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

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTADO DE MÉXICO PONIENTE
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 58 “LAS MARGARITAS”

T E S I S :

“CALIDAD DE SUEÑO DE LOS MÉDICOS FAMILIARES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 58 EN COMPARACIÓN CON LOS MÉDICOS DEL ÁREA DE URGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 58”.

NUMERO DE REGISTRO SIRELCIS:
R-2023-1503-003

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE LA
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A :

DRA. MARTÍNEZ HERNÁNDEZ ANA ODILIA
TESISTA

ASESORES DE TESIS:

DR. MARTÍNEZ HERNÁNDEZ ISAAC RAFAEL
DRA. MIRANDA CRUZ WENDY

Tlalnepantla de Baz, Estado de México, 2023.

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 58

T E S I S:

"CALIDAD DE SUEÑO DE LOS MÉDICOS FAMILIARES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 58 EN COMPARACIÓN CON LOS MÉDICOS DEL ÁREA DE URGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 58".

NUMERO DE REGISTRO SIRELCIS:
R-2023-1503-003

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE LA
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A:

DRA. MARTÍNEZ HERNÁNDEZ ANA ODILIA
TESISTA

ASESORES DE TESIS:

DR. MARTÍNEZ HERNÁNDEZ ISAAC RAFAEL

DRA. MIRANDA CRUZ WENDY

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN Salud

Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **1503.**
H GRAL ZONA NUM 58

Registro COFEPRIS **17 CI 15 104 037**
Registro CONBIOÉTICA **CONBIOETICA 15 CEI 002 2017033**

FECHA **Martes, 24 de enero de 2023**

Dr. ISAAC RAFAEL MARTINEZ HERNANDEZ

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **"CALIDAD DE SUEÑO DE LOS MÉDICOS FAMILIARES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 58 EN COMPARACIÓN CON LOS MÉDICOS DEL ÁREA DE URGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 58".** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional
R-2023-1503-003

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Dr. SOFIA LORENA ARIAS CABAÑAS
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1503

Imprimir

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 58

"CALIDAD DE SUEÑO DE LOS MÉDICOS FAMILIARES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 58 EN COMPARACIÓN CON LOS MÉDICOS DEL ÁREA DE URGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 58".

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE LA
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
AUTORIZA:

DRA. ALEJANDRA ROJO COCA
COORDINADORA DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL

DRA. IDANIA CLAUDIA GÓMEZ MÉNDEZ
COORDINADORA AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN

DRA. DULCE MARÍA JUÁREZ ANDRADE
DIRECTORA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 58

H.V.M.C

DRA. MARÍA DEL CARMEN HERNÁNDEZ VARGAS
COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

DRA. SANDRA GRISSEL GARCÍA CAMPOS
PROFESORA TITULAR DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

DR. MARTÍNEZ HERNÁNDEZ ISAAC RAFAEL
ASESOR DE TESIS

DRA. MIRANDA CRUZ WENDY
CO-ASESORA DE TESIS

D E D I C A T O R I A.

Este trabajo quiero dedicarlo a mi esposo y a mis padres por siempre ser mi apoyo en cada paso, por confiar en mi e incluso cuando yo dudo de mis capacidades, por brindarme tanto amor y sobre todo paciencia que por cierto ha sido mucho. A todos mis amigos en especial a Jazz que siempre me da palabras de aliento y está en todo momento, a todas esas personas especiales que estuvieron en esta etapa tan compleja y al mismo tiempo llena de satisfacciones y buenos momentos.

También quiero dedicar este trabajo a todos los médicos de las diferentes especialidades que contribuyeron a mi formación ética, profesional y humana en esta etapa, por dedicarme de su tiempo y compartirme un poco de su amplio conocimiento.

A mis compañeros con los cuales pasamos risas, enojos, cansancio, pero también buenas anécdotas, cada uno contribuyo algo positivo en mi vida y eso siempre lo llevare en la mente y en el corazón.

Al Dr. Isaac Martínez por confiar en mí y aceptar ser mi asesor de tesis.

A la Dra. Wendy por ayudarme a ver la luz al final del túnel.

A G R A D E C I C M I E N T O S

A la vida y a Dios por regalarme la dicha de tener a tantas personas maravillosas en mi camino que han contribuido a la mujer que ahora soy.

A mi Mami que siempre ha estado ahí con una sonrisa haciéndome sentir que puedo, que todo estará bien y que soy capaz de lograr todo lo que me proponga, por siempre mandarme mi “lunch” al hospital, pero en especial quiero agradecer todo la paciencia y el amor incondicional que me brinda, gracias por demostrarme lo que significa el amor verdadero.

A mi papá por todo su apoyo y amor, por enseñarme que todo lo que me proponga lo puedo logras y se que, aunque no es muy expresivo, sé que está orgulloso de mi.

A mis hermanos Martin y Gio por acompañarme en este camino.

A mi amado esposo Luis quien ha sido el más paciente en esta etapa, por no perder el control cuando yo lo pierdo, por ese amor tan genuino que me da, quien con un abrazo me reinicia la vida, gracias infinitas por todo su apoyo incondicional, porque jamás me ha dejado sola, por siempre tener las palabras correctas cuando más lo necesito, pero también por ayudarme a tener los pies firmes sobre la tierra, por ser mi fuerte, por hacerme sentir que soy capaz e invencible, quien día a día me da un motivo más para ser mejor ser humano.

ÍNDICE

RESUMEN **7**
INTRODUCCIÓN **9**
MARCO TEÓRICO **11**
JUSTIFICACIÓN **26**
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA **27**
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN **29**
OBJETIVOS **29**
HIPOTESIS **30**
MATERIAL Y MÉTODOS **30**
ASPECTOS ÉTICOS **36**
RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD **41**
RESULTADOS **44**
DISCUSIÓN **54**
CONCLUSIONES **56**
IMPACTO **57**
BIBLIOGRAFÍA **58**
ANEXOS **61**

RESUMEN

Título: "CALIDAD DE SUEÑO DE LOS MÉDICOS FAMILIARES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 58 EN COMPARACIÓN CON LOS MÉDICOS DEL ÁREA DE URGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 58".

Autores: Martínez-Hernández, R., Miranda-Cruz, W., Martínez-Hernández, A.

Antecedentes: El sueño es el acto de dormir, sin embargo, es una necesidad del ser humano donde se llevan a cabo diversos procesos fisiológicos en el cual actúan diversos neurotransmisores para el adecuado funcionamiento del organismo. (1) Una mala calidad de sueño repercute negativamente en las personas, ya que alteran la concentración para toma de decisiones y cometer errores médicos y a su vez incrementa el porcentaje para padecer enfermedades como Hipertensión Arterial, Diabetes, Cardiopatías, entre otras. **Objetivo:** se determinó el nivel de calidad de sueño de los Médicos Familiares de la UMF No. 58 y de los Médicos adscritos al área de urgencias de HGZ No. 58 de forma comparativa. **Material y método:** Investigación observacional, transversal y descriptivo en 78 médicos 50% Médicos Familiares y 50% Médicos del área de urgencias, con previa autorización, se otorgó consentimiento informado, se utilizó el instrumento de investigación índice de calidad de sueño de Pittsburgh (ICSP), aspectos sociodemográficos, otros trabajos y consumo de medicamentos para conciliar el sueño, posteriormente se realizó un análisis de los resultados de tipo descriptivo. **Recursos de Infraestructura:** la información fue por medio de un cuestionario que se realizó en diversas instalaciones del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 58 "Manuel Ávila Camacho" del IMSS. **Experiencia del grupo:** 1.- Dr. Isaac Rafael Martínez Hernández, especialista en Medicina Familiar, Maestría en Administración de Hospitales, profesor adjunto de médicos residentes del segundo año de Medicina Familiar. 2.- Dra. Wendy Miranda Cruz especialista en Medicina Familiar 3.- Dra. Ana Odilia Martínez Hernández Residente de la especialidad de Medicina Familiar. **Resultados y análisis:** Se evaluaron 78 médicos de los cuales

50 % eran de Medicina Familiar y 50% médicos adscritos al servicio de urgencias en el que se observó que el rango de edad predominante es de 36 a 40 años de edad con un 34.6%, mayor población del sexo femenino con un 61.5%, estado civil solteros 41.0% (32), se observó mayor porcentaje de médicos quienes cuentan con otra actividad laboral independiente del HGZ/ UMF No. 58 son los médicos del área de urgencias con un 69.2%. Al realizar el ICSP se observó que existe una mala calidad de sueño con un mayor porcentaje en la población medica del área de urgencias con un 53.9% en comparación con los Médicos del Área de Medicina Familiar 30.8%, al igual que las horas de sueño predominaron 5-6 horas 38.5% en médicos de urgencias y 6-7 38.5% horas en médicos familiares. **Conclusión:** Al termino de este estudio pudimos detectar que existe una mala calidad de sueño en las poblaciones comparadas existiendo una predominancia en los médicos de urgencias.

Palabras clave: Calidad de sueño, Médicos Familiares, Médicos del área de urgencias.

INTRODUCCIÓN

El sueño se refiere a la acción de dormir, siendo este un estado regular, recurrente y reversible que se caracteriza por ser un estado de tranquilidad, con pérdida de la conciencia, ojos cerrados, inactividad e incremento en el umbral de respuesta a estímulos externos en comparación con el estado de vigilia. La calidad de sueño depende factores internos como el comportamiento del organismo, y externos, como las condiciones ambientales que pueden ser NO favorables para los patrones de un sueño saludables. (2)

Es un proceso activo del cerebro, que se encuentra controlado por distintas sustancias y neurotransmisores estimulantes: dopamina y norepinefrina, histamina, orexina y glutamato; sustancias y neurotransmisores cerebrales inhibitorias: GABA (ácido gamma-aminobutírico), adenosina, glicina; y sustancias y neurotransmisores regulatorias: acetilcolina, serotonina y melatonina. En el sistema regulador es dado por la acetilcolina que se encuentra en grandes concentraciones en la formación reticular activadora ascendente encargada de regular el sueño REM, mientras que la serotonina es un inhibidor del sueño REM, la melatonina también participa en la regulación y esta es secretada en la glándula pineal que se libera en respuesta a la disminución de la luz ambiental, regulando así el ciclo sueño – vigilia. (3) El sueño se encuentra presente durante toda la vida del sujeto con características distintas a lo largo de la vida. Es una actividad esencial para la supervivencia del organismo y cumple con las funciones de: descanso con una finalidad restauradora y homeostática, consolidación de memoria, reparación del sistema inmunitario, almacenamiento de energía celular, regulación de la temperatura corporal y metabolismo. (4)

El sueño es un indicador de la salud, una cantidad de horas suficiente para dormir con calidad adecuada son consideradas indispensables para un estilo de vida saludable, en conjunto con realización de actividad física y alimentación adecuada. La calidad del sueño se refiere también a un buen funcionamiento diurno con un adecuado nivel de atención para realizar diferentes tareas.

Díaz Ramiro y colaboradores mencionan que los trabajadores del sector sanitario presentan una variedad de problemas de salud como trastornos digestivos y alimenticios, envejecimiento prematuro, enfermedades inmunológicas, problemas cardiacos, trastornos psicológicos, problemas en su entorno familiar, insatisfacción de la crianza de los hijos y problemas laborarles como el estrés, ansiedad, depresión, síndrome de Burnout, accidentes laborales y ausentismo. Este gremio tiene alta prevalencia para trastornos como insomnio, apnea, y déficit crónico del sueño, ya que se encuentran sujetos a sistemas de guardias con largas horas laborales y turnos rotatorios. (5)

De acuerdo a la Gaceta del senado del 23 de octubre del 2022 informa que los datos obtenidos por la Iniciativa Ciudadana y Desarrollo Social (Índice Social AC) en México existen 3 médicos por cada 2 mil habitantes con un total de 343,700 personas que estudiaron medicina. (6) Las características que tiene el sistema de salud en México obliga a los médicos a prestar servicios de manera ininterrumpida, con el fin de satisfacer la demanda constante del sector, se enfrentan continuamente a distintas situaciones estresantes propias de su área de trabajo que pueden condicionar a alteraciones del sueño, al tener una mala calidad de este influye directamente en el mal funcionamiento diurno de sus actividades, ocasionando que haya un alto grado de errores médicos, sin embargo, esto también afecta en el desarrollo social al individuo afectando la productividad laboral.

En el análisis emitido por la Cámara de Diputados de Noviembre del 2015: RESPONSABILIDAD DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD, demostró una cifra de 20,993 quejas por el área de conciliación y arbitraje de los cuales el IMSS presento el mayor número de quejas por mala praxis con un total de 1,806 quejas en lo que iba del año 2015, los estados con mayores quejas son Ciudad de México, Estado de México, Tlaxcala, Jalisco, Baja California Sur, Campeche, Nuevo León, Puebla y Sinaloa, siendo el estado de México el segundo lugar con mayor incidencia de quejas por mala praxis. (1)

MARCO TEÓRICO

1. EL SUEÑO

La palabra sueño se deriva del latín “somnum” y su raíz original se conserva en las palabras somnífero, somnoliento y sonámbulo. Según el Diccionario de la Real Academia Española, sueño, significa el acto de dormir como el deseo de hacerlo y ensueño equivale al acto de soñar, es la representación onírica de quien duerme. El adjetivo onírico proviene del griego “ónar” que significa ensueño. (7)

El sueño es una necesidad fisiológica que juega múltiples roles en los seres humanos y presenta características especiales que van variando con la edad y el medio ambiente. Es regulado mediante neurotransmisores cerebrales y a través de ritmos biológicos intrínsecos de carácter periódico (ritmo circadiano), que se manifiestan con intervalos de 24 horas y que regulan el ciclo vigilia-sueño. (8)

El ejercicio, una adecuada alimentación y una buena calidad de sueño son predeterminantes para la salud. La salud física y emocional depende de la capacidad para satisfacer estas necesidades humanas básicas. Los individuos necesitan diferente cantidad de sueño y descanso. La mala calidad de sueño tiene efectos negativos en el organismo de las personas, reduciendo la capacidad de concentración y razonamiento afectando sus actividades diarias, actividades laborales e incrementa los estados de irritabilidad. (4)

Es una función biológica de central importancia para la mayoría de los seres vivos. Se ha demostrado que durante el sueño se produce una diversidad de procesos biológicos de gran relevancia, como la conservación de la energía, la regulación metabólica, la consolidación de la memoria, la eliminación de sustancias de desecho, activación del sistema inmunológico. (9)

La cantidad de sueño que necesita una persona depende de varios factores especialmente de la edad:

Grupo etario	Cantidad de horas de sueño recomendada
Bebés de 4 a 12 meses	De 14 a 17 horas al día, incluidas las siestas
Bebés de 4 a 12 meses	De 12 a 16 horas al día, incluidas las siestas
De 1 a 2 años	De 11 a 14 horas al día, incluidas las siestas
De 3 a 5 años	De 10 a 13 horas al día, incluidas las siestas
De 6 a 13 años	De 9 a 12 horas al día
De 14 a 17 años	De 8 a 10 horas al día
Adultos jóvenes 18-25 años	De 7 a 9 horas al día
Adultos 26 a 64 años	De 7 a 9 horas al día
Adultos > 65 años	De 7 a 8 horas al día

Agudelo, M; Andres, H; Alpi, V; Tobón, RASTORNOS DEL SUEÑO, SALUD Y LA CALIDAD DE VISA: UNA PERSPECTIVA DESDE LA MEDICINA COMPARTIMENTAL DEL SUEÑO. Suma Psicología. 2018, marzo. 18(1).

