



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

TEMA:

**Calidad del sueño en pacientes post infarto de miocardio,
ingresados en un hospital de la ciudad de Guayaquil, año
2019/2020.**

AUTORES:

**Hidrovo García, Rocío Guadalupe
Mora Muñoz, Kevin Lenin**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
LICENCIADOS EN ENFERMERÍA**

TUTORA:

Lcda. Holguin Jimenez Martha Lorena

Guayaquil, Ecuador

02 abril del 2020



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

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Hidrovo García, Rocío Guadalupe y Mora Muñoz, Kevin Lenin**, como requerimiento para la obtención del título de **LICENCIADOS EN ENFERMERÍA**.

TUTORA

f. _____
LCDA. HOLGUIN JIMENEZ MARTHA LORENA

DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____
LCDA. MENDOZA VINCES, ANGELA OVILDA.MGS

Guayaquil, a los 02 del mes de Abril del año 2020



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

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotros, **Hidrovo García, Rocío Guadalupe y Mora Muñoz, Kevin Lenin**

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación, **Calidad del sueño en pacientes post infarto de miocardio, ingresados en un hospital de la ciudad de Guayaquil, año 2019/2020**, previo a la obtención del título de **LICENCIADOS EN ENFERMERÍA**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de nuestra total autoría.

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

Guayaquil, a los 02 del mes de Abril del año 2020

AUTORES

f. _____

Hidrovo García, Rocío Guadalupe

f. _____

Mora Muñoz, Kevin Lenin



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

AUTORIZACIÓN

Nosotros, **Hidrovo García, Rocío Guadalupe y Mora Muñoz, Kevin Lenin**

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Calidad del sueño en pacientes post infarto de miocardio, ingresados en un hospital de la ciudad de Guayaquil, año 2019/2020**, cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 02 del mes de Abril del año 2020

AUTORES

f. _____

Hidrovo García, Rocío Guadalupe

f. _____

Mora Muñoz, Kevin Lenin

REPORTE DE URKUND

The screenshot shows the URKUND web interface. At the top left is the URKUND logo. Below it, a table displays document information: 'Documento' (URKUNDO2 -Hidrovo García Rocío - Mora Muñoz Kevin.docx (D70427504)), 'Presentado' (2020-05-07 15:06 (-05:00)), 'Presentado por' (lupehidrovo@gmail.com), 'Recibido' (martha.holguin01.ucsg@analysis.orkund.com), and 'Mensaje' (REVISION DE TESIS PARA URKUND [Mostrar el mensaje completo](#)). A green progress bar indicates '0%' completion. On the right, a 'Lista de fuentes' (Sources list) is partially visible with expand/collapse icons. At the bottom, a navigation toolbar contains icons for home, search, and navigation.

del sueño.

Técnicas y procedimientos para la recolección de la información: Técnica: Encuesta y Observación indirecta
Instrumento: Cuestionario de Pittsburg, y Matriz de recolección de datos de observación indirecta en pacientes que reciben tratamiento de hemodiálisis en un Hospital de la ciudad de Guayaquil.

Técnicas de Procedimiento y Análisis de datos: Para la obtención de los datos se revisaron y recolectaron la información necesaria de los registros de los pacientes, para luego tabularlos a través de Microsoft Excel.

VARIABLES GENERALES Y OPERACIONALIZACIÓN. Variable general. Calidad del sueño en pacientes post infarto
Dimensiones Indicadores Escala Técnica/ Instrumento Características sociodemográficas Edad 25 – 35 años 36 – 45 años 46 – 55 años 56 a 65 años Mayor a 66 años Observación indirecta: Matriz de observación indirecta

Sexo Masculino Femenino

Etnia Blanca Negra Mestiza Afro descendiente

Procedencia Rural Urbana

Nivel de educación Primaria Secundaria Superior Técnicos Otros.

Antecedentes personales Diabetes HTA Anemia Cáncer

Enfermedades cardiovasculares



Urkund Analysis Result

Analysed Document: URKUNDO2 -Hidrovo García Rocío - Mora Muñoz Kevin.docx (D70427504)
Submitted: 5/7/2020 10:06:00 PM
Submitted By: lupehidrovo@gmail.com
Significance: 0 %

Sources included in the report:

Instances where selected sources appear:

0

TEMA: Calidad del sueño en pacientes post infarto de miocardio, ingresados en un hospital de la ciudad de Guayaquil, año 2019/2020.

AUTORES: Hidrovo García, Rocío Guadalupe Mora Muñoz, Kevin Lenin

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de LICENCIADOS EN ENFERMERÍA

TUTORA:

Lcda. Holguin Jimenez Martha Lorena

Guayaquil, Ecuador 02 abril del 2020

INTRODUCCIÓN

El infarto agudo de miocardio (IAM) es la principal causa de muerte en hombres y mujeres. La edad promedio en que aparece la enfermedad es de 60 años en el hombre y 70 años en la mujer. Pueden contribuir a su aparición en edades tempranas los llamados factores de riesgo coronario: fumar, hipertensión arterial, colesterol elevado, diabetes mellitus, estrés, sedentarismo. El miocardio, músculo del corazón, se alimenta a través de tres arterias coronarias cuyo diámetro es menor de 4 mm. Una obstrucción súbita de alguna de estas arterias coronarias lleva al IAM, es decir, la muerte de un sector del músculo cardíaco (1).

Expresa la Organización Mundial de la Salud, que esta enfermedad se presenta cada vez con mayor frecuencia en edades más tempranas de la vida, justamente cuando el individuo es más útil a la sociedad, o sea, en el momento de construcción de la familia y óptimo rendimiento laboral. Según las estadísticas de mortalidad, en los Estados Unidos la enfermedad coronaria aguda constituye el mayor asesino individual de hombres y mujeres, pues cada 29 segundos un norteamericano sufre un evento coronario agudo. Esta constituye la primera causa de muerte en los países desarrollados debido al alto estándar de vida, donde es posible el logro de 2 de las premisas fundamentales de esta enfermedad: aumento de la expectativa de vida y control o minimización de las enfermedades transmisibles (2).

En Norteamérica y en los países de Europa occidental, la prevalencia poblacional de infarto de miocardio se encuentra aproximadamente en el 2% y el total de casos con infarto agudo de miocardio duplica al de los cuadros de insuficiencia cardíaca aguda; además, en los pacientes portadores de la condición crónica, la tasa anual de reingresos hospitalarios alcanza el 31.9% y la mortalidad llega al 7.2% durante el año de seguimiento (3).

En el Ecuador, la enfermedad isquémica del corazón fue la principal causa de muerte evidenciándose el 12% de 7870 casos, en el año 2018, en segundo lugar se observó que 6,7% de 4696 casos de la afectaciones por la diabetes mellitus; y el 6,5% de 4460 casos correspondiente a los problemas cardiovasculares, según información proporcionada por el INEC; por otra parte, el coordinador de hospitalización del servicio de Cardiología del Vernaza, el Dr. Chong Long, agrega que el 71% de individuos presenten complicaciones en el pecho,

AGRADECIMIENTO

En primera instancia agradecemos a Dios por haberme permitido lograr cumplir una de nuestras metas, llena de salud y muchos conocimientos, a nuestros formadores quienes se han esforzado por ayudarnos a llegar al punto donde nos encontramos, no ha sido facil el proceso, pero gracias a sus conocimientos y dedicacion para que logremos grandes objetivos como lo que es lograr la culminacion de nuestra tesis con éxito para obtener nuestro titulacion profesional. A nuestros padres les agradecemos no solo por estar presentes dandonos su apoyo incondicional, sino por los grandes momentos de felicidad y diversas emociones de fortaleza que nos brindaron.

Hidrovo García, Rocío Guadalupe
Mora Muñoz, Kevin Lenin

DEDICATORIA

A Dios, por permitirme llegar a este momento tan especial en mi vida, por la fuerza que ha dado para valorar cada día más la profesión que escogí.

A mis padres, porque han sido mi pilar más fundamental e importante en toda mi trayectoria, por el apoyo y el cariño incondicional que me han brindado sin importar las diferencias de opiniones.

A mi tío Leonardo, por haber sido un apoyo super importante y que siempre estuvo para ayudarme en cualquier circunstancia y momento.

A Sarita, mi hermanita que amo tanto, por brindarme su apoyo y amor incondicional para lograr esta meta.

