentos antiepilépticos disponibles realizan su actividad a este nivel o bien sobre el transporte de vesículas intracelulares o la actividad de los receptores inhibidores (4).

Investigaciones recientes han permitido establecer que la alteración de los mecanismos mitocondriales de control del estrés oxidativo, deficiencia de cofactores y vitaminas así como los mecanismos de control del flujo de calcio conducen al desarrollo del EE, esto más es evidente en niños con enfermedades mitocondriales de origen genético . La lesión neurológica es en parte consecuencia de una serie de complicaciones sistémicas que el EE produce, bien sea de manera directa o bien, como consecuencia del manejo farmacológico y el cuidado en la unidad de cuidados intensivos. A corto plazo se desarrollan acidosis respiratoria, hipoxia, descarga noradrenérgica, arritmias cardíacas, necrosis cardíaca, fracturas de huesos largos, fracturas por compresión y rhabdmiolisis que puede o no estar acompañada de falla renal (5).

Como consecuencia de la estancia en la unidad de cuidados intensivos y la farmacoterapia suelen presentarse depresión respiratoria, alteraciones de la conducción eléctrica del corazón, coagulopatía, íleo paralítico e incremento del riesgo de infección que hacen más complejo el proceso patológico en el cuerpo de personas con EE. La lesión neurológica es también el resultado de la descarga eléctrica repetida que se produce como consecuencia de la alteración de balance entre los neurotransmisores excitatorios (glutamato, aspartato, acetilcolina) y los neurotransmisores inhibitorios (GABA) (6).

A nivel bioquímico se produce un incremento del calcio intracelular que desencadena una cascada de reacciones que producen la ruptura de la membrana celular, inhibición de la síntesis proteica y la necrosis celular. La lesión neurológica inicial es similar a la originada por la isquemia; en una fase tardía se desarrolla gliosis y atrofia, convirtiéndose la lesión neurológica en epileptógena. Determinadas áreas cerebrales como el hipocampo, los núcleos de la base, el cerebelo y las capas medias del córtex son las más afectadas en el EE. Se desconoce con exactitud cuánto tiempo se requiere para que una crisis epiléptica prolongada sea lesiva; en estas zonas más vulnerables se estima que deben pasar entre 20-60 minutos. En el EE de ausencia

en el cual se presume un predominio inhibitorio, no cursa con lesiones anatómicas detectables al menos al examen macroscópico . En una primera fase y como respuesta a la descarga de aminas aumenta la presión arterial sistémica y el gasto cardíaco, el flujo sanguíneo cerebral de tal modo que se surtan apropiadamente las necesidades metabólicas cerebrales. Sin embargo es este proceso el que facilita el desarrollo de alteraciones cardíacas y alteraciones estructurales en su función. A nivel pulmonar la estimulación neurovegetativa favorece la broncoconstricción, el aumento de las secreciones bronquiales y como consecuencia la obstrucción de la vía aérea. A los cambios ventilatorios se suma una posible broncoaspiración favorecida por la inducción del vómito y la apnea que causa una contracción diafragmática sostenida. La contracción muscular sostenida puede conducir a la rhabdomiólisis, mioglobinemia, mioglobinuria que conducen a una insuficiencia renal por necrosis tubular aguda; este proceso puede también ser causado por los medicamentos antiepilépticos utilizados en el manejo del EE. Además este proceso puede desencadenar hiperkalemia, que favorece la aparición de arritmias. Como resultado del agotamiento muscular se genera CO₂, ácido láctico y acidosis metabólica. Otras alteraciones que se presentan como consecuencia de la disfunción hipotalámica y de una contracción muscular sostenida es la relacionada con la presencia de la hipertermia severa, de incluso 40 °C. Por lo que se debe tener en cuenta que hipertermia en asociación a otros hallazgos como son la leucocitosis y pleocitosis con proteinorraquia en el LCR, las cuales son favorecidas por la estimulación simpática, pueden llegar a inducir erróneamente etiología infecciosa en los casos de EE . A nivel bioquímico la hiperglucemia inducida por la estimulación simpática favorecerá la liberación de insulina que causará hipoglucemia en aquellos pacientes con escasa reserva de glucógeno, en esos casos este evento puede conducir a un empeoramiento del EE y daño neuronal . Finalmente como consecuencia de la vasodilatación periférica favorecida por la acidosis metabólica, la deshidratación causada por la hipertermia y la depleción de aminas, puede tener lugar un colapso circulatorio. (7)

Relación Sueño – Epilepsia

Parece lógico pensar que los pacientes con crisis nocturnas son los que sufrirán un impacto negativo en la arquitectura de su sueño como consecuencia de ellas, pero hay datos que avalan la idea de que también las crisis diurnas tienen un impacto negativo en la organización del sueño nocturno. Las alteraciones son más prevalentes en epilepsias generalizadas que en parciales, son más frecuentes en pacientes con mayor número de crisis o refractarias al tratamiento y se constatan en pacientes de todas las edades. Son más severas en epilepsias difusas con afectación neurológica. En general, el impacto del síndrome epiléptico y de las crisis en el sueño se produce por 3 vías: elementos fásicos del sueño NREM (husos y complejos K), equilibrio y distribución porcentual de las distintas fases, y sincronización del ritmo sueño-vigilia. Respecto de los elementos fásicos, hay una reducción de la presencia de husos y complejos K, que sería simétrica en las epilepsias generalizadas y estaría limitada al hemisferio cerebral en el que se originan las crisis en las epilepsias parciales. Sin embargo, se han publicado observaciones opuestas que señalan un incremento de husos y complejos K en el hemisferio donde se producen las crisis. Se ha referido también una relación entre la disminución de los husos y los complejos K y la frecuencia de crisis generalizadas tónico-clónicas, que sugiere la implicación de los circuitos tálamo-corticales en la epileptogénesis de las epilepsias idiopáticas. En relación con el equilibrio y la distribución porcentual de las fases, se han reseñado datos que expresan una disminución de la cantidad de sueño, con aumento de la latencia de inicio y del número de despertares, una inestabilidad con incremento del número de cambios de fase y un predominio de fases de sueño superficial. Un fenómeno muy relevante es la reducción del sueño REM de hasta un 50% en pacientes con epilepsias primarias generalizadas, y de hasta un 41% en pacientes con epilepsias con crisis parciales secundariamente generalizadas. Estas alteraciones son muy acusadas en casos de encefalopatías severas, como el síndrome de West o el Lennox-Gastaut, donde a veces es difícil evaluar las características bioeléctricas propias del sueño. Respecto de las crisis parciales, no se encuentra diferencias en los porcentajes de las fases entre epilepsias del lóbulo frontal y del temporal, aunque en estas últimas hay un incremento de la vigilia intrasueño.(8)

En cuanto al sueño REM, en las epilepsias del lóbulo temporal se ha descrito una reducción importante de éste, que es más intensa en las noches que se producen crisis: la cantidad del sueño REM desciende hasta un 12 y un 7%, respectivamente. Se ha observado una reducción del sueño REM durante varias noches tras un episodio de estatus parcial en un paciente. Dada la implicación del sueño REM en los procesos de aprendizaje y memoria, su reducción puede desempeñar un papel importante en las dificultades cognitivas que pueden presentar los pacientes epilépticos. Asimismo, su reducción puede influir también en la alteración de los ritmos circadianos de la temperatura, la melatonina y el sueño. En este sentido, se ha descrito una disminución de la secreción de melatonina en pacientes con epilepsia y sueño deficiente⁵⁹ y se ha observado que la administración de 5 mg de melatonina 1 h antes de acostarse ha mejorado la calidad del sueño y el control de las crisis⁶⁰, lo que se ha corroborado por otros trabajos. En definitiva, no es difícil intuir la influencia negativa de un desequilibrio de la arquitectura del sueño en el control óptimo de las crisis, incluso el posible beneficio de la melatonina como sincronizador del ritmo sueño-vigilia, y se puede especular con la implicación del sueño REM en las funciones cognitivas, pero se requiere mucha más información y es todavía un reto dar un significado clínico práctico a todas estas observaciones descritas. Efecto de la medicación anticonvulsiva en la organización del sueño (9)

Es difícil evaluar el impacto de los fármacos anticonvulsivos en el sueño debido a la influencia simultánea de las crisis y del propio síndrome epiléptico, e incluso si el efecto es positivo, queda la duda de si esta acción está mediada por la supresión de las crisis y el consiguiente efecto negativo de éstas en el sueño. Es difícil obviar este inconveniente y para ello las posibilidades oscilan desde registros en sujetos normales por cortos períodos hasta el registro en pacientes con monoterapia anticonvulsiva en el contexto de otras afecciones no epilépticas. Respecto de los fármacos clásicos, que en general actúan sobre los canales de sodio y calcio dependientes del voltaje, hay constancia de que los barbitúricos, las benzodiazepinas y la fenitoína favorecen el inicio y el mantenimiento del sueño, pero a costa de incrementar el sueño NREM en sus fases I y II. Por el contrario, la etosuximida fragmenta el sueño y aumenta el número de despertares, a la vez que incrementa el sueño en fase I NREM y el sueño REM, reduciendo las fases III y IV NREM. La carbamazepina y el valproato tendrían poca influencia y estabilizarían el sueño, pero con la duda de la acción mediadora del control de las crisis. (10)

En un estudio realizado con pruebas de mantenimiento de la vigilancia, se documentó la presencia de somnolencia con los fármacos carbamazepina, fenitoína, valproato y fenobarbital. Se ha descrito también una reducción del sueño REM por la acción de los fármacos fenobarbital, fenitoína y carbamazepina, aunque este último fármaco amortigua este efecto en el sueño REM con el uso crónico. Hay mucha menos información sobre los nuevos fármacos antiepilépticos. Se ha publicado un incremento de sueño REM con lamotrigina, que no se ha confirmado en otro trabajo en el que se añadía lamotrigina a un tratamiento previo con carbamazepina o fenitoína y se ha observado además un incremento de fase II NREM y reducción de las fases III-IV NREM. Respecto de la gabapentina y la tiagabina, se ha referido un incremento de sueño NREM profundo. En la práctica clínica, la elección del fármaco anticóncial se realiza considerando los factores relacionados con el paciente, la enfermedad epiléptica y el propio fármaco.(11)

Estadios de sueño, crisis epilépticas y actividad epileptiforme interictal: Un elemento fisiopatológico central en epilepsia es la hiperexcitabilidad e hipersincronización de grupos neuronales, que constituyen la base tanto de las descargas interictales como de las crisis mismas. Por otra parte, el fenómeno de sincronización neuronal es también un componente esencial de cambios fisiológicos observados en el sueño. El vínculo entre epilepsia y sueño que puede generar este cambio común a los dos estados, la hiperexcitabilidad, encuentra fundamento en otras dos observaciones. Por una parte los estudios electroencefalográficos muestran que las descargas epilépticas interictales tienden a ser más numerosas durante el sueño en comparación con la vigilia, en algunos casos con un incremento dramático como en las epilepsias focales benignas de la infancia, condición en las que en ocasiones pueden aparecer exclusivamente durante el sueño (12)

El sueño normal incluye dos distintos tipos, el NoREM y el REM. En el primero de ellos existe una clara tendencia a la sincronización, que se expresa en la presencia de numerosos transientes agudos como son las ondas del vértex, complejos K, transientes occipitales positivos, hipersincronías hipnagógicas e hipnopómpicas y variantes normales de aspecto epileptiforme (13).

Este cambio sincronizante fisiológico, que facilita la oscilación sincrónica de neuronas corticales, explica el incremento en las descargas epileptiformes interictales y también la mayor propensión a crisis durante estos estadios. En el sueño REM en cambio, la tendencia es la inversa, es decir al funcionamiento desincronizado de la corteza, por inhibición de las aferencias tálamo corticales y reducción del tráfico de impulsos entre ambos hemisferios cerebrales a través del cuerpo calloso, todo lo cual explica que haya también menor número de descargas epilépticas y crisis originadas en este estadio. En resumen, la facilitación de la actividad epileptiforme tanto ictal como interictal durante el sueño NoREM se relacionaría a mecanismos de sincronización tálamo-corticales y su inhibición durante el REM a la disminución de la sincronización talámica y a la reducción tónica de la transmisión interhemisférica de las descargas. (14)

Existen varios trastornos del sueño que constituyen diagnósticos diferenciales de crisis epilépticas. Esta diferenciación puede en ocasiones ser particularmente difícil, debido a que en los fenómenos nocturnos la historia clínica es habitualmente muy limitada, no se observa en su integridad o simplemente no es presenciada por testigos si el paciente duerme solo, a lo que se debe agregar, en el caso de las crisis epilépticas la ausencia de aura. Son numerosas las parasomnias que presentan dudas semiológicas con crisis epilépticas, principalmente frontolímbicas: trastornos del movimiento relacionados al sueño, crisis de pánico nocturnas, sonambulismo, pesadillas, trastorno conductual de REM, trastorno alimentario relacionado al sueño y sexomnia. En muchos de estos fenómenos hay manifestaciones clínicas similares, que incluyen automatismos del tipo pedaleo, miedo ictal, vagabundeo nocturno, despertares paroxísticos, automatismo oroalimentarios, conductas violentas y movimientos de tronco y extremidades. Esta similitud en la presentación de eventos epilépticos y parasomnias puede deberse a la existencia de patrones motores innatos controlados por centros subcorticales (tronco y médula espinal), compartidos con los animales, que dan cuenta de necesidades de movilización y deambulación, expresión emotiva, conductas alimentarias, copulatorias y defensivas y de predación y que son liberadas de su control por distintos mecanismos, en un caso por descargas epilépticas, en otras por hipersincronías neuronales propias del sueño (15).

Elementos diagnósticos claves en el caso de las epilépticas son su breve duración, estereotipia de las manifestaciones y por supuesto la existencia de eventos diurnos, en todo caso no siempre presentes (16).

Los eventos parasómnicos son de mayor duración, tienen clara relación con algunas etapas particulares de sueño, lo que los lleva a una ubicación típica dentro del ciclo de sueño nocturno, aparición en grupos etarios específicos y episodios con elementos comunes, pero no tan estereotipados. En estos casos el estudio video polisomnográfico juega rol decisivo en la documentación diagnóstica. También es de utilidad el EEG cuando documenta actividad epileptiforme ictal o interictal (17).

El síndrome de movimientos periódicos de extremidades corresponde a un trastorno del movimiento relacionado al sueño, predominantemente durante la primera mitad de la noche, que puede llegar a confundirse con crisis parciales motoras. Su presentación en salvas, periodicidad y asociación con síndrome de piernas inquietas durante la vigilia, en ausencia de actividad epileptiforme durante el registro polisomnográfico, permiten diferenciar esta condición de una epilepsia. El trastorno conductual del REM (TCR) es una parasomnia que se presenta principalmente durante la segunda mitad de la noche, ya que este estadio de sueño es más frecuente entonces (18).

Las crisis de pánico nocturnas se presentan en una proporción significativa de los pacientes con trastorno de pánico (18 a 45%). Si bien la mayoría de estas crisis se producen durante el día, en el 2.5% de los casos aparecen exclusivamente durante la noche. Son eventos de inicio brusco, de intenso miedo, con cambios físicos, principalmente autonómicos, sensación de muerte inminente, etc., que aparecen principalmente en las etapas NoREM superficiales. El diagnóstico diferencial con crisis epilépticas se basa en la indemnidad de conciencia, la ausencia de cambios electroencefalográficos y de eventos epilépticos mayores (crisis convulsivas generalizadas) y la historia de crisis de pánico diurnas en muchos casos. (19)

Los pacientes con epilepsia tienen frecuentemente alteraciones en la arquitectura de sueño. Varios mecanismos pueden invocarse como productores de estas alteraciones: efecto directo de crisis nocturnas, de la epilepsia per se (independiente del tiempo de presentación de los eventos clínicos) o debido a la acción de los medicamentos anti-epilépticos. Estos cambios pueden verse tanto en epilepsias generalizadas como en focales, con o sin crisis nocturnas. Los pacientes pueden presentar disminución del tiempo total de sueño, aumento de la duración de los despertares y del sueño superficial así como significativa reducción del sueño REM. Sin embargo, los pacientes con crisis nocturnas frecuentes tienen una repercusión mayor, que incluye

una significativa disminución de la proporción de sueño REM. Puesto que estos cambios en la arquitectura del sueño pueden aparecer también en pacientes sin terapia farmacológica, se estima que son secundarios a la epilepsia per se. No obstante esto también los fármacos anti-epilépticos contribuirían a distorsionar la arquitectura de sueño, sin embargo los efectos descritos para los distintos antiepilépticos no son concordantes según lo descrito por distintos autores.

La lamotrigina puede producir insomnio de magnitud clínicamente relevante, que lleve a la suspensión o reducción de la dosis. La fenitoína se asocia a disminución de la eficiencia, latencia de sueño y aumento del sueño superficial (etapas I y II NoREM), sin afectar significativamente otros estadios. La carbamazepina en cambio mejora la eficiencia de sueño, disminuye su fragmentación y aumenta el sueño delta (etapas III/IV NoREM) pero disminuye la densidad de los elementos fásicos del REM. El ácido valproico genera aparentemente menos alteraciones del sueño. El fenobarbital usado crónicamente acorta la latencia de sueño, aumenta las etapas profundas NoREM y disminuye el REM y la pregabalina por su parte aumenta el sueño delta en pacientes con epilepsia parcial e insomnio (20)

Aunque es posible que parte de la mejoría del sueño con el uso de anticonvulsivantes (AC) podría dar como resultado la supresión de crisis, es claro también que estos medicamentos pueden afectar el sueño en forma independiente de su efecto anticonvulsivante. En general la mayoría de los AC tradicionales especialmente fenobarbital y benzodiazepinas pueden aumentar la latencia de REM o disminuir su porcentaje. (21)

Se debe considerar la realización de un estudio video- polisomnográfico en todo paciente con sospecha de epilepsia, cuando los electroencefalogramas ordinarios de vigilia sean inespecíficos o normales. Es muy útil conseguir un registro simultáneo de las manifestaciones clínicas y la actividad bioeléctrica cerebral asociada, mediante el video-EEG (22)

Probablemente, la interacción entre sueño y epilepsia tiene una relevancia que excede los aspectos mencionados y no ha recibido la atención deseable. Reconocer que el estudio del ciclo sueño-vigilia de 24 h es esencial en algunos aspectos en el paciente con epilepsia es un primer paso que puede promover más investigación y estudios que posibiliten el conocimiento de muchas cuestiones no resueltas, por ejemplo el proceso del inicio y propagación de las crisis, el mejor control de éstas y la elección de fármacos que fragmenten poco el sueño y no reduzcan la cantidad de sueño REM (23)

En definitiva, ante una alteración del sueño en un paciente epiléptico debemos considerar 3 posibilidades: el efecto de la epilepsia en el sueño, el impacto de la medicación y la coexistencia con algún trastorno del sueño. Se debe pues realizar una cuidadosa evaluación que comprende una historia clínica específica del sueño, que incluya el relato de la persona con la que duerme el paciente, la valoración del grado de impacto en el paciente, el conocimiento del patrón de sueño-vigilia mediante un diario del sueño, el impacto del tratamiento farmacológico y la valoración de la comorbilidad. (24)

Para el uso crónico de fármaco antiepiléptico, se deben considerar los riesgos beneficios, la calidad de vida, el grado de certeza en el diagnóstico, existencia de síndrome epiléptico, tiempo transcurrido desde la primera crisis epiléptica. La decisión de iniciar un tratamiento antiepiléptico debe ser realizada en consenso, entre el médico, familiares y cuidadores, después de haber informado los riesgos beneficios sobre la misma (25)

Las características locales, como en algunas regiones, la recurrencia de las crisis, pueden llevar a juzgar que el médico no está capacitado. En relación al impacto psicosocial de las crisis, se sabe que una crisis en un individuo que realiza una actividad pública puede tener mayor repercusión y presión para un tratamiento más precoz (26)

Al analizar la literatura, son preocupantes los diferentes índices de recurrencia presentados por diversos autores, con discrepancias significativas. Si la decisión médica se basara únicamente en las tasas de recurrencia, el profesional se sentiría cómodo tanto con la literatura que reporta índices muy bajos (27%) y por lo tanto, promoviendo a no dar tratamiento luego de la primera crisis, como con la literatura que describe índices muy elevados (81%) y por lo tanto, incentivando a un tratamiento precoz (27)

El riesgo de efectos adversos inaceptables es de aproximadamente 30%²⁶. Se debe considerar los efectos sobre el desarrollo y el aprendizaje principalmente en niños, y considerar los efectos psicológicos de un tratamiento crónico y el costo económico. Por lo tanto, la decisión de tratar o no la primera crisis debe ser individualizada y basada en el conocimiento de los riesgos y beneficios. Las informaciones epidemiológicas disponibles sirven solamente como una orientación en cuanto a la probabilidad de recurrencia.(28)

La combinación de parasomnias y epilepsia es tan compleja como dependiente una de otra por lo tanto se debe reforzar la investigación, la generación de conocimiento y divulgación de la información relacionada con la epilepsia y su padecimiento, de manera que llegue no solo a la persona afectada, o al familiar del afectado, sino a la comunidad completa, a través de charlas, conversatorios de sensibilización, con el fin de concientizar que es una enfermedad que tiene origen de tipo neurológico pero que con el debido tratamiento no repercute en el funcionamiento cognitivo y social del individuo, si se cumple un buen plan terapéutico tanto en lo farmacológico como lo psicosocial. En términos generales también se debe recomendar la asistencia a los grupos de apoyo los cuales refuerzan la seguridad, la ayuda familiar y la calidad de vida de estos pacientes. Promocionar organizaciones que se encarguen de mantener el tratamiento de control de las crisis convulsivas y sumado a esto herramientas de tipo cognitivo-conductual que le sirvan al paciente con epilepsia a llevar una vida más estable, tranquila sin importar el tipo de epilepsia que presente, sea desde la infancia, adolescencia con causa orgánica, o no, sería un enfermedad menos estigmatizada, y con menos índice de discriminación (29)

La epilepsia como enfermedad limita a quien la padece como consecuencia de sus diversas secuelas y efectos de carácter médico y social. Sus implicancias como enfermedad dadas sus manifestaciones limitan a quien le padece y los imaginarios sociales aún se sostienen en creencias desactualizadas, lo que se traduce a veces en rechazo, miedo y exclusión del paciente con epilepsia.