La calidad de sueño depende de factores internos como el comportamiento del organismo y externos como condiciones ambientales, factores estresores o conflictos que no son favorables para los patrones de sueño saludables en el individuo. Está íntimamente relacionado con el estado de salud: si existe una adecuada calidad de sueño la salud mental y la física se observan mejoradas; por el contrario, si existe una enfermedad habrá una alta probabilidad de que la calidad de sueño se vea afectada al tener que interrumpir el sueño a causa de la ingesta de medicamentos o cuando el malestar general que ocasiona la enfermedad provoca modificaciones en el patrón de sueño. (7)

El periodo de sueño fisiológico normal, considerado de 7-8 horas en el adulto es gobernado por neurotransmisores tipo mono-aminas y acetilcolina, causando un ciclo ultradiano cada 90 minutos, con predominio del sueño lento o NREM en la primera mitad de la noche y de sueño REM en la segunda mitad. El sueño es un estado dinamico en el que se activan e inhiben distintas zonas del encéfalo, existen relojes biológicos que se encuentran en el hipotálamo (núcleo supraquiasmático) encargado de regular el sueño REM y NREM. (10)

Cualquier persona atraviesa fases de dos tipos de sueño que alternan entre sí. Estos tipos reciben el nombre de:

1. Sueño de movimientos oculares rápidos o paradójicos **(sueño REM)**, porque los ojos experimentan unos movimientos rápidos aun cuando la persona todavía está dormida. Comprende los estadios 1, 2, 3 y 4.
2. Sueño de ondas lentas o no REM (NREM), en el que las ondas cerebrales son potentes y de baja frecuencia. (4)

El sueño NREM la mayoría de las funciones fisiológicas del organismo están reducidas y aparecen movimientos corporales involuntarios. Se divide en

- Sueño superficial (fases 1 y 2)
- Sueño profundo (fases 3 y 4) también llamado sueño delta o de ondas lentas.

El sueño comienza por la fase 1, siendo este un período de adormecimiento que dura entre 1 y 7 minutos. Fase 2: A partir de este momento no vuelve a presentarse, se le conoce como sueño superficial, se caracteriza por un enlentecimiento del ritmo cerebral, que se refleja en el electroencefalograma por un ritmo generalizado de ondas alfa y desaparición de las ondas betas habituales durante la vigilia. Puede aparecer alguna onda delta, pero no supera en ningún caso el 20% del trazado. Se produce, además, un estado de relajación muscular generalizada y una disminución del ritmo cardíaco y respiratorio. A medida que el sueño avanza, aparecen las fases 3 y 4, que constituyen el sueño profundo o sueño de ondas delta. En estas fases el tono muscular es aún menor y en el EEG se observan ondas delta. La diferencia entre ambas es únicamente cuantitativa: se habla de fase 3 si las ondas delta suponen más del 20% pero menos del 50% en una unidad de medida temporal del sueño (en los registros de sueño se toma como unidad mínima de medida 30 segundos, aunque también pueden darse los porcentajes por cada minuto); la fase 4 se caracteriza por un predominio de las ondas delta, que representan más del 50% del sueño en una unidad de tiempo (medio minuto, al menos). (5)
Resumiendo, los cambios característicos en las ondas cerebrales del EEG, durante el sueño no REM, son:

- Vigilia, ojos cerrados: presencia de ondas alfa, de 8 a 10 cps y actividad de bajo voltaje o frecuencia mixta. La actividad alfa empieza a desaparecer a medida que el sueño sea más profundo.
- Estadio 1: actividad regular de bajo voltaje, de 3 a 7 cps.
- Estadio 2: husos de sueño con ondas de 12 a 14 cps y ondas trifásicas que se conocen como complejos K.
- Estadio 3: ondas delta, de bajo voltaje de 0,5 a 2,5 cps que ocupan menos del 50% del trazado.
- Estadio 4: ondas delta en más del 50% del trazado.

El sueño REM, o sueño de movimiento ocular rápido, fue descubierto en 1953 por Aserinsky y Kleitman. Es cualitativa y cuantitativamente diferente al no REM, con gran actividad cerebral y niveles de actividad fisiológicas similares a los del estado de vigilia, e incluso aumentados y con variaciones de minuto a minuto, por lo que se ha denominado como sueño paradójico, porque en él aparece una atonía muscular generalizada, detectable polisomnográficamente por la desaparición de la actividad electromiográfica.

Casi todos los períodos REM presentan tumescencia peneana y clitoridea, probablemente relacionada con un aumento del tono colinérgico asociado con este estado, y que se traduce en erecciones parciales o totales del pene. Hay parálisis casi total de la musculatura esquelética y por ello ausencia de movimientos corporales. Es característica la aparición de sueños vívidos, normalmente abstractos y surrealistas, afectivamente cargados, a diferencia de los del período no REM, en el que si aparecen son menos vivido. (4)

El primer período REM se presenta aproximadamente a los 80-90 minutos del inicio del sueño. El tiempo que transcurre entre el inicio del sueño y la aparición del primer período REM se conoce como latencia REM. Ésta se encuentra acortada en algunos trastornos, como la depresión endógena, y en este caso es inferior a 60 minutos. En ella tiene lugar la mayor parte de la actividad onírica, aunque también puede haberla en la fase 4 o profunda del no REM, en la que aparecen pesadillas

especialmente. Las fases REM aparecen cada vez con mayor rapidez a lo largo de la noche; es decir, que las sucesivas latencias para los sucesivos períodos REM se acortan, de forma que en la segunda parte de la noche existe mayor proporción de sueño REM que en la primera. Este fenómeno se invierte en algunos trastornos, como en la depresión endógena. Durante el sueño de un adulto se presentan varios ciclos de sueño.

El primer ciclo comienza con el adormecimiento y termina con el final de la primera fase REM. Cuando ésta acaba, se produce un despertar breve, del que a veces no somos conscientes y el sueño se reinicia en fase 2, con lo que comienza el segundo ciclo de sueño que finalizará al terminar la segunda fase REM. Así, cada ciclo está constituido por períodos No-REM y REM (sueño superficial – sueño profundo – sueño REM). En el adulto, suelen aparecer cuatro de estos ciclos cada noche, pudiendo variar entre tres y cinco. (7)

La cantidad de sueño necesaria para cada persona depende de factores que dependen del ambiente, el organismo y el comportamiento, ya que varía de acuerdo con necesidades y estilos de vida. (9)

A lo largo de la vida disminuye progresivamente el tiempo total, así como el sueño, como los porcentajes relativos de sueño lento profundo y no REM. El 50% de los adultos jóvenes duermen en sueño lento y ligero y entre 15-20% en sueño lento y profundo; del 20-25% en sueño REM. (2)

2. TRASTORNOS DEL SUEÑO

Los trastornos del sueño son un grupo de alteraciones que afectan la capacidad de dormir bien de manera regular, ya sea que estén causados por problemas de salud o por problemas psicológicos. Estos trastornos existen en las etapas de inicio, mantenimiento y durante el ciclo sueño- vigilia. (11)

Hay diversas enfermedades que cursan con algún trastorno del sueño como uno más de sus síntomas. De hecho, es difícil encontrar alguna enfermedad que no altere en nada el sueño nocturno o la tendencia a dormir durante el día. (12)

El concepto de calidad de sueño solo puede ser evaluado con escalas de autoevaluación y los resultados obtenidos varían según las características específicas de cada individuo y la percepción de este, estas evaluaciones son subjetivas también incluye aspectos cuantitativos como la duración del sueño, numero de despertares, tiempo de latencia, y aspectos cualitativos como la sensación de descanso o el estado de ánimo. (7)

Los trastornos del sueño tienen consecuencias en la salud física, mental y social de la persona, por lo que deben ser atendidos mediante diagnósticos diferenciales y empleado en terapias electivas. (13)

Después de largo estudios se realizó una clasificación internacional de los trastornos del sueño (International Classification of Sleep Disorders o ICSD) en el cual se distinguen 3 grupos de enfermedades del sueño:

- Disomnias
- Parasomnias
- Trastornos del sueño relacionas con procesos médicos, psicológicos y psiquiátricos. (14)

Resumen de la ICSD			
DISOMNIAS	PARASOMNIAS	ALT ASOCIADAS A OTRAS ENFERMEDADES	SD PRESUPUESTOS
1. Intrínsecas - Insomnio Psicológico - Mala percepción del sueño - Insomnio idiopático - Narcolepsia - Hipersomnia idiopática - SAOS - MPP 2. Extrínsecas - Secundario a: altitud, alergia a alimentos, alcohol, fármacos, higiene del sueño, ruido. 3. Alt. ritmo circadiano - Jet-lar, ritmo irregular, ciclo corto, ciclo largo, trabajo en turnos.	1. Alt. despertar - Despertar Confusional - Sonambulismo - Terrores Nocturnos 2. Alt. transición vigilia-sueño - Jactatio capitis - Somniloquias - Calambres nocturnos 3. Parasomnias en REM. - Parálisis del sueño - Pesadillas - Alteraciones de la conducta en REM - Parada sinusal en REM 4. Otras parasomnias. - Bruxismo, enuresis, disquinesia paroxística nocturna, mioclonías, ronquido primario, hipoventilación congénita.	1. Enf psiquiátricas - Psicosis, alt pánico, alt ansiedad, alt humor, alcoholismo 2. Enf. Neurológicas - Insomnio fatal familiar - Demencia - Parkinson - Enf. Degenerativas - Epilepsia, status del sueño - Cefalea relacionada al sueño 3. Enf Médicas - Isquemia cardiaca nocturna - EPOC - Asma relacionada al sueño - Reflujo gastroesofágico - Ulcera gastroduodenal - Fibromialgia - Enf del sueño	- Hiperhidrosis del sueño - Sd. de Subvigilia - Laringoespasmo - Sueño largo - Sueño corto - Taquipnea - Alucinaciones - Atragantamiento - Alt. En embarazo Alt. perimenstruales

3. MÉTODOS DIAGNÓSTICOS PARA EL ESTUDIO DE LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO

El estudio clínico de los trastornos requiere el realizar distintos estudios diagnósticos, algunos de ellos necesitan equipos e instalaciones especiales para llevarlos a cabo como lo es la polisomnografía, lo cual lamentablemente puede complicar su accesibilidad para la población general, pero algunos otros, como las escalas y cuestionarios, nos permiten evaluar o cuantificar, aunque de forma subjetiva, la probabilidad de la existencia de un trastorno del sueño basándose en sus síntomas asociados o en sus repercusiones funcionales. (15)

3.1 CUESTIONARIOS Y ESCALAS

Existe una gran diversidad de escalas y cuestionarios para la evaluación del trastorno de sueño. Estos cuestionarios se basan en preguntar y cuantificar los síntomas que típicamente se presentan en los distintos Trastornos del Sueño para así tratar de identificarlos y cuantificarlos en cuanto a su frecuencia y severidad. (16)

1. Existen escalas enfocadas en estimar el riesgo o probabilidad de padecer un TS específico como: síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) (cuestionario de Berlín, el sleep disorders questionnaire, la escala STOP) o el insomnio (escala de insomnio de Atenas es un instrumento autoaplicable de 8 reactivos desarrollado por Saltanos y Cols donde se establecen requisistos de frecuencia y duración para dormir para el insomnio no orgánico).
2. Escalas que miden las consecuencias que producen los Trastornos del Sueño, como la somnolencia diurna excesiva (Escala de Epworth es un instrumento autoaplicable de ocho reactivos desarrollado por Johns para evaluar la propensión a quedarse dormido en ocho situaciones, en su mayoría monótonas y algunas más soporíferas que otras. El sujeto responde cada reactivo en una escala de 0-3, donde 0 significa nula probabilidad de quedarse dormido y 3 alta probabilidad. La suma de las calificaciones en cada reactivo proporciona la calificación total, con un rango de 0-24. Una

puntuación total menor de 10 es considerada normal, 10-12 como indicativa de somnolencia marginal y por arriba de 12 sugestiva de somnolencia excesiva).

3. Cuestionarios que tratan de medir la calidad global del sueño en los días previos a la evaluación (Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh). (16)

3.1.1 INDICE DE CALIDAD DE SUEÑO DE PITTSBURGH

Los test de calidad de habitualmente se emplean en la evaluación clínica y permiten realizar una estimación cuantitativa del dormir, estos no son confiables ya que no consideran aspectos cualitativos. En 1989 Buysse y colaboradores presentaron el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg (ICSP), un cuestionario auto aplicable que proporciona una calificación global de la calidad del sueño a través de la evaluación de siete componentes hipotéticos. El ICSP ha logrado amplia aceptación en el área clínica y de investigación y se ha traducido a varios idiomas. Desde 1997 se encuentra disponible una traducción al español. (17)

La calidad de sueño es un factor importante para la salud de las personas para poder desarrollar satisfactoriamente en sus actividades diarias. La escala de índice de calidad de sueño de Ptttsburg nos permite conocer que tan “bien” o “mal” duermen, por lo tanto, implica varios factores, por ejemplo: los horarios de dormir y despertar, duración del sueño, tiempo en que tarde conciliar el sueño y la sensación. (18)

El ICSP resultó ser un instrumento sencillo y accesible tanto en términos de llenado como de obtención de la puntuación, confiable para la medición de la calidad del sueño en población mexicana tanto en el campo clínico como en el de investigación. (19) Su versión en español posee una sensibilidad de 88.63%, especificidad de 74.99% y valor predictivo de la prueba de 80.66% por lo que se considera un instrumento adecuado para la investigación epidemiológica y clínica de los trastornos del sueño alfa de Combrach: 0.81. (20)

Para valorar la calidad de sueño de las personas e identificar las problemáticas que pueden presentar y afectar su día a día se utiliza la Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg (ICSP) que es un instrumento de evaluación directa con preguntas correspondientes a los factores involucrados en la calidad del dormir. El ICSP es comúnmente utilizado en al ámbito clínico y de investigación para identificar y discriminar que tan bien o mal duermen las personas durante el último mes. El ICSP contiene 19 reactivos que evalúa 7 dimensiones relacionados con la calidad de sueño. (17) Dichas dimensiones son:

1. Calidad de sueño subjetiva: se refiere a que tan bien o mal las personas perciben que duermen.
2. Latencia de sueño: se refiere al tiempo que toma quedarse dormido a partir de que comienza a intentarlo.
3. Duración del dormir: cantidad de horas de dormir.
4. Eficiencia de sueño: porcentaje de tiempo que se duerme respecto al tiempo que se pasa en cama acostado.
5. Alteraciones del sueño: implica síntomas de insomnio, apnea y dificultad para mantener el sueño, entre otros.
6. Uso de medicamentos para dormir.
7. Disfunción diurna: se refiere a la sensación de somnolencia durante el día y las posibles dificultades que pueden presentar a causa de la misma. (18)

CALIDAD DEL SUEÑO

La calidad del sueño no se refiere únicamente al hecho de dormir bien durante la noche, sino que también incluye un buen funcionamiento diurno (un adecuado nivel de atención para realizar diferentes tareas). La mala calidad del sueño puede afectar distintos subprocesos de la atención. La calidad de sueño implica uno de los aspectos clínicos más extendido y menos comprendido, por lo que es necesario conocer de manera más precisa la incidencia y los factores que la puedan estar determinando. (21)

Los efectos del sueño no se limitan al propio organismo (necesidad de restauración neurológica y la salud), sino que influyen en el desarrollo y funcionamiento normal de un individuo en la sociedad, afectando el rendimiento laboral o escolar, el bienestar psicosocial y la seguridad vial, entre otras. (21)