Hidrovo García, Rocío Guadalupe

A Dios, por permitirme llegar a este momento tan especial en mi vida. Por los triunfos y los momentos difíciles que me han enseñado a valorarlo cada día más,

A mis padres por ser las personas que me han acompañado durante todo mi trayecto estudiantil y de vida, quien han velado por mí durante este arduo camino para convertirme en un profesional.

Mora Muñoz, Kevin Lenin



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

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

LCDA. MARTHA LORENA HOLGUIN JIMENEZ, MGS
TUTORA

f. _____

LCDA. ANGELA OVILDA MENDOZA VINCES. MGS
DIRECTORA DE CARRERA

f. _____

LCDA. MARTHA LORENA HOLGUIN JIMENEZ, MGS
COORDINADORA DE UNIDAD DE TITULACIÓN

LCDA. KRISTY GLENDA, FRANCO POVEDA MGS.

OPONENTE

ÍNDICE

Contenido	
CERTIFICACIÓN	II
DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD	III
AUTORIZACIÓN	IV
REPORTE DE URKUND	V
AGRADECIMIENTO	VII
DEDICATORIA	VIII
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN	IX
ÍNDICE	X
ÍNDICE DE GRÁFICOS	XII
RESUMEN	XIII
ABSTRACT	XIV
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO I	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	6
JUSTIFICACIÓN	7
OBJETIVOS	8
OBJETIVO GENERAL	8
OBJETIVOS ESPECIFICOS	8
CAPÍTULO II	9
FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL	9
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	9
2.2. MARCO TEORICO.	12
2.3 MARCO LEGAL	35
CAPÍTULO III	37
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	37
Tipo de Estudio	37
Población y Muestra	37
Criterios de inclusión y exclusión	37
Técnicas y procedimientos para la recolección de la información	37

Técnicas de Procedimiento y Análisis de datos:.....	37
VARIABLES GENERALES Y OPERACIONALIZACIÓN.	38
PRESENTACIÓN Y ANALISIS DE RESULTADOS	39
DISCUSIÓN	58
CONCLUSIONES	60
RECOMENDACIONES.....	61
BIBLIOGRAFÍA	62
ANEXOS	66

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico No. 1 Edad	39
Gráfico No. 2 Sexo.....	40
Gráfico No. 3 Etnia.....	41
Gráfico No. 4 Procedencia	42
Gráfico No. 5 Nivel de educación.....	43
Gráfico No. 6 Antecedentes patológicos personales	44
Gráfico No. 7 Antecedentes Patológicos Familiares	45
Gráfico No. 8 Factores intrínsecos.....	46
Gráfico No. 9 Factores extrínsecos.....	47
Gráfico No. 10 Componente 1: Calidad Subjetiva del Sueño.....	48
Gráfico No. 11 Componente 2 : Latencia del Sueño	49
Gráfico No. 12 Componente 3 : Duración del dormir	50
Gráfico No. 13 Componente 4: Eficacia del sueño habitual	51
Gráfico No. 14 Componente 5: Alteraciones del Sueño.....	52
Gráfico No. 15 Componente 6 : Uso de medicamentos para dormir.....	54
Gráfico No. 16 Somnolencia mientras conducía	55
Gráfico No. 17 Problemas de desánimos.....	56
Gráfico No. 18 Dormir solo o acompañado	57

RESUMEN

El infarto agudo de miocardio (IAM) es la principal causa de muerte en hombres y mujeres. La edad promedio en que aparece la enfermedad es de 60 años en el hombre y 70 años en la mujer. Pueden contribuir en su aparición, los factores como: fumar, hipertensión arterial, colesterol elevado, diabetes mellitus, estrés, sedentarismo. **Objetivo:** Determinar la calidad del sueño en pacientes post infarto de miocardio, ingresados en un hospital de la ciudad de Guayaquil, año 2019. **Diseño:** estudio cuantitativo, descriptivo, prospectivo, transversal. **Población:** 45 pacientes infartados. **Técnica:** encuesta y observación indirecta; **Instrumento:** cuestionario de Pittsburg y matriz de recolección de datos. **Resultados:** Entre los hallazgos encontrados podemos decir que el 35% de edad de 56 a 65 años, 73% masculino, 76% mestiza, 85% de procedencia urbana, 49% de educación secundaria, 42% presenta enfermedades cardiovasculares como antecedente patológico personal, el 36% presenta esta misma enfermedad como antecedente patológico familiar y el 24% diabetes, inciden la preocupación por la evolución de la enfermedad (31%) y efectos de los medicamentos (34%). A través del cuestionario Pittsburg se determinó que los pacientes presentan varios factores que inciden como el no poder conciliar el sueño, el despertarse en la madrugada, toser o roncar ruidosamente, no respirar bien, sentir frío o sentir demasiado calor, entre otros. Así mismo indicaron que consideran tener una calidad de sueño bastante mala. **Conclusión:** Existen factores que alteran la calidad del sueño, para lo cual es necesario desarrollar más estudios, para lograr una mejor calidad de vida en el paciente.

Palabras Clave: Calidad de sueño, pacientes post infarto de miocardio.

ABSTRACT

Acute myocardial infarction (AMI) is the leading cause of death in men and women. The average age at which the disease appears is 60 years in men and 70 years in women. Factors such as: smoking, high blood pressure, high cholesterol, diabetes mellitus, stress, sedentary lifestyle can contribute to its appearance. **Objective:** To determine the quality of sleep in post-myocardial infarction patients admitted to a hospital in the city of Guayaquil, 2019. **Design:** quantitative, descriptive, prospective, cross-sectional study. **Population:** 45 infarcted patients. **Technique:** survey and indirect observation; **Instrument:** Pittsburg questionnaire and data collection matrix. **Results:** Among the found findings we can say that 35% of age from 56 to 65 years old, 73% male, 76% mestizo, 85% from urban origin, 49% from secondary education, 42% present cardiovascular diseases as personal pathological antecedent, 36% present this same disease as a family pathological antecedent and 24% diabetes, concern about the evolution of the disease (31%) and the effects of medications (34%). Through the Pittsburg questionnaire, it was determined that patients present various factors that influence such as not being able to fall asleep, waking up in the early hours, coughing or snoring loudly, not breathing well, feeling cold or feeling too hot, among others. They also indicated that they consider that they have a rather poor quality of sleep. **Conclusion:** There are factors that alter the quality of sleep, for which it is necessary to carry out more studies to achieve a better quality of life in the patient.

Keywords: *Sleep quality, post-myocardial infarction patients.*

INTRODUCCIÓN

El infarto agudo de miocardio (IAM) es la principal causa de muerte en hombres y mujeres. La edad promedio en que aparece la enfermedad es de 60 años en el hombre y 70 años en la mujer. Pueden contribuir a su aparición en edades tempranas los llamados factores de riesgo coronario: fumar, hipertensión arterial, colesterol elevado, diabetes mellitus, estrés, sedentarismo. El miocardio, músculo del corazón, se alimenta a través de tres arterias coronarias cuyo diámetro es menor de 4 mm. Una obstrucción súbita de alguna de estas arterias coronarias lleva al IAM, es decir, la muerte de un sector del músculo cardíaco(1).

Expresa la Organización Mundial de la Salud, que esta enfermedad se presenta cada vez con mayor frecuencia en edades más tempranas de la vida, justamente cuando el individuo es más útil a la sociedad, o sea, en el momento de construcción de la familia y óptimo rendimiento laboral. Según las estadísticas de mortalidad, en los Estados Unidos la enfermedad coronaria aguda constituye el mayor asesino individual de hombres y mujeres, pues cada 29 segundos un norteamericano sufre un evento coronario agudo. Esta constituye la primera causa de muerte en los países desarrollados debido al alto estándar de vida, donde es posible el logro de 2 de las premisas fundamentales de esta enfermedad: aumento de la expectativa de vida y control o minimización de las enfermedades transmisibles(2).

En Norteamérica y en los países de Europa occidental, la prevalencia poblacional de infarto de miocardio se encuentra aproximadamente en el 2% y el total de casos con infarto agudo de miocardio duplica al de los cuadros de insuficiencia cardíaca aguda; además, en los pacientes portadores de la condición crónica, la tasa anual de reingresos hospitalarios alcanza el 31.9% y la mortalidad llega al 7.2% durante el año de seguimiento(3).