En ese orden de ideas es importante entonces considerar la población que padece de epilepsia en un marco general de atención médica, y farmacológica, de inclusión social, comprensión de su enfermedad, para lograr ser insertado en igualdad de condiciones en la vida ciudadana como cualquier habitante. En ese sentido, se debe procurar la calidad de vida del epiléptico en relación con la salud, como el completo bienestar físico mental y social (30)

JUSTIFICACION

Magnitud: Debido a su prevalencia la epilepsia es una de las enfermedades neurológicas más importantes del mundo; la recurrencia de crisis así como sus consecuencias físicas y psicológicas la hacen una enfermedad desgastante y devastadora para quien la padece y su entorno familiar y social.

Viabilidad: Existe el acuerdo publicado en el Diario Oficial de la Federación del 24 de octubre de 1984, en donde se dispuso el establecimiento de coordinaciones de proyectos prioritarios de salud, creándose así el Programa Prioritario de Epilepsia y su consejo técnico, integrado por representantes del Sector Salud: SSA, IMSS, ISSSTE, PEMEX y diversos Hospitales Universitarios del país, así como representantes de la Universidad Nacional Autónoma de México y el Instituto Politécnico Nacional

Vulnerabilidad Con la realización de este estudio y de acuerdo a los resultados obtenidos se espera que se pueda lograr incidir en la detección oportuna de las patologías que en él se estudiarán.

Factibilidad: Fue posible realizar el estudio, pues sólo se necesitaron cuestionarios que fueron aplicados a la población en estudio.

Trascendencia: A mediano plazo se pretende identificar a aquellos pacientes que de forma agregada cursan con situaciones aunadas a su terapéutica anticomicial, incidiendo específicamente en parasomnias , mejorando su calidad de sueño y de vida.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La epilepsia representa una de las enfermedades crónicas más frecuentes en el mundo que ocasiona altos índices de mortalidad, comorbilidad e invalidez, particularmente en países en desarrollo. Las características clínicas, epidemiológicas y el impacto que ocasiona en quienes la padecen y en su entorno social varían considerablemente en cada región, por lo que es fundamental conocer y entender las peculiaridades de la epilepsia.

¿Cuál es la frecuencia de trastornos del sueño en pacientes con diagnóstico de epilepsia mayores de 18 años en el HGZ MF No 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

OBJETIVO GENERAL

- Evaluar la frecuencia con prueba de escrutinio de trastornos del sueño en paciente con diagnóstico de epilepsia mayores de 18 años del H.G.Z. con UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.

OBJETIVO ESPECÍFICO

- Analizar la aparición de trastornos del sueño en pacientes con epilepsia del H.G.Z. con UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.
- Describir la presencia de trastornos del sueño en pacientes con epilepsia del H.G.Z. con UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.

HIPOTESIS

Las hipótesis en este estudio se realizaron 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:

Hipótesis nula (H_0)

- Los pacientes con epilepsia de la consulta externa de medicina familiar del H.G.Z. con UMF No. 8 no presentan algún trastorno del sueño

Hipótesis alterna (H_1)

- Los pacientes con epilepsia de la consulta externa de medicina familiar del H.G.Z. con UMF No. 8 si presentan algún trastorno del sueño

MATERIALES Y METODOS

Se incluyeron a los pacientes que asistieron a la consulta externa de la UMF 8, "Dr. Gilberto Flores Izquierdo, que estuvieron en condiciones de ser evaluados con el instrumento que cumplieron con los criterios de inclusión. Previo conocimiento informado, se les aplicó el cuestionario de ***Índice de calidad de sueño de Pittsburgh*** Cuestionarios que fueron aplicados por el Médico Residente, de acuerdo a la muestra total calculada, posteriormente se analizaron los resultados en el programa estadístico SPSS.

TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio descriptivo, transversal, prospectivo, observacional.

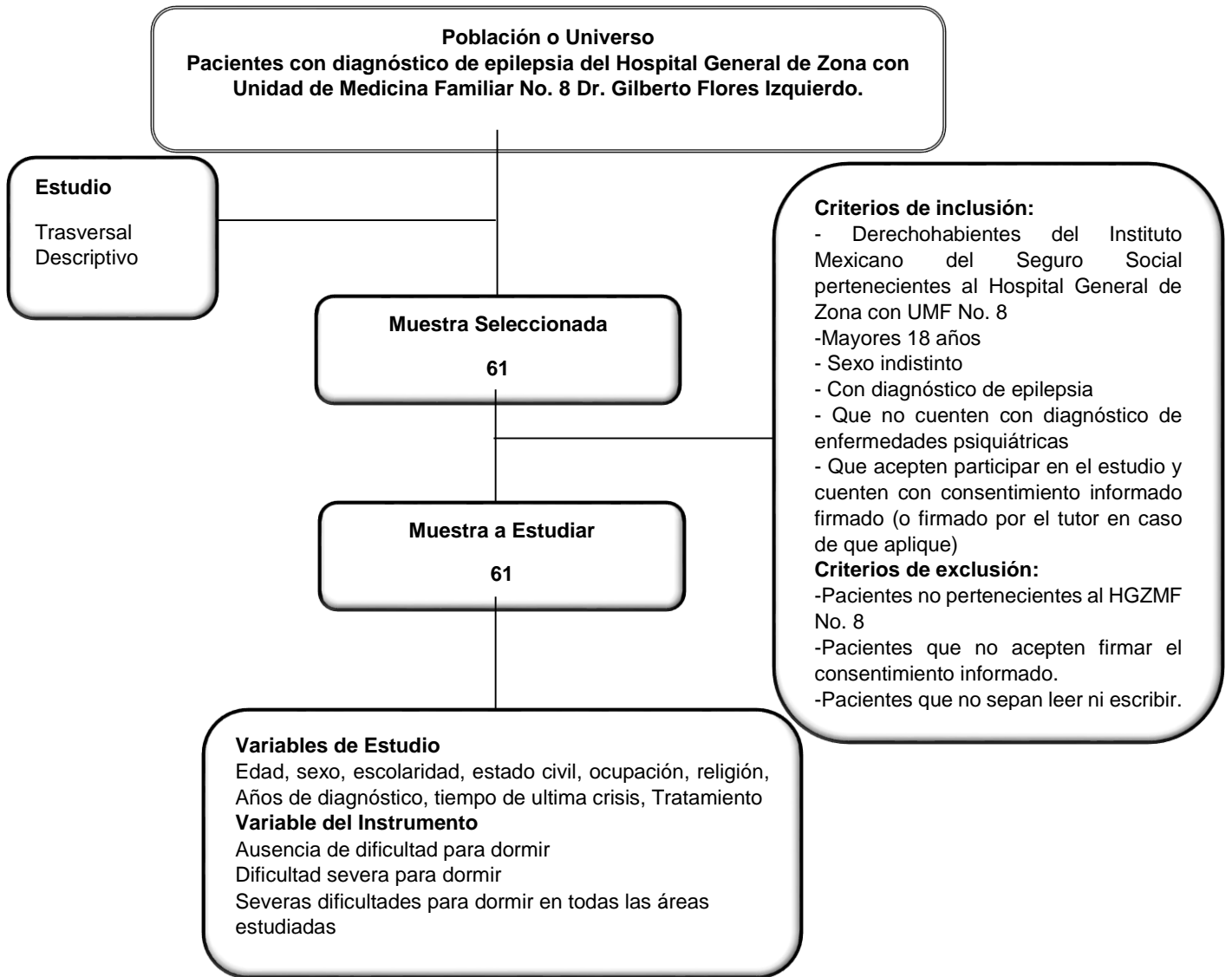
Transversal: según el número de una misma variable o el periodo y secuencia del estudio.

Descriptivo: según el control de las variables o el análisis y alcance de los resultados.

Observacional: de acuerdo con la inferencia del investigador en el fenómeno que se analiza.

Prospectivo: según el proceso de tiempo de ocurrencia de los hechos y los registros de la información.

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN



DISEÑO DEL ESTUDIO

Para la realización del presente estudio, se incluirán pacientes con diagnóstico de epilepsia en la consulta externa del Hospital General de Zona con Medicina Familiar # 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” durante el periodo de marzo de 2020 a enero de 2022, que cumplieron con los criterios de inclusión, exclusión y eliminación establecidos.

POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO

Pacientes con diagnóstico de epilepsia en la consulta externa del HGZ MF No 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, desde marzo de 2020 a enero de 2022.

TAMAÑO DE MUESTRA

Para el cálculo del tamaño de muestra se utilizó la fórmula para estudios de prevalencia cuando se conocen el total de población, considerando un intervalo de confianza de 95%, con una prevalencia de trastornos del sueño en pacientes con diagnóstico de epilepsia de 58% en promedio según la literatura con un margen de error de 3% y con un tamaño de población total de 76 pacientes con diagnóstico de epilepsia que se atienden en consulta de medicina familiar de la sede del estudio. La fórmula se presenta a continuación:

$$n = \frac{N Z^2 pq}{d^2 (N - 1) + Z^2 pq}$$

DEFINICIÓN DE CONCEPTOS DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA:

n = tamaño de la muestra

N = tamaño de la población= 76 pacientes con diagnóstico de epilepsia en la Unidad que se atienden en consulta externa

p= proporción aproximada del fenómeno en estudio en la población de referencia=58%

q = proporción de la población de referencia que no presenta el fenómeno en estudio (1 -p)= 42%

Z = valor de Z crítico, calculado en las tablas del área de la curva normal. Llamado también nivel de confianza.

d = margen de error=3%

n=61 participantes

$$n=76(1.96)^2 \cdot (.58) (.42) / (.03)^2 (249) + (1.96)^2 (.58) (.42)$$

$$n=76 (3.84) (.24)/.0009 (249) + (3.84) (.24)$$

$$n=291.84 (.24)/.22 + .92$$

$$n=70.04/1.14$$

$$n=61.43$$

Total de la muestra=61 pacientes

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social pertenecientes al HGZMF No. 8
- Con una edad mayor a los 18 años
- Femenino o masculino
- Con diagnostico epilepsia
- Que no cuenten con diagnóstico de enfermedades psiquiátricas
- Que acepten participar en el estudio y cuenten con consentimiento informado firmado

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Pacientes no pertenecientes al HGZMF. No. 8
- Pacientes que no aceptaron firmar el consentimiento informado.
- Pacientes que no saben leer y escribir.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Pacientes que contestaron de forma inadecuada o incompleta el instrumento de evaluación.

VARIABLES DEL ESTUDIO

Variable independiente: Epilepsia

Variable dependiente: Trastornos del sueño

VARIABLES UNIVERSALES:

- Edad
- Sexo
- Escolaridad
- Ocupación
- Religión

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES

- Edad: Tiempo que ha vivido un individuo a partir de su nacimiento.
- Sexo: Género al que pertenece un individuo
- Escolaridad: Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente
- Ocupación: Trabajo o cuidado que impide emplear el tiempo en otra cosa
- 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.

Variables de la patología

- Epilepsia: La epilepsia es un trastorno cerebral que se caracteriza por una predisposición continuada a la aparición de crisis epilépticas y por las consecuencias neurobiológicas, cognitivas, psicológicas y sociales de esta enfermedad. La definición de epilepsia requiere la presencia de al menos una crisis epiléptica año de diagnóstico
- Crisis epiléptica: la aparición transitoria de signos y/o síntomas provocados por una actividad neuronal anómala excesiva o simultánea en el cerebro
- Trastorno del sueño : Trastorno de los patrones normales de sueño
- Años de diagnóstico de la enfermedad: Años transcurridos desde el diagnóstico de epilepsia hasta el momento de aplicación de la encuesta.

Elaboró:

- Maravillas Estrada Angelica; Médico familiar, Profesora Titular de Medicina Familiar con Matrícula: 98113861. HGZ/MG NO.8
- Vilchis Chaparro Eduardo; Médico Familiar, Maestro en Ciencias de la Educación. Matrícula: 99377278. CMN SXXI.
- Sanchez Pineda Jorge . Médico Especialista en Medicina Familiar, coordinador de medicina familiar Mat 97379893" IMSS HGZ/MF NO.8.
- Alcocer Gómez Carlos Alberto . Médico residente de Medicina Familiar. Matrícula:97376192. HGZ/MF NO. 8.

ANALISIS ESTADÍSTICO

El análisis estadístico se llevo a cabo a través del programa SPSS 22 de Windows. Para el análisis de los resultados se utilizaron medidas de tendencia central y de dispersión, además de medidas de distribución de frecuencias.

INSTRUMENTO DE RECOLECCION

El Índice de Calidad de sueño de Pittsburgh (PSQI) Consta de 24 preguntas, de las cuales 19 deben de ser respondidas por el propio sujeto y las 5 restantes por el compañero de habitación si lo hubiese. Tras la corrección se obtienen 7 puntuaciones que nos informan sobre diversos aspectos de la calidad del sueño: la calidad subjetiva, la latencia (entendiéndose como el tiempo que el paciente cree que tarda en dormirse), la duración, la eficiencia habitual (que valora el porcentaje de tiempo que el paciente cree que está dormido sobre el total de tiempo que permanece acostado), las perturbaciones (aquellas alteraciones como dolor, frío, nicturia, tos, etc.), el uso de hipnóticos, y la disfunción diurna (presentándose como la facilidad de quedarse dormido mientras se realiza alguna actividad o como un mayor casancio diurno).

Interpretación:

A cada uno de estos componentes se le asigna una puntuación discreta que puede ir de 0 a 3; indicando una puntuación de :

- 0 que no existen problemas al respecto, mientras que una de
- 3 señala problemas graves.
- El sumatorio de todas ellas nos dará una puntuación total con un máximo de 21, presentando originalmente un punto de corte de 5 para catalogar a los sujetos entre «buenos dormidores» (menor o igual a 5) y «malos dormidores».

METODO DE RECOLECCION

Dentro del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 se identificaron en la consulta externa a pacientes mayores de 18 años de ambos sexos que fueran derechohabientes. Se explicaron los motivos por los cuales se está realizando el estudio. Se corroboraro diagnóstico de epilepsia procedio a aplicar tanto la hoja de recolección que se creó para recabar la información de las variables sociodemográficas (anexo 2), así como el cuestionario de Índice de calidad de sueño de Pittsburg ,con previa autorización y firma de consentimiento informado (anexo 3) para participar en el estudio.

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.
- El formato para la recolección de los datos se someterá a una revisión por los asesores de la investigación, para verificar su correcta estructura y la precisión de datos.

Control de sesgos de selección:

- Se eligieron grupos representativos en base a criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

Control de sesgos de medición: Se utilizara el índice de calidad de sueño de Pittsburg**Control de sesgos de análisis:**

- Para minimizar errores en el proceso de captura de información, se verificaron los datos recabados.
- Los resultados fueron analizados mediante el programa validado S.P.S.S versión 20 de Windows, que sirvió para la elaboración de tablas y gráficos, además se obtuvieron 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 frecuencias y porcentajes.
- No se manipularon los resultados.

PRUEBA PILOTO

- Se utilizaron para evaluar un instrumento ya validado en estudios previos por lo que no se realizó prueba piloto.

ASPECTOS ÉTICOS

El presente proyecto de investigación esta bajo las consideraciones 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.

Para garantizar la pertinencia ética de esta investigación, se parte del reconocimiento de los principios establecidos en el **Código de Núremberg**, la declaración de Helsinki y las diferentes declaraciones de la Asociación Médica Mundial, la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, además de los principios establecidos en el **Informe Belmont** en materia de investigación 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.

Durante las diferentes etapas de diseño, implementación y comunicación de los resultados de esta investigación, prevalecerá el criterio del respeto a la dignidad y protección de los derechos y bienestar de las personas que participan en la misma, como lo establece el Artículo 13 del Capítulo I, Título segundo del **Reglamento de la Ley General de Salud**, en Materia de Investigación para la Salud.

Ya que se considera como riesgo de la investigación “a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio”, el presente proyecto se puede clasificar como estudio clase I, sin riesgo..

Durante todo el proceso de la investigación y publicación de resultados se contemplaron:

1. Confidencialidad: Los datos de identificación de cada uno de los participantes se utilizaron única y exclusivamente para fines de investigación del, así mismo los resultados derivados del presente estudio se reportaron y se publicaron en forma anónima respetando la confidencialidad de los participantes.
2. Consentimiento Informado: Se realizó una explicación clara y completa de la justificación y objetivos de la investigación, así como de su participación, riesgos y beneficios, apoyo

y orientación en caso de que derivado de su participación se encontrara en situación de necesitarlas.

Se explico el carácter de voluntario de su participación con los derechos asociados a dicha voluntariedad. Se explico el carácter anónimo de su participación.

Se le brindo una explicación adecuada para cada caso sobre los contenidos del documento Informado, mismo que se le otorgo para su lectura y firma, facilitando la comunicación con los investigadores en caso de que existieran dudas.

Tomando como fundamento al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación, y los lineamientos del Instituto Mexicano de Seguro Social para la investigación en salud, el documento contiene los siguientes datos:

Nombre completo con que fue registrado el proyecto en el comité local de investigación, número de registro, beneficios y obligaciones de los participantes, así como nombre completo y teléfonos del investigador principal, nombre completo del participante, así como de dos testigos (ver anexos).

3. Anonimato: se respetará el anonimato de cada uno de los participantes en el presente proyecto de investigación al no revelarse los datos de identificación a ninguna otra persona ajena al proyecto.

En tanto en el **artículo 17 de la Ley General de Salud** se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, la investigación presente se encuentra clasificada como grado uno como se describe a continuación.

- I. **Investigación sin riesgo:** Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta;

PAUTAS ÉTICAS INTERNACIONALES PARA LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN SERES HUMANOS Preparadas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS/OMS)

1. Respeto a las personas: Todo participante fue respetado como agentes autónomos.
2. Beneficencia: Se evito que se dañe a los participantes mediante el respeto a la información y confidencialidad.
3. Justicia: La invitación a participar fue a todos los pacientes que cumplieron criterios de inclusión, sin discriminación a sus condiciones particulares y/o raza, sexo, preferencia sexual o nivel económico.

El respeto por las personas incluye, a lo menos, dos consideraciones éticas fundamentales:

Respeto por la autonomía, que implica que las personas capaces de deliberar sobre sus decisiones sean tratadas con respeto por su capacidad de autodeterminación; y protección de las personas con autonomía disminuida o deteriorada, que implica que se debe proporcionar seguridad contra daño o abuso a todas las personas dependientes o vulnerables.

La beneficencia se refiere a la obligación ética de maximizar el beneficio y minimizar el daño. Este principio da lugar a pautas que establecen que los riesgos de la investigación sean razonables a la luz de los beneficios esperados, que el diseño de la investigación sea válido y que los investigadores sean competentes para conducir la investigación y para proteger el bienestar de los sujetos de investigación.

Además, la beneficencia prohíbe causar daño deliberado a las personas; este aspecto de la beneficencia a veces se expresa como un principio separado, no maleficencia (no causar daño). La justicia se refiere a la obligación ética de tratar a cada persona de acuerdo con lo que se considera moralmente correcto y apropiado, dar a cada uno lo debido.

En la ética de la investigación en seres humanos el principio se refiere, especialmente, a la justicia distributiva, que establece la distribución equitativa de cargas y beneficios al participar en 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.

Los beneficios de este estudio fue determinar ¿Cuál es la frecuencia de trastornos del sueño en pacientes con diagnóstico de epilepsia en el HGZ/UMF #8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo. Los resultados del presente estudio fueron manejados de manera confidencial con fines del desarrollo de la estrategia educativa, el desarrollo del estudio y la publicación de los resultados, previa revisión y análisis por parte de asesores, comités revisores y comité editorial. El presente estudio se ajusto a los lineamientos generales en materia de investigación, buenas prácticas médicas y de protección de datos, por lo que:

- Conto con un consentimiento de informado.
- Se apego a las recomendaciones del comité local de investigación y ética.
- Se apego a la normatividad en relación con protección de datos, los cuales serán de uso exclusivo para la investigación.

RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS, MATERIALES Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO

Recursos humanos:

- Investigador. Carlos Alberto Alcocer Gómez
- Director de protocolo: Angelica Maravillas Estrada
- Aplicador de encuestas. Carlos Alberto Alcocer Gómez
- Recolector de datos: Carlos Alberto Alcocer Gómez
- Asesor metodológico: Eduardo Vilchis Chaparro
- Asesor clínico: Jorge Sánchez Pineda

Físicos:

- Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, en el área de consulta externa,

Materiales:

- Instrumento de evaluación “Índice de Calidad de sueño de Pittsburgh (PSQI)”
- Computadora PC
- Lápices, borradores, plumas, engrapadora, grapas, hojas de papel para fotocopias

Financieros:

- Los gastos que se generen en este estudio se llevarán a cabo con recursos propios del investigador.

TABLA DE FINANCIAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

TÍTULO	TIPO	NÚMERO	COSTO (\$)
RECURSOS HUMANOS	Encuestador	1	
RECURSOS MATERIALES	Computadora	1	14000
	Impresora	1	1500
	Tinta para impresora	1	1000
	Hojas blancas	800	750
	Lápices	10	30
	Internet	1	800
	Fotocopias	800	800
	Calculadora	1	250
	Programa SPSS	1	7500
	Diccionario	1	500
FINANCIAMIENTO	El estudio fue financiado por el investigador		

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA SUR CDMX
 HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.8
 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO
 COORDINACION CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACIÓN EN SALUD



TITULO DEL PROYECTO:
 "DETECCIÓN CON PRUEBA DE ESCRUTINIO DE TRASTORNOS DEL SUEÑO EN PACIENTES CON EPILEPSIA MAYORES DE 18 AÑOS EN EL
 HGZ/UMF #8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"

2020-2021

FECHA	MAR 2020	ABR 2021	MAY 2021	JUN 2021	JUL 2021	AGO 2021	SEP 2021	OCT 2021	NOV 2021	DIC 2021
TITULO	X									
ANTECEDENTES	X									
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	X									
OBJETIVOS		X								
HIPOTESIS		X								
PROPOSITOS			X							
DISEÑO METODOLOGICO				X						
ANALISIS ESTADISTICO					X					
CONSIDERACION ES ETICAS						X				
RECURSOS							X			
BIBLIOGRAFIA								X		
ASPECTOS GENERALES								X		
ACEPTACION										+

(PENDIENTE + /APROBADO X)

2021-2022

FECHA	NOV 2021	DIC 2021	ENE 2022	FEB 2022	MARZ 2022	ABR 2022	MAYO 2022	JUN 2022	JUL 2022	AGO 2022	SEP 2023	OCT 2023
ETAPA DE EJECUCION DEL PROYECTO	X											
RECOLECCION DE DATOS	X											
ALMACENAMIENTO 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				+								
AUTORIZACIONES					+							
IMPRESIÓN DEL TRABAJO						+						
PUBLICACION							+	+	+	+	+	+

(PENDIENTE + /APROBADO X)

Elaboró:

- Maravillas Estrada Angelica; Médico familiar, Profesora Titular de Medicina Familiar con Matricula: 98113861. HGZ/MG NO.8
- Vilchis Chaparro Eduardo; Médico Familiar, Maestro en Ciencias de la Educación. Matricula: 99377278. CMN SXXI.
- Sanchez Pineda Jorge . Médico Especialista en Medicina Familiar, coordinador de medicina familiar Mat 97379893" IMSS HGZ/MF NO.8.
- Alcocer Gómez Carlos Alberto . Médico residente de Medicina Familiar. Matricula:97376192. HGZ/MF NO. 8.