Dormir es la actividad a la que más tiempo dedicamos a lo largo de nuestras vidas (aproximadamente el 35%), por lo que constituye una parte muy importante de nuestro día a día y de su calidad dependen muchos aspectos de la salud permitiéndonos tener buena calidad de vida, lo que ha despertado un constante interés e investigación, identificando más de 90 trastornos del sueño, entre ellos: insomnio, somnolencia, narcolepsia, sonambulismo, entre otras, estos constituyen uno de los problemas de salud más relevantes en las sociedades. (9)

Existen estudios en los cuales se han encontrado una asociación entre los trastornos del sueño y la presencia de patologías crónicas o psiquiátricas (obesidad, hipertensión, diabetes, depresión, ansiedad); igual ocurre con el consumo de alcohol, tabaco, drogas o sustancias adictivas (cafeína), y la ausencia de actividad física. Las condiciones ambientales y laborales (vivir o trabajar en lugares ruidosos, realizar turnos, ambiente laboral) también se han asociado con la calidad del sueño. (22)

RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE SUEÑO Y ATENCIÓN

La mala calidad de sueño y sus trastornos pueden provocar diversas enfermedades y un incremento en el riesgo de accidentes tanto laborales como de tránsito. De este modo, la calidad del sueño constituye un aspecto clínico de enorme relevancia.
En el estudio que se realizó en el 2018 de Lira menciona numerosos factores que influyen directamente en el rendimiento cognitivo se encuentra el sueño, el progresivo incremento de la exposición a la luz artificial por las noches junto a las actividades de la vida moderna que incluyen los trabajos nocturnos y los turnos rotativos, así como los numerosos viajes transmeridiano y el uso masivo de

dispositivos electrónicos, han contribuido a alterar el sueño de las personas y aumentar la prevalencia de los trastornos del sueño o enfermedades del sueño, que incluyen las dificultades para conciliar el sueño o para permanecer dormido, dormir en momentos inapropiados, dormir demasiado y conductas anormales durante el sueño. (8)

Muñoz Pareja menciona que la privación parcial de sueño y/o la mala calidad de éste, indican que tiene efectos negativos sobre la somnolencia, el rendimiento motor y cognitivo, sobre el humor o estado de ánimo (produciendo irritabilidad, impaciencia, ansiedad, depresión), así como también sobre el metabolismo y el funcionamiento hormonal. Es importante destacar que la somnolencia diurna afecta el funcionamiento psicosocial del individuo de la misma manera que lo hace el consumo de alcohol. (21)

ESPECIALIDADES MEDICAS

Una especialidad médica son los estudios cursados por un licenciado en medicina en su período de posgrado, y que derivan de un conjunto de conocimientos médicos especializados a un área específica del cuerpo humano, a técnicas quirúrgicas específicas o a un método diagnóstico determinado.

Una especialidad médica resulta de la necesidad e interés de un médico general por ampliar su desarrollo profesional con conocimientos, destrezas y valores sobre una especialidad médica, de manera que pueda ampliar sus conocimientos a un área determinada. (23)

Hay especialidades y subespecialidades, de ello depende el número de años que el médico residente tiene que cursar. Dentro de las especialidades que laboran en el área de urgencias del Hospital General de zona No. 58 son: Médicos Generales, Médicos Familiares, Médicos Urgenciólogos, Médicos Internistas, Médicos Anestesiólogos, Médicos Endoscopistas, Cirujanos Generales y Médico Psiquiatra.

Medicina General: En México la formación del médico general dura seis años. En el quinto año de estudios tiene lugar su internado rotatorio y en el sexto su servicio social. Después de reportarlo, presenta su examen profesional. Cuando lo aprueba obtiene su título de médico cirujano y la oportunidad de ingresar a una especialidad. (24)

La Cirugía General: rama de la medicina que cubre las áreas principales de tratamientos quirúrgicos. El cirujano general debe poseer una sólida formación en los aspectos básicos de la cirugía, los conocimientos y destrezas para tratar los problemas quirúrgicos de mayor prevalencia, en especial en cirugía abdominal y digestiva, cabeza, cuello, mama, partes blandas, vascular y torácica general. (25)
Anestesiólogos: rama de la medicina que estudia el manejo perioperatorio del paciente. Comprende también el proceso de valoración, consulta y preparación del paciente para la anestesia y la cirugía; la producción de insensibilidad al dolor en procedimientos quirúrgicos, diagnósticos, terapéuticos y obstétricos; la monitorización y restauración de la homeostasia durante el periodo perioperatorio, así como la homeostasia de pacientes críticamente enfermos; el diagnóstico y tratamiento de síndromes dolorosos; el manejo clínico y la enseñanza de la reanimación cardiopulmonar; la evaluación de la función respiratoria y la aplicación de terapias respiratorias en todas sus formas; y la realización de investigaciones básicas para la mejora de los cuidados del paciente. (24)

Médicos Internistas: se dedican al diagnóstico, tratamiento y atención de pacientes adultos hombres y mujeres. Los servicios de Medicina Interna oscilan en todo el espectro de atención preventiva de enfermedades crónicas o complejas. Los Internistas pueden tratar una amplia gama de afecciones de salud y son capaces de abordar la gran mayoría de las necesidades de sus pacientes adultos. Los Internistas a menudo atienden a sus pacientes a lo largo de sus vidas adultas, haciéndoles todo tipo de estudios, desde sus exámenes preventivos, las consultas de rutina y la coordinación de atención hospitalaria y geriátrica. (26)

Medicina Familiar

El surgimiento de la Medicina Familiar a México ocurrió como consecuencia del proceso de desarrollo industrial del país por influencia de otros países, particularmente Estados Unidos, Canadá y Reino Unido. Después de la creación de la Ley sobre la Seguridad Social de los Trabajadores Mexicanos en el año 1943, se iniciaron los servicios médicos institucionales el 06 de enero de 1944, pero este comienzo se dio con mucha dificultad, resultó complejo reclutar a médicos que dieran ese servicio, y se incorporaron médicos generales. La Medicina Familiar es la especialidad médica que enfrenta los problemas de salud de los individuos en el ámbito de su entorno familiar, toma en consideración sus redes sociales y culturales; así como las circunstancias en las que se desenvuelve su vida y su trabajo. (27)

La Medicina Familiar actúa como vía de entrada del paciente y su familia al sistema de atención a la salud. Integra las ciencias biológicas, sociales y de la conducta; su campo de acción se desarrolla sin distinción de edades, sexos, sistemas orgánicos y enfermedades. (28)

Medicina de Urgencias

La especialidad de medicina de urgencias nace para satisfacer la necesidad de tener médicos formados y entrenados para brindar soluciones a los problemas organizacionales y de atención de calidad en los servicios de urgencias. Sus inicios se remontan a la década de los años 40s y 50s después de la segunda guerra mundial cuando la población urbana aumento debido a que un gran porcentaje de los soldados que retornaron de la guerra prefirieron establecerse en las ciudades, lo que ocasionó un cambió el modelo de atención médica, pasando de la atención domiciliaria, a la atención directamente en los hospitales. (29)

El servicio de urgencias de un hospital es el área responsable de dar atención médica y quirúrgica a los pacientes que requieren de una atención inmediata. A

diferencia de un consultorio médico, no requiere de cita y se puede acudir en cualquier momento. (30)

La medicina de urgencias es un campo de la práctica médica que se basa en el conocimiento y las habilidades necesarias para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de los aspectos agudos y urgentes de la enfermedad y de las lesiones que afectan a todos los grupos de edad con una gama completa de episodios. El especialista en medicina de urgencias desarrolla competencias para identificar probabilidades de riesgo, clasificar pacientes, iniciar procesos de atenciones pertinentes enfocadas a realizar diagnósticos oportunos y adecuados de acuerdo a las necesidades de cada paciente. (31)

El servicio de urgencias de un hospital es el área responsable de dar atención médica y quirúrgica a los pacientes que requieren de una atención inmediata. A diferencia de un consultorio médico, no requiere de cita y se puede acudir en cualquier momento. siendo así un servicio en el que se requiere de toda la atención para tomar decisiones rápidas para la atención de los pacientes a su vez es un ambiente con alto grado de estrés entre los que laboran en dicho servicio. (29)

Ambiente laboral.

Según la Organización Internacional del Trabajo (ILO, 2012) los hábitos de sueño, así como la privación crónica y los trastornos del sueño muestran un claro impacto sobre sobre la salud, la productividad y la seguridad de los trabajadores. Estudio de los hábitos de sueño y su relación con la salud de los trabajado-res, ya que influyen negativamente en la calidad de vida de las personas que los padecen (Juárez y Cárdenas, 2006), asociándose con un elevado número de accidentes laborales y de tráfico, déficits en el rendimiento y presencia de múltiples patologías tanto físicas como psicológicas. (32)

La población trabajadora del sector sanitario presenta una variedad de problemas de salud como trastornos digestivos y alimenticios, problemas cardíacos, envejecimiento prematuro, enfermedades inmunológicas, trastornos psicológicos,

problemas con la vida familiar y social, insatisfacción en la crianza de los hijos, deterioro de las relaciones sociales, problemas reproductivos, y problemas laborales, como estrés, ansiedad y depresión, síndrome de burnout, accidentabilidad y absentismo. (32)

Las características del sistema de salud exigen a médicos, enfermeras y demás profesionales del área el prestar sus servicios de manera ininterrumpida, con el fin de satisfacer la demanda constante del sector y haciendo necesaria la organización del trabajo mediante turnos, situación que puede causar en los trabajadores trastornos a nivel biológico, laboral y socio-familiar. (33)

JUSTIFICACIÓN

El presente estudio de investigación se realizó con la finalidad de evaluar la calidad de sueño en la población médica ya que los trastornos del sueño han incrementado exponencialmente, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta que el insomnio crónico afecta del 8-10% de la población adulta mientras que alrededor del 40% de la población padece insomnio transitorio. (33)

El sueño es el acto de dormir, siendo este, es un proceso activo del cerebro, controlado por distintas sustancias y neurotransmisores estimulantes entre los que se encuentra: dopamina y norepinefrina, histamina, orexina y glutamato; GABA (ácido gamma-aminobutírico), adenosina, glicina; acetilcolina, serotonina y melatonina. (7)

El sueño es esencial en nuestras vidas ya que con este se realizan diversos procesos fisiológicos de nuestro organismo, a la par se relaciona con el estado de salud física, mental y psicológica de los individuos. Estudios refiere que los individuos que duermen de forma regular un promedio de 7 a 8 horas diarias suelen tener mejor salud física y menor riesgo de mortalidad, menor riesgo de padecer enfermedades crónicas como: Diabetes Mellitus, cardiopatías, alteraciones cognitivas y alteraciones psicológicas. (12)

El informe de noviembre del 2015 reportado por la Cámara de Diputados menciona que el IMSS presenta en el porcentaje más alto de quejas por mala praxis mediante conciliación y arbitraje, siendo la Ciudad de México y Estado de México los estados con mayor número de quejas. (1)

La privación del sueño tiene gran impacto sobre el estado de ánimo, el estado de alerta y algunas funciones cognitivas y menores repercusiones sobre el desempeño motor (laboral) ocasionando efectos negativos en sus actividades laborales, en el caso del área médica puede ocasionar mala praxis: impericia negligencia o imprudencia. Por lo anterior es de suma importancia valorar en la población médica la calidad de sueño, entender y comprender la magnitud del problema, así como se identificaron signos de alarma para derivar de manera oportuna en los Médicos que lo ameritan.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad los trastornos del sueño han incrementado exponencialmente que sean convertido en un gran problema de salud pública de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, repercutiendo de manera importante en la salud física de los individuos, así como en su entorno social y laboral.

La calidad del sueño resulta de gran importancia clínica ya que una mala calidad con frecuencia se asocia a fatiga, disminución de las capacidades cognitivas y motoras durante el día y una mayor incidencia de accidentes de tránsito y laborales, por lo tanto, el sueño juega un papel muy importante en el bienestar integral de una persona es similar a los efectos de la dieta y el ejercicio.

Cuando hay una privación del sueño se tienen efectos negativos graves en la salud del individuo y por lo general estos son ignorados. Existen diversos estudios que relacionan la falta de sueño con obesidad, enfermedades metabólicas, problemas cardiacos, desórdenes psiquiátricos y demencia, sin embargo, también desencadena trastornos como en el estado de ánimo condicionando que las persona con mala calidad de sueño sean más irritables, con poco rendimiento para realizar actividades diurnas cotidianas, alteraciones en el estado de alerta, disminución de la atención, entre otros.

La población médica al encontrarse en un ambiente laboral en el que se solicita sea continuo para poder atender las necesidades del sector salud puede presentar diversas alteraciones a distintos niveles de salud tanto físicos como psicológicos siendo los trastornos de sueño los más comunes en dicha población, esto relacionado directamente con el área en el que laboran, el número de pacientes que se deben ver por día para cumplir con la productividad en poco tiempo, la atención a pacientes graves, el poco personal médico con el que se cuenta en el área de urgencias, etc. Dichos factores pueden desencadenar una mala calidad de sueño.

Los servicios de medicina familiar y urgencias contienen el mayor número de población para atención medica por lo tanto tener una buena calidad de sueño implica que los profesionales de la salud puedan otorgar una atención adecuada, de calidad, con determinación y certera, siendo que los Médicos Familiares deben de otorgar 24 consultas en un horario de 6 horas, teniendo 15 minutos por cada paciente para la atención, valoración, exploración física, diagnóstico y tratamiento lo que implica que la consulta debe ser continua y sin interrupciones.

Así mismo; en el servicio de urgencias la atención debe ser inmediata ya que compromete la vida de los pacientes teniendo así que tomar decisiones rápidas que ayuden al paciente a mejor su estado de salud, lo que implica que al tener una mala calidad de sueño los médicos no tomen decisiones rápidas y certeras, así como en la posibilidad en realizar mala praxis por no tener una adecuada calidad de sueño.

Los servicio de Medicina Familiar y Urgencias son las áreas que atienden el mayor porcentaje de población por lo que tener una adecuada calidad de sueño refuerza una adecuada atención médica, al presentar una mala calidad de sueño repercute en la calidad de la atención e incremento de errores médicos, a su vez también implica un factor de riesgo para diversas patologías para los médicos como Diabetes Mellitus tipo 2, Hipertensión Arterial, Cardiopatía, Infarto Agudo al Miocardio, obesidad, ansiedad y depresión.

Este estudio se realizó ya que una buena calidad del sueño es un factor determinante para una buena calidad de vida para los individuos, por lo que se evaluaron los servicios con mayor población como lo son Medicina Familiar y Urgencias en sus turnos matutino, vespertino, nocturno y jornada acumulada de manera comparativa, ya que la mala calidad de sueño, el estrés laboral de las áreas de medicina familiar y urgencias son factores que contribuyen de manera negativa repercutiendo en la salud mental y física del individuo, por lo que se consideró importante evaluar la calidad de sueño en los médicos de UMF 58 y médicos adscritos del servicio de urgencias del HGZ 58.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Por lo descrito anteriormente, se realizó la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el nivel de calidad de sueño de los Médicos Familiares de la UMF 58 en comparación a la calidad de sueño de los Médicos adscritos al área de urgencias del HGZ 58?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Se analizó el nivel de calidad de sueño de los Médicos Familiares de la UMF No. 58 y de los Médicos adscritos al área de urgencias de HGZ No. 58 de forma comparativa.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Se describieron las características socio demográficas de los Médicos como son: edad, sexo, estado civil, área de adscripción.
- Se identificaron las características de la calidad del sueño: calidad subjetiva del sueño, latencia del sueño, duración del sueño.
- Se evaluó en que genero hay mayor porcentaje de calidad de sueño.
- Se valoro el porcentaje de médicos que cuentan con más de un empleo y que influye para una mala calidad de sueño.
- Se determino la edad en la que se presenta con mayor frecuencia mala calidad de sueño.
- Se identificaron en que porcentaje los médicos utilizan medicamentos para conciliar el sueño.
- Se identificó el tiempo que tardan para conciliar el sueño.