En el Ecuador, la enfermedad isquémica del corazón fue la principal causa de muerte evidenciándose el 12% de 7870 casos, en el año 2018, en segundo lugar se observó que 6,7% de 4696 casos de la afectaciones por la diabetes mellitus;

y el 6,5% de 4460 casos correspondiente a los problemas cardiovasculares, según información proporcionada por el INEC; por otra parte, el coordinador de hospitalización del servicio de Cardiología del Vernaza, el Dr. Chong Long, agrega que el 71% de individuos presenten complicaciones en el pecho, por eso es esencial prestar el debido cuidado para acudir al doctor para que se descarte o no un problema del corazón(4).

En el Hospital Universitario en Guayaquil, se tuvo una investigación basada en pacientes que fueron asistidos en emergencia y hospitalización, en el período del 2012 al 2014, se pudo evidenciar que la tensión arterial es el factor más riesgoso, continuando la diabetes mellitus II y las dislipemias. Observándose el diagnóstico médico singular de infarto agudo de miocardio, dificultad precordial que no fue acompañado en los casos totales de irradiación, como también de síntomas vasomotores y de disnea(5).

El sueño es un proceso fisiológico esencial y que está relacionado directamente con la calidad de vida y sensación de bienestar de las personas. Un tercio de nuestra vida está dedicada al sueño y pese a que su función primaria sigue sin ser completamente comprendida, es conocido que un adulto requiere un mínimo de siete horas de sueño continuo para mantener una homeostasis fisiológica y un comportamiento normal(6).

Los trastornos del sueño en el paciente post infarto, han suscitado un creciente interés, ya que pueden aumentar el riesgo de padecer otros tipos de enfermedades, lo cual aumentan los costos en atención de salud y disminuyen la calidad de vida del paciente. Hay muchísimas 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. Por ello, se busca clasificar los trastornos del sueño como enfermedades propias y no sólo como síntomas(7).

El presente trabajo de investigación se realizó para determinar la calidad del sueño en pacientes post infarto ingresados en un hospital de la ciudad de Guayaquil, año 2019/2020; la alteración del sueño está relacionada con la

influencia que puede tener en las actividades de la vida diaria en relación a su entorno donde se manejan(8).

La parte integral del diario vivir que es una necesidad biológica que permite renovar las fuerzas y vital del ser humano, se lo conoce como el sueño. Las tres cuartas partes de nuestra existencia están empleada para el sueño aunque su funcionalidad principal no puede aún ser comprendida en su totalidad, es sabido que una persona adulta necesita por lo menos dormir 7 horas de manera regular para conservar una conducta natural y una homeostasis fisiológica(6).

Las complicaciones del paciente post infarto al momento de dormir, han originado una mayor importancia, debido a que puede afectar mayormente a otros padecimientos, creciendo de esta forma el gasto en la salud y disminuyendo su calidad de vida. Existen bastantes afectaciones que están relacionadas con los problemas al no dormir lo necesario. Incluso es muy complejo hallar alguna complicación que no afecte el sueño en la noche o en el transcurso del día. Por esa razón, es conveniente determinar que las alteraciones son padecimientos personales y no solamente síntomas(7).

En algunos casos, los pacientes no comunican al profesional médico o de enfermería sobre su problema para conciliar el sueño, esto probablemente ocurre porque piensan que el insomnio es una reacción normal al diagnóstico de post infarto o como producto del tratamiento; por tal motivo el personal de salud carece del conocimiento sobre la calidad del sueño del paciente, por lo que no se aborda oportunamente este problema(9).

Para su comprensión y desarrollo se lo dividirá en capítulos:

Capítulo I: Planteamiento del problema, preguntas de investigación, justificación y objetivos de la investigación

Capítulo II: metodología (variables y cronograma)

Capítulo III: marco referencial (tres artículos de referencial) Marco conceptual (característica, la etiología y las manifestaciones clínicas) y marco legal

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El presente trabajo de investigación se relaciona con la línea de investigación salud y bienestar humano, y la sublínea de investigación: Salud Pública. Existen factores que inciden en la alteración de la calidad del sueño, tales como los antecedentes personales o familiares, la presencia de depresión o alteración de intranquilidad, género femenino y la vejez coloca al individuo en un alto peligro de desarrollar insomnio(8).

En el área de cardiología de un hospital de la ciudad de Guayaquil, se registran pacientes post infartos que presentan alteraciones en la calidad de sueño, estos factores podrían aportar al avance del insomnio tales como: radiación, alguna medicación, vómitos, dolor y náuseas. Hay factores son modificables, como lo es el aumento exagerado de tiempo en cama, descanso inadecuado en fuera de horarios, hacer labores en la alcoba que interrumpan el descanso, y perspectivas poca práctica del sueño(10).

A nivel mundial, alrededor del 39% de los pacientes presenta algún tipo de trastorno del sueño, pero se observa un grupo mayor en aquellos pacientes que tienen diagnóstico de enfermedades cardiovasculares, en este caso pacientes que presentaron post infarto. En la población estadounidense se ha informado que más de una cuarta parte de la población general no duerme lo suficiente, y que cerca del 10% se presenta insomnio crónico. Actualmente se estima que más del 30% de los adultos entre 30 y 64 años reportan dormir menos de 6 horas por noche, cifra que va en aumento(11).

Por estos antecedentes, se desarrolla el presente trabajo de investigación con la finalidad de determinar la calidad del sueño en pacientes post infarto ingresado en un hospital de la ciudad de Guayaquil, año 2019.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la calidad del sueño en pacientes post infarto, ingresados en un hospital de la ciudad de Guayaquil?

¿Cuáles son las características sociodemográficas en pacientes post infarto ingresados en un hospital de la ciudad de Guayaquil?

¿Cuáles son los factores que influyen en la calidad del sueño en pacientes post infarto ingresados en un hospital de la ciudad de Guayaquil?

¿Cuáles son los parámetros que miden de la calidad del sueño en pacientes infartados de un hospital de la ciudad de Guayaquil?

JUSTIFICACIÓN

Los pacientes que se encuentran en una etapa post infarto de miocardio, se deberá realizar una valoración efectiva de estos aspectos, lo cual permitirá ayudar a que los pacientes puedan afrontar esta situación y motivarlos a lograr una mejor recuperación, reincorporándose en un estatus de vida y en los casos de grados terminales a una mejor calidad de vida.

El desarrollo del presente trabajo de investigación, es poder contribuir con una adecuada intervención a pacientes post infarto, por lo que el personal de enfermería deberá de identificar los factores que afectan al reposo y al sueño, para ayudar a que el paciente pueda mejorar su calidad de vida. Así también se realiza su importancia, ya que busca proveer de información sobre pacientes post infarto, para que, de esta forma, mediante el entendimiento de la problemática, se puedan desarrollar estrategias que ayuden en la calidad del sueño(12).

Los pacientes que han presentado un infarto, presentan problemas de insomnio, por lo cual es necesario conocer si esto es producto de la ansiedad o depresión, o por otras causas. Para ello es preciso conocer el número de horas que duerme el paciente, la calidad del sueño, la inducción al mismo o cualquier otro dato que pudiera ser relevante; es fundamental conocer su patrón de sueño habitual previamente y si era o no satisfactorio.

Los principales beneficiarios del estudio son los pacientes post infarto ingresados en un hospital, puesto que mediante el acercamiento de la observación directa y la encuesta, y al contar con datos significativos de la problemática, se podrá recopilar la mayor información en relación a varios desequilibrios en su estado, tanto físico como psicológico, para de esta forma poder identificar los factores incidentes, ayudándolos a mejorar sus hábitos y su forma de afrontar su problema de salud, evitando que presenten problemas para conciliar el sueño(13).

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

Determinar la calidad del sueño en pacientes post infarto de miocardio, ingresados en un hospital de la ciudad de Guayaquil, año 2019

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Identificar las características sociodemográficas de los pacientes post infarto ingresados en un hospital de la ciudad de Guayaquil.

Definir los factores que influyen en la calidad del sueño en pacientes post infarto ingresados en un hospital de la ciudad de Guayaquil.

Medir los parámetros de la calidad del sueño en pacientes infartados de un hospital de la ciudad de Guayaquil.