RESULTADOS

Se estudió a 61 pacientes con el diagnóstico de Epilepsia en el HGZ/UMF No. 8, la media de edad fue de 44.62 años, con una mediana de 45 años y moda de 55 años. Además, cuenta con una desviación estándar de 19.1 años, varianza de 365, un rango de edad de 80 años, un valor mínimo de 18 años y un valor máximo de 87 años^[Ver tabla y gráfica 1].

Se analizan las variables sociodemográficas de la población participante, así como aquellas propias de la patología y las incluidas en el instrumento de valoración.

En la categoría de sexo en pacientes con diagnóstico de Epilepsia, se encontró 56 (40%) masculino y 84 (60%) femenino^[Ver tabla y gráfica 2].

En el rubro de escolaridad pacientes analfabetas 4 (6.6%) , primaria 15 (24.6 %) , secundaria 19.7% , bachillerato 15 (24.6%) , universidad o más 15 (24.6%)^[Ver tabla y gráfica 3].

La categoría de ocupación 43 empleados (70.5%) , desempleados 18 (29.5%)^[Ver tabla y gráfica 4].

Respecto a los años de diagnóstico con epilepsia 7 pacientes con reciente diagnóstico de 1 a 3 años (11.5%) , 9 de 3 a 5 años (14.8%) , 45 con más de 3 años de diagnóstico (45%)^[Ver tabla y gráfica 5].

Con respecto a la predominancia de horarios de las crisis 25 pacientes refirieron haberla presentado por la mañana (41%) , 10 durante la noche /sueño (16.4%) , y 26 en cualquier momento del día (42.6%)^[Ver tabla y gráfica 6].

En el rubro del tratamiento 59 pacientes (96.7%) se encuentran en tratamiento, mientras que 2 (3.3%) manifestaron no tener tratamiento alguno hasta el momento^[Ver tabla y gráfica 7].

Utilizando el punto de corte de 5 clasificamos a 15 pacientes (24.6%) , y 46 pacientes (75.4%) como mal dormidoras^[Ver tabla y gráfica 8]

Se procede a el análisis de los componentes del Índice de calidad de sueño , analizando sus 7 elementos , en el apartado de Calidad Subjetiva del sueño 28 personas (45.9%) lo califican como eficiente y 33 (55.1%) como disfuncional^[Ver tabla y gráfica 9]

En el análisis del componente denominado LATENCIA DEL SUEÑO se reportan 30 pacientes (49.2%) con facilidad para dormir y 31 (50.8%) con dificultad para dormir^[Ver tabla y gráfica 10]

En la evaluación del componente DURACION del sueño 33 pacientes (54.1%) lo considera suficiente al dormir más de 7 horas, mientras que 28 (45.9%) insuficiente al dormir menos de 7 horas^[Ver tabla y gráfica 11]

En el rubro de EFICIENCIA del sueño calificada 37 pacientes (60.7%) lo califica como eficiente y 24 (39.3%) como no eficiente^[Ver tabla y gráfica 12]

En el rubro de PERTURBACIONES del sueño 34 PACIENTES (55.7%) manifestaron presentarlas, mientras que 27 (44.1%) negaron tenerlas^[Ver tabla y gráfica 13]

En la evaluación de uso de MEDICAMENTOS inductores de sueño 48 pacientes (78.7%) negaron utilizar algún medicamento inductor de sueño y 13(21.13%) manifestaron si usarlos. [Ver tabla y gráfica 14]

La evaluación de DISFUNCION DIURNA reporto a 12 pacientes (19.7%) que negaron tener disfunción durante el día, mientras que 49 pacientes (80.3%) refirieron si presentarla. [Ver tabla y gráfica 15]

De acuerdo al análisis de la relación Sexo/Calidad subjetiva del sueño encontramos que 19 pacientes hombres (67.9%) refiere una calidad de sueño eficiente, mientras que 10 hombres (30.3%) refieren deficiente calidad de sueño, en el caso de las mujeres 9 pacientes (32.1%) refieren calidad eficiente, y 23 (69.7 %) calidad deficiente [Ver tabla y gráfica 16]

Respecto a la relación sexo y latencia del sueño, se analizó que 18 pacientes hombres (60%) con facilidad para dormir, mientras que 11 (35.5%) refieren dificultad para dormir, en cuanto a las mujeres 12 (40%) refieren facilidad para dormir y 20 pacientes mujeres (64.5%) dificultad para dormir. [Ver tabla y gráfica 17]

En el análisis de sexo y duración del sueño se reportan 15 pacientes hombres (45.5%) con duración suficiente y 14 (50.0%) como insuficiente, en cuanto las pacientes mujeres 18 (54.5%) como suficiente y 14 (50%) como insuficiente [Ver tabla y gráfica 18]

En cuanto al análisis del Sexo y la presencia de perturbaciones, se analizó que los pacientes hombres 18 (52.9%) se reporta sin perturbaciones y 11 (40.7%) refiere perturbaciones, en cuanto a las pacientes mujeres 16 (47.1%) comenta no presentar perturbaciones y 16 (59.3%) refiere Si presentar perturbaciones durante el sueño. [Ver tabla y gráfica 19]

Se reportó en el análisis de sexo y medicación para dormir que 26 hombres (54.2%) no utiliza medicación para dormir, mientras que 3 (23.1%) refiere utilizar o haber utilizado en algún momento medicamento inductor de sueño, en el rubro de las pacientes mujeres 22 (45.8 %) niega utilizar o haber utilizado medicación para dormir y 10 (76.9%) comento utilizar o haber utilizado en alguna ocasión terapia inductora de sueño. [Ver tabla y gráfica 20]

En cuanto a la relación del sexo con la disfunción diurna, el género hombre reporto 8 pacientes (66.7%) sin disfunción diurna, 21 (42.9%) comenta disfunción diurna, en el género mujer 4 pacientes (33.3%) sin disfunción, y 28 mujeres (58.1%) se refiere con disfunción diurna [Ver tabla y gráfica 21]

La evaluación de la relación sexo y tipo de dormidor se reportó en cuanto a los pacientes hombres 8 (53.3%) son buenos dormidores y 21 (45.7%) calificados como malos dormidores , mujeres 7 (46.7%) como buen dormidor y 25 (54.3%) como malos dormidores . [Ver tabla y gráfica 22]

En el análisis de pacientes que reciben tratamiento y la calidad subjetiva del sueño 27 pacientes (96.4%) la refirió eficiente, y 32 (97.0%) la refiere deficiente, en cuanto a los que actualmente no reciben tratamiento 1 paciente (3.6%) tiene una buena calidad y 1 más (3.7%) la califica como deficiente [Ver tabla y gráfica 23]

Respecto al análisis de tratamiento y latencia del sueño se encontro de los pacientes que si reciben tratamiento 29 (96.7%) refiere facilidad para dormir y 30 pacientes (96.8%) con dificultad para dormir, los pacientes sin tratamiento 1 (3.3%) comenta facilidad y 1 (3.2 %) refiere dificultad. [Ver tabla y gráfica 24]

El componente de disfunción diurna reporto en pacientes que si reciben tratamiento 12 pacientes (20.3%) sin disfunción , mientras que 47 (79.7%) se refiere con disfunción diurna , en la categoría de pacientes que no reciben tratamiento 2(4.1%) se refieren al igual con disfunción^[Ver tabla y gráfica 25]

En el rubro de ocupación / calidad subjetiva del sueño, se reportó que pacientes empleados 25 (75%), refiere un sueño eficiente, mientras que 22 (66.7%) lo refirió deficiente, en el caso de los desempleados 7 (25%) como eficiente y 11 (33.3) como deficiente ^[Ver tabla y gráfica 26]

El componente de la relación ocupación y latencia del sueño, se obtuvieron los datos siguientes dentro de los pacientes empleados 21 (70%) manifestaron facilidad para dormir y 22 (71%) dificultad, en tanto los pacientes desempleados 9 (30%) con facilidad para dormir y 9 (29%) dificultad ^[Ver tabla y gráfica 27]

En cuanto a la relación de ocupación y duración del sueño, se reportó en los pacientes empleados 21 (63.3%) con una duración de sueño suficiente, 22 (78.6%) insuficiente, desempleados 12 (36.4) con sueño suficiente y 6 (21.4 %) insuficiente. ^[Ver tabla y gráfica 28]

En la relación de ocupación con perturbaciones del sueño se analizó que pacientes empleados 24 (70.6) sin perturbaciones del sueño, 19 (70.4%) con perturbaciones del sueño, desempleados 10 (29.4%) sin perturbaciones y 8 (29.6%) con perturbaciones del sueño. ^[Ver tabla y gráfica 29]

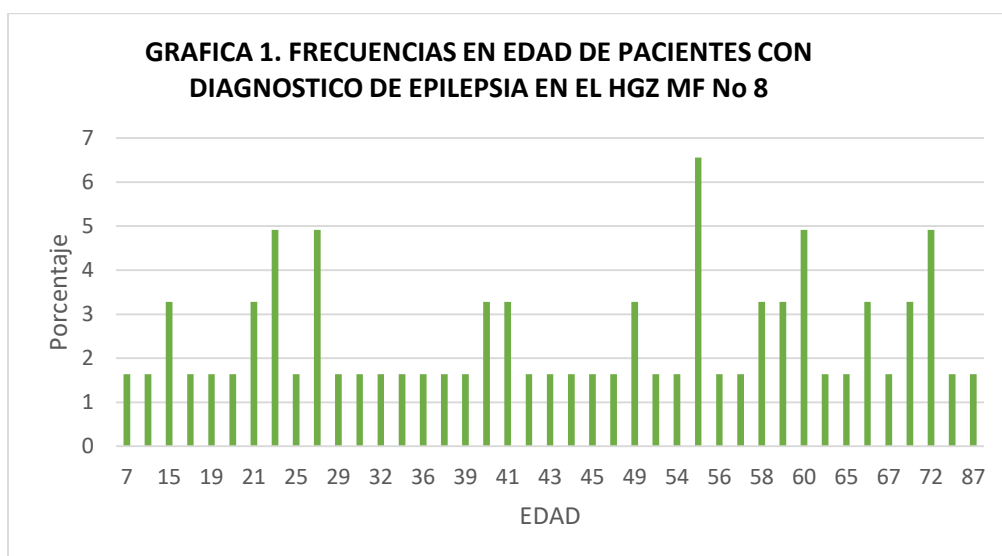
Sobre la ocupación y uso de medicación inductora del sueño, se encontró que dentro de pacientes empleados 37 (77.1%) no usa medicamentos, 6 (46.2%) si utiliza medicamentos , en tanto desempleados 11 (22.9%) no utiliza medicamentos , 7 (53.8%) si utiliza ^[Ver tabla y gráfica 30]

En ocupación y disfunción diurna se analizaron en pacientes empleados 8 (66.7%) sin disfunción diurna , 35 (71.4%) con disfunción diurna , en desempleados 4 (33.4%) sin disfunción y 14 (28.6%) con disfunción diurna ^[Ver tabla y gráfica 31]

En el análisis de ocupación y tipo de dormidor se obtuvieron los siguientes datos , empleados 8 (53.3%) como buenos dormidores , 35 (76.1%) como malos dormidores , desempleados 7 (46.1%) , 11 (23.9%) malos dormidores. ^[Ver tabla y gráfica 32]

TABLA 1. FRECUENCIAS EN EDAD DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE EPILEPSIA EN EL HGZ MF No 8	
Media	44.62
Mediana	45.00
Moda	55
Mínimo	18
Máximo	87

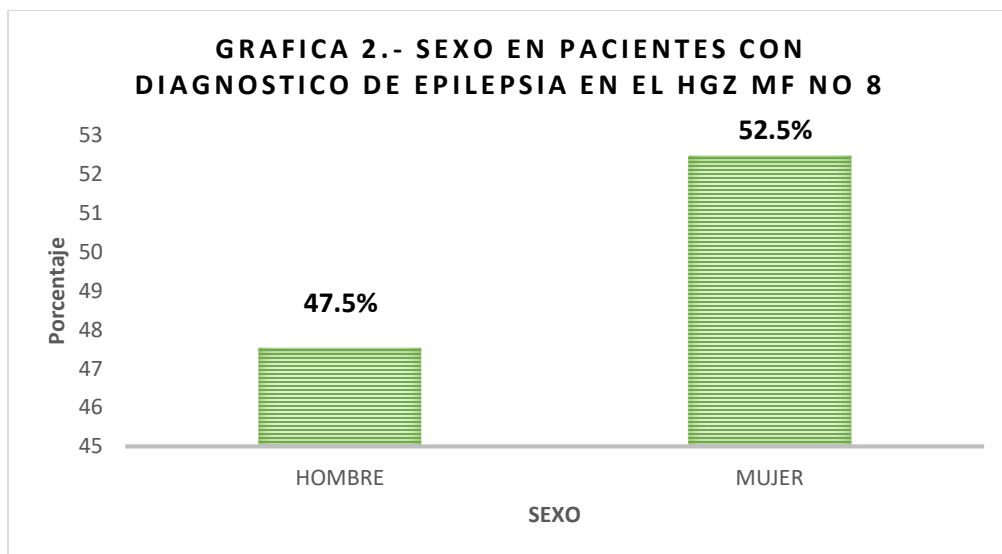
Fuente: n=61 Alcocer-G CA, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Sánchez-P J. "Detección de trastornos del sueño en pacientes con epilepsia en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021



Fuente: n=61 Alcocer-G CA, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Sánchez-P J. "Detección de trastornos del sueño en pacientes con epilepsia en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021

Tabla 2.- SEXO EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE EPILEPSIA EN EL HGZ MF No 8		
	Frecuencia	Porcentaje
HOMBRE	29	47.5
MUJER	32	52.5
Total	61	100

Fuente: n=61 Alcocer-G CA, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Sánchez-P J. "Detección de trastornos del sueño en pacientes con epilepsia en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021

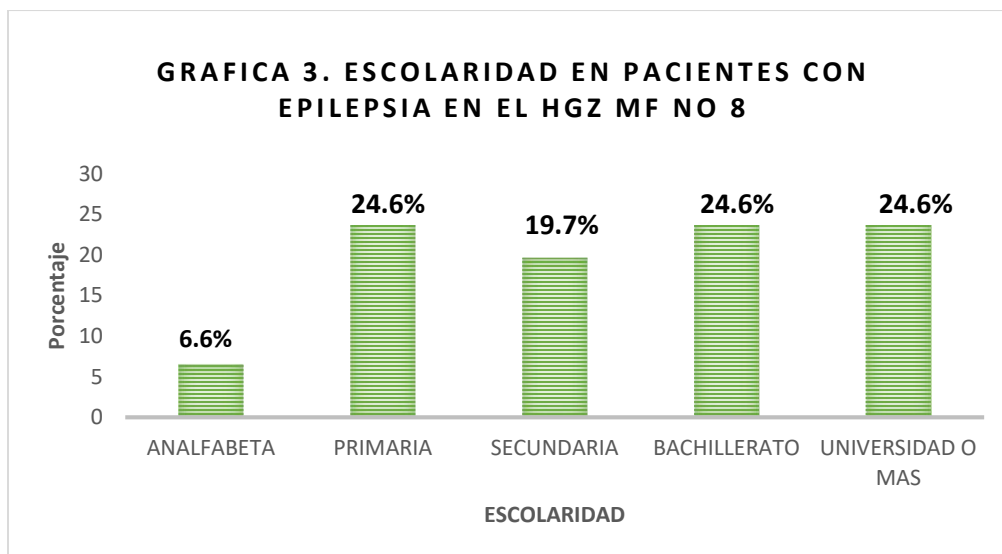


Fuente: n=61 Alcocer-G CA, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Sánchez-P J. "Detección de trastornos del sueño en pacientes con epilepsia en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021

TABLA 3. ESCOLARIDAD EN PACIENTES CON EPILEPSIA EN EL HGZ MF No 8

	Frecuencia	Porcentaje
ANALFABETA	4	6.6
PRIMARIA	15	24.6
SECUNDARIA	12	19.7
BACHILLERATO	15	24.6
UNIVERSIDAD O MAS	15	24.6
Total	61	100.0

Fuente: n=61 Alcocer-G CA, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Sánchez-P J. "Detección de trastornos del sueño en pacientes con epilepsia en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021

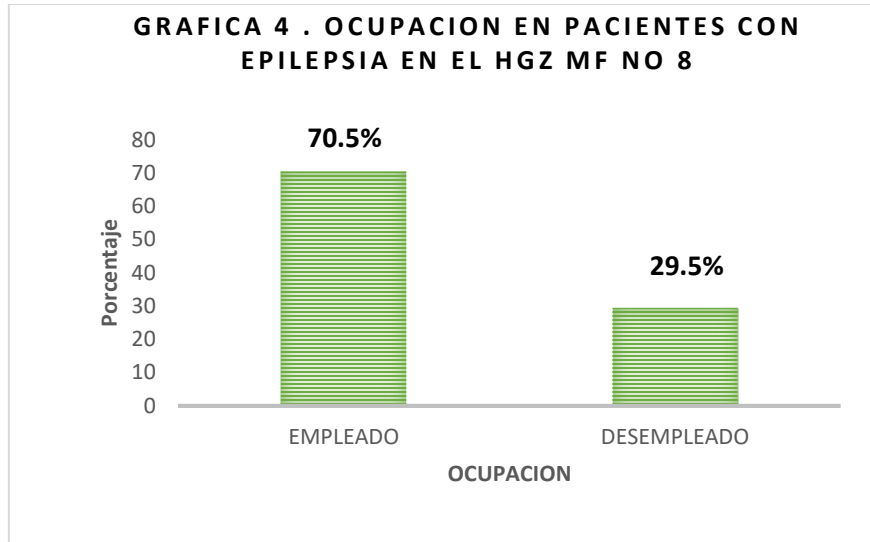


Fuente: n=61 Alcocer-G CA, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Sánchez-P J. "Detección de trastornos del sueño en pacientes con epilepsia en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021

TABLA 4. OCUPACION EN PACIENTES CON EPILEPSIA EN EL HGZ MF No8

	Frecuencia	Porcentaje
EMPLEADO	43	70.5
DESEMPLEADO	18	29.5
Total	61	100.0

Fuente: n=61 Alcocer-G CA, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Sánchez-P J. "Detección de trastornos del sueño en pacientes con epilepsia en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021

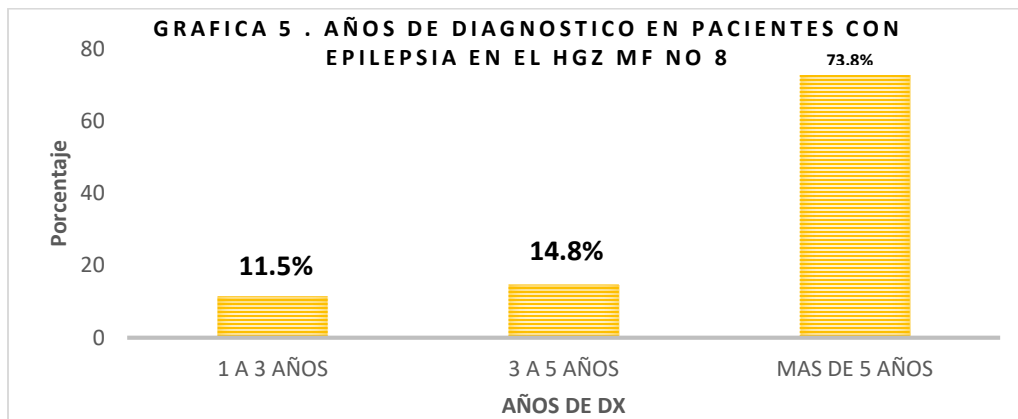


Fuente: n=61 Alcocer-G CA, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Sánchez-P J. "Detección de trastornos del sueño en pacientes con epilepsia en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021

TABLA 5. AÑOS DE DIAGNOSTICO DE EPILEPSIA EN PACIENTES DEL HGZ MF No 8

	Frecuencia	Porcentaje
1 A 3 AÑOS	7	11.5
3 A 5 AÑOS	9	14.8
MAS DE 3 AÑOS	45	73.8
Total	61	100.0