HIPOTESIS

HIPOTESIS DEL TRABAJO

Hipótesis nula:

- Existe mayor porcentaje de buena calidad del sueño de los Médico Familiares en comparación al porcentaje de calidad de sueño de los Médicos adscritos al servicio de Urgencias.

Hipótesis alternativas:

- H1: Los médicos adscritos al área de urgencias tienen 71.71 % de mala calidad de sueño en comparación a la calidad de sueño de los Médicos Familiares en 32.2%. (34)
- H0: Los médicos del adscritos al área de urgencias no tienen 71.71 % de mala calidad de sueño en comparación a la calidad de sueño de los Médicos Familiares en 32.2%. (35)

MATERIAL Y MÉTODOS

LUGAR DE TRABAJO

Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 58 del IMSS, ubicado en boulevard Manuel Ávila Camacho, fraccionamiento “Las Margaritas”, S/N, CP 54050, Tlalnepantla de Baz, Estado de México. Siendo este un hospital de segundo nivel con UMF.

TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio de tipo: observacional, transversal, prospectivo y descriptivo.

GRUPO DE ESTUDIO

- **Universo de Trabajo:** Médicos Familiares de la Unidad de medicina familiar No. 58 y médicos adscritos al área de urgencias del Hospital General de Zona No. 58, IMSS.

- **Población de estudio:** Médicos de la especialidad de Medicina Familiar y médicos que se encuentren adscritos al área de urgencias.
- **Criterios de selección:**
    - Criterios de Inclusión: Médicos Familiares de la Unidad de Medicina Familiar No. 58 y médicos adscritos al área de urgencias del Hospital General de Zona No. 58, IMSS.
    - Criterios de exclusión: aquellos médicos que contaban con diagnóstico de depresión, insomnio, enfermedades crónicodegenerativas, que se encontraron de incapacidad o ausentes el día de la aplicación de la encuesta.
    - Criterios de eliminación: Cuestionarios que no estuvieron llenos correctamente o incompletos.

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Todos los Médicos Familiares de la Unidad de Medicina Familiar No. 58 de los turnos matutino y vespertino y todos los médicos adscritos al área de urgencias del turno matutino, turno vespertino, turno nocturno y jornada acumulada, siendo un total de 87 médicos.

Tamaño del universo: 87 pacientes.
Tamaño de la muestra: se realizó el cálculo de la muestra.
Para integrar la muestra se utilizó un tipo de muestreo probabilístico, se consideró para el cálculo de esta población, un error máximo del 5%. Se realizo el cálculo del tamaño de la muestra utilizando la siguiente fórmula para una población finita:

n=(N*Za2*p*q)/(d2*(N-1)+Za2*p*q) Dónde:

- N = Total de la población: 87
- Zα = Nivel de confianza: 1.96 al cuadrado (99%)
- p = proporción esperada (en este caso 50% = 0.5)

• q = 1 – p (en este caso 1-0.5=0.5)

• d = precisión (5%=0.05).

Margen de error Máximo admitido 5% Tamaño de la población: 87 pacientes Tamaño para un nivel de confianza: 99%..... 78

Por tanto, la muestra fue de 78 pacientes.

VARIABLES DEL ESTUDIO:

Definición conceptual y operativa de las variables

- Área laboral: se refiere al espacio o ambiente en donde las personas realizan diferentes labores. Área en la que dan la atención médica en la consulta de la UMF o atención medica en el área de urgencias del HGZ.
- Turno laboral: Trabajo a turnos se define como el trabajo que es desarrollado por distintos grupos sucesivos, cumpliendo cada uno de ellos una jornada laboral, de manera que se abarca un total de entre 16 y 24 horas de trabajo diarias. Turnos laborales se refiere al horario en que el trabajador realiza sus actividades.
- Calidad de sueño: La calidad de sueño implica tanto una valoración subjetiva, aspectos cuantitativos, duración del sueño, latencia del sueño o el número de despertares nocturnos y aspectos cualitativos puramente subjetivos como la profundidad del sueño o la capacidad de reparación del mismo. Escala de calidad del sueño de Pittsburg.
- Latencia de sueño: La latencia al sueño es el tiempo transcurrido entre el momento que se apaga la luz hasta la primera época de cualquier fase de sueño. Tiempo que tarda en dormir.
- Irritabilidad: La irritabilidad es un estado emocional en el que una persona tiene un temperamento explosivo y se molesta o enoja fácilmente.
- Institutos médicos: Institutos públicos donde pueden laborar los médicos, independiente de IMSS.

- Consumo de medicamentos para dormir: Pacientes que ameritan el consumo de medicamentos para poder conciliar el sueño, los principales hipnóticos son las benzodiacepinas y los fármacos Z o hipnóticos no benzodiacepínicos.

Variables (tipo y escala de medición)			
Nombre de la variable	**Tipo**	**Escala de medición**	**Categorías o valores de las variables**
1. Edad.	Cuantitativa	Continua	Números enteros
2. Sexo.	Cualitativa	Nominal	Fenotipo • Masculino • Femenino
3. Estado Civil.	Cualitativa	Nominal	• Soltero/a • Casado/a • Divorciado/a • Viudo/a • Unión Libre • Separado/a
4. Área laboral	Cualitativa	Nominal	• Medicina familiar • Urgencias
5. Turno en el que labora	Cualitativa	Nominal	• Matutino • Vespertino • Nocturno • Jornada acumulada
6. Calidad del sueño.	Cuantitativa	Continua	• >5 malos dormidores • <0=5 buenos dormidores.
7. Latencia de sueño (minutos en que tarda en conciliar el sueño).	Cuantitativa	Continua	Numero enteros (minutos).
8. Irritabilidad	Cualitativa	Nominal	• Si • No
9. Otros institutos	Cualitativa	Nominal	• ISSSTE • ISEM • ISSEMYM • PRIVADO
10. Consumo de medicamentos para poder dormir	Cualitativa	Nominal	• Si • No

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

El instrumento de investigación es un cuestionario para determinar el nivel de calidad de calidad se sueño. El test de Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh de habitualmente en empleado en la evaluación clínica que permite realizar una estimación cuantitativa del dormir. El ICSP ha logrado amplia aceptación en el área clínica y de investigación y se ha traducido a varios idiomas. (17) Su versión en español posee una sensibilidad de 88.63%, especificidad de 74.99% y valor predictivo de la prueba de 80.66% por lo que se considera un instrumento adecuado para la investigación epidemiológica y clínica de los trastornos del sueño alfa de Combrach: 0.81. (20)

El ICSP contiene 19 reactivos que evalúa 7 dimensiones relacionados con la calidad de sueño. (17) Dichas dimensiones son:

1. Calidad de sueño subjetiva: se refiere a que tan bien o mal las personas perciben que duermen.
2. Latencia de sueño: se refiere al tiempo que toma quedarse dormido a partir de que comienza a intentarlo.
3. Duración del dormir: cantidad de horas de dormir.
4. Eficiencia de sueño: porcentaje de tiempo que se duerme respecto al tiempo que se pasa en cama acostado.
5. Alteraciones del sueño: implica síntomas de insomnio, apnea y dificultad para mantener el sueño, entre otros.
6. Uso de medicamentos para dormir.
7. Disfunción diurna: se refiere a la sensación de somnolencia durante el día y las posibles dificultades que pueden presentar a causa de la misma. (18)

Los 19 ítems tienen categorías con un recorrido de 0 a 21 puntos, de esta forma, una puntuación total menor a 5 indica que la calidad de sueño es óptima, mientras que una puntuación total superior a 5 sugiere que tienen de sueño de mayor a menor gravedad. Una vez marcada la opción a responder por cada paciente y darle el código numérico que le corresponde, se promedian todos los cuestionarios para

crear los puntajes de la(s) dimensión(es), y así se obtiene el valor determinado de calidad de sueño para las 7 dimensiones, valor incluido en el recorrido de la escala: de 0 a 21, con punto de corte en 5, por encima y por debajo del cual hay estados positivos o negativos de salud, tanto mejor mientras más se acerque al valor menor a 5, y tanto peor mientras más se acerque al valora mayor a 5.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Posterior a la autorización del protocolo de investigación por el comité local de investigación 1503 y la autorización del comité de ética en investigación 1503-8, se procedió a la aplicación del instrumento.

El médico Residente fue el encargado de contactar a los médicos, explicar el estudio, otorgó el consentimiento informado y la encuesta.

Se solicito consentimiento de los profesores de cada especialidad para aplicar el instrumento y se realizó dicho cuestionario en los turnos matutino, vespertino, nocturno y jornada acumulada en los servicios correspondientes de cada área médica.

Una vez reunidos los médicos Familiares y los médicos adscritos al área de urgencias se les otorgó el cuestionario y el consentimiento informado, se solicitó leer cuidadosamente el consentimiento y si aceptaban participar colocar su firma, una vez firmado el consentimiento se procedió al llenado del instrumento de calidad de sueño a todos los Médicos Familiares de la UMF no. 58 y a los médicos adscritos al área de urgencias del Hospital General de Zona No. 58. Los instrumentos contaron con los siguientes datos:

- Datos sociodemográficos: edad, sexo, estado civil, turno en que laboran y área en la que laboran.
- Cuestionario de sueño en donde se evaluó la calidad y duración de su forma de dormir, por medio del instrumento validado de índice de calidad de sueño de Pittsburgh.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se utilizaron medidas de tendencia central para las variables cuantitativa, se realizó medidas de frecuencia y proporciones en las variables cualitativas, se realizaron graficas con el programa de Excel donde se sacaron porcentaje y promedio y al final se dieron a conocer los resultados.

ASPECTOS ÉTICOS

El presente protocolo de investigación, fue sometido a evaluación y aceptación por el comité de ética en investigación 1504, al ser aceptado se inició con su realización; este estudio evaluó el nivel de calidad de sueño que tienen los Médicos Familiares VS la calidad de sueño de los médicos adscritos al área de urgencias del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 58.

APEGO A LAS NORMAS ÉTICAS

La información obtenida de los cuestionarios fue recolectada y conservada de acuerdo con los lineamientos institucionales, con estricta privacidad en el manejo de la información. Con apego a los principios para poder satisfacer los conceptos morales, éticos y legales establecidos en el código de Núremberg 1947, los principios básicos de la bioética de Beauchamp y Childress sobre la investigación en seres humanos:

- Respeto de autonomía: se reconoce el derecho a mantener el respeto de los puntos de vista, opiniones, valores y creencias de cada uno de los médicos, así como se respetó la autonomía, la voluntariedad y a potenciar la participación de los Médicos en la toma de decisiones el cual no se vio influenciada por los superiores de los participantes.

- No-Maleficencia (no hacer daño de manera intencionada): dicho estudio no representó ningún daño a la población Médica ya que solo se contestó una

encuesta la cual no representó un daño físico, emocional, ni se vio influenciado por sus superiores.

- Beneficencia (prevenir el daño, eliminar el daño o hacer el bien para otro): en el caso de que los médicos que presentaron alteraciones del sueño se enviaron oportunamente a los servicios correspondientes.

- Justicia: durante el estudio los médicos fueron tratados con igualdad, sin discriminación por religión, clase social, situación económica y creencias, así como se les otorgó la misma información acerca del estudio, con La Ley general de salud y el Reglamento de la Ley general de Salud en materia de Investigación, la declaración de Helsinki realizada durante la 8° Asamblea Médica Mundial, en Helsinki Finlandia en junio de 1964 y su última enmienda realizada durante la 64 asamblea de la Asociación Médica Mundial en Fortaleza Brasil en octubre de 2013 y la declaración de Taipei sobre las consideraciones éticas en relación con las bases de datos de salud y los biobancos que complementa oficialmente a la declaración de Helsinki desde el 2016.

RIESGO DE ESTUDIO

El presentes estudio se apegó al reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud artículo 17, de acuerdo con esto, el riesgo de este proyecto correspondió a riesgo mínimo ya que se emplearon instrumentos (cuestionario) de investigación en los que no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los médicos que participan en el estudio. Al realizar la encuesta no se expusieron a riesgos ni daños innecesarios los participantes y no generó incomodidad, molestia e interrupción en sus actividades laborales.

CONTRIBUCIÓN Y BENEFICIO A LOS PARTICIPANTES

Este estudio no se generó ningún beneficio económico. Los beneficios de este estudio son carácter estrictamente científico y en ningún momento se persiguieron beneficios lucrativos para ninguno de los participantes ni de los investigadores, sin embargo, se debe destacar que el propósito de esta investigación es favorable para el potencial participante ya los que se encontraron con alteración se derivaron al servicio de SSPTIMSS, sin embargo, la intención del presente estudio generó información científica útil y aplicable en la atención de la salud de los médicos; así como, se concientizo acerca de la importancia que tiene una adecua calidad de sueño no solo en el ámbito laboral si no también en el estado de salud de los médicos, siguiendo los principios de respeto y justicia de las personas, debido a que todas las personas tienen la misma dignidad y son merecedoras del mismo trato y todos los médicos tuvieron la misma oportunidad de integrarse a la investigación y de decidieron libremente participar en la investigación, no existió coerción por parte de los investigadores, en apego al principio de fundamental de la autonomía, así como también, se respetaron los principios de Beneficencia-No maleficencia que consisten en no exponer en riesgo innecesario a los participantes, buscando un beneficio máximo, con el mínimo riesgo, se procuró no producir daño y/o prevenirlo al máximo, haciendo manifiesto el apego a los principios fundamentales de la bioética en la investigación en seres humanos descritos en el informe Belmont 1979.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Para este estudio se otorgó un consentimiento informado otorgado por el Instituto Mexicano del Seguro Social, por medio de la Coordinación de Investigación en Salud, para responder los instrumentos de este protocolo de investigación. Todos los participantes incluidos en el protocolo de investigación estuvieron informados de la importancia y finalidad de una carta de consentimiento informado respetando así el principio bioético de autonomía de los participantes debido a que pertenece a una población subordinada, de acuerdo al reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud, Capitulo V de la investigación en grupos subordinados, se vigiló que la participación, rechazo o retiro durante el estudio no

afecto su situación laboral, los resultados de la investigación no fueron utilizados para perjudicar a los médicos. La resolución de dudas que surgieron se resolvió antes de firmar, el documento fue entregado y solicitado a cada uno de los médicos por un colaborador diferente al investigador responsable. Se garantizo que, en esta carta, se empleara un lenguaje sencillo y accesible para los participantes, poniendo de manifiesto su libre decisión de participar o no, así como de permanecer o no en el estudio una vez que aceptaron participar.