CAPÍTULO II

FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Sánchez(14), a través de su artículo sobre el insomnio, señala aproximadamente el 41% de las personas ha evidenciado insomnio en alguna etapa de su existencia y el 16% ha padecido insomnio crónico severo. Diferentes investigaciones asocian la carencia de sueño con el sobrepeso, complicaciones metabólicas, afectaciones cardíacas, alteraciones de demencia y psiquiátrica. En la actualidad hay sectores que se orientan en los trastornos en el actuar inmune que produce la carencia de descanso. Para poder tener un diagnóstico adecuado de insomnio será importante conseguir un antecedente clínico de los hábitos de descanso. En el examen corporal se debe recalcar la averiguación de síntomas y signos que suscita un efecto orgánico específico que aporten al trastorno del sueño. Lo fundamental del tratamiento es poder determinar que cada paciente tenga una excelente higiene del descanso basadas en el ambiente óptimo y de los comportamientos relacionados con el mismo.

Según Vera(15) por medio de una investigación argumenta, que los pacientes transitan por un procedimiento de institucionalización, mediante el cual soportan factores que arremeten a su calidad del descanso y confort. Antes esta situación solamente se da prioridad al padecimiento y no al enfermo. De la misma manera, indica que se obtuvo resultados como el 66,5% de personas que duermen mal, se presentó también que el 20,9% tuvieron alta somnolencia y el 51% tuvo ritmo circadiano. La observación factorial del nivel de confort arrojó dos factores: información y ambiental. Las personas con una adecuada higiene del descanso tienen mucho más peligro de afectar la calidad de sueño. Por razones clínicas se muestra un riesgo inmediato al doble de poseer un buen bienestar hospitalario

Las Guías de Práctica Clínica hospitalaria exponen toda la demostración destacada sobre un asunto singular, con la finalidad de apoyar a los doctores a separar las tácticas adecuadas de tratamiento. El fin de aquella guía es perfeccionar el procedimiento de diagnóstico y terapia del infarto agudo de miocardio, como estimar la conexión a las normas difundidas, y ofrecer variaciones mediante los registros alcanzados. Esta norma trata de personas que tienen síntomas isquémicos o sus equivalentes, aumento frecuente del segmento ST, variaciones de infra desnivel del ST o de la onda T, acorde con el diagnóstico de infarto agudo de miocardio sin incremento del segmento ST. No se encuentran los elementos vinculados regularmente con los procesos de intervención coronario percutáneo, ni tampoco la revascularización miocárdica quirúrgica. Se elaboró una indagación en los registros de información y las importantes normas internacionales que hay para ajustar las indicaciones a nuestras situaciones(16).

En la norma actual se mencionó sobre la intervención psicológica precoz.

1. Abandonar el cigarrillo: No hacer uso del cigarrillo es la mejor manera de prevenir enfermedades.
2. Dieta: Ingerir en altas proporciones vegetales, pescado y frutas contribuyen a la reducción de ingesta de grasas saturadas y sal (si sufre de tensión arterial).
3. Ejercicio físico: Realizar ejercicio según lo indicado por el programa de rehabilitación cardíaca. En particular, es recomendable aeróbicos, de magnitud controlada en el lapso de treinta minutos por lo regular cuatro veces a la semana.
4. Disminución de peso si el índice de masa corporal es superior o igual a 31 y el perímetro de la cintura es superior a 101/87 cm en hombres y mujeres.
5. Controlar la diabetes y tensión arterial.
6. Manejar el perfil lipídico.
7. Factores farmacológicos(16).

Según el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España(17), indica que la inhabilidad para empezar y conservar el sueño, como también la aparición del despertar precoz o descanso no restaurador, resuena mayormente en la siguiente vigilia del individuo, y puede ser efectos de muchas alteraciones que impactan en la calidad de vida, facultad profesional, conllevando posiblemente a causas accidentales en personas

adultas y frustración educativo infantil. Por estos motivos, en la actualidad se identifica el insomnio como una afectación natural y que requiere una terapia de por sí, indistintamente de los efectos que son notables y/o cronificación. Alrededor del 25% de la comunidad padece de insomnio cuando solamente se basan en las dificultades que se presentan al descansar en la noche, pero se nota una reducción del 11% de aquel valor cuando son consideradas las causas en el día, de tal forma que puede determinarse que este síndrome de insomnio complejo afecta al 7 y 11% de las personas.

Así mismo, Bornhausen(18) señala en su estudio “Calidad subjetiva del sueño en cardiopatía crónica”, en el cual se observó que el 44,19% relató ser casado(a) y el 76,75% relató tener como máximo primer grado completo. Los factores de riesgo para la enfermedad cardiovascular y los cambios de sueño evaluados en esta población fueron: el 60,47% de los participantes relataron realizar actividad física regularmente, el 88,37% de las personas no eran fumadores, el 79,07% eran hipertensos y el 51,16% tenían diabetes mellitus. A pesar de ello, también se observó que el 82,14% presentaba circunferencia abdominal aumentada y el 60,71% presentaba circunferencia cervical aumentada. En la evaluación global del índice de calidad del sueño de Pittsburgh encontramos como resultado: una buena calidad de sueño en el 23,26%; calidad de sueño malo en el 60,47%, y presencia de disturbios del sueño en el 16,28% de los participantes de este estudio. Conclusión. En la población estudiada con predominio de calidad de sueño malo y presencia de muchos factores de riesgo cardiovascular, el cambio en el estilo de vida y la fisioterapia cardiovascular pueden mejorar la calidad del sueño, disminuir el riesgo de EAC y, consecuentemente, mejorar la calidad de vida.

2.2. MARCO TEORICO.

Infarto del miocardio

En la actualidad, los problemas cardiovasculares se encuentran como la principal razón de muerte, y reiteradamente ocurren en la nación. Entre las complicaciones cardiovasculares que hay, la afectación que más se teme es el infarto agudo de miocardio. No se evidencian datos estadísticos en el país, es importante recalcar que en Estados Unidos acontecen anualmente cerca de un millón de infartos, entre los cuales el 30% puede conllevar en un final trágico e impacta a personas en el momento más productivo existencial, lo que conduce a una pérdida sicosocial y esenciales implicaciones económicas(19).

Es también conocido este infarto como ataque al corazón, es la gangrena o expiración de una parte del músculo cardíaco que se realiza cuando se interrumpe por completo el flujo sanguíneo en una de las arterias coronarias. Es exhibido naturalmente con malestar torácico apretado o fuerte, superior a 21 minutos relacionado a disnea y acción simpático adrenérgica, inclusive en algunas ocasiones con impresión de fallecimiento apremiante. El vocablo infarto del miocardio es usado cuando hay rastros de necrosis miocárdica en un escenario clínico compacto con isquemia miocárdica. Transcurren algunas horas para poder determinar esta necrosis por la prueba postmortem macroscópico o microscópico. Para determinar aquella necrosis en su totalidad se requieren entre dos a cuatro horas o un poco más. La totalidad del procedimiento que conduce al infarto cicatrizado en particular demora entre cinco a seis semanas(19).

Generalmente es considera como una de las consecuencias primordiales de muerte e incapacidad a nivel mundial. Esta afectación es considerada como la principal exhibición de padecimiento de las arterias coronarias o puede acontecer repetidamente en individuos con padecimientos establecidos. La Organización Mundial de la Salud se refiere a esta

afectación como la primera causante de mortalidad en todo el mundo, que se expone más que todo por la aparición de esta complicación con elevación del segmento ST y cuyo efecto es superior al de las afectaciones infecciosas y el cáncer(19).

Epidemiología.

Anualmente, en el mundo entero fallecen aproximadamente 11,9 millones de individuos a consecuencia de este problema cardíaco. Esta enfermedad tiene una incidencia en los hombres del 4,5% y en las damas del 2,5%. En una investigación efectuada en la colonia española, se observó este ataque al corazón afectan a varones y mujeres de edades entre 26 a 75 años con una magnitud de 208 y 46 por 100 000, respectivamente. Existe diferenciación entre la mayor y menor incidencia en alrededor del 49%(20).

En el 2010, en E.E.U.U fue estimado que 785500 personas padecieran de una nueva afectación y probablemente cerca de 471 000 afrontarán un problema frecuente, además se valoró 195 500 afectaciones silenciosas. La media en edades del país americano para padecer el primer ataque cardíaco es en las mujeres de 70,2 años y en los varones de 64,6 años. Por otra parte, en Cuba en el mismo año, los fallecimientos por este problema se ubicaron en el segundo puesto de los grupos de 16 a 50 y de 51 a 65 años, como también el primer puesto luego de los 66 años. Las complicaciones isquémicas cardíacas generaron en ese tiempo 16450 muertes, una frecuencia de 146,5 por cada 100 000 personas y, de las cuales, 7040 fueron causadas por esta afectación del corazón(20).