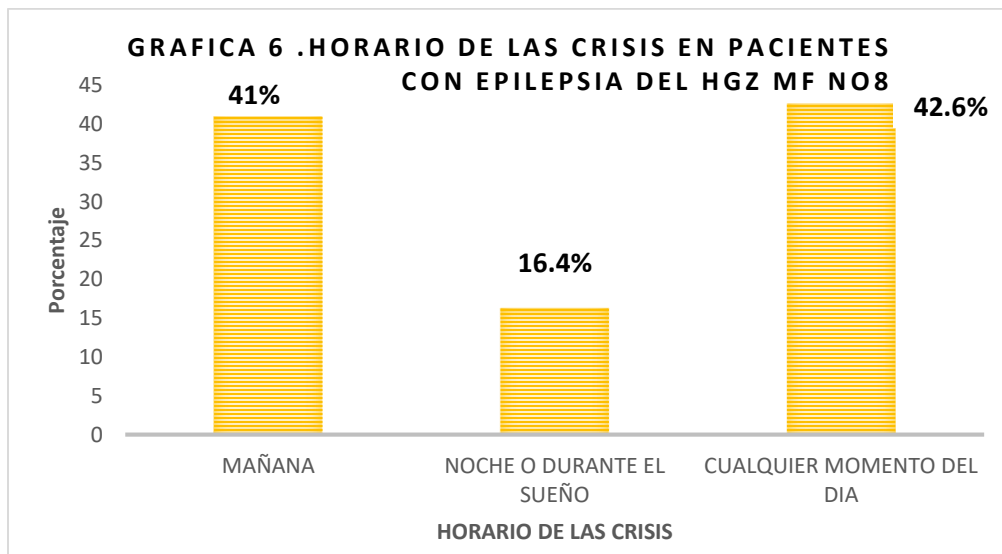
Fuente: n=61 Alcocer-G CA, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Sánchez-P J. "Detección de trastornos del sueño en pacientes con epilepsia en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021



Fuente: n=61 Alcocer-G CA, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Sánchez-P J. "Detección de trastornos del sueño en pacientes con epilepsia en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021

TABLA 6 . HORARIO DE LAS CRISIS EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE EPILEPSIA DEL HGZ MF No 8		
	Frecuencia	Porcentaje
MAÑANA	25	41.0
NOCHE O DURANTE EL SUEÑO	10	16.4
CUALQUIER MOMENTO DEL DIA	26	42.6
Total	61	100.0

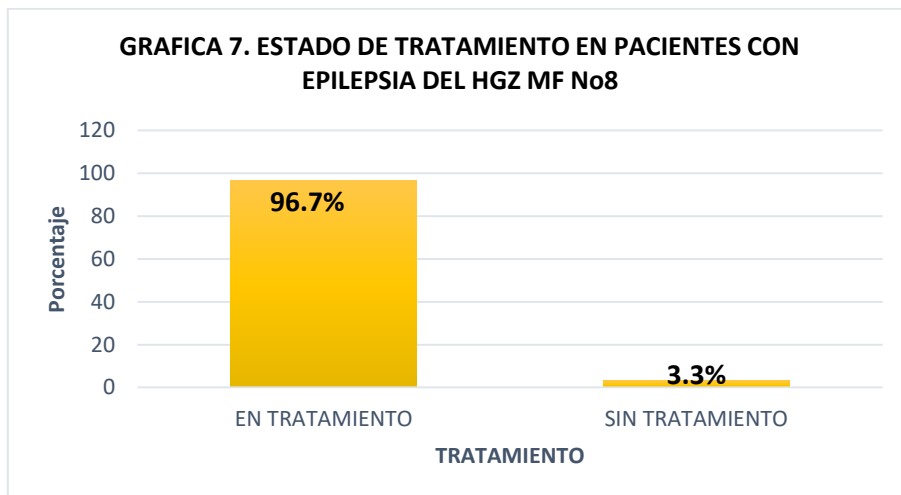
Fuente: n=61 Alcocer-G CA, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Sánchez-P J. "Detección de trastornos del sueño en pacientes con epilepsia en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021



Fuente: n=61 Alcocer-G CA, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Sánchez-P J. "Detección de trastornos del sueño en pacientes con epilepsia en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021

TABLA 7. ESTADO DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON EPILEPSIA DEL HGZ MF No8		
	Frecuencia	Porcentaje
EN TRATAMIENTO	59	96.7
SIN TRATAMIENTO	2	3.3
Total	61	100.0

Fuente: n=61 Alcocer-G CA, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Sánchez-P J. "Detección de trastornos del sueño en pacientes con epilepsia en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021



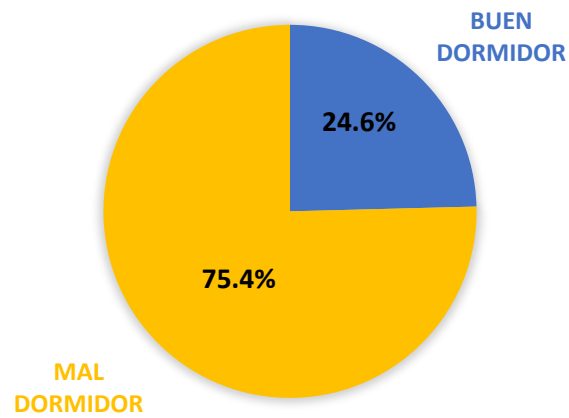
Fuente: n=61 Alcocer-G CA, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Sánchez-P J. "Detección de trastornos del sueño en pacientes con epilepsia en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021

Tabla 8. Clasificación de tipo de dormidores según el punto de corte, en pacientes epilépticos del HGZ MF8

	Frecuencia	Porcentaje
BUEN DORMIDOR	15	24.6
MAL DORMIDOR	46	75.4
Total	61	100.0

Fuente: n=61 Alcocer-G CA, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Sánchez-P J. "Detección de trastornos del sueño en pacientes con epilepsia en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021

Grafica 8 . Tipo de dormidores según punto de corte del ICSP *, en pacientes epilepticos del HGZ MF No8



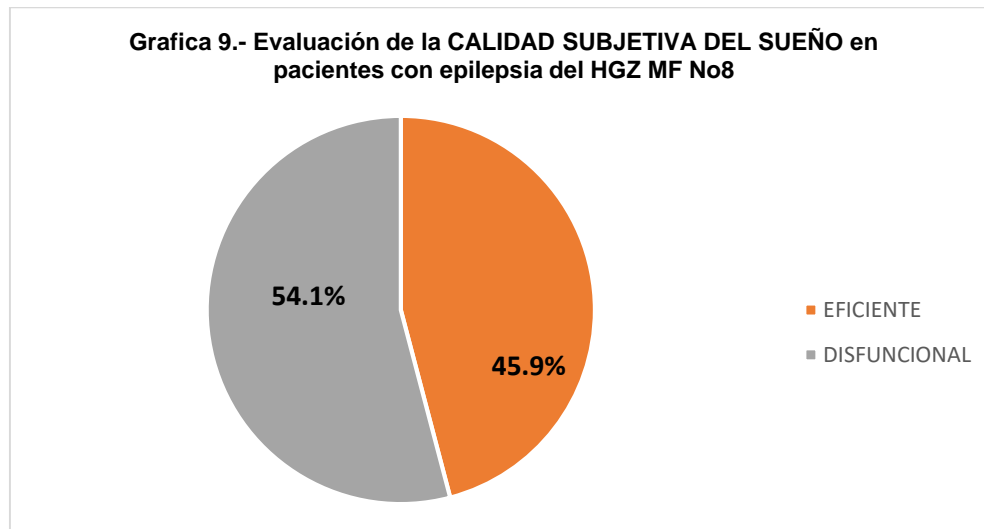
Fuente: n=61 Alcocer-G CA, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Sánchez-P J. "Detección de trastornos del sueño en pacientes con epilepsia en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021
*Índice de calidad de sueño de Pitsburg

Tabla 9.- Evaluación de la CALIDAD SUBJETIVA DEL SUEÑO en pacientes con epilepsia del HGZ MF No.8

	Frecuencia	Porcentaje
EFICIENTE	28	45.9
DISFUNCIONAL	33	54.1
Total	61	100.0

Fuente: n=61 Alcocer-G CA, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Sánchez-P J. "Detección de trastornos del sueño en pacientes con epilepsia en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021

Grafica 9.- Evaluación de la CALIDAD SUBJETIVA DEL SUEÑO en pacientes con epilepsia del HGZ MF No8

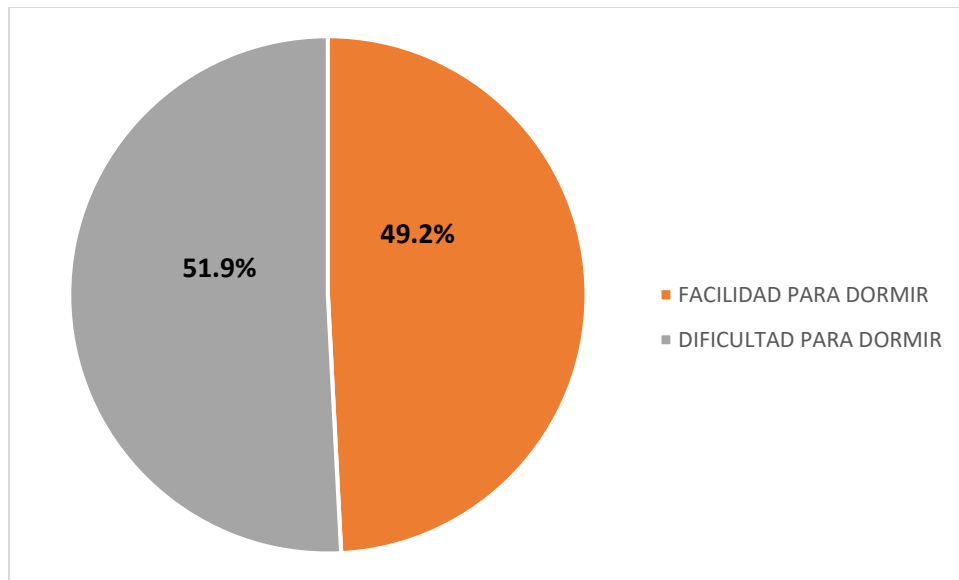


Fuente: n=61 Alcocer-G CA, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Sánchez-P J. "Detección de trastornos del sueño en pacientes con epilepsia en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021

Tabla 10.- Evaluación de la LATENCIA DEL SUEÑO en pacientes con epilepsia del HGZ MF No.8

	Frecuencia	Porcentaje
FACILIDAD PARA DORMIR	30	49.2
DIFICULTAD PARA DORMIR	31	50.8
Total	61	100.0

Grafica 10.- Evaluación de la LATENCIA DEL SUEÑO en pacientes con epilepsia del HGZ MF No.8



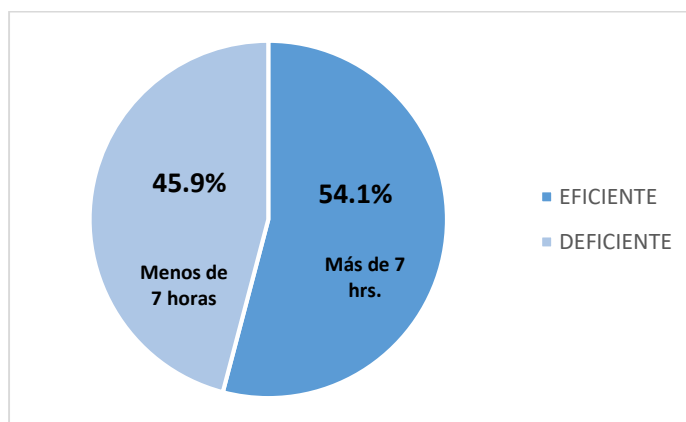
Fuente: n=61 Alcocer-G CA, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Sánchez-P J. "Detección de trastornos del sueño en pacientes con epilepsia en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021

Tabla 11.- Evaluación de la DURACION del sueño en pacientes con epilepsia del HGZ MF No.8

	Frecuencia	Porcentaje
SUFICIENTE: MAS DE 7 HRS	33	54.1
INSUFICIENTE MENOS DE 7 HRS	28	45.9
Total	61	100.0

Fuente: n=61 Alcocer-G CA, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Sánchez-P J. "Detección de trastornos del sueño en pacientes con epilepsia en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021

Gráfica 11.- Evaluación de la DURACION del sueño en pacientes con epilepsia del HGZ MF No.8



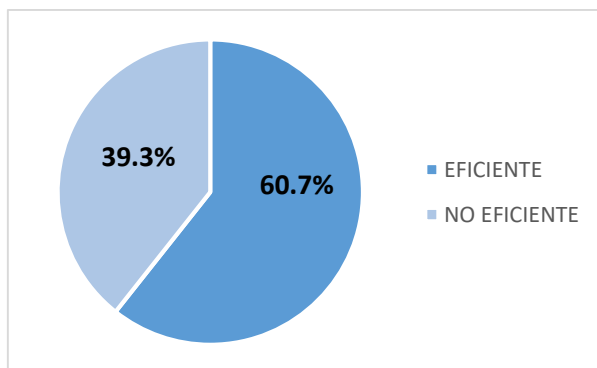
Fuente: n=61 Alcocer-G CA, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Sánchez-P J. "Detección de trastornos del sueño en pacientes con epilepsia en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021

Tabla 12.- Evaluación de la EFICIENCIA del sueño en pacientes con epilepsia del HGZ MF No.8

	Frecuencia	Porcentaje
EFICIENTE	37	60.7
NO EFICIENTE	24	39.3
Total	61	100.0

Fuente: n=61 Alcocer-G CA, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Sánchez-P J. "Detección de trastornos del sueño en pacientes con epilepsia en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021

Gráfica 12.- Evaluación de la EFICIENCIA del sueño en pacientes con epilepsia del HGZ MF No.8



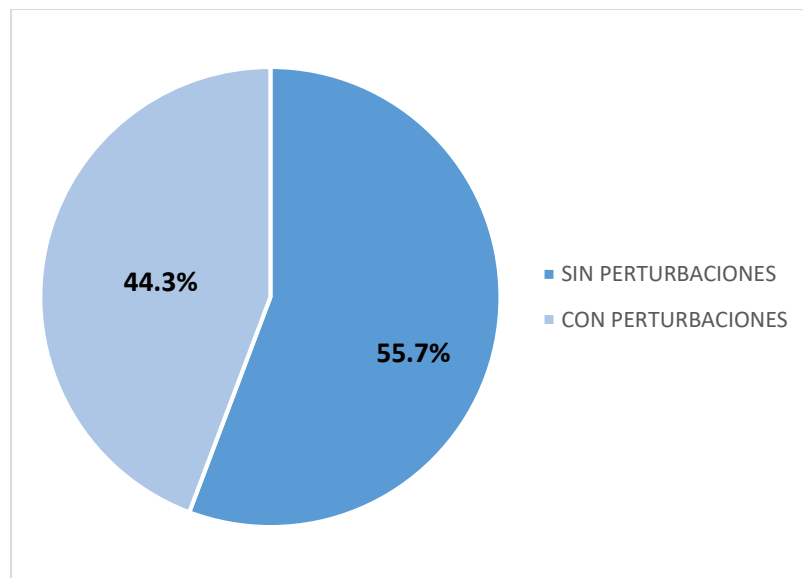
Fuente: n=61 Alcocer-G CA, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Sánchez-P J. "Detección de trastornos del sueño en pacientes con epilepsia en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021

Tabla 13.- Evaluación de la PERTURBACIONES del sueño en pacientes con epilepsia del HGZ MF No.8

	Frecuencia	Porcentaje
SIN PERTURBACIONES	34	55.7
CON PERTURBACIONES	27	44.3
Total	61	100.0

Fuente: n=61 Alcocer-G CA, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Sánchez-P J. "Detección de trastornos del sueño en pacientes con epilepsia en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021

Grafica 13.- Evaluación de la PERTURBACIONES del sueño en pacientes con epilepsia del HGZ MF No.8



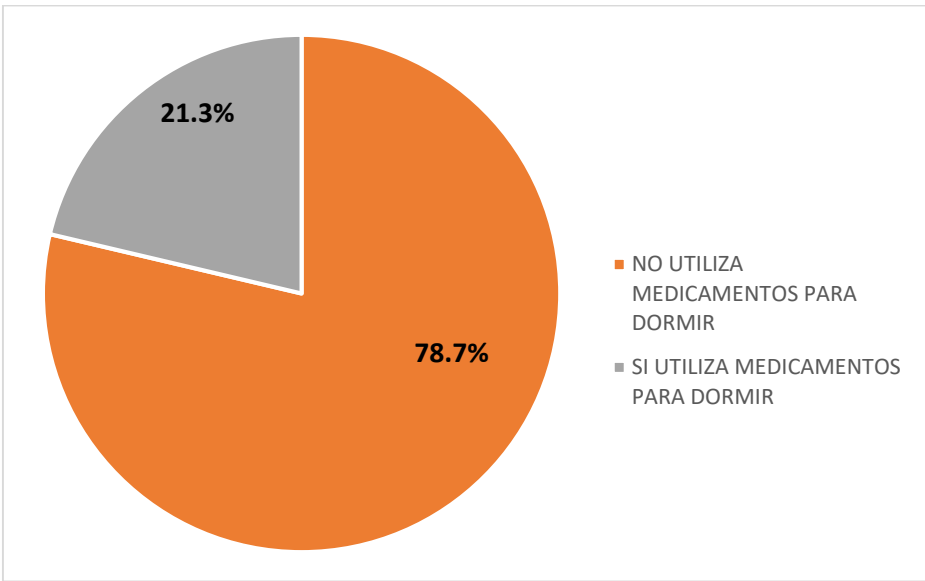
Fuente: n=61 Alcocer-G CA, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Sánchez-P J. "Detección de trastornos del sueño en pacientes con epilepsia en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021

Tabla 14.- Evaluación de la MEDICACION INDUCTORA de sueño en pacientes con epilepsia del HGZ MF No.8

	Frecuencia	Porcentaje
NO UTILIZA MEDICAMENTOS PARA DORMIR	48	78.7
SI UTILIZA MEDICAMENTOS PARA DORMIR	13	21.3
Total	61	100.0

Fuente: n=61 Alcocer-G CA, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Sánchez-P J. "Detección de trastornos del sueño en pacientes con epilepsia en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021

Grafica 14.- Evaluación de la MEDICACION INDUCTORA de sueño en pacientes con epilepsia del HGZ MF No.8



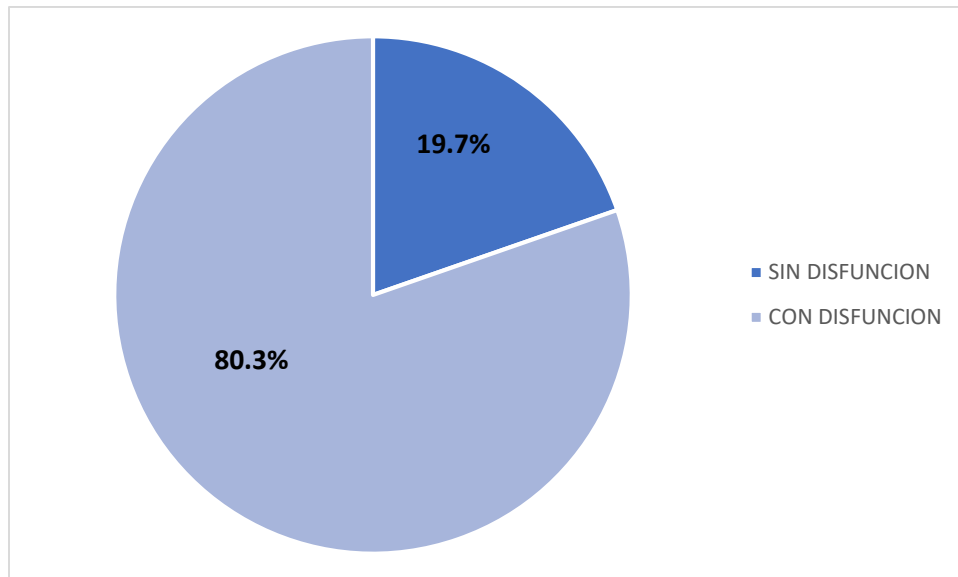
Fuente: n=61 Alcocer-G CA, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Sánchez-P J. "Detección de trastornos del sueño en pacientes con epilepsia en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021

Tabla 15.- Evaluación de las DISFUNCION DIURNA en pacientes con epilepsia del HGZ MF No.8

	Frecuencia	Porcentaje
SIN DISFUNCION DIURNA	12	19.7
CON DISFUNCION DIURNA	49	80.3
Total	61	100.0

Fuente: n=61 Alcocer-G CA, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Sánchez-P J. "Detección de trastornos del sueño en pacientes con epilepsia en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021

Grafica 15.- Evaluación de las DISFUNCION DIURNA en pacientes con epilepsia del HGZ MF No.8



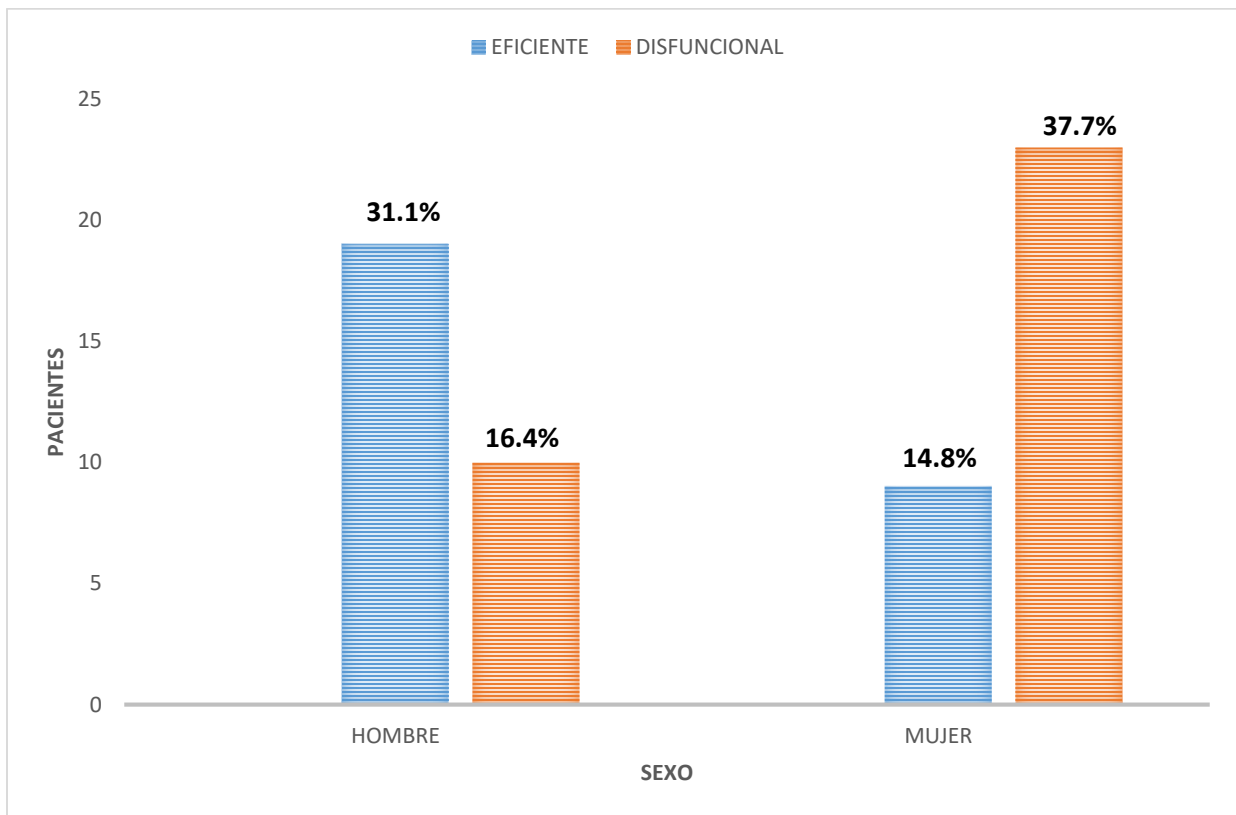
Fuente: n=61 Alcocer-G CA, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Sánchez-P J. "Detección de trastornos del sueño en pacientes con epilepsia en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021