Los Médicos Familiares y los Médicos adscritos al área de Urgencias fueron informados de su libertad de participar, no participar o de revocar en todo momento su decisión de permanecer en el estudio de forma voluntaria, además de su privacidad, salvaguardado su integridad y su intimidad. Los médicos respondieron el cuestionario de índice de calidad de sueño de Pittsburg, que consta de 19 reactivos que evalúa 7 dimensiones relacionada con la calidad de sueño, los cuales son: calidad de sueño subjetiva, latencia de sueño, duración del dormir, eficiencia de sueño, alteraciones de sueño y disfunción diurna. Posteriormente se procedió a recabar la información obtenida de las encuestas relacionado con la calidad de sueño que presentan los Médicos Familiares y los médicos adscritos al área de Urgencias de manera comparativa. Como se establece en la declaración de Helsinki 2013.

CONFIDENCIALIDAD

La información que se obtuvo en el estudio fue estrictamente confidencial. A cada participante se le asignó un código número con el cual fue identificado cada cuestionario. La información completa estuvo disponible únicamente para los investigadores responsables del protocolo, quienes manifestaron su obligación de no revelar la identidad de los participantes en durante y después del estudio ni en la divulgación de los resultados.

SELECCIÓN DE PARTICIPANTES:

La selección de participantes los cuales fueron Médicos, son un grupo que pertenece a la población subordinada, así como también la selección fue realizada

de manera imparcial sin importar la raza, religión, sin sesgo social, sexo, preferencia sexual y cultural, no se incluyeron a personas adultas mayores > de 60 años, ni personas con ninguna discapacidad, se declaró que de acuerdo a la ley general de salud en materia de investigación capitulo V se entiende a población subordinada a: estudiantes, trabajadores de laboratorios y hospitales, empleados, miembros de las fuerzas armadas, internos en reclusorios o centros de readaptación social y otros grupos especiales de la población en los que el consentimiento informado pueda ser influenciada por alguna autoridad.

BALANCE RIESGO BENEFICIOS

La información que se obtuvo por un método que no implica riesgo alguno, los beneficios se vieron reflejados en la identificación oportuna de la mala calidad de sueño de los Médicos Familiares y los Médicos adscritos al área de urgencias de este modo crearon estrategias para mejorar la calidad de sueño. Siguiendo los principios éticos de respeto, justicia y beneficencia descritos en el informe Belmont 1979.

BENEFICIOS AL FINAL DEL ESTUDIO

Los médicos no recibieron beneficio económico por su participación, ni implicó gasto alguno para los participantes, si bien; no existieron beneficios directos para los participantes, los resultados de este estudio brindaron información relevante y se incrementó el conocimiento científico sobre el tema de investigación, en los casos que se encontró mala calidad de sueño se derivaron a los servicios correspondientes para dar seguimiento al paciente. Los beneficios de este estudio fue un carácter estrictamente científico. En ningún momento se buscó obtener beneficios lucrativos para ninguno de los participantes, ni los investigadores, pero debemos destacar que el propósito de esta investigación fue favorable para el potencial participante.

ASPECTOS DE BIOSEGURIDAD

La obtención de información fue mediante un cuestionario, siendo este un material no invasivo el cual no tiene implicaciones de bioseguridad que pusieran en riesgo la

salud o la integridad física del personal de salud, médicos trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social, no afecto al medio ambiente, evitando todo sufrimiento y/o daño innecesario físico y/o mental como lo dicta el código de Núremberg 1947.

RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

RECURSOS HUMANOS

- Director de tesis: encargado del apoyo académico en la investigación realizada.
- Colaborador: encargado del apoyo académico en la investigación realizada.
- Investigador: El residente de Medicina Familiar, recolecto e interpreto los datos de dicho protocolo de investigación.

RECURSOS MATERIALES

- 2 computadoras
- 1 impresora
- 87 plumas
- Paquete de hojas blancas (500 hojas)
- Engrapadora
- Grapas
- 5 tablas portapapeles
- Programa de Excel

RECURSOS FINANCIEROS

- Los gastos generados durante esta investigación fueron subsidiados por el tesista.

FACTIBILIDAD

La investigación se realizada en el Hospital General Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 58 ubicada en Las Margaritas, Tlalnepantla de Baz, Estado de México perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social integrando al primer y segundo nivel de atención, se cuenta con consultorios de medicina Familiar y de especialidad, hospitalización, área urgencias adultos y pediatría, laboratorio, imagenología, trabajo social, dicho estudio no amerito realizar paraclínico por lo que no se requirieron acciones o gastos adicionales, en cuanto a la obtención de las variables, se contó con la colaboración de Médicos Familiares Adscritos a la UMF No. 58. Dicho proyecto está planteo de forma que se respetaron los principios fundamentales en la investigación en seres humanos, con un balance riesgo-beneficio que se decanta hacia el beneficio y en apego a todos los lineamientos Institucionales, nacionales e internacionales en la investigación en seres humanos, por lo que se consideró un estudio factible.

DIFUSIÓN DE LOS RESULTADOS

El presente trabajo es utilizado para obtener el grado de especialidad en Medicina Familiar. Además, de su participación en concursos de presentación de Protocolos de estudio a nivel local, estatal y nacional, de igual manera se busca brindar conciencia de una adecuada calidad de sueño por lo que se realizara difusión por medio de cartel científico.

CONFLICTO DE INTERÉS

Los investigadores no declaran ningún conflicto de interés para la realización de este estudio.

EXPERIENCIA DEL GRUPO

Los asesores metodológicos y estadísticos de este protocolo cuentan con experiencia en investigación continúa, Dr. Isaac Rafael Martínez Hernández con especialidad en Medicina Familiar laborando en el IMSS como médico familiar,

Maestría en Administración Hospitalaria y Salud Pública, profesor adjunto de la especialidad de Medicina Familiar en la UMF No. 58, Dra. Wendy Miranda Cruz con especialidad en Medicina Familiar laborando en la UMF 58, profesora adjunta de residentes de primer y segundo año de la especialidad de Medicina Familiar en la UMF No. 58, Dra. Ana Odilia Martínez Hernández residente de Tercer año de la especialidad en Medicina Familiar de la UMF No. 58.

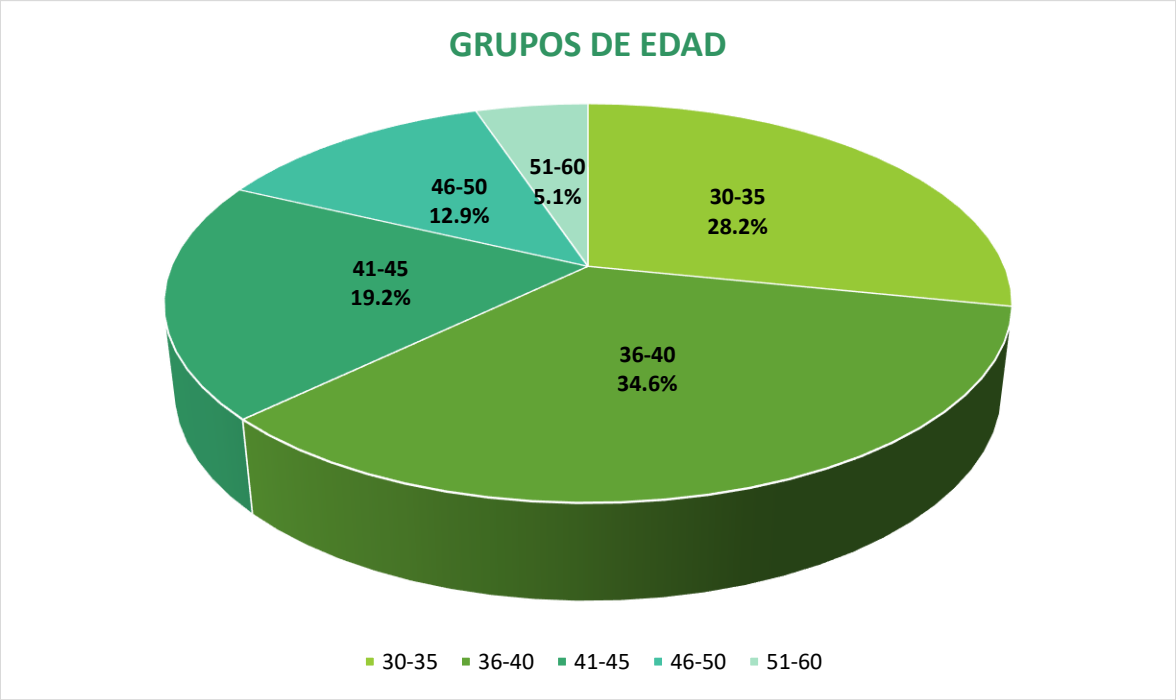
RESULTADOS

Se evaluaron 78 médicos adscritos de Medicina Familiar y médicos adscritos al servicio de urgencias en el que se observó que el rango de edad predominante es de 36 a 40 años de edad con un 34.6% (27) seguido del rango de 30 a 35 años de edad con 28.2% (22), de 41 a 45 años 19.2% (15), de 46 a 50 años 12.9% (10) y con menos porcentaje médicos mayores de 50 años obteniendo un porcentaje de 5.1% (4), en dicha población el sexo femenino predomina con un 61.5% (48) y el sexo masculino con 38.5% (30), se obtuvieron los siguientes datos de acuerdo al estado civil solteros 41.0% (32), casados 39.7% (12) y unión libre 15.4% (12) y divorciados 3.9% (3), del total de la población médica que se encuesto 50% (39) fueron Médicos Familiares y 50% (39) Médicos adscritos al área de urgencias.

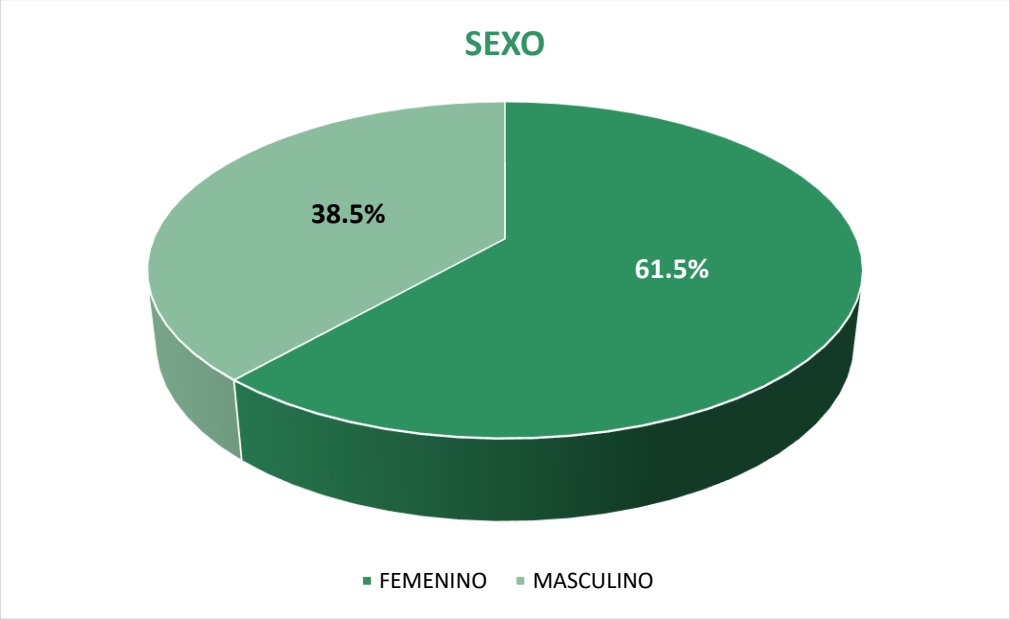
Tabla 1. DATOS GENERALES DE LOS MÉDICOS.

Variable		No. pacientes N=78	Porcentaje %
Edad	30-35	22	28.2 %
	36-40	27	34.6%
	41-45	15	19.2%
	46-50	10	12.9%
	Más de 50	4	5.1%
Sexo	Femenino	48	61.5%
	Masculino	30	38.5%
Estado civil	Soltero	32	41.0%
	Casado	31	39.7%
	Unión libre	12	15.4%
	Divorciado	3	3.9%
Área en que labora	Medicina Familiar	39	50%
	Urgencias	39	50%

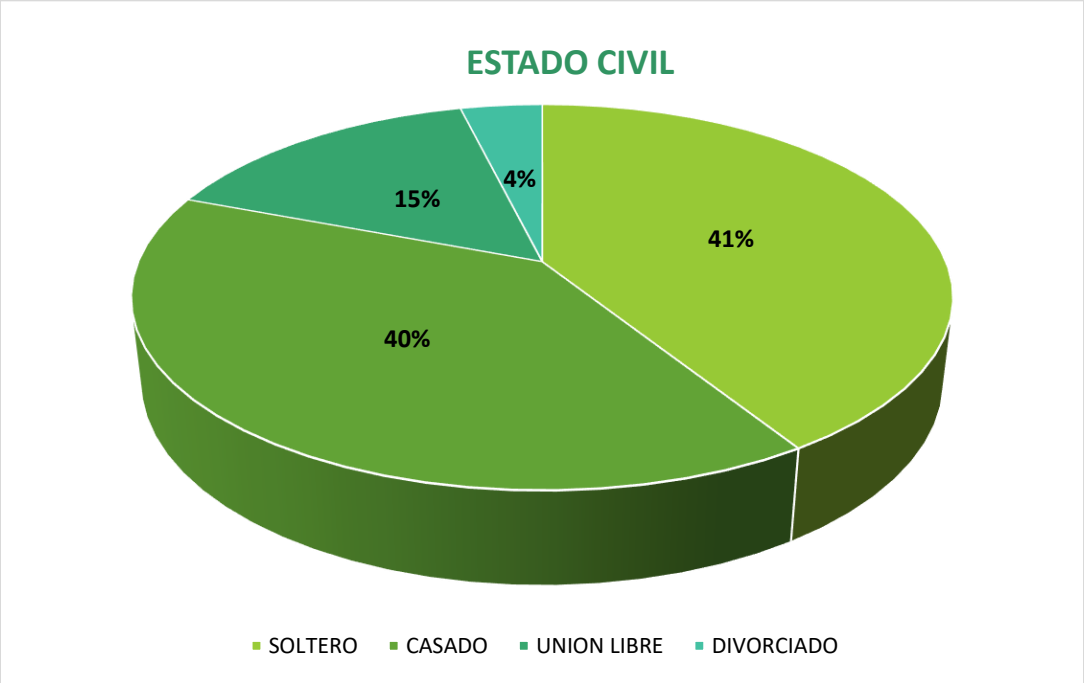
Gráfica 1. Porcentaje de los grupos de edad de los Médicos.



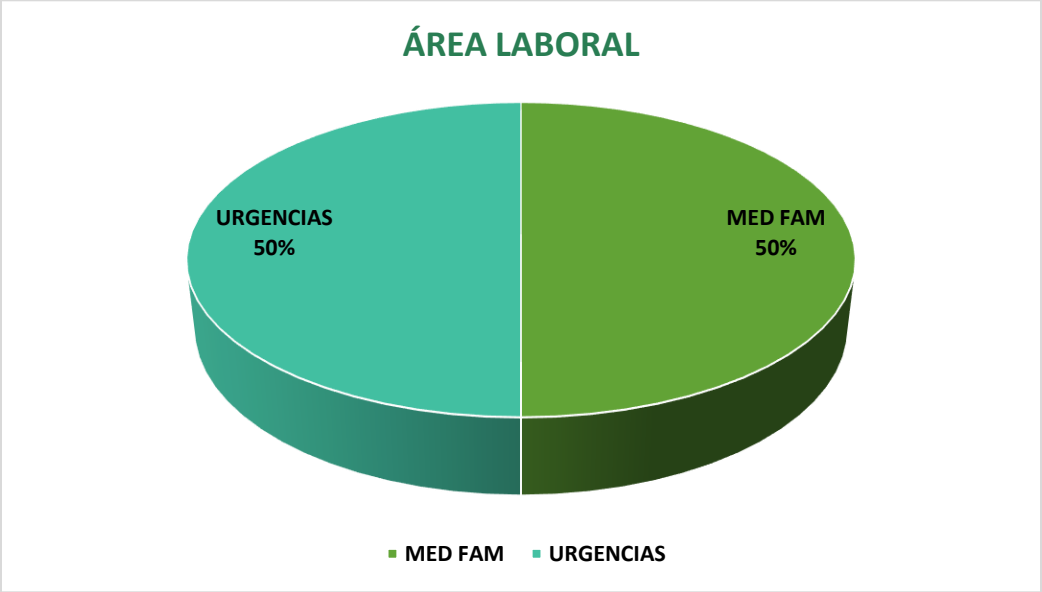
Gráfica 2. Porcentaje del sexo de los Médicos.