Respecto a los datos proporcionados por el Instituto de Estadísticas y Censos, en el 2011, a nivel local se presentaron 1550 personas que salieron de observación por causa del ataque al corazón, la provincia de Azuay fue la que más egresos hospitalarios presentó; representando el 2,95% de incidencia en consecuencia con la totalidad de la comunidad; las provincias de Manabí y Guayas fueron los casos que más tuvieron, seguido de Pichincha con 505 casos(20).

Factores de Riesgo.

Estos factores han sido reconocidos por medio de diferentes investigaciones epidemiológicas elaboradas, los mismos que han sido asociados en base a cualidades biológicas como el sexo y la edad; cualidades fisiológicas como la glicemia, ataque cardíaco. Colesterol sérico, tensión arterial; cualidades vinculadas con la conducta propia como el uso de anticonceptivos, alcohol, cigarrillos; y cualidades sociales. También, hay aspectos que pueden alterarse o vigilarse para disminuir considerablemente el peligro de padecer este problema cardíaco; aquellos están asociados con la manera de vivir de la persona como el sobrepeso, sedentarismo, tensión arterial, tabaquismo, entre otros(21).

Inicialmente se manifestó que esta complicación cardíaca se evidenciada en hombres, con edades superiores a 46 años, con historia clínica de tensión arterial sistémica, diabetes, etc. No obstante, hace pocos años se observó que alrededor del 3 al 11% del total de estos padecimientos se refieren a jóvenes adultos con edades inferiores a 46 años. Hay diversos factores de riesgo que se observan en la comunidad joven entre los cuales están:

- Afectación al corazón ateromatosa
- Padecimiento cardíaco no ateromatosa
- Consumo de sustancias psicotrópicas ilegales
- Estrés
- Sobrepeso
- Cigarrillo
- Diabetes Mellitus
- Género masculino
- Tensión arterial
- LDL elevada HDL baja
- Hipercolesterolemia.

Una vez observado esta situación cardiovascular, incrementa el peligro de una vez más sufrir otro suceso cardíaco mucho mayor que el primero.

Aquellos factores riesgosos son las particularidades que tiene la persona, es decir modificables constantes, que se relacionan de manera estadística con la frecuencia del ataque cardíaco o con la incidencia de eventos del mismo. Aquel relacionamiento no descarta la realidad de este problema a falta de esos factores, ni aún la carencia de la misma en aparición de ellos. Hay factores de riesgos causantes de enfermedades como la hipercolesterolemia, aunque otros sucesos están relacionados con diversas anomalías fisiopatológicas que llevarán a esta afectación coronaria(21).

Antecedentes patológicos familiares.

Los precedentes familiares con este problema de obesidad son libres de los factores de riesgo y se convierte en un pronosticador responsable de este infarto cardíaco. Se conoce como precedente familiar de esta afectación a la aparición de parientes de primer grado con referencia al infarto agudo miocardio. Es indispensable recalcar que no es necesario la edad del individuo para encontrar este precedente y de este modo aumentar las normas de precaución. El suceso familiar de este problema de sobrepeso se encuentra mayormente relacionado a la presencia de este padecimiento cardíaco prematuro, los que señala un mayor elemento hereditario de este padecimiento(22).

Edad y Sexo.

Ambos aspectos son establecidos como elementos esenciales para las investigaciones epidemiológicas, ya que, en muchas afectaciones, las modificaciones de la incidencia que acontece con alteraciones en el sexo y la edad superan las asociadas con otros aspectos personales. La mayoría de escritores señalan que las complicaciones cardiovasculares ocurren regularmente luego de los 49 años, con mínimas divergencias referentes al género, aquello radica por el deterioro vascular que es causado por los factores riesgosos con el pasar del tiempo, juntamente con el desarrollo de aterosclerosis que se crea despacio. Respecto a aquel factor, puede percibirse un equilibrio del peligro en las damas con

relación a los varones, en ocasión que desperdician el apoyo estrogénico con la menopausia(22).

La prevalencia del género masculino, concuerda con De Backer el mismo que manifiesta que el este género es un principal factor para crecimiento de este ataque al corazón. De acuerdo a la fuerza pronosticadora de aquellos factores se evidencia una variación en la edad. De esta manera, aquellos géneros junto con el tabaco son fundamentales para señalar el riesgo. En los adultos mayores los esenciales son la diabetes, hipercolesterolemia y la tensión arterial. Habiendo una similitud entre la aparición de sucesos cardiovasculares y la edad como esta afectación cardíaca, en otras palabras, mientras más edad tenga, más será el peligro cardiovascular ya que la mayoría de estos factores, aparecen en dicha edad de investigación(22).

Actividad Física.

La obesidad y ociosidad son complicaciones de salud principales que prueban el incremento de la diabetes, hipercolesterolemia y tensión arterial, en los países en subdesarrollados y desarrollados. La actividad física está involucrada en la presencia y desarrollo de estos factores riesgosos vasculares, ya que es un fundamento natural para vigilarlos. De esta manera es observado en todas las normas prácticas hospitalarias(23).

La realización de ejercicio continuamente, previene el sobrepeso y genera reducción del peso en las personas obesas. De igual forma, incrementa notablemente las lipoproteínas de alta densidad y reduce los TG y las LDL. Su acción beneficiosa es esencial para dominar la diabetes. Los aeróbicos pueden complementar especialmente en la dieta con el fin de disminuir el peso y la presión arterial. Debe ser ejecutado en todas las personas que sufren de obesidad, y principalmente aquellas que tienen diferentes factores riesgosos, en el lapso de media hora diariamente(23).

Tabaco.

Se refiere a un factor de riesgo elevado para el crecimiento de la complicación cardíaca. El consumo de tabaco está relacionado con el efecto principal de mortalidad temprana, padecimiento e incapacidad observable en el mundo entero. El monóxido de carbono que es inhalado incrementa la probabilidad de ataque cardíaco, por otro lado, la nicotina causa dependencia. Investigaciones realizadas en Argentina y en la Oceanía recomendaron que este humo elevada la influencia de infarto agudo miocardio entre los exhibidos. Exponerse al HSM implica estrés oxidativo, disfunción autonómica, estimulación adrenérgica e incremento de la manifestación de monóxido de carbono. Se expuso el supuesto que lo negativa de consumir tabaco en lugares cerrados se agrupaban a la disminución de esta dificultad al corazón. En un centro hospitalario de la ciudad de Helena, se notó que, ante la disposición emitida, luego de siete meses, se disminuyeron las entradas por esta afectación cardíaca. En el año 2002 la privación del tabaco fue desautorizada, y en los meses posteriores hubo incremento en las entradas de paciente en el hospital(24).

Alcohol.

El uso de alcohol de forma moderada disminuye el peligro de mostrar el ataque al corazón y su incidencia de muerte, al igual en mujeres y hombres. Se evidencian disminuidos cerca del 49% en damas y en varones en un 39% para la incidencia y de un 28% para la muerte. Este consumo representaría ingerir de una o dos bebidas diariamente para los caballeros y una para las damas. Según investigaciones realizadas se pudo constatar que el tipo de alcohol que es consumido no establece la disminución de peligro, en cambio, hay otros que indican que hay una alta utilidad al ingerir vino(24).

Características clínicas

Anamnesis. Alrededor del 52% de individuos que padecieron de complicación cardíaca declaran haber tenido signos de prevención. El constante dolor torácico es el signo más usual, el mismo que es extendido

por el lapso de 21 minutos. Es percibido como un efecto de sujeción muy fuerte el cual puede extenderse hacia los hombros, brazos, mandíbula, espalda y en ciertas situaciones hacia los dientes. El Ángor es como se lo conoce a aquel dolor, pero no radica opinión confiable de diagnóstico, debido a que hay dificultades atípicas no cardíacas. Esta dificultad en momentos aparece en ambientes no muy habituales como a altura del epigastrio y esto puede causar confusión muchas veces creyendo que es acidez gástrica a la altura interescapular(23).

Examen físico.

En el transcurso del examen se observa al individuo pálido, inquieto y transpirando. Al realizar la evaluación de los latidos del corazón se evidencia taquicardia. Aparte de la auscultación se oye un cuarto sonido y a veces dependiendo la extensión del infarto el mismo que nos expone la disfunción ventricular(23).