Tabla 16.- Evaluación de SEXO / CALIDAD SUBJETIVA DEL SUEÑO en pacientes con epilepsia del HGZ MF No.8

SEXO		EFICIENTE	DISFUNCIONAL	TOTAL
HOMBRE	Recuento	19	10	29
	% del total	31.1%	16.4%	47.5%
MUJER	Recuento	9	23	32
	% del total	14.8%	37.7%	52.5%
	Recuento	28	33	61
	% del total	45.9%	54.1%	100.0%

Fuente: n=61 Alcocer-G CA, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Sánchez-P J. "Detección de trastornos del sueño en pacientes con epilepsia en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021

Grafica 16.- Evaluación de SEXO / CALIDAD SUBJETIVA DEL SUEÑO en pacientes con epilepsia del HGZ MF No.8



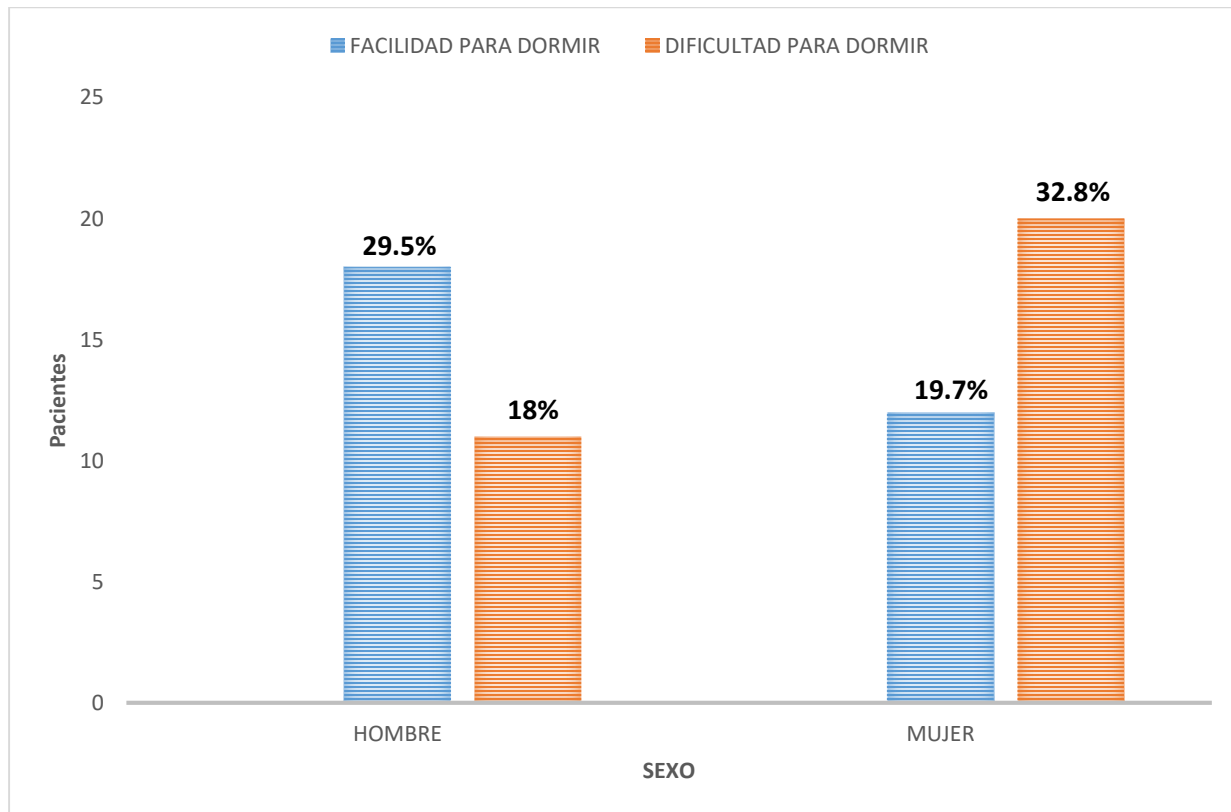
Fuente: n=61 Alcocer-G CA, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Sánchez-P J. "Detección de trastornos del sueño en pacientes con epilepsia en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021

Tabla 17.- Evaluación de SEXO / LATENCIA DEL SUEÑO en pacientes con epilepsia del HGZ MF No.8

SEXO		FACILIDAD PARA DORMIR	DIFICULTAD PARA DORMIR	TOTAL
HOMBRE	Recuento	18	11	29
	% del total	29.5%	18.0%	47.5%
MUJER	Recuento	12	20	32
	% del total	19.7%	32.8%	52.5%
		49.2%	50.8%	100.0%

Fuente: n=61 Alcocer-G CA, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Sánchez-P J. "Detección de trastornos del sueño en pacientes con epilepsia en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021

Grafica 17.- Evaluación de SEXO / LATENCIA DEL SUEÑO en pacientes con epilepsia del HGZ MF No.8



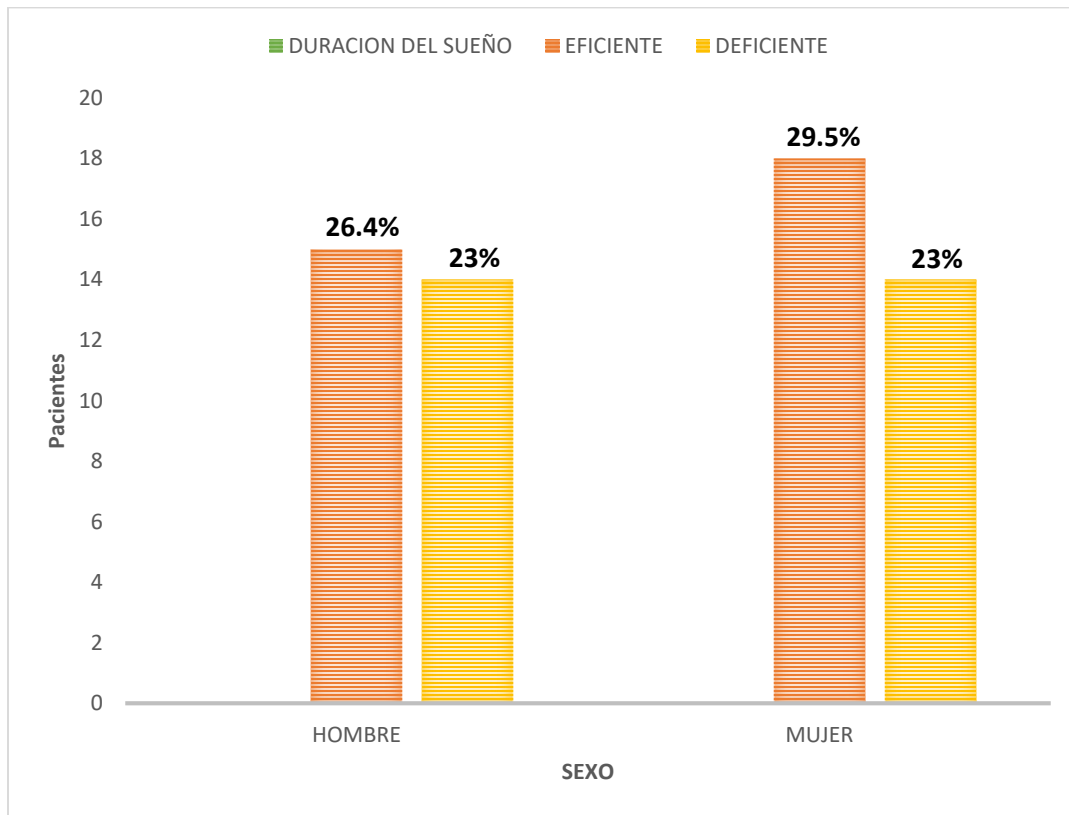
Fuente: n=61 Alcocer-G CA, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Sánchez-P J. "Detección de trastornos del sueño en pacientes con epilepsia en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021

Tabla 18.- Evaluación de SEXO / DURACION DEL SUEÑO en pacientes con epilepsia del HGZ MF No.8

SEXO		DURACION DEL SUEÑO		Total	
		EFICIENTE	DEFICIENTE		
HOMBRE	Recuento	15	14	29	
	% del total	24.6%	23.0%	47.5%	
MUJER	Recuento	18	14	32	
	% del total	29.5%	23.0%	52.5%	
		Recuento	33	28	61
		% del total	54.1%	45.9%	100.0%

Fuente: n=61 Alcocer-G CA, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Sánchez-P J. "Detección de trastornos del sueño en pacientes con epilepsia en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021

Grafica 18.- Evaluación de SEXO / DURACION DEL SUEÑO en pacientes con epilepsia del HGZ MF No. 8



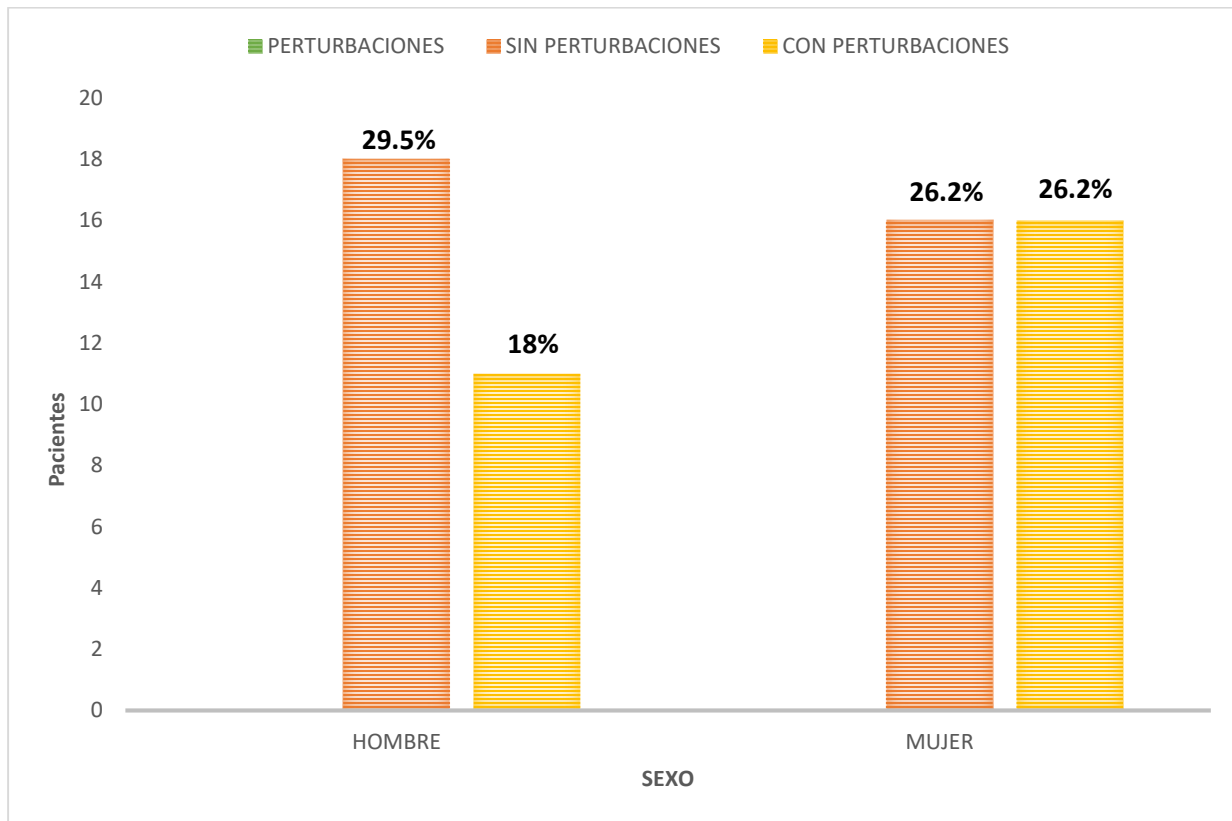
Fuente: n=61 Alcocer-G CA, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Sánchez-P J. "Detección de trastornos del sueño en pacientes con epilepsia en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021

Tabla 19.- Evaluación de SEXO / PERTURBACIONES DEL SUEÑO en pacientes con epilepsia del HGZ MF No. 8

		PERTURBACIONES		Total	
		SIN PERTURBACIONES	CON PERTURBACIONES		
HOMBRE	Recuento	18	11	29	
	% del total	29.5%	18.0%	47.5%	
MUJER	Recuento	16	16	32	
	% del total	26.2%	26.2%	52.5%	
		Recuento	34	27	61
		% del total	55.7%	44.3%	100.0%

Fuente: n=61 Alcocer-G CA, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Sánchez-P J. "Detección de trastornos del sueño en pacientes con epilepsia en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021

Gráfica 19.- Evaluación de SEXO / PERTURBACIONES DEL SUEÑO en pacientes con epilepsia del HGZ MF No. 8



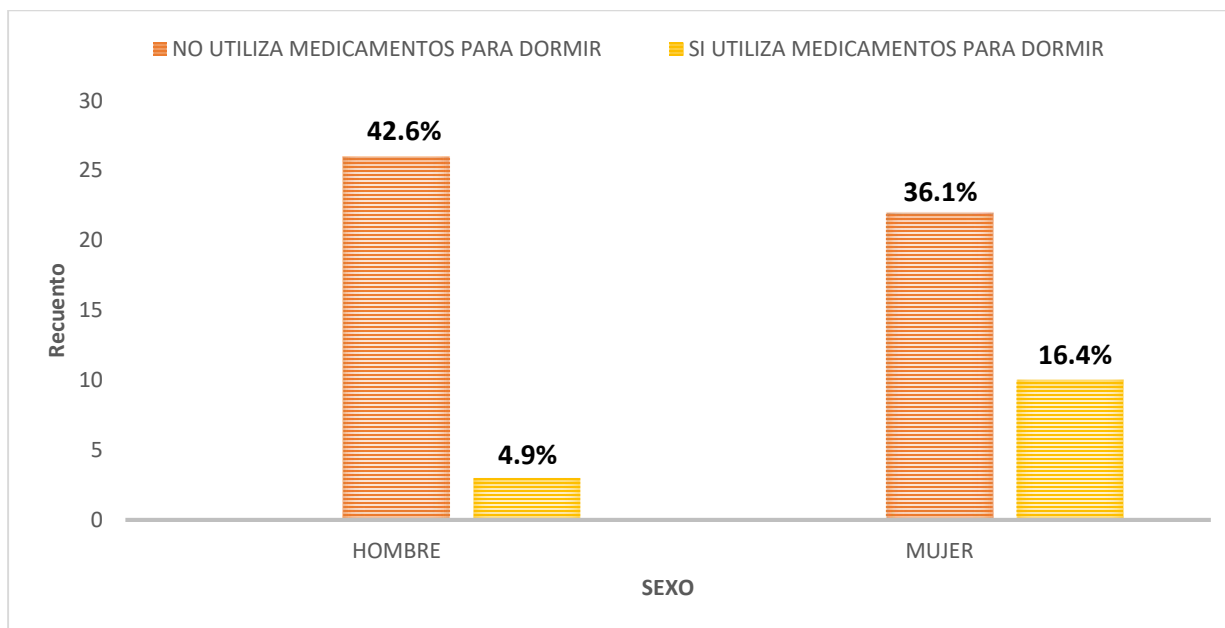
Fuente: n=61 Alcocer-G CA, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Sánchez-P J. "Detección de trastornos del sueño en pacientes con epilepsia en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021

Tabla 20.- Evaluación de SEXO / MEDICACION INDUCTORA DE SUEÑO en pacientes con epilepsia del HGZ MF No. 8

SEXO		MEDICACION PARA DORMIR		Total	
		NO UTILIZA MEDICAMENTOS PARA DORMIR	SI UTILIZA MEDICAMENTOS PARA DORMIR		
HOMBRE	Recuento	26	3	29	
	% del total	42.6%	4.9%	47.5%	
MUJER	Recuento	22	10	32	
	% del total	36.1%	16.4%	52.5%	
		Recuento	48	13	61
		% del total	78.7%	21.3%	100.0%

Fuente: n=61 Alcocer-G CA, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Sánchez-P J. "Detección de trastornos del sueño en pacientes con epilepsia en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021

Gráfica 20.- Evaluación de SEXO / MEDICACION INDUCTORA DE SUEÑO en pacientes con epilepsia del HGZ MF No. 8



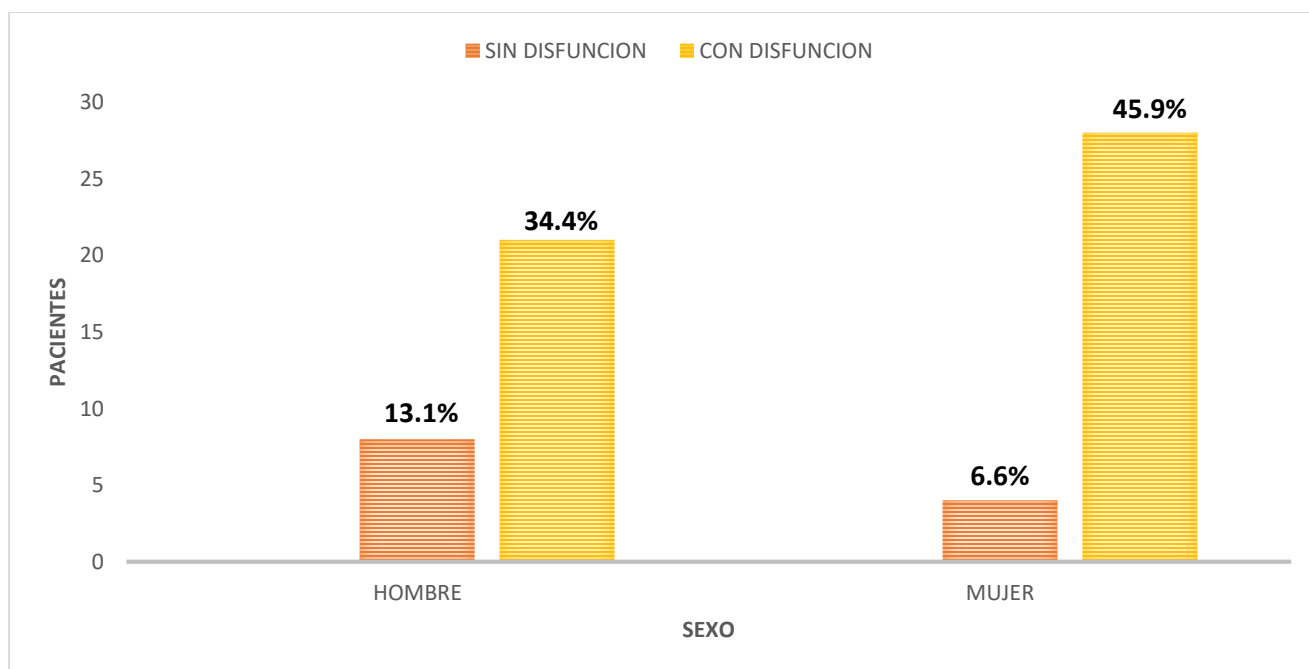
Fuente: n=61 Alcocer-G CA, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Sánchez-P J. "Detección de trastornos del sueño en pacientes con epilepsia en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021

Tabla 21.- Evaluación de SEXO / DISFUNCION DIURNA en pacientes con epilepsia del HGZ MF No. 8

SEXO		DISFUNCION DIURNA		Total	
		SIN DISFUNCION	CON DISFUNCION		
HOMBRE	Recuento	8	21	29	
	% del total	13.1%	34.4%	47.5%	
MUJER	Recuento	4	28	32	
	% del total	6.6%	45.9%	52.5%	
		Recuento	12	49	61
		% del total	19.7%	80.3%	100.0%

Fuente: n=61 Alcocer-G CA, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Sánchez-P J. "Detección de trastornos del sueño en pacientes con epilepsia en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021

Grafica 21.- Evaluación de SEXO / DISFUNCION DIURNA en pacientes con epilepsia del HGZ MF No. 8