Gráfica 3. Estado Civil de los Médicos.



Gráfica 4. Área en que desempeñan sus actividades laborales los Médicos.

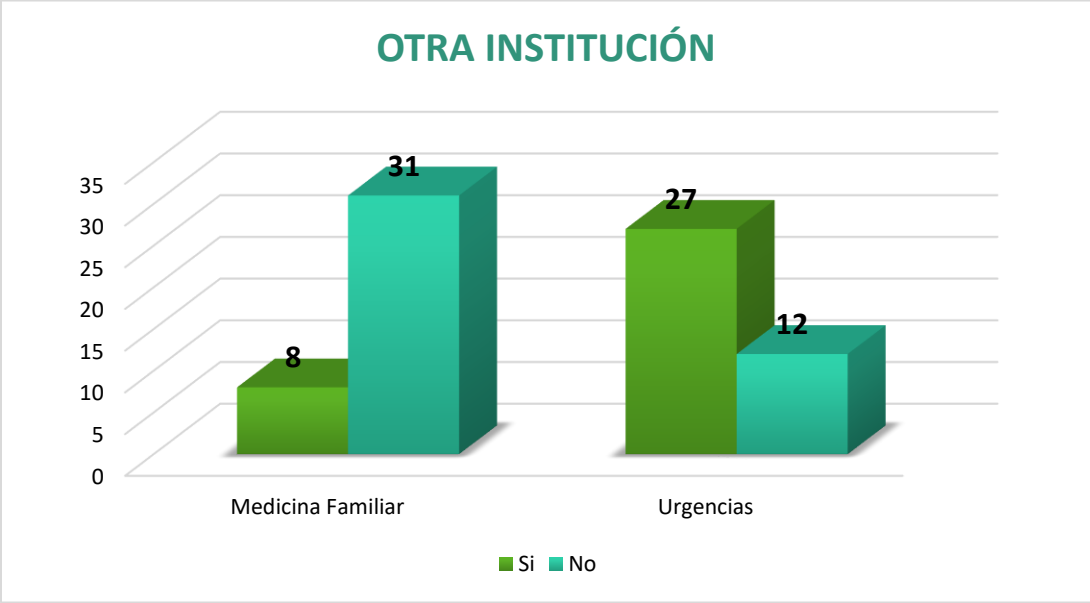


Se encontró que el mayor porcentaje de médicos quienes laboran cuentan con otra actividad laboral independiente del HGZ/ UMF No. 58 son los médicos del área de urgencias, 69.2% (27) de los médicos del área de urgencias laboran en otro instituto y 30.8% solo laboran en el HGZ No. 58, mientras que los Médicos Familiares el 20.5% (8) labora en otra institución y el 79.5% (31) únicamente labora en la UMF No. 58, así como también se observó los siguientes porcentajes de médicos que utilizan medicamentos para conciliar el sueño de los Médicos Familiares el 12.8% (5) utilizan medicamentos y el 87.2% (34) no, de los médicos del Área de urgencias el 5.1% (2) utilizan medicamentos mientras que el 94.9% no utilizan.

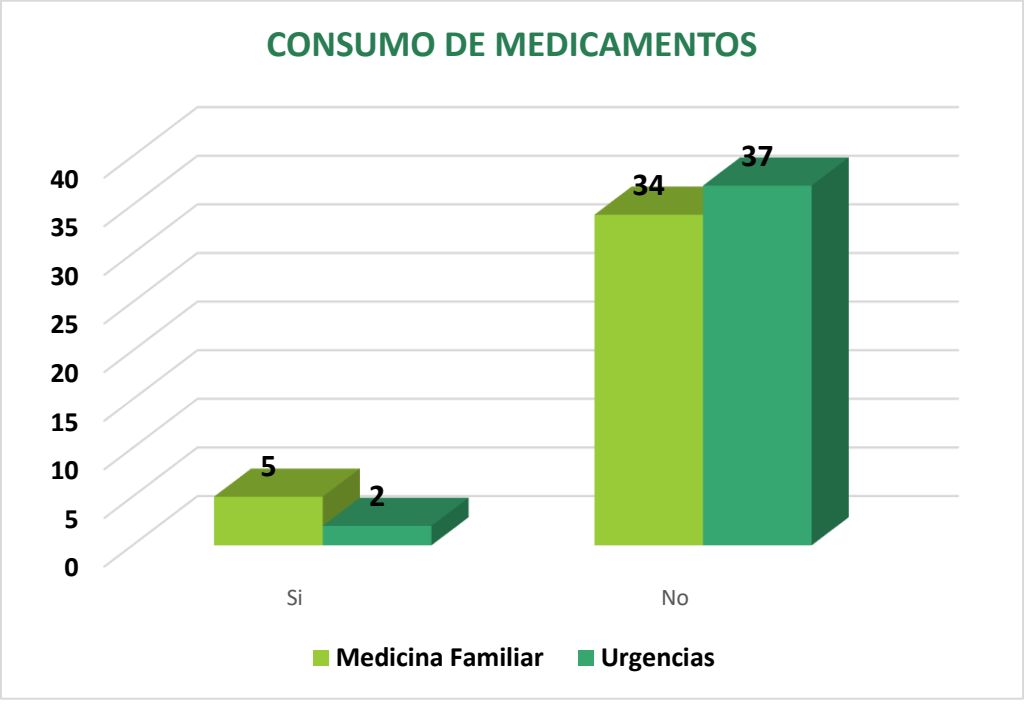
Tabla 2. Datos de los Médicos que laboran en otra institución y uso de medicamentos para conciliar el sueño.

Variable		Medicina Familiar		Urgencias	
		No. pacientes N=39	Porcentaje %	No. pacientes N=39	Porcentaje %
Labora en otra institución	Si No	8 31	20.5% 79.5%	27 12	69.2% 30.8%
Consumo de Medicamentos para dormir	Si No	5 34	12.8% 87.2%	2 37	5.1% 94.9%

Gráfica 5. Médicos que laboran en otra institución divididos en Médicos Familiares y Médicos del área de Urgencias.



Gráfica 6. Médicos consumen medicamentos para conciliar el sueño divididos en Médicos Familiares y Médicos del área de Urgencias.

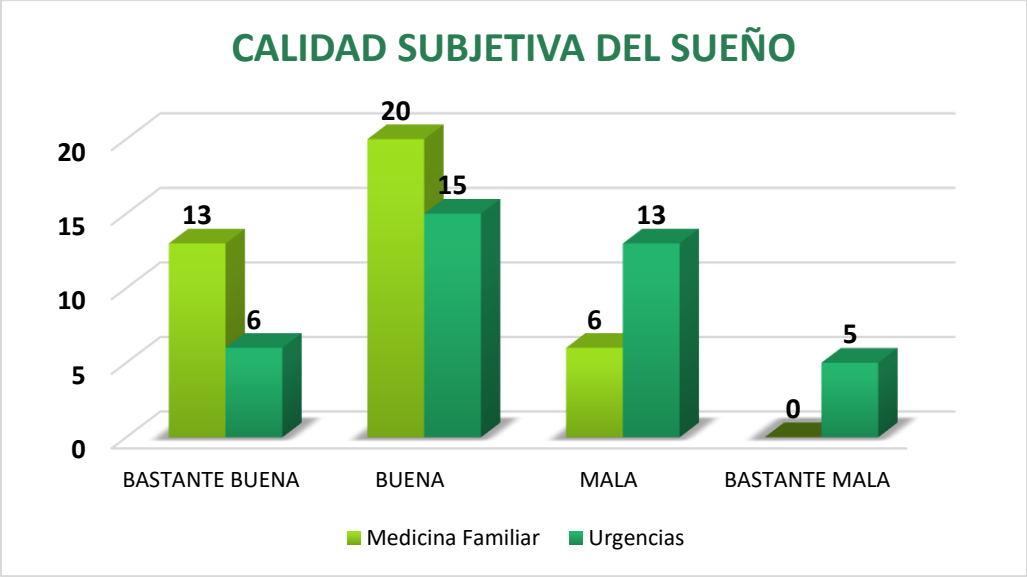


Los Médicos encuestados arrojaron los siguientes datos de acuerdo a la percepción de la calidad subjetiva del sueño, para Medicina Familiar el 33.3% (13) consideran que tienen una calidad de sueño bastante buena, 51.3% (20) buena, 15.4 % (13) mala y 0% bastante mala, mientras que en Urgencias los médicos consideran que 15.4 % (6) tienen una calidad de sueño bastante buena, 38.5% (15) buena, 33.3% (13) mala y el 12.8% (5) una calidad de sueño bastante mala.

Tabla 3. Calidad Subjetiva del sueño de los Médicos encuestados.

Variable		Medicina Familiar		Urgencias	
		No. pacientes N=39	Porcentaje %	No. pacientes N=39	Porcentaje %
Calidad subjetiva del sueño	Bastante buena	13	33.3%	6	15.4%
	Buena	20	51.3%	15	38.5%
	Mala	6	15.4%	13	33.3%
	Bastante mala	0	0%	5	12.8%

Gráfica 7. Calidad subjetiva del sueño divididos en Médicos Familiares y Médicos del área de Urgencias.

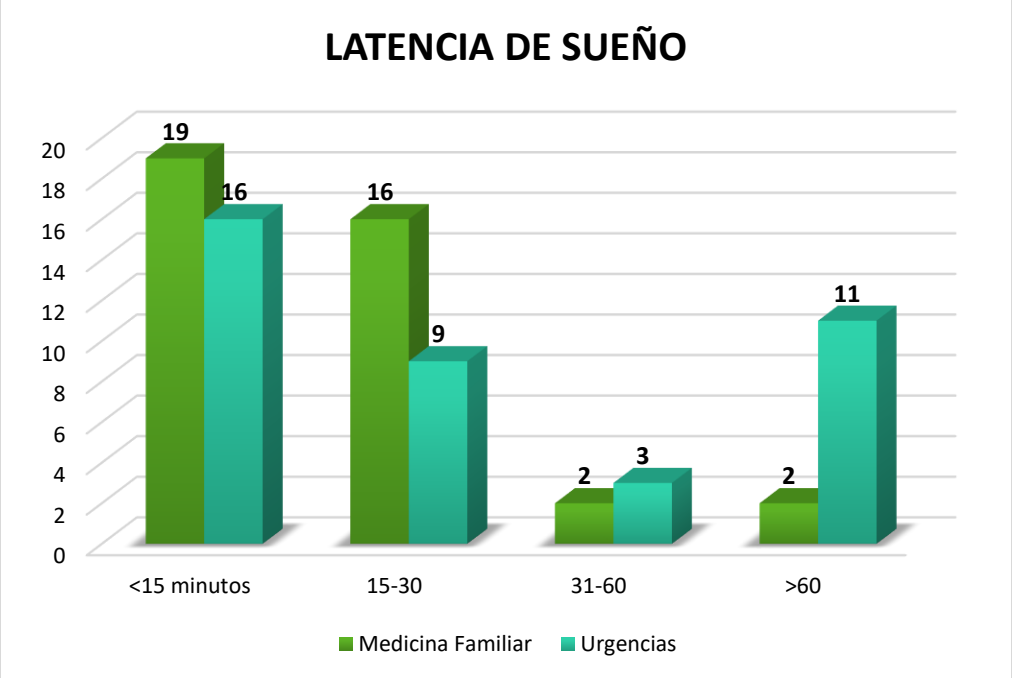


Para latencia de sueño se observó que los Médicos Familiares tardan el conciliar el sueño menos de 15 minutos el 48.8% (16), de 15 a 30 minutos el 41% (16), de 31 a 60 minutos 5.1 % (2) y más de 60 minutos el 5.1 % (2), en Urgencias la latencia de sueño menos de 15 minutos la tuvo el 41% (16) de los médicos, de 15 a 30 minutos el 23% (9), de 31 a 60 minutos 7.7% (3) y más de 60 minutos el 28.3% (11).

Tabla 4. Latencia de sueño de los Médicos encuestados.

Variable		Medicina Familiar		Urgencias	
		No. pacientes N=39	Porcentaje %	No. pacientes N=39	Porcentaje %
Latencia de sueño	<15 minutos	19	48.8%	16	41.0%
	15-30 minutos	16	41.0%	9	23.0%
	31-60 minutos	2	5.1%	3	7.7%
	>60 minutos	2	5.1%	11	28.3%

Gráfica 8. Latencia de Sueño divididos en Médicos Familiares y Médicos del área de Urgencias.

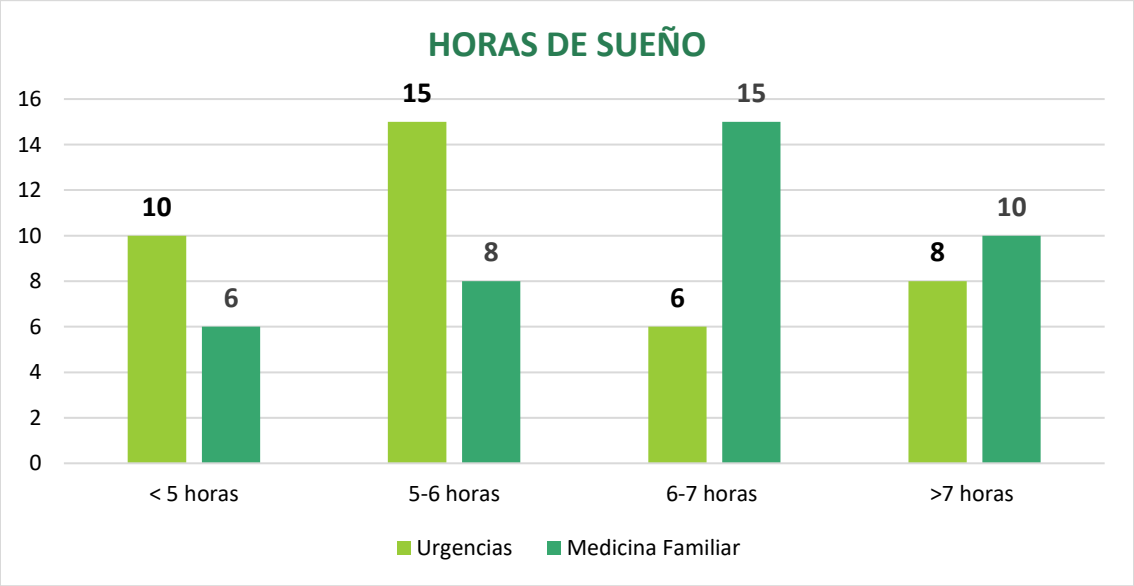


La encuesta arrojo los siguientes datos en cuanto a las horas de dormir de los Médicos participantes, para Médicos Familiares las horas de sueño fueron las siguientes; menos de 5 horas 15.4% (6), de 5 a 6 horas 20.5% (8), 6 a 7 horas 38.5% (15) y más de 7 horas 25.6% (10), mientras que para los médicos adscritos al área de urgencias se obtuvieron los siguientes resultados, menos de 5 horas 25.6% (10), de 5 a 6 horas 38.5% (15), 6 a 7 horas 15.4 % (6) y más de 7 horas 20.5% (8).