Complicaciones.

Estas complicaciones presentan una poca ocurrencia, pero la magnitud que aquellas mismas otorgan necesita de un diagnóstico adecuado y eficiente, al igual que un tratamiento correcto, para lo cual mencionamos los más considerables

- Insuficiencia valvular mitral
- Comunicación interventricular
- Rotura de la pared libre del ventrículo izquierdo
- Aneurisma ventricular izquierdo
- Pseudoaneurisma ventricular izquierdo, la evidencia de las tres principales dificultades acostumbra ser precoz, se presentan a los dos días de haber empezado los indicios. No son de buena predicción y presenta una tasa superior al 49% de muertes y su terapia acostumbra ser la operación(21).

Factores intrínsecos que inciden en la calidad del sueño

Depresión.- El insomnio está relacionado con la depresión, pero puede ser un factor o un efecto. Los pacientes con insomnio tenían mayor probabilidad de tener depresión y mayor persistencia de la enfermedad. Cabe destacar, que así mismo el insomnio en un año puede aumentar la prevalencia de depresión al siguiente año, recomendando incluso la detección de alteraciones del sueño para un mejor tratamiento de la depresión(20).

Desconocimiento y preocupación por su condición de salud.- El desconocimiento o la poca comprensión de su estado de salud, puede causar no solo depresión sino también ansiedad, la cual es un mecanismo defensivo como respuesta de alerta ante situaciones consideradas amenazantes, provocando que el organismo se mantenga en alerta y dispuesto para intervenir frente a riesgos y amenazas, deteriorando el patrón sueño.

Mala percepción del sueño: Se trata de un pseudo insomnio o simulaciones, la persona tiene la percepción de no dormir bien o dormir muy poco, sin embargo, cuando se le realizan las pruebas objetivas en el laboratorio del sueño los resultados son distintos a lo que se informa(20).

Factores extrínsecos que inciden en la calidad del sueño

Alergia a alimentos: El insomnio debido a alguna alergia por alimentos comienza típicamente en la infancia y se resuelve aproximadamente a la edad de cuatro años, aunque algunos adultos también pueden presentar insomnio por alergia al alimento. Alergias comunes a los alimentos también pueden ocasionar dificultades para iniciar o mantener el sueño o ambas, en individuos susceptibles. El insomnio puede desaparecer cuando el alérgeno es reconocido y removido de la dieta(20).

Medicamentos: El insomnio puede estar asociado al uso de medicamentos como estimulantes del SNC (anfetaminas, metilfenidato, cafeína), antihipertensivos (betabloqueadores, metildopa), nicotina,

antidepresivos estimulantes (inhibidores de la MAO, fluoxetina, sertralina), broncodilatadores, anticonceptivos orales y esteroides. Los pacientes que toman BZD (especialmente las de corta duración) por tiempo prolongado (mayor de tres semanas) y a dosis altas, pueden experimentar despertar prematuro y mayor dificultad para dormir al suspender la medicación en forma abrupta.

Alcohol: Los pacientes alcohólicos se quejan frecuentemente de trastornos del sueño. Se describen cuadros de insomnio, hipersomnio y alteraciones en el ciclo circadiano sueño-vigilia. El efecto del alcohol ingerido en forma aguda, produce un acortamiento en la latencia para iniciar el sueño, aumento del sueño profundo en la mitad del primer período (con aumento del sueño MOR) y múltiples despertares en la segunda mitad. El uso crónico de alcohol, fragmenta el sueño, también con múltiples despertares. Durante los periodos de abstinencia prolongada, los alcohólicos en recuperación se pueden quejar de insomnio que persiste por meses o años.

Ambiente.- La capacidad para conciliar el sueño y permanecer dormido estará muy relacionada con el entorno físico. Factores como la ventilación, el tamaño, firmeza y posición de la cama, pueden provocar un sueño reparador o afectar la calidad de este. Las camas de hospitales son pequeñas y duras, generalmente muy diferente a las de los hogares por lo que esto va a interferir en la calidad del sueño.

En un hospital, el ruido crea muchos problemas para dormir, especialmente en la primera noche, ya que usualmente este tipo de ruido es nuevo para el cliente. Los sonidos provocados por el personal (por ejemplo, las actividades de enfermería) aumentan el grado general de ruido. Los destellos de luz son otro factor que dificulta dormir. Algunas personas prefieren habitaciones oscuras, mientras que los niños o adultos mayores prefieren una luz suave. Además una habitación demasiado cálida o muy fría hace que el paciente este inquieto y no descanse(21).

Calidad del Sueño

Al sueño se lo conoce como un estado de inconsciencia del cual puede un individuo ser despertado por medio de incitación sensible o de otro aspecto. Se diferencia del coma, ya que es un estado en el que nadie puede ser despertado. La etapa de sueño está basada en dos normas neurobiológicas importantes: la primera produce rápidamente sueño y los desarrollos asociados con el mismo, y la segunda, planifica el sueño en un período específico en el lapso de 24 horas. Además, el sueño es una manifestación activa, necesaria, variada y compleja que está amparada en una prolongada red neuronal en la que involucra directa o indirectamente la totalidad del sistema nervioso (22).

La capacidad de dormir en la noche y mantenerse despierto en el día, es conocido como ritmo circadiano, existen relojes biológicos que están en el sistema nervioso central. Los núcleos supraquiasmáticos están localizados en el hipotálamo, determina el ritmo sobre los demás relojes biológicos y permiten que tanto el sueño REM y NREM permanezcan en un período establecido. La fase del sueño vigilia que es el más visible de los demás ritmos de veinte y cuatro horas que muestra una persona. Existen de igual manera modificaciones diarias primordiales en la función cardíaca, renal, endocrina, cognitiva y gastrointestinal(22).

Esta calidad considera la acción de descansar adecuadamente en el transcurso de la noche y presentar una correcta funcionalidad en el día, tratándose de un componente esencial de la vida y un factor motivador de una adecuada calidad de vida. Respecto a que las causantes del sueño no se fijan al organismo en particular para satisfacer la restauración neurológica, sino que alteran el avance y la función natural de las facultades intelectuales y cognitivas de los individuos, que permite desenvolverse naturalmente en su entorno social y familiar(23).

Asimismo, este tema es complicado de investigar debido a que es una magnitud más extensa y dificultosa que engloba aspectos cuantitativos al igual que subjetivos de comodidad y de funcionalidad diurna, mucho más.

Por esa razón, las alteraciones que impactan a esta calidad se encuentran severamente asociados a la calidad de vida y al rendimiento del individuo diario; ya que se quiere hallar un procedimiento para estimar la calidad del sueño(23).

En la actualidad la polisomnografía ofrece criterios electrofisiológicos que permiten tener una medición de la calidad del sueño. No obstante, es una investigación que no está comprensible a la mayor parte de la comunidad y por ese motivo se presentan la obligación de formar otra norma para medir esta calidad. Por eso, desde el año 1988 se ha empleado el índice de calidad del sueño de Pittsburg; cuando fue elaborado por Buysse y ayudantes, ha alcanzado gran reconocimiento en el entorno de estudio y de la salud(23).

Insomnio

Al insomnio se lo define como una dificultad persistente en el inicio del sueño, su duración ocurre a pesar de la existencia de las circunstancias y oportunidades para iniciar el sueño. Está acompañado de un nivel significativo de malestar o deterioro de las áreas social, laboral, educativa, académica, conductual o en otras áreas importantes del funcionamiento humano. Según la Clasificación Internacional de los Trastornos del Sueño (ICTS-3), publicada en el año 2014, la complejidad etiopatológica del insomnio hace difícil establecer una definición concreta que englobe su naturaleza(24).

El concepto de “insomnio” abarca diferentes significados: como una queja subjetiva relacionada con la calidad o la cantidad del sueño, o un síntoma, un síndrome o un trastorno del sueño. Por ello, en los estudios epidemiológicos, el insomnio tiene un rango muy amplio del 5% al 48%, dependiendo del tipo de síntoma y de la definición del problema que padezca el paciente(24).

En 1979 se publicó la primera clasificación de los trastornos del sueño, como resultado de una investigación realizada por expertos de varias

sociedades del sueño, lo que permitió la creación de un lenguaje común en el manejo de los pacientes con este síndrome. Hasta entonces, en tales clasificaciones, los trastornos del sueño no estaban agrupados sino distribuidos en distintos apartados, dependiendo del trastorno(25).