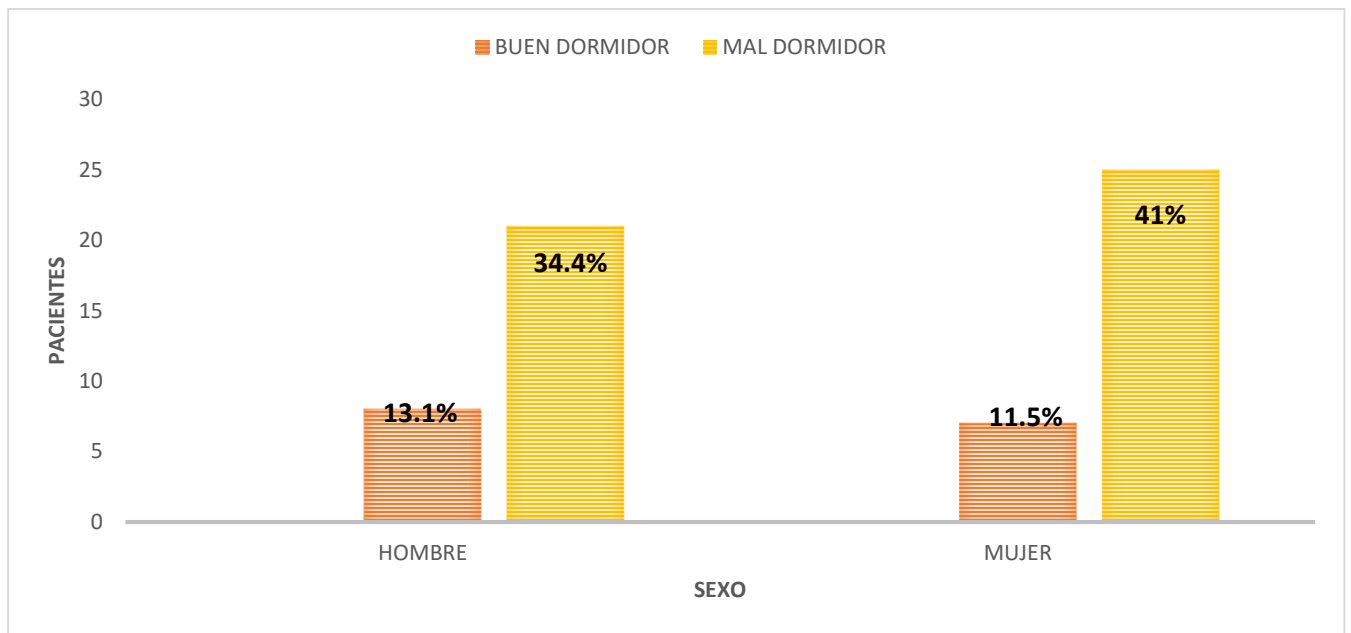
Fuente: n=61 Alcocer-G CA, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Sánchez-P J. "Detección de trastornos del sueño en pacientes con epilepsia en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021

Tabla 22.- Evaluación de SEXO / TIPO DE DORMIDOR en pacientes con epilepsia del HGZ MF No. 8

SEXO		TIPO DE DORMIDOR		Total
		BUEN DORMIDOR	MAL DORMIDOR	
HOMBRE	Recuento	8	21	29
	% del total	13.1%	34.4%	47.5%
MUJER	Recuento	7	25	32
	% del total	11.5%	41.0%	52.5%
	Recuento	15	46	61
	% del total	24.6%	75.4%	100.0%

Fuente: n=61 Alcocer-G CA, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Sánchez-P J. "Detección de trastornos del sueño en pacientes con epilepsia en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021

Gráfica 22.- Evaluación de SEXO / TIPO DE DORMIDOR en pacientes con epilepsia del HGZ MF No. 8



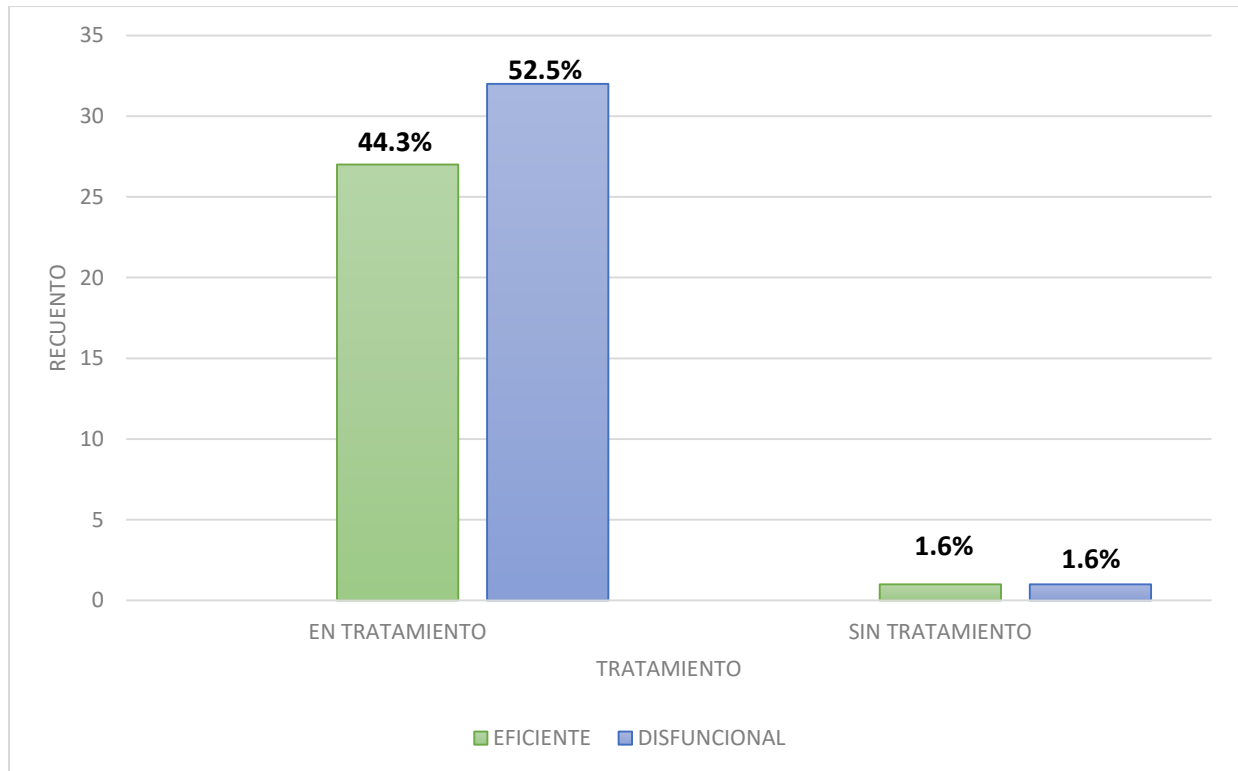
Fuente: n=61 Alcocer-G CA, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Sánchez-P J. "Detección de trastornos del sueño en pacientes con epilepsia en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021

Tabla 23.- Evaluación de PACIENTES EN TRATAMIENTO / CALIDAD SUBJETIVA DEL SUEÑO en pacientes con epilepsia del HGZ MF No. 8

TRATAMIENTO		CALIDAD SUBJETIVA DEL SUEÑO		Total
		EFICIENTE	DISFUNCIONAL	
EN TRATAMIENTO	Recuento	27	32	59
	% del total	44.3%	52.5%	96.7%
SIN TRATAMIENTO	Recuento	1	1	2
	% del total	1.6%	1.6%	3.3%
	Recuento	28	33	61
	% del total	45.9%	54.1%	100.0%

Fuente: n=61 Alcocer-G CA, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Sánchez-P J. "Detección de trastornos del sueño en pacientes con epilepsia en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021

Grafica 23.- Evaluación de PACIENTES EN TRATAMIENTO / CALIDAD SUBJETIVA DEL SUEÑO en pacientes con epilepsia del HGZ MF No. 8



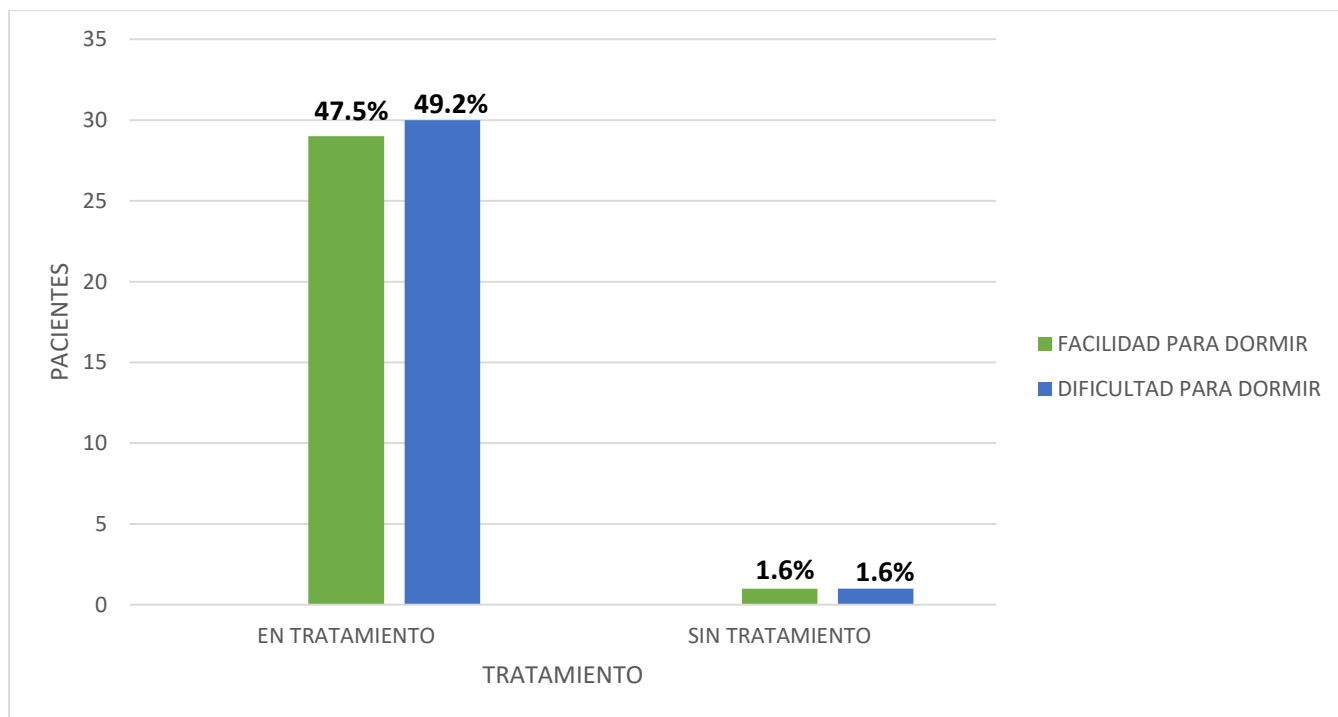
Fuente: n=61 Alcocer-G CA, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Sánchez-P J. "Detección de trastornos del sueño en pacientes con epilepsia en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021

Tabla 24.- Evaluación de PACIENTES EN TRATAMIENTO / LATENCIA DEL SUEÑO en pacientes con epilepsia del HGZ MF No. 8

TRATAMIENTO		LATENCIA DEL SUEÑO		Total
		FACILIDAD PARA DORMIR	DIFICULTAD PARA DORMIR	
EN TRATAMIENTO	Recuento	29	30	59
	% del total	47.5%	49.2%	96.7%
SIN TRATAMIENTO	Recuento	1	1	2
	% del total	1.6%	1.6%	3.3%
	Recuento	30	31	61
	% del total	49.2%	50.8%	100.0%

Fuente: n=61 Alcocer-G CA, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Sánchez-P J. "Detección de trastornos del sueño en pacientes con epilepsia en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021

Grafica 24.- Evaluación de PACIENTES EN TRATAMIENTO / LATENCIA DEL SUEÑO en pacientes con epilepsia del HGZ MF No. 8



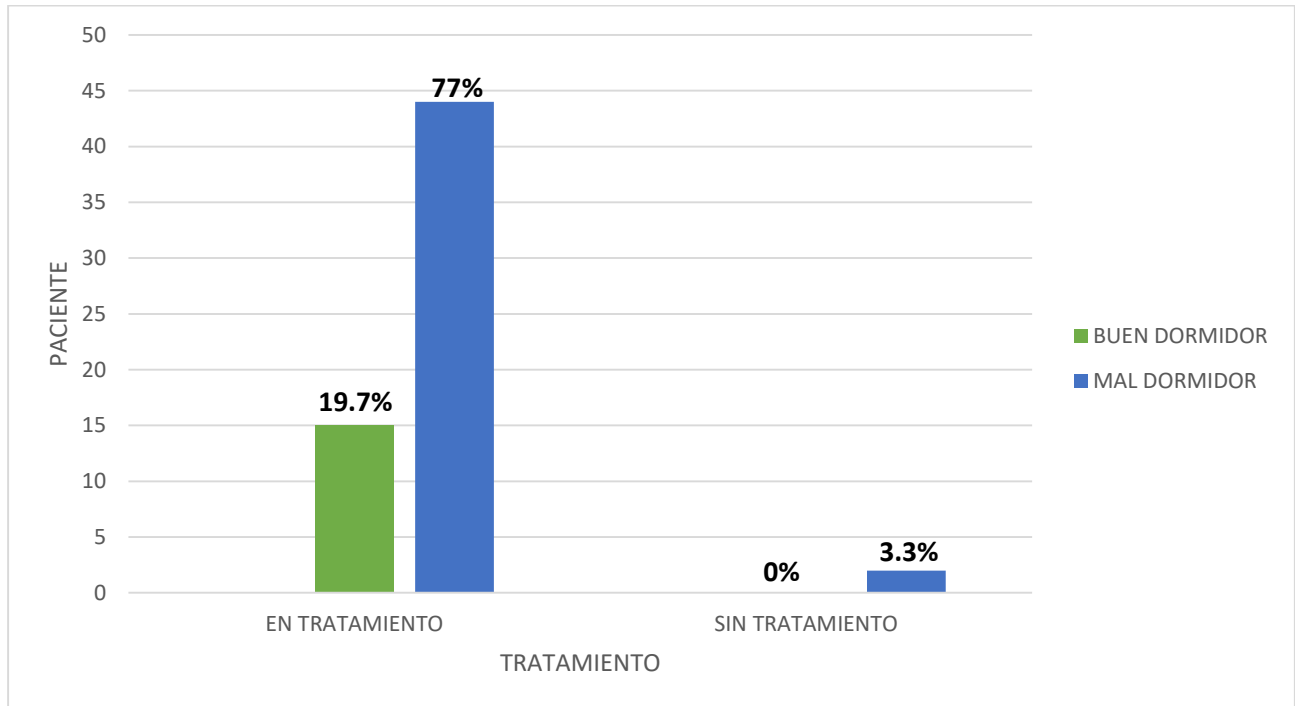
Fuente: n=61 Alcocer-G CA, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Sánchez-P J. "Detección de trastornos del sueño en pacientes con epilepsia en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021

Tabla 25.- Evaluación de PACIENTES EN TRATAMIENTO / DISFUNCION DIURNA en pacientes con epilepsia del HGZ MF No. 8

	TRATAMIENTO	DISFUNCION DIURNA		Total
		SIN DISFUNCION	CON DISFUNCION	
EN TRATAMIENTO	Recuento	12	47	59
	% del total	19.7%	77.0%	96.7%
SIN TRATAMIENTO	Recuento	0	2	2
	% del total	0.0%	3.3%	3.3%
	Recuento	12	49	61
	% del total	19.7%	80.3%	100.0%

Fuente: n=61 Alcocer-G CA, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Sánchez-P J. "Detección de trastornos del sueño en pacientes con epilepsia en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021

Grafica 25.- Evaluación de PACIENTES EN TRATAMIENTO / DISFUNCION DIURNA en pacientes con epilepsia del HGZ MF No. 8



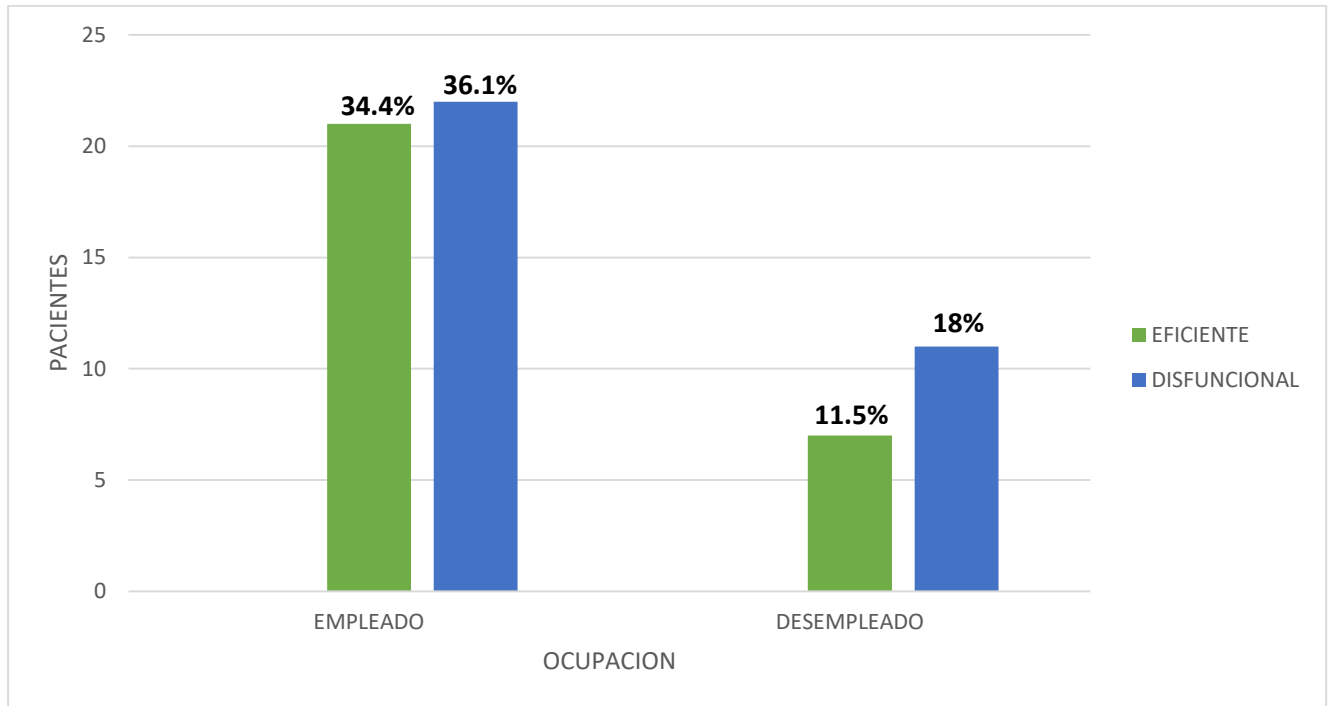
Fuente: n=61 Alcocer-G CA, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Sánchez-P J. "Detección de trastornos del sueño en pacientes con epilepsia en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021

Tabla 26.- Evaluación de OCUPACION / CALIDAD SUBJETIVA DEL SUEÑO en pacientes con epilepsia del HGZ MF No. 8

	OCUPACION	CALIDAD SUBJETIVA DEL SUEÑO		Total
		EFICIENTE	DISFUNCIONAL	
EMPLEADO	Recuento	21	22	43
	% del total	34.4%	36.1%	70.5%
DESEMPLEADO	Recuento	7	11	18
	% del total	11.5%	18.0%	29.5%
	Recuento	28	33	61
	% del total	45.9%	54.1%	100.0%

Fuente: n=61 Alcocer-G CA, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Sánchez-P J. "Detección de trastornos del sueño en pacientes con epilepsia en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021

Gráfica 26.- Evaluación de OCUPACION / CALIDAD SUBJETIVA DEL SUEÑO en pacientes con epilepsia del HGZ MF No. 8



Fuente: n=61 Alcocer-G CA, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Sánchez-P J. "Detección de trastornos del sueño en pacientes con epilepsia en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021

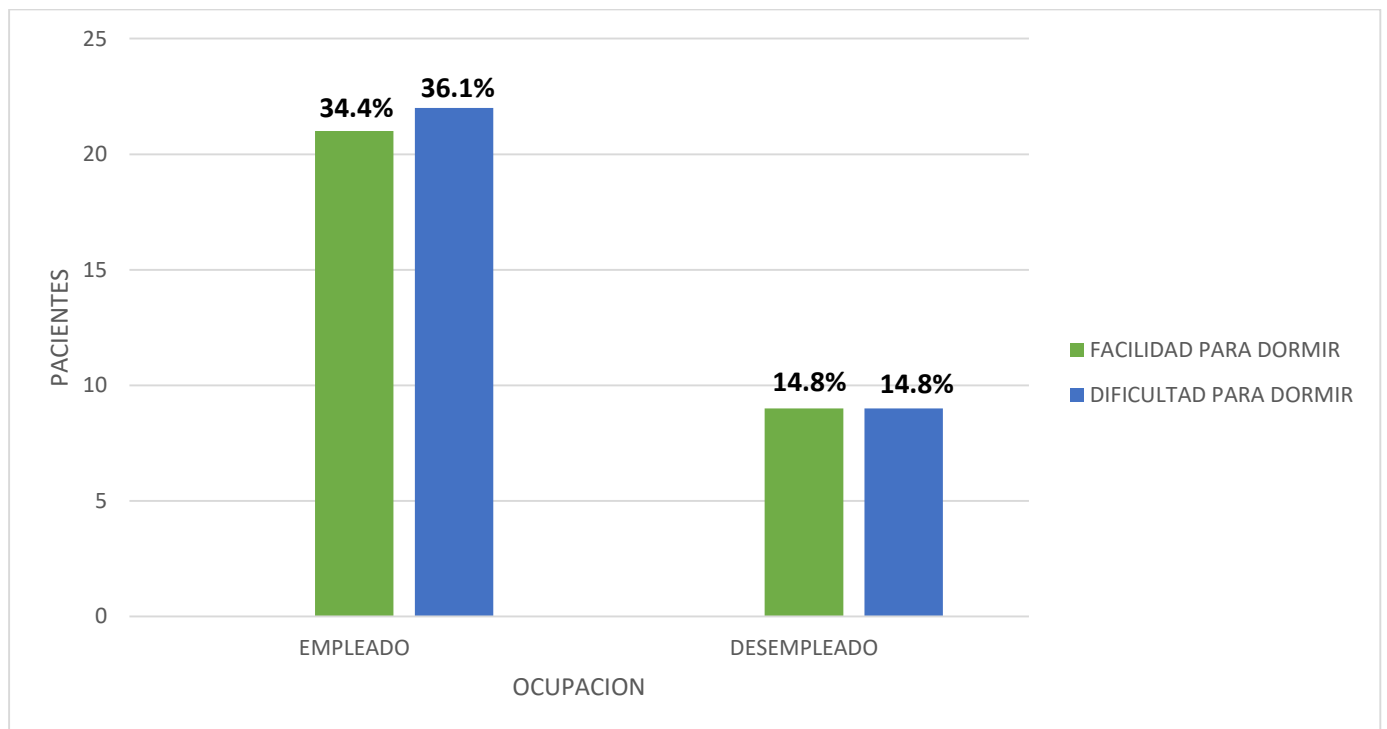
Tabla 27.- Evaluación de OCUPACION / LATENCIA DEL SUEÑO en pacientes con epilepsia del HGZ MF No. 8