Tabla 5. Horas de sueño de los Médicos encuestados.

Variable		Medicina Familiar		Urgencias	
		No. pacientes N=39	Porcentaje %	No. pacientes N=39	Porcentaje %
Horas de sueño	<5 horas	6	15.4%	10	25.6%
	5-6 horas	8	20.5%	15	38.5%
	6-7 horas	15	38.5%	6	15.4%
	>7 horas	10	25.6%	8	20.5%

Gráfica 8. Horas de Sueño divididos en Médicos Familiares y Médicos del área de Urgencias.

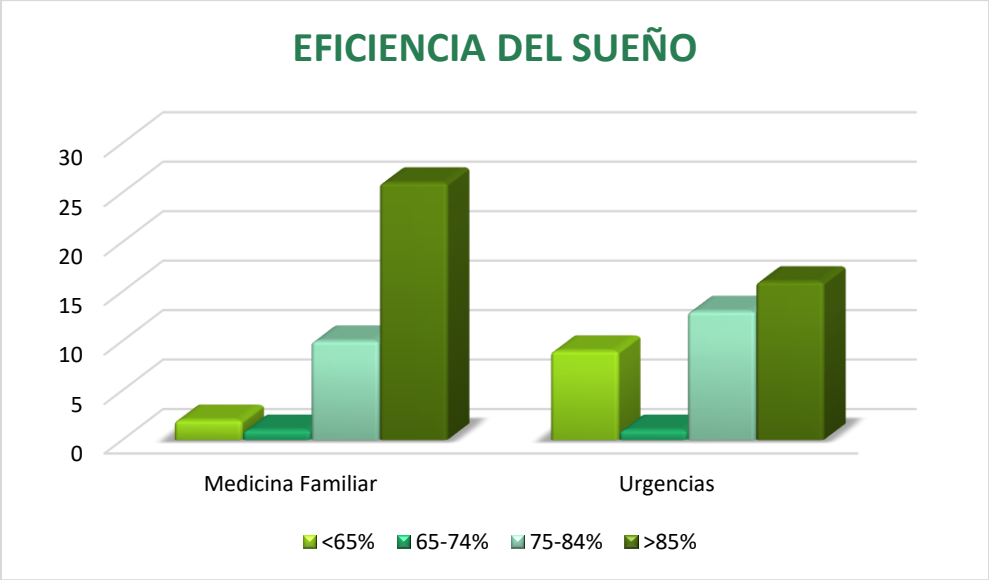


La eficiencia de sueño se dividió en menos del 65%, de 65-74%, de 74-84% y más del 85%. Los Médicos Familiares tienen mejor eficiencia de sueño, se obtuvieron los siguientes resultados: eficiencia menor del 65% el 5.1% (2), eficiencia del 65-74% con 2.6% (1), del 74-84 % con 25.6% (10) y con una eficiencia mayor de 85% el 66.7% (26), en los Médicos adscritos del área de Urgencias con eficiencia de sueño menos del 65 % con 23.1% (9), del 65-74% con 2.6% (1), del 74-84 % con 33.3% (13) y con una eficiencia mayor de 85% el 41.0% (16).

Tabla 6. Eficiencia de sueño de los Médicos encuestados.

Variable		Medicina Familiar		Urgencias	
		No. pacientes N=39	Porcentaje %	No. pacientes N=39	Porcentaje %
Eficiencia del sueño	<65%	2	5.1%	9	23.1%
	65-74%	1	2.6%	1	2.6%
	74-84%	10	25.6%	13	33.3%
	>85%	26	66.7%	16	41.0%

Gráfica 10. Eficiencia de Sueño divididos en Médicos Familiares y Médicos del área de Urgencias.

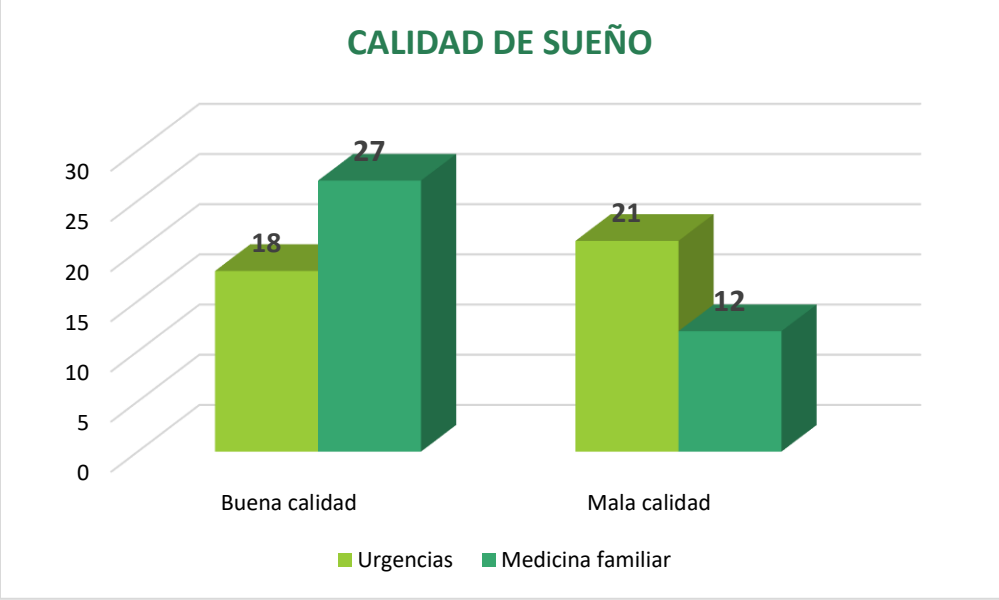


De acuerdo a los resultados obtenidos del Cuestionario de Índice de Calidad de Pittsburgh se divide en buena calidad de sueño y mala calidad de sueño con los siguientes resultados para Medicina Familiar: buena calidad de sueño 69.2% (27) y mala calidad de sueño 30.8% (12), para Urgencias buena calidad de sueño 46.1% (18) y mala calidad de sueño 53.9 % (21).

Tabla 7. Calidad de sueño de los Médicos encuestados de acuerdo al ICSP.

Variable		Medicina Familiar		Urgencias	
		No. pacientes N=39	Porcentaje %	No. pacientes N=39	Porcentaje %
Calidad de sueño de acuerdo al ICSP	Buena calidad Mala calidad	27 12	69.2% 30.8%	18 21	46.1% 53.9%

Gráfica 11. Calidad de sueño de acuerdo al ICSP



DISCUSIÓN

Como ya se ha estudiado la calidad de sueño no solo es la actividad de dormir si no que es de suma importancia en la vida del hombre ya que impacta a nivel físico, neurológico, biológico y psicológico, sin embargo; al realizar una revisión bibliográfica muy poco se ha encontrado a cerca de estudios realizados en el personal médico, en su gran mayoría los estudios realizados son en personal de enfermería y médicos en formación. Los estudios que se han encontrado reportan los siguientes datos:

Cavalheiri, JC y colaboradores (año 2021) realizaron el estudio “Calidad del sueño y trastorno metal en un equipo de enfermería de un hospital” siendo este un estudio transversal, analítico y cuantitativo que se realizó en 196 profesionales de enfermería de un hospital público y numo mixto de Panamá y Brasil respectivamente en el que se utilizaron dos instrumentos para evaluar la salud mental el Cuestionario de Evaluación de Trastornos Mentales y el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (ICSP) en los que se obtuvieron los siguientes resultados: el 88% de la población eran mujeres, la prevalencia de edad fueron >36 años, con alteraciones del sueño en un 27.6% de la población y 71.3% recibían más de un salario.
Comparando el estudio realizado por Cavalheiri, JC y colaboradores la investigación realizada en los Médicos del HGZ/UMF No. 58 se observó que existe mayor población del sexo femenino con un 61.5% y el rango de edad que predomino fue de 36 a 40 años con un 34.6% así como el estado civil que predomino fueron los solteros, también se reportó que del total de la población medica evaluada el 44.8% de los médicos laboran en más de un trabajo predominando los médicos del área de urgencias con un 69.2%. (36)

El estudio calidad de sueño en pacientes de 40 a 59 años de edad por los autores Cabada-Ramos, E. del 2015 transversal, descriptivo y observacional en el hospital ISSSTE de Orizaba, Veracruz donde se tomó una muestra de 400 pacientes de la consulta externa en el que también se utilizó el cuestionario de Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh dentro de la población se incluyeron a Médicos Residentes de

los cuales un 36% presentaba mala calidad de sueño, sin mencionar la especialidad que predomino, un 7% de la población consumía medicamentos ansiolíticos y un 6% antidepresivos al momentos del estudio; de la población medica estudiada se encontró que un 12.8% de Médicos Familiares consume medicamentos para conciliar el sueño mientras que los urgencias solo el 5.1%. (37)

De acuerdo a la autora Aguado, T. (año 2016) en el estudio calidad de sueño en profesionales hospitalarios, sanitarios y no sanitarios, el cual se llevó a cabo entre mayo del 2014 y febrero del 2015 con una muestra de 183 participantes en el cual se utilizó como instrumento el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh obteniendo los siguientes resultados: 55.7% con una buena calidad de sueño y un 44.3% con mala calidad de sueño, calidad subjetiva del sueño, un 29,5% lo percibe como “muy buena” y un 45,9% “bastante buena”, en relación con la latencia del sueño, 32,8% tarda menos de 15 minutos en conciliar el sueño, la duración del sueño 48,1% entre 6 y 7 horas.

En comparación con el presente proyecto de investigación se observó que la población fue de 78 Médicos de los cuales el 50%(39) son Médicos Familiares y el 50% (39) Médicos adscritos al área de urgencias, se utilizó el ICSP, la percepción subjetiva de calidad de sueño predomino un 51.3% “buena” en médicos Familiares y en urgencias 38.5%, al realizar la comparación con la calificación del Test de ICSP se observó que los médicos del área de urgencias tiene mayor porcentaje de mala calidad de sueño con un 53.9% (21) y los Médicos Familiares tienen un porcentaje de mala calidad del 30.8%, siendo la latencia de sueño predomino <15 minutos en ambas poblaciones, en cuanto a las horas de sueño del 38.5% de la población de médicos familiares duermen de 6 a7 horas, seguido de más de 7 horas con un 25.6% y en la población de médicos del área de urgencias 38.5% duermen de 5 a 6 horas y el 25.6% duerme menos de 5 horas lo que nos indica que en los médicos de urgencias tienen un mala calidad de sueño.

CONCLUSIONES

Al realizar este proyecto de investigación se puede observar que existe una diferencia notable de la calidad de sueño de los Médicos adscritos al servicio de urgencias en comparación con los Médicos Familiares adscritos a la UMF 58, siendo los Médicos adscritos al área de urgencias los que presentan mayor porcentaje de mala calidad de sueño.

El tener una mala calidad de sueño repercute negativamente en las actividades de las personas, disminuye el estado de alerta, altera las actividades cognitivas, incrementa la irritabilidad en los Médicos en ocasiones implica que puedan tener accidentes laborales (impericia, imprudencia, mala praxis, negligencia médica), el no encontrarse en condiciones para toma decisiones en cuanto a los pacientes, de tal forma, repercute negativamente en la salud de los Médicos, ya que se ha observado que se asocia a enfermedades crónicas como Diabetes Tipo 2, Hipertensión Arterial Sistémica, cardiopatías, sobrepeso, obesidad, trastornos de ansiedad, trastornos del sueño, entre otros.

Con lo anterior se puede concluir que la hipótesis se comprobó y fue correcta ya que el mayor porcentaje con mala calidad del sueño se observó en los médicos adscritos al área de Urgencias del Hospital General de Zona No. 58 en comparación con la calidad de sueño de los Médicos Familiares de la Unidad de Medicina No. 58.

IMPACTO

El tener una mala calidad de sueño interfiere en las actividades diarias de nuestra vida cotidiana, sin embargo, la importancia va más allá, ya que también repercute negativamente en la calidad de vida y a nivel fisiológico provocando incrementen las enfermedades como se mencionó anteriormente.

Existe poca evidencia en médicos que laboran como es la calidad de sueño, hay diversos factores para que tengan una buena calidad entre los que podemos observar son: múltiples trabajos y laborar en turno nocturno, por lo cual es de suma importancia dar seguimiento a todos aquellos médicos que se detectaron aliteraciones para así poder evitar riesgos y complicaciones en esta población que ya está detectada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gamboa-Montejano C, Valdés-Robledo S. Responsabiliades de los profesionales de la salud. Cámara de Diputados. 2015.
2. Cabada-Ramos E, Cruz-Corona J, Pineda-Murguía C, Sánchez-Camacho H, Solano-Heredia E. Calidad de sueño en pacientes de 40 a 59 años de edad. Rev Esp Med Quir. 2015; 20.
3. Lira D, Custodio N. Trastornos del sueño y su compleja relación con las funciones cognitivas. Rev Neuropsiquiatr. 2018; 81(1).
4. Hall E, Hall M. Guyton & Hall. Tratado de fisiología médica. 14th ed. Barcelona: ELSEVIER; 2021.
5. Díaz R, Rubio-Valdehita E. Desarrollo de un instrumento de medida de los hábitos de sueño. Un estudio con jovenes universitarios carentes de patología. Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación de Psicología. 2013; 36(2).
6. Republica Sdl. Gaceta del Senado. 23 de octubre: Día del Médico. [Online]; 2022. Acceso 28 de octrubre de 2022. Disponible en: www.senado.gob.mx.
7. Aguirre-Navarrete R. Bases anatómicas y fisiológicas del sueño. Rev. Ecuat. Neurol. 2007; 15(2-3).
8. Lira D, Custodio N. Los trastornos del sueño y su compleja relación con las funciones cognitivas. Rev Neuropsiquiatria. 2018; 81(1).
9. Carrillo-Mora P, Barajas-Martínez K, Sánchez-Vázquez I, Rangel-Caballero M. Trastornos del sueño: ¿Que son y cuales son sus caracteristicas? Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM. 2018; 61(1).
10. Venegas-Cadavid D, Franco-Garrido P. FISIOLOGIA DEL SUEÑO. Sociedad colombiana de Cardiología y Cirugia Cardiovascular. 2019; 54(4).
11. Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y Tratamiento de los trastornos del sueño. IMSS-385-10. 2010.
12. Agudelo M, Andres H, Alpi V, Tobón S. TRASTORNOS DEL SUEÑO, SALUD Y LA CALIDAD DE VISA: UNA PERSPECTIVA DESDE LA MEDICINA COMPARTIMENTAL DEL SUEÑO. Suma Psicología. 2008; 18(1).
13. Rivero-Serrano O, Jiménez-Correa U. MANUAL DE TRASTORNOS DEL SUEÑO. Secretaria de Desarrollo Institucional. 2020; 1.
14. Gallegos-Larraya J, Urrestarazu J, Toledo J, Iriarte J. Clasificación de los trastornos del sueño. An. Sis. Sanit. Navar. 2007; 30(1).
15. Abrishami A, Khajehdehi A, Chung A. Systematic Review of screening questionnaires for obstructive sleep apnea. Can J Anesth. 2010; 57.
16. Iriarte-Ramos S, Bernardos C. Escalas que valoran la cadilad de sueño en adultos. Biblioteca Lascasas. 5005; 05(5).