En la Clasificación Internacional de los Trastornos del Sueño, se utilizaron criterios etiológicos, con un lenguaje propio de los profesionales dedicados a esta clase de trastornos y de difícil comprensión para no iniciados. Los trastornos del sueño o disomnias (insomnio o hipersomnia) son intrínsecos, ya que el trastorno es el problema fundamental, como en el caso del insomnio, el insomnio psicofisiológico y el idiopático; y las extrínsecas, en las que la alteración del sueño se produce debido a otro problema como la altitud, el consumo de fármacos, entre otros(25).

Finalmente, podemos citar los trastornos de sueño secundarios, asociados a otras enfermedades, sean éstas psiquiátricas, neurológicas o médicas, y al abuso de sustancias. Esta clasificación es bastante compleja y da lugar a posibles confusiones, cuando se clasifican los diferentes tipos de insomnio como intrínsecos o extrínsecos o se los asocia a otras enfermedades(26).

Por otro lado, varios subtipos clínicos y fisiopatológicos de insomnio se han descrito según las diferentes clasificaciones, tanto por la American Psychiatric Association's Diagnostic y como por la American Academy of Sleep Medicine., De acuerdo a la American Academy of Sleep Medicine en el 2014, a continuación, se presenta los diferentes subtipos de insomnio:

Insomnio de corta duración.

El insomnio de corta duración puede aparecer de forma aislada o con otras condiciones comórbidas, tales como alteraciones mentales, enfermedades médicas o consumo de ciertas sustancias. Se caracteriza porque existe dificultad para mantener el sueño, cuyo resultado es la insatisfacción y aparece por periodos de tiempo inferiores a los tres

meses. En algunos casos hay una causa identificable que puede actuar como causa precipitante y en otros casos ocurre episódicamente coincidiendo con factores precipitantes(27).

Cuando el insomnio de corta duración aparece en relación a factores precipitantes relacionados con acontecimientos vitales, tales como: pérdida del amor, divorcio, enfermedades graves, etc., puede presentar síntomas como ansiedad, ideas repetitivas, depresión, etc. Por otro lado, si el insomnio se relaciona con el consumo de drogas o el abuso del alcohol, puede presentar síntomas relacionados con el consumo de dichas sustancias(27).

Otros tipos de insomnio.

Existen otros tipos de insomnio que no cumplen los criterios de un insomnio crónico o un insomnio de corta duración; y por lo tanto, este diagnóstico se usa de forma provisional, en espera de mayor información para establecer un diagnóstico definitivo y se reserva para personas con síntomas de dificultad al inicio y mantenimiento del sueño(28).

Insomnio asociado a enfermedades médicas.

El insomnio crónico puede ocurrir aisladamente o como una condición comórbida con una alteración mental, enfermedad médica o uso de sustancias. Se caracteriza por quejas al inicio o en el mantenimiento del sueño, con trastornos de sueño durante el día, más de tres veces por semana y al menos durante tres meses(29).

El grado del trastorno de sueño requerido para asignarle el grado de crónico se basa principalmente en los síntomas subjetivos referidos por el paciente. Sin embargo, las latencias al inicio del sueño y periodos de despertar después del inicio del sueño mayor de 20 minutos, tienen significado clínico en niños y adultos jóvenes. Mientras que las latencias de sueño y periodos de despertar después del inicio del sueño mayores de 30 minutos tienen significado clínico en adultos de mediana edad o personas mayores. Despertar pronto en la mañana son síntomas que no

están bien definidos. La terminación del sueño 30 minutos antes del tiempo deseado y la reducción del tiempo total de sueño, comparado con una situación previa es una cuestión que se debe valorar (29).

Prevalencia

Para establecer la prevalencia de un insomnio, se han realizado estudios epidemiológicos y dependiendo de la definición utilizada, se observó que los porcentajes varían desde un 5% hasta el 50%. Se estima que aproximadamente un tercio de la población sufre de insomnio, considerando solo los síntomas nocturnos (dificultad para iniciar o mantener el sueño), sin embargo, este porcentaje disminuye hasta un 10% cuando se consideran las consecuencias diurnas, de tal manera que se puede establecer que el síndrome clínico completo de insomnio crónico lo padecen entre el 6% y 10% de la población(30).

El insomnio crónico es más común en mujeres y en personas con bajo nivel socioeconómico y puede ocurrir en cualquier edad, aunque se presenta con más frecuencia en adultos mayores, posiblemente por el deterioro del sueño que se puede producir con la edad, el incremento en la comorbilidad y el uso de medicamentos que incrementa el insomnio(30).

Existen evidencias que este tipo de alteración que afecta al ser humano, es muy frecuente, de manera que está presente en cualquier ámbito en el que el médico interactúa con sus pacientes. De acuerdo a algunos estudios, del 46% al 69% de los pacientes que buscan atención médica, en la primera consulta presentan por lo menos insomnio ocasional. Por lo tanto es muy probable que muchos de estos pacientes presenten simultáneamente diversos problemas físicos en su salud:

Enfermedades médicas relacionadas con el insomnio

Las siguientes enfermedades están relacionadas con el insomnio:

- Cardiovasculares: coronariopatías, arritmias, insuficiencia cardiaca.
- Respiratorias: EPOC, asma, fibrosis quística.

- Neurológicas: migrañas, demencia, enfermedad de Parkinson, tumores SNC, epilepsia.
- Gastrointestinales: reflujo gastroesofágico, ulcus, colon irritable.
- Urológicas: prostatismo.
- Endocrinas: hipertiroidismo, enfermedad de Cushing, enfermedad de Addison, diabetes.
- Reumatológicas: artrosis, artritis, fibromialgia.
- Dermatológicas: psoriasis y otras patologías que cursen con prurito.
- Cáncer: dolor.
- Perimenopausia(31).

Las personas con enfermedades pulmonares, insuficiencia cardiaca y ciertas condiciones asociadas con el dolor como el cáncer, tienen un mayor riesgo de padecer insomnio, sobre todo aquellos que presentan enfermedades neurológicas como Alzheimer y Parkinson. Ciertos desórdenes psiquiátricos también están asociados con el insomnio, tales como la depresión, la ansiedad, el abuso de sustancias y el estrés posttraumático. Existen también trastornos respiratorios que deben tomarse en cuenta, como el síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS), en el que existe la obstrucción de la vía aérea superior durante la inspiración, y el síndrome de apnea central, el cual consiste en pausas repetitivas durante la respiración al dormir sin obstrucción de la vía aérea(31).

Síntomas

El insomnio secundario favorece el incremento de la sintomatología y severidad clínica de la enfermedad de origen. Así mismo se conoce que el insomnio crónico suele preceder por años el desarrollo de una depresión mayor(32).

Los síntomas de insomnio son causados por una disrupción directa del homeostasis del sueño, dolor, disnea, incontinencia urinaria o efectos adversos de fármacos. Se ha considerado que el insomnio secundario

produce las siguientes alteraciones: estrés, depresión, psicosis, ansiedad, esquizofrenia, cáncer, asma, enfermedad coronaria, artritis, reflujo gastroesofágico, falla renal terminal, insuficiencia cardiaca congestiva, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes y en el ámbito neurológico enfermedades degenerativas como el Parkinson, Alzheimer, Esclerosis Múltiple, Enfermedad de Huntington, Parálisis supranuclear progresiva(32).

Síntomas característicos de algunos desordenes de insomnio comórbido

- **Insomnio psicofisiológico:** Se “trata” de quedar dormido, pero hay dificultad para conciliar el sueño, despertares nocturnos frecuentes, ansiedad al dormir.
- **Síndrome de piernas inquietas:** Urgencia irresistible de mover las piernas, parestesias en extremidades, síntomas en el descanso o a la hora de ir a la cama, mejora de síntomas al movimiento.
- **Desorden de movimiento periódico de miembros:** Movimientos repetitivos involuntarios de las extremidades antes o durante el sueño.
- **Síndrome de apnea obstructiva:** Ronquido, pausas de respiración durante el sueño, ahogos del sueño, dificultad respiratoria, boca seca por las mañanas.
- **Enfermedad pulmonar obstructiva crónica:** Disnea.
- **Reflujo gastroesofágico:** Dolor epigástrico o sensación de quemado, laringoespasma, sensación ácida en la boca despertares nocturnos súbitos.
- **Hipertrofia prostática:** Nicturia frecuente.
- **Ataques nocturnos de pánico:** Ansiedad súbita, taquicardia, diaforesis, ahogos, laringoespasma.
- **Desorden de estrés postraumático:** Sueños vividos o pesadillas recurrentes, ansiedad e hipervigilia a la hora de dormir(14).