OCUPACIÓN		LATENCIA DEL SUEÑO		Total
		FACILIDAD PARA DORMIR	DIFICULTAD PARA DORMIR	
EMPLEADO	Recuento	21	22	43
	% del total	34.4%	36.1%	70.5%
DESEMPLEADO	Recuento	9	9	18
	% del total	14.8%	14.8%	29.5%

TOTAL	Recuento	30	31	61
	% del total	49.2%	50.8%	100.0%

Fuente: n=61 Alcocer-G CA, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Sánchez-P J. "Detección de trastornos del sueño en pacientes con epilepsia en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021

Grafica 27.- Evaluación de OCUPACION / LATENCIA DEL SUEÑO en pacientes con epilepsia del HGZ MF No. 8



Fuente: n=61 Alcocer-G CA, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Sánchez-P J. "Detección de trastornos del sueño en pacientes con epilepsia en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021

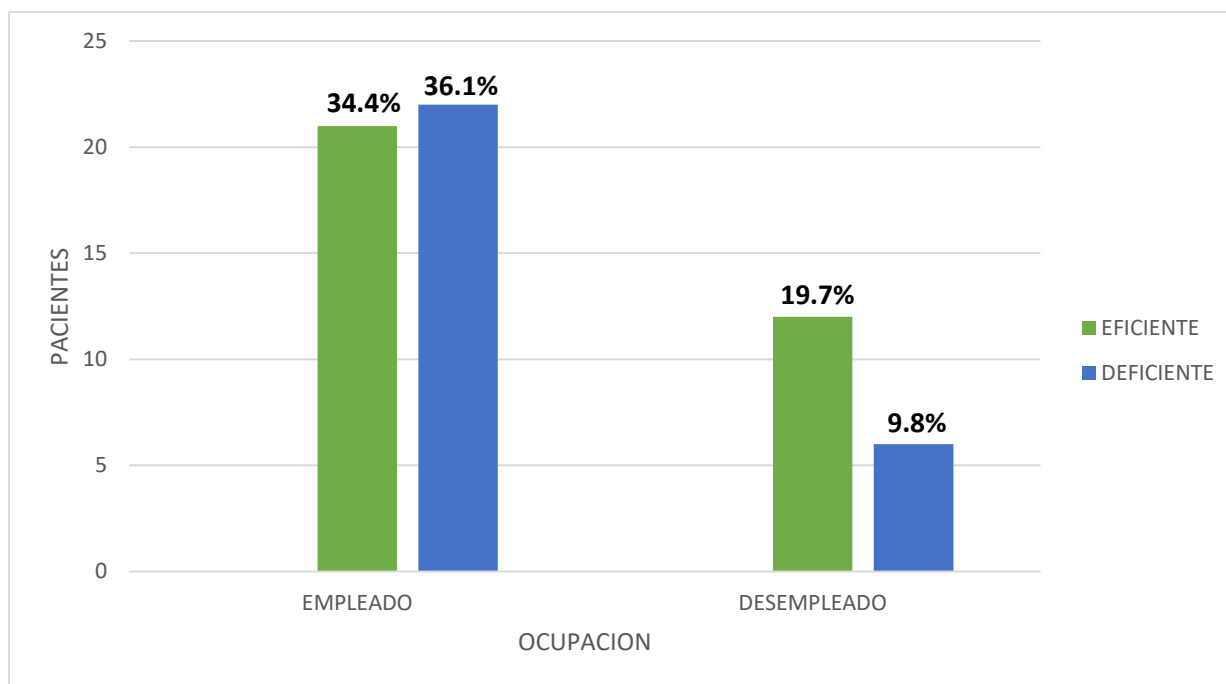
Tabla 28.- Evaluación de OCUPACION / DURACION DEL SUEÑO en pacientes con epilepsia del HGZ MF No. 8

OCUPACION	Recuento	DURACION DEL SUEÑO		Total
		EFICIENTE	DEFICIENTE	
EMPLEADO		21	22	43

	% del total	34.4%	36.1%	70.5%
DESEMPLEADO	Recuento	12	6	18
	% del total	19.7%	9.8%	29.5%
TOTAL	Recuento	33	28	61
	% del total	54.1%	45.9%	100.0%

Fuente: n=61 Alcocer-G CA, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Sánchez-P J. "Detección de trastornos del sueño en pacientes con epilepsia en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021

Grafica 28.- Evaluación de OCUPACION / DURACION DEL SUEÑO en pacientes con epilepsia del HGZ MF No. 8



Fuente: n=61 Alcocer-G CA, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Sánchez-P J. "Detección de trastornos del sueño en pacientes con epilepsia en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021

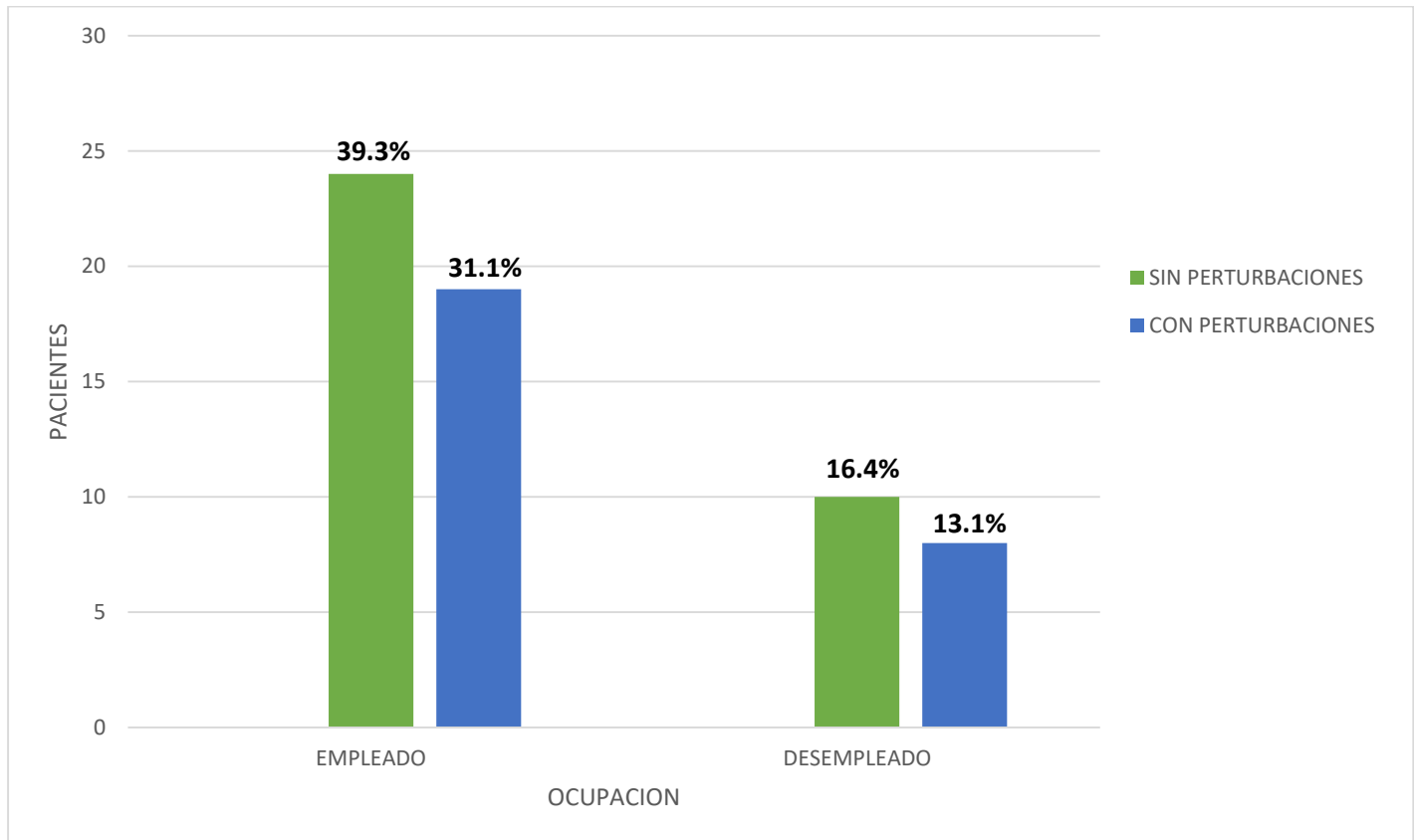
Tabla 29.- Evaluación de OCUPACION / PERTURBACIONES DEL SUEÑO en pacientes con epilepsia del HGZ MF No. 8

OCUPACION	PERTURBACIONES	Total
-----------	----------------	-------

		SIN PERTURBACIONES	CON PERTURBACIONES	
EMPLEADO	Recuento	24	19	43
	% del total	39.3%	31.1%	70.5%
DESEMPLEADO	Recuento	10	8	18
	% del total	16.4%	13.1%	29.5%
TOTAL	Recuento	34	27	61
	% del total	55.7%	44.3%	100.0%

Fuente: n=61 Alcocer-G CA, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Sánchez-P J. "Detección de trastornos del sueño en pacientes con epilepsia en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021

Grafica 29.- Evaluación de OCUPACION / PERTURBACIONES DEL SUEÑO en pacientes con epilepsia del HGZ MF No. 8



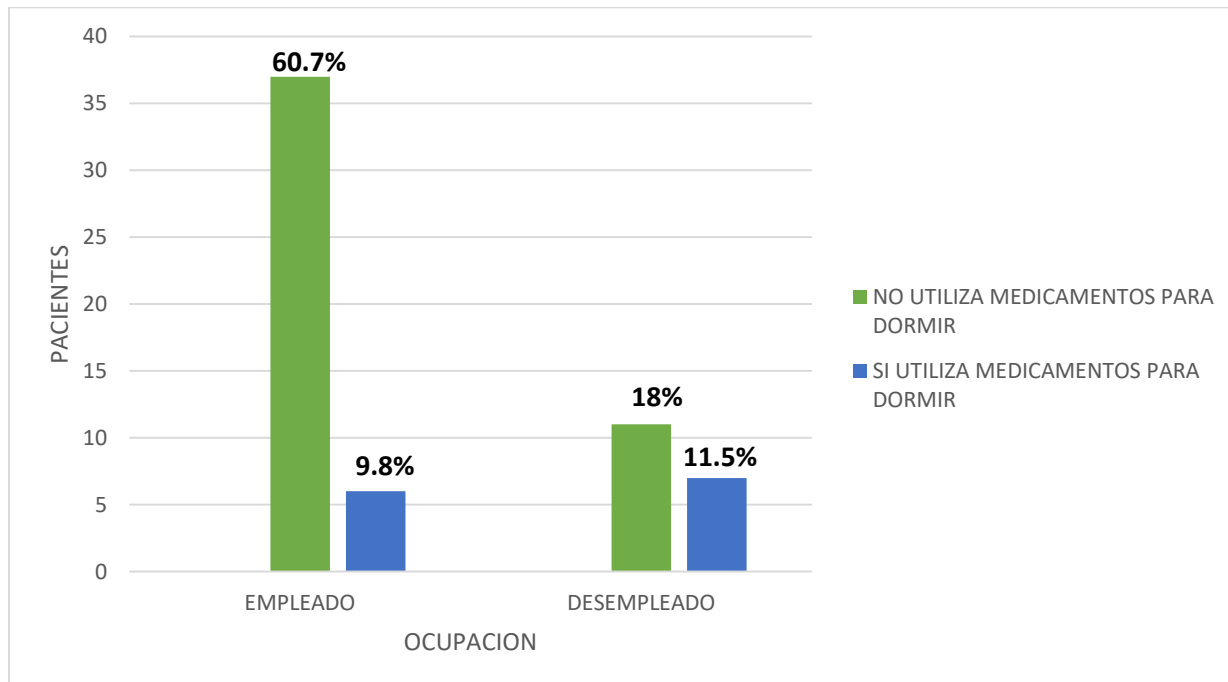
Fuente: n=61 Alcocer-G CA, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Sánchez-P J. "Detección de trastornos del sueño en pacientes con epilepsia en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021

Tabla 30.- Evaluación de OCUPACION / USO DE MEDICACION INDUCTORA en pacientes con epilepsia del HGZ MF No. 8

OCUPACION		MEDICACION PARA DORMIR		Total
		NO UTILIZA MEDICAMENTOS PARA DORMIR	SI UTILIZA MEDICAMENTOS PARA DORMIR	
EMPLEADO	Recuento	37	6	43
	% del total	60.7%	9.8%	70.5%
DESEMPLEADO	Recuento	11	7	18
	% del total	18.0%	11.5%	29.5%
TOTAL	Recuento	48	13	61
	% del total	78.7%	21.3%	100.0%

Fuente: n=61 Alcocer-G CA, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Sánchez-P J. "Detección de trastornos del sueño en pacientes con epilepsia en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021

Grafica 30.- Evaluación de OCUPACION / USO DE MEDICACION INDUCTORA en pacientes con epilepsia del HGZ MF No. 8



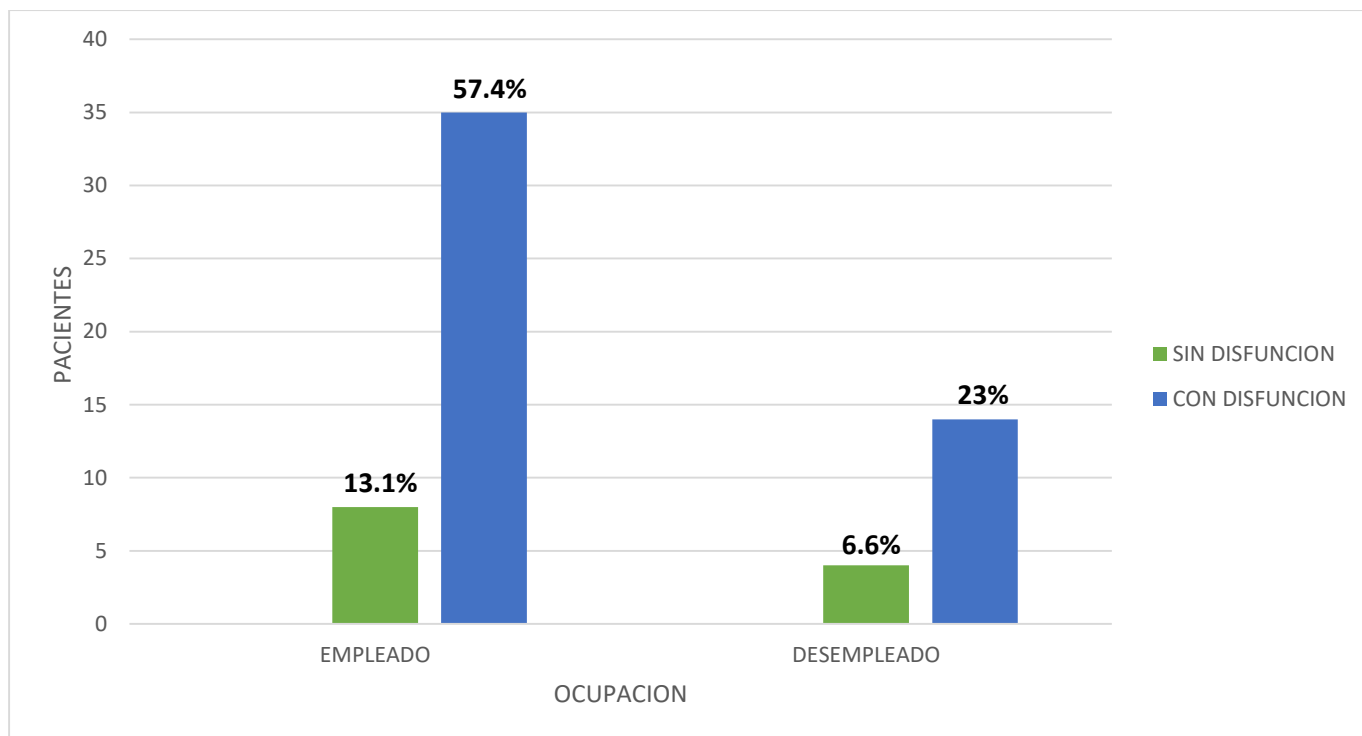
Fuente: n=61 Alcocer-G CA, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Sánchez-P J. "Detección de trastornos del sueño en pacientes con epilepsia en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021

Tabla 31.- Evaluación de OCUPACION / DISFUNCION DIURNA en pacientes con epilepsia del

OCUPACION		HGZ MF No. 8		Total
		SIN DISFUNCION	CON DISFUNCION	
EMPLEADO	Frecuencia	8	35	43
	% del total	13.1%	57.4%	70.5%
DESEMPLEADO	Frecuencia	4	14	18
	% del total	6.6%	23.0%	29.5%
TOTAL	Recuento	12	49	61
	% del total	19.7%	80.3%	100.0%

Fuente: n=61 Alcocer-G CA, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Sánchez-P J. "Detección de trastornos del sueño en pacientes con epilepsia en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021

Grafica 31.- Evaluación de OCUPACION / DISFUNCION DIURNA en pacientes con epilepsia del HGZ MF No. 8



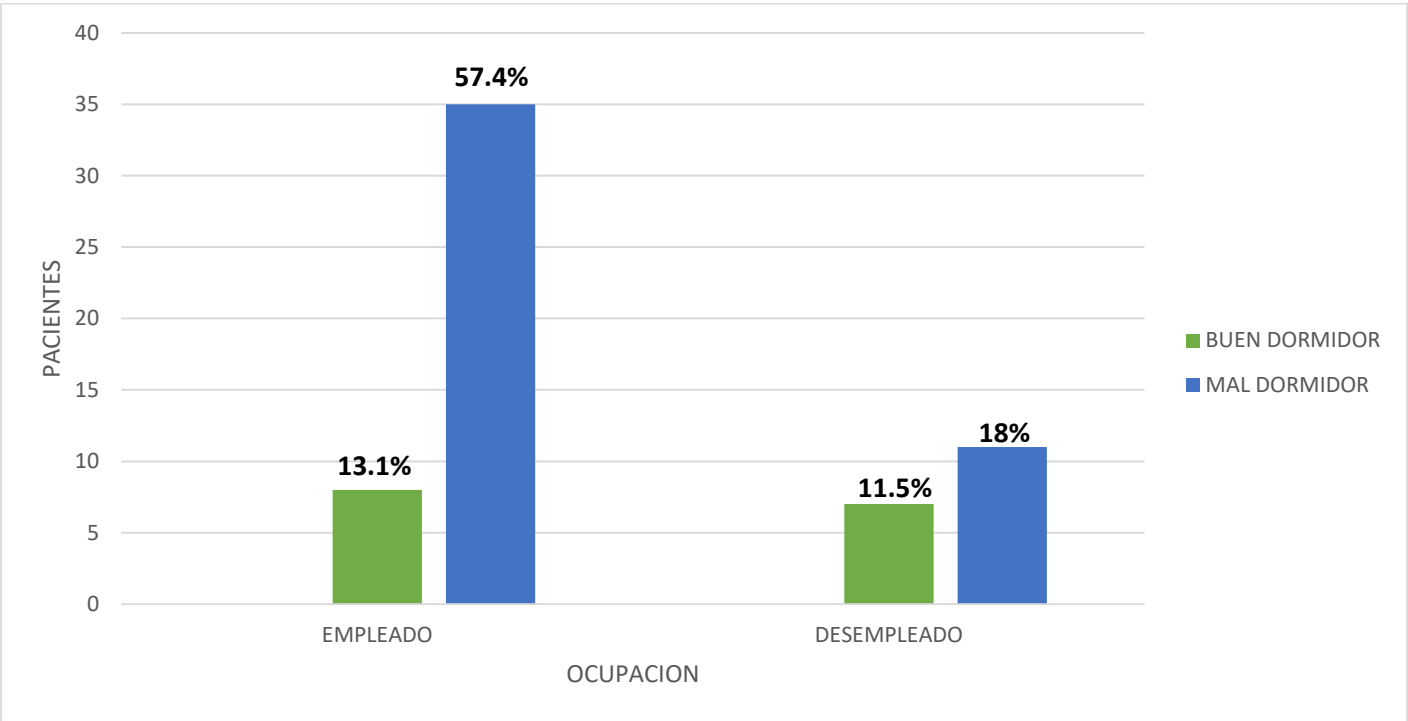
Fuente: n=61 Alcocer-G CA, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Sánchez-P J. "Detección de trastornos del sueño en pacientes con epilepsia en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021

Tabla 32.- Evaluación de OCUPACION / TIPO DE DORMIDOR en pacientes con epilepsia del HGZ MF No. 8

OCUPACION		TIPO DE DORMIDOR		Total
		BUEN DORMIDOR	MAL DORMIDOR	
EMPLEADO	Recuento	8	35	43
	% del total	13.1%	57.4%	70.5%
DESEMPLEADO	Recuento	7	11	18
	% del total	11.5%	18.0%	29.5%
TOTAL	Recuento	15	46	61
	% del total	24.6%	75.4%	100.0%

Fuente: n=61 Alcocer-G CA, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Sánchez-P J. "Detección de trastornos del sueño en pacientes con epilepsia en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021

Grafica 32.- Evaluación de OCUPACION / TIPO DE DORMIDOR en pacientes con epilepsia del HGZ MF No. 8



Fuente: n=61 Alcocer-G CA, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Sánchez-P J. "Detección de trastornos del sueño en pacientes con epilepsia en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021

DISCUSION

En el artículo “La relación Sueño y epilepsia” Beneto Pascual et al cols, reportaron que la somnolencia diurna es un síntoma que refieren hasta un 30% de los pacientes epilépticos, habitualmente asociadas a uso de fármacos anticonvulsivos como efectos no deseados, en el presente estudio encontramos en la evaluación de disfunción diurna a 12 pacientes (19.7%) que negaron tener disfunción durante el día, mientras que 49 pacientes (80.3%) refirieron si presentarla, así mismo en consideración de aquellos que reciben terapia anticonvulsiva el componente de disfunción diurna reporto 12 pacientes (20.3%) sin disfunción, mientras que 47 (79.7%) se refiere con disfunción diurna, con valores porcentuales muy por arriba de lo reportado en estudios.