17. Jímenez G, Monteverde M, Nenclares , Nenclares P. Confiabilidad y análisis factoriales de las versiones en español del Índice de sueño de Pittsburg en pacientes Psiquiátricos. Gac Med. 2008; 144(6).
18. Manzar L. índice de Calidad de Sueño de Pittsburg. Psicología UANL. 2021; 1.
19. Jiménez G, Monteverde M, Nenclares P. Confiabilidad y análisis factorial de la versión en español del índice de calidad de sueño de Pittsburgh en pacientes psiquiátricos. Gac Med. 2018; 144(6).
20. Royuela-Rico A, Macias-Fernandez J. Propiedades clinimetrícas de la versión castellana del cuestionario de Pittsburg. hospital de Psiquiatría. 1997; 9(2).
21. Fontana S, Raimondi W, Rizzo L. Calidad de sueño y atención selectiva en estudiantes universitarios: estudio descriptivo transversal. Medwave. 2014; 14(8).
22. Muñoz-Pareja M, Loch M, Dos Santos H, Sakay-Bortoletto M, Durán González A. Factores asociados a mala calidad de sueño en población brasilera a partir de los 40 años de edad: estudio VIGICARDIO. Gac Sanit. 2016; 30(6).
23. Akaki-Blancas J, López-Bárcena J. Formación de médicos especialistas en México. EduMed. 2018; 007.
24. Heinze-Martin G, Olmedo-Canchola V, Bazán-Miranda G, Bernard-Fuentes N, Guízar-Sánchez P. Los médicos especialistas en México. Gaceta Médica de México. 2018; 154.
25. Fajardo-Dolci G, Santacruz-Varela J, Lavalle-Montalvo C. LA FORMACIÓN DE MÉDICOS ESPECIALISTAS EN MÉXICO. Academia Nacional de Medicina/ México. 2014.
26. Cano-Jimenez R. la Medicina Interna como especialidad y su futuro. Med Int Méx. 2014; 30.
27. Cruz-Florencio P, Godínez-Tamay E, Hernández-Miranda M. La Medicina Familiar como especialidad médica: percepción de otros especialistas. ATEN FAM. 2016; 23(3).
28. Ponte-Hernando F. Historia de la medicina de familia en España. Un camino largo y complejo. AMF. 2009; 5(4).
29. Ávila-Álvarez A. Especialidad en medicina de urgencias. Urgentia, R. Int. Med. Emergencias. 2015; 1(1).
30. Perez-Ortega A, Uriostegui-Santiago H, Villatoro-Martínez A. Enseñanza de la asignatura de urgencias en univerdades mexicanas. Revista de Educacion e Investigación en EMERGENCIA. 2021; 3(2).
31. Rodríguez-Murillo J, Flores-Fernández B, López -Quiroga M, Argilés-Miró N, Et al. Calidad del sueño del personal asistencial del turno de noche de un hospital de tercer nivel. METAS DE ENFERMERIA. 2016; 19(4).
32. Díaz-Ramiro E, Rubio-Valdehita S, López-Nuñez I, Aparicio-Garcia M. Los hábitos de sueño como predictores de la salud psicológica en profesionales sanitarios. Anales de psicología. 2020; 36(2).

33. Díaz-Campo Y, García-Carpintero C, Puerma-Castillo C, Viedma-Lloreda M, Et al. La Calidad del Sueño en los Profesionales Sanitarios de La Calidad del Sueño en los Profesionales Sanitarios de. REV CLÍN MED FAM. 2008; 2(4).
34. Portilla-Maya S, Dussán-Lubert C, Montoya-Londoño D, Taborda-Chaurra J, Nieto-Osorio L. CALIDAD DE SUEÑO Y SOMNOLENCIA DIURNA EXCESIVA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE DIFERENTES DOMINIOS. Hacia la Promoción de la Salud. 2018; 24(1).
35. Flores-Flores D, Boettcher-Sáez B, Quijada-Espinoza J, Ojeda-Barrientos R, Matamala-Anacona I, González-Burboa A. Calidad del sueño en estudiantes de medicina de la Universidad Andrés Bello, 2019, Chile. MÉD.UIS. 2021; 34(3).
36. Cavalheiri J, Pascotto C, Tonini N, Et al. Calidad del sueño y trastorno mental común en un equipo de enfermería de un hospital. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2021; 29.
37. Cabada-Ramos E, Cruz-Corona J, Pineda-Murguía , SánchezCamacho H. Calidad del sueño en pacientes de de 40 a 59 años. Rev Esp Méd Quir. 2015; 20(3).
38. Varela-Rueda C, Reyes-Morales H, Albavera-Hernández C, Díaz-López H, Gómez-Dantés H, García-Peña C. La medicina familiar en México: presente y futuro. Gaceta Médica de México. 2016; 152(135).

ANEXOS

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

GOBIERNO DE MÉXICO

IMSS

Instituto Mexicano del Seguro Social
Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada
Región Estado de México Poniente
Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas
Coordinación de Planeación y Enlace Institucional
Coordinación de Educación e Investigación en Salud
Unidad de Medicina Familiar No. 58 "Las Margaritas"

Naucalpan, Estado de México a 08 de enero del 2023

Asunto: Cronograma de Actividades

Título de la Investigación: "CALIDAD DEL SUEÑO DE LOS MÉDICOS FAMILIARES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 58 EN COMPARACÓN CON LOS MÉDICOS DEL ÁREA DE URGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 58."

ACTIVIDADES	2022				2023							
	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO
DELIMITACION DEL TEMA	XX	XX										
ELABORACION DEL PROTOCOLO		XX	XX	XX								
ENVÍO ANTE SIRELCIS PARA SU AUTORIZACIÓN					X							
RECOLECCION DE INFORMACION						X						
ENVÍO DE INFORMES TÉCNICOS						X						
ANALISIS DE RESULTADOS							X	X				
PUBLICACION DE RESULTADOS									X	X		
INFORME TECNICO DE CIERRE											X	X

Planeado	X
Realizado	XX

"El investigador responsable se obliga a presentar en el Sistema de Registro Electrónico de la Coordinación de Investigación en Salud (SIRELCIS) los Informes de Seguimiento Técnico semestrales tomando en cuenta la fecha de aprobación y obtención de registro y que una vez que el estudio haya sido terminado presentará el Informe de Seguimiento Técnico final, así como los informes extraordinarios que se le requieran sobre el avance del protocolo hasta la terminación o cancelación de este.

Atentamente

Dr. Martínez Hernández Isaac Rafael.

Investigador (a) Responsable

Blvd. Manuel Ávila Camacho S/N esq. Ex-convento de Tepotzotlán, Las Margaritas, Tlalnepantla de Baz, Estado de México. C.P. 54050. Teléfono: (55)5397-4515 Ext. 513 www.imss.gob.mx

2022 Año de Ricardo Flores Magón

Escaneado con CamScanner

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
Unidad de Medicina Familiar No. 58 IMSS

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

"CALIDAD DE SUEÑO DE LOS MÉDICOS FAMILIARES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 58 EN COMPARACIÓN CON LOS MÉDICOS DEL ÁREA DE URGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 58".

Investigador Principal	Dr. Isaac Rafael Martínez Hernández
Investigador Asociado	Dra. Wendy Miranda Cruz
Tesista	Dra. Ana Odilia Martínez Hernández Residentes de Segundo Año
Número de registro:	Pendiente.
Financiamiento (si Aplica)	No aplica
Lugar y fecha:	Hospital General de Zona No. 58 con Unidad de Medicina Familiar No 58, del Instituto Mexicano del Seguro Social. Ubicado en Boulevard Manuel Ávila Camacho, S/N, Col. Las Margaritas, CP 54050, Tlalnepantla de Baz, Estado de México.
Riesgo de la Investigación:	Estudio con riesgo mínimo.
Justificación y Objetivos del estudio:	Usted ha sido invitado a participar a dicho estudio porque cumple con las especificaciones personales/ laborales para dicho estudio. El propósito de este protocolo es identificar la calidad de sueño que presentan los Médicos Familiares VS los Médicos adscritos al área de urgencias. Por favor lea la información y haga las preguntas que desee antes de decidir si participará o no en la investigación.
Procedimientos:	Los médicos responderán el cuestionario de índice de calidad de sueño de Pittsburg, que consta de 19 reactivos que evalúa 7 dimensiones relacionada con la calidad de sueño, los cuales son: calidad de sueño subjetiva, latencia de sueño, duración del dormir, eficiencia de sueño, alteraciones de sueño y disfunción diurna. Posteriormente se procederá a recabar la información obtenida de las encuentras relacionado con la calidad de sueño que presentan los Médicos Familiares y los médicos adscritos al área de Urgencias de manera comparativa.
Posibles riesgos y molestias:	El presente estudio esta apegado al reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud artículo 17, con base en ello, el riesgo de este proyecto corresponde a riesgo mínimo. Dicho procedimiento (responder el cuestionario de Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg) no ocasionan dolor, incomodidad o riesgo alguno, sin embargo, puede generar incomodidad, interrupción de sus actividades laborales, y/o molestia.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	No recibirá pago por su participación, ni implica gasto alguno para usted, si bien; los beneficios directos para usted pudieran no existir, los resultados de este estudio brindarán información relevante y se incrementará el conocimiento científico sobre el tema de investigación, en caso de encontrar mala calidad de sueño se derivará a los servicios correspondientes para dar seguimiento al paciente.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento (ensayos clínicos)	La información obtenida se difundirá dentro de la comunidad médica, en caso de encontrar mala calidad de sueño los investigadores se comunicarán con el paciente para dar seguimiento. Se entregarán el resultado a quien así lo solicite, en el momento que lo desee.
Participación o retiro:	Su participación es completamente voluntaria, si decide NO participar no se verá afectada en sus actividades laborales que, por parte del IMSS, Si decide participar y posteriormente cambia de opinión, usted puede abandonar el estudio en cualquier momento, lo cual tampoco modificará los beneficios que usted tiene como trabajador del IMSS.
Privacidad y confidencialidad:	La información que nos brinde es estrictamente confidencial y será resguardada con claves alfanuméricas y las bases de datos estarán protegidas por una clave de acceso, solo el equipo de investigación tendrá

acceso a la información, cuando los resultados de este estudio sean publicados o presentados en foros o conferencias no existe información que pudiera revelar su identidad.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con esta investigación podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:	Dr. Isaac Rafael Martínez Hernández thebossbean22@gmail.com Teléfono (55) 53974515 Lugar y hora de atención: UMF 58 "Las Margaritas" de 08:00 a 14:00 hrs.
Colaboradores:	Dra. Wendy Miranda Cruz latis21@hotmail.com Teléfono (55) 53974515 Lugar y hora de atención: UMF 58 "Las Margaritas" de 08:00 a 14:00 hrs.
Tesista:	Dra. Ana Odilia Martínez Hernández anamartinez.ec@gmail.com Teléfono (55) 53974515 Lugar y hora de atención: UMF 58 "Las Margaritas" de 08:00 a 14:00 hrs.

En caso de dudas, aclaraciones o quejas sobre sus derechos como participante en un estudio de investigación, podrá dirigirse a: Comité de Ética en Investigación 15038, Hospital General de Zona No. 58 del IMSS: Blvd. Manuel Ávila Camacho, fraccionamiento Las Margaritas, Colonia Santa Mónica. Tlalnepantla de Baz, Estado de México, CP. 54050. Teléfono (55) 53974515 extensión 52315, de lunes a viernes, en un horario de 8:00 a 16:00 hrs., Correo electrónico: comite.etica15038@gmail.com

Nombre, firma y fecha del participante	Nombre, firma y fecha de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1 Mi firma como testigo certifica que la participante firmó este formato en mi presencia, de manera voluntaria	Testigo 2 Mi firma como testigo certifica que la participante firmó este formato en mi presencia, de manera voluntaria
Nombre, relación y firma	Nombre, 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 43

CARTA DE NO INCONVENIENTE

GOBIERNO DE MÉXICO | IMSS

Instituto Mexicano del Seguro Social
Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada
Región Estado de México Poniente
Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas
Coordinación de Planeación y Enlace Institucional
Coordinación de Educación e Investigación en Salud
Unidad de Medicina Familiar No. 58 "Las Margaritas"

Tlalnepantla de Baz, Estado de México a 01 de diciembre del 2022
Unidad de Medicina Familiar No. 58 "Las Margaritas"
Sistema de Registro Electrónico de la Coordinación de Investigación en Salud

Asunto: Carta de No inconveniente para la realización de Protocolo de Investigación

Nombre del Investigador Principal: Dr. Isaac Rafael Martínez Hernández

Por medio de la presente, me permito informar que **No existe inconveniente** alguno para que se realice el protocolo de investigación que a continuación se describe, una vez que haya sido evaluado y aprobado por el comité Local de Investigación en Salud y el comité de ética en Investigación que le correspondan.

Título de la Investigación.

"CALIDAD DE SUEÑO DE LOS MÉDICOS FAMILIARES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 58 EN COMPARACIÓN CON LOS MÉDICOS DEL ÁREA DE URGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 58".

Investigación Vinculada a Tesis.
Si

Alumno (s):
Médico Residente de 2 año de Medicina Familiar: Martínez Hernández Ana Odilia

Sin más por el momento, agradezco su atención y envío un cordial Saludo

Atentamente

Dra. Dulce María Juárez Andrade
Directora de la UMF 58

CS Escaneado con CamScanner

INSTRUMENTO

“CALIDAD DE SUEÑO DE LOS MÉDICOS FAMILIARES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 58 EN COMPARACIÓN CON LOS MÉDICOS DEL ÁREA DE URGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 58.”

Folio:
Edad: _____
Sexo: Femenino_____ Masculino_____
Estado Civil: Soltero___ Casado ___ Unión Libre___ Divorciado___ Viudo___
Área de adscripción: Medicina Familiar_____ Urgencias _____
Otro instituto donde labora: ISSSTE____ ISEM____ ISSEMYM___ Privado___

1. ¿Consume medicamentos para conciliar el sueño?: Si___ No____
2. Si su respuesta fue SI, mencione que medicamento: _____

Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh

Las siguientes preguntas hacen referencia a la manera en que ha dormido durante el último mes. Intente responder de la manera más exacta posible, de lo ocurrido durante la mayor parte de los días y noches del último mes. No olvidar contestar **TODAS** las preguntas.

1. Durante el último mes, ¿Cuál ha sido, usualmente su hora en dormirse en las noches? _____

2. Durante el último mes, ¿Cuánto tiempo ha tardado en dormirse en las noches del último mes? (**Apunte el tiempo en minutos)** _____

3. Durante el último mes, ¿A qué hora se ha estado levantando por las mañanas? _____

4. ¿Cuántas horas calcula que habrá dormido verdaderamente cada noche durante el último mes? **(el tiempo puede ser diferente al que permanezca en la cama) (Apunte las horas que cree haber dormido)** _____

5. Durante el último mes, ¿Cuántas veces ha tenido problemas para dormir a causa de:

a) No poder conciliar el sueño en la primera media horas

( ) 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 pesadilla o malos sueño:
( ) 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 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

6. Durante el último mes, ¿Cómo valoraría en conjunto, la calidad de su dormir?
( ) Bastante buena
( ) Buena
( ) Mala
( ) Bastante 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 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
( ) Un problema muy ligero
( )Algo de problema
( )Un gran problema