D. Ezqueleta et al cols, reportan en su artículo “Epilepsia y SAOS, mayor relación de SAOS en pacientes con epilepsia, asociando hasta un 90% de prevalencia en el género masculino, el análisis de datos en nuestro estudio arroja datos en relación a perturbaciones del sueño entre ellas las condicionadas a la presencia del SAOS 34 pacientes (55.7%) manifestaron presentarla, a la diferenciación de los datos acorde al sexo encontramos hombres 18 (52.9%) se reporta sin perturbaciones y 11 (40.7%) refiere perturbaciones, en cuanto a las pacientes mujeres 16 (47.1%) comenta no presentar perturbaciones y 16 (59.3%) refiere Si presentar perturbaciones durante el sueño es decir en nuestro estudio, no se encuentra coincidencia en la literatura con el predominio según sexo para las perturbaciones del sueño

Elza Márcia Targas Yacubian et al cols describe en su artículo “Tratamiento farmacológico de las Epilepsias, Liga Internacional contra la Epilepsia” (2016) los diferentes índices de recurrencia para conciliar el sueño presentados pacientes epilépticos los cuales se encuentran en tratamiento farmacológico, retomando como con la literatura describe índices muy elevados (81%) en nuestro estudio respecto al análisis de tratamiento y latencia del sueño la cual hace alusión al tiempo inefectivo en cama que el paciente demora en dormir, se encontro de los pacientes que si reciben tratamiento 29 (96.7%) refiere facilidad para dormir y 30 pacientes (96.8%) con dificultad para dormir en este caso se encuentra coincidencia y se rebasa los resultados ya previamente estudiados.

Jaime M. Monti (2019) en su artículo sobre Actualización sobre la incidencia y las causas del insomnio primario y secundario de la Revista Medica de Uruguay precisa lo siguiente: Los pacientes con epilepsia tienen frecuentemente alteraciones en la arquitectura de sueño. Varios mecanismos pueden invocarse como productores de estas alteraciones, condicionando que el tiempo que el paciente pasa en la cama contrastado con las horas efectivas del sueño sean deficientes en mas del 35% de los pacientes, incrementando hasta un 60% en aquellos casos particulares que requieran medicación adyuvante por alguna patología de índole neuropsiquiátrico. En nuestro estudio no fue posible discernir entre este grupo particular de pacientes, debido a que formo parte de nuestros criterios de exclusión aquellos pacientes portadores de patología psiquiátrica, sin embargo al contrastar el análisis del rubro de eficiencia del sueño en pacientes epilépticos obtenido por baremación de índice de calidad del sueño considerando numero

de horas dormidas sobre el número de horas que pasa en la cama el paciente, se reportó ineficiente este índice en el 39.3% de nuestra población estudio.

Julia Santín Martínez, et al cols refiere en su publicación. Epilepsia, sueño y trastornos del sueño, de la Revista de la Pontificia Universidad Católica de Chile 2017 el efecto de la epilepsia en el sueño, el impacto de la medicación y la coexistencia con algún trastorno del sueño, principalmente en pacientes femeninos que estuvieran cursando con algún epifenómeno hormono-dependiente, elementos estresores o incapacitantes, que condicionara mala calidad de sueño, reportándose que son por lo menos 3 - 4 de cada 10 pacientes (40-50%) en los que de forma intencionada habría que hacer descarte de etiologías probablemente aunadas, se debe pues realizar una cuidadosa evaluación que comprende una historia clínica específica del sueño, mediante un diario del sueño, en nuestro estudio se realizó de forma cruzada la evaluación de la relación sexo y tipo de dormidor se reportó en cuanto a los pacientes hombres 8 (53.3%) son buenos dormidores y 21 (45.7%) calificados como malos dormidores, mujeres 7 (46.7%) como buen dormidor y 25 (54.3%) como malos dormidores, podríamos calificar a groso modo que las pacientes mujeres epilépticas tienen peor calidad del sueño en comparación que los varones de nuestra población estudio.

Dentro de los alcances del presente estudio podemos resaltar el conocimiento sobre la prevalencia de esta problemática que ya era un supuesto, pero que en esta ocasión esta queda documentada con cifras precisas a nuestra población derechohabiente específica por medio de un instrumento validado con alta sensibilidad y especificidad.

Las limitaciones durante el desarrollo del presente trabajo son aquellas atribuibles al contexto de la pandemia que nos dejó con contacto limitado con nuestros pacientes, recurriendo a medios como contacto vía telefónica que generaba una cierta renuencia a participar, apoyándonos también de la revisión del expediente clínico electrónico.

Los probables sesgos identificados se encuentran en la baremación de nuestro índice de calidad de sueño, y podría deberse por aquellos ítems que la mayoría de pacientes no pudieron contestar al no tener en el momento de su evaluación a un compañero de habitación que reforzara el cuestionario.

Las aplicaciones del conocimiento obtenido podrían aplicarse para promover en el rubro asistencial a la evaluación del paciente epiléptico en consultorio con algún instrumento que detecte alguna parasomnia para su correcta derivación si así lo requiere.

En el ámbito administrativo promover a partir de aquí la creación de clínicas de sueño o centros de conversatorios para mejorar la calidad de sueño en pacientes ya identificados.

En lo educativo a pesar de ser un conocimiento que a groso modo tal vez se conozca en el personal de salud sería buena idea hacer difusión de los resultados aquí plasmados para considerarlos en las futuras evaluaciones de nuestros pacientes con epilepsia.

En cuanto al rubro de investigación queda aún mucho por profundizar al ser una circunstancia dual, propia de la patología base como de la terapéutica empleada se podría seguir indagado acerca del apego farmacológico de nuestros derechohabientes, las modalidades y horarios de medicación, hábitos diurnos y nocturnos que atañen malestar a la hora de dormir.

CONCLUSIONES

Al tratarse de una patología con un alto impacto en el índice de calidad de vida , es muy importante conocer aquellas complicaciones circunstanciales que van de la mano de la propia patología , así como de la terapia médica , el presente estudio utilizó un índice de valoración que va más allá de la simple discriminación entre buenos y malos dormidores , debido a que hay pacientes que si bien mantienen dentro de rango referencial los puntajes de calidad de sueño considerados para el punto corte , pudieran estar cursando con alguna alteración de un componente del sueño , en nuestro caso utilizamos 7 dominios , y de esta forma no pasamos por alto aquellos con resultados bien puntuados, cumpliendo con el objetivo que se propuso al iniciar la investigación .

Se cumplió el objetivo planteado del proyecto , el principal resultado del presente estudio fue corroborar la hipótesis planteada al inicio , misma que se cumple rebasando en algunos dominios componentes del sueño, concluyendo que los pacientes con epilepsia del hospital HGZ/UMF No. 8 presentan algún trastorno del sueño .

Es importante comprender que la combinación de parasomnias y epilepsia es tan compleja como dependiente una de otra por lo tanto se debe reforzar la investigación, la generación de conocimiento y divulgación de la información relacionada con la epilepsia y su padecimiento, de manera que llegue no solo a la persona afectada, o al familiar del afectado, sino a la comunidad completa, a través de charlas, conversatorios de sensibilización, con el fin de concientizar que es una enfermedad que tiene origen de tipo neurológico pero que con el debido tratamiento no repercute en el funcionamiento cognitivo y social del individuo, si se cumple un buen plan terapéutico tanto en lo farmacológico como lo psicosocial.

Con este estudio dejó por evidencia que existen personas que si bien se refieren como “malos dormidores” no se trata más que de una alteración en algún componente del sueño , incluso alguno atribuidos a causas ajenas a la patología base o a la terapéutica de la misma .

Se espera que de esta forma se impacte para hacer hincapié de cuales serían las medidas para adoptar por parte de los pacientes , ejemplo buenos hábitos de higiene de sueño , así como complementación de actividades lúdicas , recreativas o físicas que mejoren la inducción de sueño de calidad y cantidad .

Dentro de las recomendaciones a quien decidiera retomar y dar continuidad al estudio aquí presentado sería trabajar con otro tipo de instrumento de valoración que pudiera dejar al descubierto los posibles errores en la clasificación de pacientes con trastornos del sueño , así como ampliar tal vez el margen de edad a poblaciones pediátricas o neonatales y de esta forma poder discriminar alguna diferencia que vaya de la mano con el estrato poblacional que aquí se seleccionó.

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Noriega G, Shkurovich P. Situación de la epilepsia en México y América Latina, *An Med (Mex)*. 2020;65(3):224-232.
- ² López FJ. Manual de práctica Clínica en Epilepsia, Recomendaciones diagnóstico terapéuticas, Ed Luzan, España, 2019;5(1).
- ³ Grupo de Cirugía Funcional de la Sociedad Española de Neurocirugía. Guías clínicas para la cirugía de la Epilepsia y de los Trastornos del Movimiento, Neurocirugía SENEC. 2019;20:329-34.
- ⁴ Guerrero R, Aguado G, Vázquez D, Velasco F, Velasco AL. Tiempo estimado entre inicio de crisis y tratamiento quirúrgico en pacientes con epilepsia refractaria, *Arch Neurocienc*. 2014;19(3):153-156.
- ⁵ García F, Constantino P, Castro A, Nevárez A, Estrada GC, Rivera FC, et al. Direct medical costs for partial refractory epilepsy in Mexico, *Arch Med Res*. 2016;37(1):376-383.
- ⁶ Gutiérrez J, Villegas H, Solórzano E, Hernández V. El impacto social y educacional por la epilepsia, en niños derechohabientes de tres hospitales de seguridad social, *Rev Mex Pediatr*. 2020;67(3):111-116.
- ⁷ Miranda G, Martínez FN, Arceo ME. La calidad de vida de los pacientes epilépticos determinada por la aplicación de la escala QOLIE-31, *Rev Neurol Neurocir y Psiquiatr*. 2017;40(2):50-55.
- ⁸ Benetó A, Santa A, Soler S, Cambra M, Redondo S, Gómez P, et al. La relación Sueño - Epilepsia, *Rev. Vigilia-Sueño*. 2017;19(1):15-24.
- ⁹ Beneto A. Activaciones en pacientes con sospecha clínica de comicialidad fundada y EEGs de rutina normales, V Reunión Científica Asociación Ibérica Patología del Sueño (AIPS). Vigo, 2016.
- ¹⁰ Suárez JH. Medicamentos anticonvulsivantes y cambios cognitivos en epilepsia, *Acta Neurol Colomb*. 2017;23:31-38.
- ¹¹ Guerrero GP. Epilepsia y sueño, *Acta Neurol Colomb*. 2018;24:21-24.
- ¹² Chokroverty S, Montagna P. Medicina de los trastornos del sueño: Aspectos básicos, consideraciones técnicas y aplicaciones clínicas, Saunders Elsevier Barc. 2021;3:499-529.
- ¹³ Carskadon MA, Dement WC. Normal Human Sleep: An Overview, Principles and Practice of Sleep Medicine, W.B Saunders Company, Philadelphia. 2020;3:15-25.
- ¹⁴ Grupo Normativo en Epilepsia. Epilepsia No Refractaria, Ministerio De Salud. GES, Decreto de Ley 170. DOF. 2017.
- ¹⁵ Tassinari CA, Rubboli G, Gardella E, Cantalupo G, Calandra G, Vedovello M, et al. Central pattern generators for a common semiology in fronto-limbic seizures and in parasomnias. A neuroethologic approach. *Neurol Sci*. 2017;26(3):225-32.
- ¹⁶ Godoy J, Nogales J, Donoso A, Verdugo R. Clínica y Diagnóstico de las epilepsias, Tratado de Neurología Clínica. Ed Univ. 2017.
- ¹⁷ Zucconi M, Ferini L. NREM parasomnias: arousal disorders and differentiation from nocturnal frontal lobe epilepsy, *Clin Neurophysiol*. 2020;(2):129-135.

- ¹⁸ Santin J, Godoy J, Ríos L, Mesa T, Aranda L. Incidencia de variantes normales de aspecto epileptiforme en electroencefalogramas normales: Estudio prospectivo y revisión de la literatura, Rev. chil. neuro-psiquiatr. 2020;41(4):281-290.
- ¹⁹ David P. Trastornos del Sueño. Guía para el paciente y su familia, Manual Divulgación. Fac Med Univ. de Chile. División Ciencias Médicas Sur. 2017.
- ²⁰ Perla D. Epilepsia y sueño; Revisión, Unidad de Neurología, H. Exequiel González Cortés Rev Med Chile, 2019(2).
- ²¹ Alonso L, Bauzano P, Busquier H, Cañadillas H, et al. Guía Andaluza de Epilepsia, GPC de la SADE. 2019(9):9-414.
- ²² Peraita R. Andrados Epilepsia y Ciclo Sueño vigilia Universidad de Murcia [rev neurol 2016 ;38:173-175].
- ²³ Julia Santín Martínez , Dr. Jaime Godoy Fernández. Epilepsia, sueño y trastornos del sueño, Rev de la Pontificia Universidad Católica de Chile 2017 (2) 64-71
- ²⁴ Rivera Castaño L. Epilepsia y Sueño , Artículo de revisión ,Revista Mexicana de Neurocirugía 2016 4(3) : 152 - 160
- ²⁵ Coerona T, Martínez IE, Romero L, Bravo E, Alfaro E. Diagnóstico y tratamiento de la epilepsia en el adulto, en el primer y segundo nivel de atención, Resumen de Evidencias y Recomendaciones. Guía de Practica Clínica SSA CENETEC. 2017(2).
- ²⁶ Quigg M, Gharai S, Ruland J, Schroeder C, Hodges M, Ingersoll KS, et al. Insomnia in epilepsy is associated with continuing seizures and worse quality of life Epilepsy, Res.122. 2016(1):91-96.
- ²⁷ Targas EM, Contreras G, Ríos L. Tratamiento farmacológico de las Epilepsias, Liga Internacional contra la Epilepsia. 2015(1).
- ²⁸ Monti JM, Actualización sobre la incidencia y las causas del insomnio primario y secundario, Rev Med Uruguay. 2018;(1)18:14-26.
- ²⁹ Reyes IV, Hernández JJ, Chumaceiro AC, Cadrazco C, Epilepsia un abordaje social: experiencia de sensibilización y concientización ciudadana, Orbis. Rev Científica, Ciencias Humanas. 2016;(12)35:58-76.
- ³⁰ Carretón M, Fernández L. Estrategia de relaciones públicas en la comunicación de la epilepsia razón y palabra. Rev Elec Am Lat Especializada en Comunicación. 2018(1):1-19.

ANEXOS



ANEXO 1

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

FOLIO: _____

“DETECCION DE TRASTORNOS DEL SUEÑO EN PACIENTES CON EPILEPSIA MAYORES DE 18 AÑOS EN EL HGZ/UMF #8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

Investigadores a cargo:

-Alcocer Gómez Carlos Alberto . Médico residente de Medicina Familiar. Matricula:97376192. HGZ MF NO. 8.
- Maravillas Estrada Angelica; Médico familiar, Profesora Titular de Medicina Familiar con Matricula: 98113861. HGZ MG NO.8
-Vilchis Chaparro Eduardo; Médico Familiar, Maestro en Ciencias de la Educación. Matricula: 99377278. CMN SXXI.
-Sanchez Pineda Jorge . Médico Especialista en Medicina Familiar, coordinador de medicina familiar Mat 97379893” IMSS HGZ MF NO.8.

Edad: _____ **Sexo:** 1 () M 2 () F **Escolaridad:** (1) Primaria__ (2) Secundaria ____ (3)Bachillerato ____ (4) Universidad o mas ____

Ocupación Empleado____ Desempleado____

Años de diagnóstico de epilepsia (1-3 años) (3 a 5 años) (> de 5 años)

Tiempo transcurrido desde la última crisis _____ (1. Menos de 1 año) (2. De 1 a 3 años) (3. Mas de 3 años)

Usted ha presentado crisis mayormente en (1 Mañana __) (2. Noche o durante el sueño__) (3. Cualquier momento del día __)

Esta en tratamiento con anticonvulsivantes: 1.- SI ____ 2.- NO____ Indique el fármaco utilizado _____

INDICE DE CALIDAD DE SUEÑO DE PITTSBURGH

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?

Apunte su hora habitual de acostarse _____ 1(antes de las 22:00hrs) 2(Después de las 22:00hrs)

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?.

Apunte su hora habitual de levantarse _____ 1 (08:00 a 10:00hrs) 2 (Despues de las 10:00hrs)

4.- ¿Cuántas horas calcula que habrá dormido verdaderamente cada noche durante el último mes?

Apunte el numero de horas que cree haber dormido _____ 1 (< 8hrs) 2 (> de 8:00hrs)

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 sanitario:

- 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

**PORFAVOR SOLO CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SOLO EN CASO DE QUE DUERMA ACOMPAÑADO
Si usted tiene pareja o compañero de habitación pregúntele si en el último mes ha tenido :**

a) Ronquidos ruidosos:

- 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) Grandes pausas entre respiraciones mientras duerme:

- 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) Sacudidas o espasmos de piernas mientras duerme

- 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) Episodios de desorientación o confusión mientras duerme:

- 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) Otros inconvenientes mientras usted duerme:

Descríbalos a continuación:

- 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

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 suman 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

a). 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: _____

b). 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 (%)

$$\left(\frac{\quad}{\quad}\right) \times 100 = \quad\%$$

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 nº5 del inciso "b" al inciso "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

Puntuación Pregunta 9: _____

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
Puntuación Ítem 7: _____

3

Puntuación PSQI Total
Sume la puntuación de los 7 ítems

Puntuación PSQI Total: _____



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN
EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN (ADULTOS)

Nombre del estudio:	Detección con prueba de escrutinio de trastornos del sueño en pacientes con diagnóstico de epilepsia mayores de 18 años en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar N.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Ciudad de México, Servicio de Medicina Familiar del H.G.Z. / U.M.F. No. 8, "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 13 de diciembre del 2021
Número de registro institucional:	
Justificación y objetivo del estudio:	Le invitamos a participar en este estudio en el cual queremos saber si usted tiene algún trastorno del sueño, de esta forma conocer la prevalencia de los mismos en pacientes con diagnóstico de epilepsia en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar N.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"
Procedimientos:	Su participación consiste en contestar algunas preguntas, para posteriormente analizar la frecuencia de los trastornos del sueño en pacientes con epilepsia
Posibles riesgos y molestias:	Investigación de mínimo riesgo (se realizará una encuesta), sin molestia para el participante.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Aplicación de programas que den paso a un impacto positivo en base a los resultados obtenidos, con la evidencia de nuestra población derecho habiente de forma específica
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se informará en caso de datos relevantes, se realizará plática informativa posterior a la entrevista y se dará tríptico informativo sobre el tema.
Participación o retiro:	El paciente tendrá plena libertad de decidir su participación o retiro en cualquier momento durante la realización del cuestionario, sin que se afecte su atención en el instituto.
Privacidad y confidencialidad:	Sus datos personales serán codificados y protegidos de tal manera que solo pueden ser identificados por los investigadores de este estudio o en su caso, de estudios futuros.

Declaración de consentimiento:

Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

<input type="checkbox"/>	No acepto que mi familiar o representado participe en el estudio
<input type="checkbox"/>	Si acepto que mi familiar o representado participe y que se tome la muestra solo para este estudio.
<input type="checkbox"/>	Si acepto que mi familiar o representado participe y que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros, conservando su sangre hasta por dos años tras lo cual se destruirá la misma.

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

Investigadora o Investigador Responsable:	Maravillas Estrada Angélica. Médico Familiar, Profesora Titular de Medicina Familiar Adscrita al HGZ/MF No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". Matricula: 98113861 Teléfono: 55 45000340. Fax: No Fax. Email: angelica.maravillas@imss.gob.mx .
Colaboradores:	Vilchis Chaparro Eduardo, Mat 99377278 Médico Familiar. Maestro en Ciencias de la Educación, Doctor en Ciencias de la Familia, Doctor en Alta Dirección en Establecimientos de Salud. Profesor Medico del CIEFD Siglo XXI. CMNSXXI. Teléfono: 56276900 ext. 217425. Fax: No Fax. Email: lalovilchis@gmail.com Sanchez Pineda Jorge Mat: 99379893 Médico familiar. Coordinador de medicina familiar turno vespertino. Adscrito al hgz/mf no.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" Tel: 5540432008 fax: no fax Email: jorge.sanchezpi@imss.gob.mx Alcocer Gómez Carlos Alberto. Matricula: 97376192. Médico Residente de 2 año de Medicina Familiar en el HGZ/UMF No.8. Tel: 5611712836. Fax: No Fax. Email: alcogomez4@gmail.com

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	Carlos Alberto Alcocer Gómez _____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
------------------------------------	--

Testigo 1 Nombre, dirección, relación y firma	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

Ciudad de México, a 10 de Noviembre del 2021.
CCEIS/ 487 /2021

ASUNTO: CARTA DE NO INCONVENIENTE.

**COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACION EN SALUD
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA
DESCONCENTRADA SUR DE LA CIUDAD DE MÈXICO**

Por medio de la presente le informo a usted que no existe inconveniente para que los investigadores, Dra Angélica Maravillas Estrada Titular de Medicina familiar con la matrícula 98113861 Dr. Vilchis Chaparro Eduardo; Médico Familiar, Maestro en Ciencias de la Educación con Matrícula: 99377278 y a Jorge Pineda Sánchez Médico Especialista del HGZ/UMF No.8, matrícula 99371494 ; realicen la investigación titulada: **“Detección de trastornos del sueño en pacientes con diagnóstico de epilepsia en el HGZ/UMF No 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”** dicha investigación pretende llevarse a cabo en el HGZ/MF 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 periodo comprendido 1º de marzo de 2021 al 28 febrero del 2023. El procedimiento que se llevara a cabo será seleccionando pacientes con epilepsia de 18 a 100 años que acudan al área de consulta externa de medicina familiar, se aplicara un cuestionario y se recabarán los datos correspondientes a las variables sociodemográficas y resultados del cuestionario.

Por lo que no tengo ningún inconveniente en otorgar las facilidades a los investigadores Dra. Maravillas Estrada Angélica, Dr. Vilchis Chaparro Eduardo, Dr. Jorge Pineda Sánchez y al Médico Residente Alcocer Gómez Carlos Alberto con matrícula 97376192 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.

Atentamente
“Seguridad y solidaridad Social”

DR. GUILLERMO BRAVO MATEOS
DIRECTOR HGZ/MF No 8