Otro estudio evaluó 3161 adultos de 18 a 79 años de edad, sin atención médica institucional y encontró que aquellos con “problemas para

quedarse dormidos” o “para mantenerse dormidos” y bien “despertarse muy temprano”, presentaron con mayor frecuencia dos o más problemas de salud que aquellos sin alteraciones en el dormir, si bien no fueron precisados tales problemas(14).

Por esto, para entender de forma completa la relación entre el insomnio y condiciones médicas comórbidas es importante, por otro lado, determinar la prevalencia de insomnio en individuos que sufren de condiciones médicas específicas. Hay muchas evidencias acerca de los problemas cardíacos en el insomnio. Se ha mostrado que las personas descansan alrededor de 7 y o horas tienen pocas probabilidades de muerte que aquellos que duermen más o menos horas. En Japón como en Noruega se investigó el aumento en el riesgo de esta afectación cardíaca en paciente con insomnio. La apnea obstructiva de sueño es una complicación que la produce el insomnio, asociada con el aumento de factores inflamatorios que conducen a un elevado riesgo de padecimientos cardiovasculares(14).

Repercusiones clínicas

El insomnio provoca alteraciones en la calidad de vida, tales como: irritabilidad, disminución de la memoria, la comprensión, la atención, la creatividad, el entusiasmo, lo cual provoca mayor riesgo de accidentes automovilísticos. Una de las características más importantes del sueño son los cambios que se producen en la función cerebral y están asociados con modificaciones directas o indirectas en otros sistemas fisiológicos (33).

Obesidad y alteraciones metabólicas

Los pacientes que padecen de insomnio, experimentan alteraciones en la regulación endocrinológica de las funciones metabólicas. La pérdida del homeostasis conlleva a la obesidad y a enfermedades del metabolismo, como la diabetes mellitus tipo 2. En un estudio se analizaron estados de privación de sueño y se observó que dormir cuatro horas en dos noches consecutivas reduce considerablemente la concentración de leptina y se

elevan las concentraciones de ghrelina hasta en un 32 %. Estos cambios hormonales provocaron un incremento en el apetito y la sensación de hambre(33).

Se han tratado de implementar múltiples mecanismos que pudieran contribuir a tratar las enfermedades metabólicas suscitadas por la privación del sueño. Entre las más importantes están la intolerancia a la glucosa y la disminución de la sensibilidad a la insulina. Se ha observado que las células beta pancreáticas son estimuladas por la actividad parasimpática, lo cual se da mayor grado en pacientes con insomnio(33).

Trastornos psiquiátricos y desórdenes del humor

Un alto porcentaje de pacientes que padecen insomnio crónico se encuentran clínicamente deprimidos y la depresión va precedida por ataques de insomnio, lo cual evidencia que los pacientes que presentan cuadros depresivos, tengan problemas de insomnio(19).

Efectos del insomnio en la función inmune

La privación del sueño tiene efectos deletéreos en la respuesta inmune, por lo que el sueño debe ser considerado parte vital del sistema inmune. Se ha encontrado una relación recíproca entre el sueño y la inmunidad ya que en las personas que sufren de insomnio muestran una disminución de la respuesta inmune a la vacuna de la influenza. Los mecanismos exactos por los que una infección aguda es asociada con cambios en el sueño no han sido totalmente identificados. Una hipótesis es que las infecciones provocan respuestas inmunes que alteran la expresión de sustancias inmunomoduladoras endógenas, lo cual altera el sueño(19).

Repercusiones cardiovasculares

Existen muchas evidencias sobre las repercusiones cardiacas en el insomnio. Se ha demostrado que los individuos que duermen entre siete y ocho horas tienen tasas de mortalidad más bajas que aquellos que duermen más horas o menos horas. Tanto en Noruega como en el Japón se ha observado un incremento en el riesgo de infarto agudo de miocardio

(IAM) en aquellos pacientes con insomnio. La apnea obstructiva del sueño, enfermedad causante de insomnio, se asocia con el aumento de factores inflamatorios que llevan a un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular (19).

Los pacientes que han sufrido un infarto agudo de miocardio presentan a menudo síntomas de ansiedad. Por una parte, es necesario ejercer un control de la ansiedad y sus manifestaciones (hiperactividad adrenérgica, taquicardia, hipertensión, etc.) y, por otra parte, es importante investigar las causas de la ansiedad para abordarlas. Para controlar la ansiedad se tiene practicar alguna técnica de relajación. No obstante, en ocasiones se debe recurrir también al tratamiento farmacológico(34).

Los síntomas depresivos en los pacientes post infarto también son bastante frecuentes. A veces, la mejoría física y la rehabilitación se logran espontáneamente con el paso del tiempo. Los síntomas depresivos de estos pacientes, con mayor frecuencia, son debido a la tristeza, la apatía, el desinterés por las actividades lúdicas, la incapacidad para disfrutar de la vida cotidiana, la pérdida de apetito, la disminución o abolición de los deseos sexuales y el insomnio de conciliación o el despertar precoz. Si estos síntomas persisten con el tiempo, se debe recurrir a un tratamiento antidepresivo (34).

La depresión en varones con infarto anterior ha sido identificada como predictor de mortalidad. En pacientes postinfarto, la depresión es un factor de riesgo independiente para la mortalidad, aunque su efecto no es significativo hasta doce meses después del infarto. Recientemente se ha observado que el período puede ser más largo en pacientes con depresión durante 5 años, ya que se encuentran en mayor riesgo de mortalidad por cualquier causa, que los pacientes sin depresión (34).

En pacientes post infarto se ha observado que la percepción y las creencias acerca de la enfermedad son predictores de la depresión y de una peor calidad de vida. Las creencias negativas, especialmente las

relacionadas con las consecuencias de la enfermedad, fueron altamente predictivas de los niveles más altos de sintomatología depresiva. Por el contrario, las positivas se relacionaron con mejores resultados de calidad de vida. Además, se observó que las personas de mayor edad y desfavorecidas socialmente tenían más creencias negativas. Es recomendable identificar dichas creencias para prevenir problemas emocionales y mejorar la calidad de vida de los pacientes con relación a su salud (35).

En los pacientes con enfermedad cardiovascular que padecen de insomnio con cierta frecuencia, se debe averiguar si dicha enfermedad es motivada por la depresión, o por otras causas. Para ello, se hace necesario conocer el número de horas que duerme, la calidad del sueño, la inducción al mismo o cualquier otra información que pudiera ser relevante. Es fundamental, conocer previamente su patrón de sueño habitual y si es o no satisfactorio y de ser necesario darle una pauta al paciente para inducción y mantenimiento del sueño y comprobar si es efectiva, de lo contrario, se tendría que derivar su valoración y tratamiento farmacológico(35).

Ciertas características de la personalidad y el aislamiento personal han sido relacionadas con la cardiopatía isquémica, entre cuyos rasgos tenemos: la competitividad y agresividad, ciertos niveles de estrés, la hiperactividad y los rasgos de hostilidad, pudiendo ser éstos marcadores de riesgo que permiten realizar ciertos cambios en el estilo de vida del paciente en cuanto a su alimentación, consumo de tabaco, sedentarismo, hipertensión etc(35).

En un estudio se hizo una comparación entre personas con personalidad tipo D, con tendencia a emociones negativas e inhibidos socialmente que habían sufrido un infarto del miocardio, con otras de personalidad tipo D que habían sufrido un infarto de miocardio y el resultado fue que quienes tenían un perfil de personalidad tipo D pensaban que su enfermedad tenía consecuencias mucho más graves, que era de más larga duración, menos

controlable y de peor pronóstico que la de otros; es decir, estaban más preocupados por su enfermedad por lo que tenían más síntomas, a diferencia de las personas sin personalidad tipo D que pensaban diferente (35).

Siendo que las emociones y las creencias negativas ejercen una mala influencia sobre la calidad de vida y el bienestar de los pacientes postinfarto de miocardio, se deben desarrollar estrategias de intervención para hacer frente a las percepciones de dicha enfermedad en pacientes de alto riesgo. Se ha considerado que un perfil de personalidad tipo D puede explicar las creencias y la conducta que tienen ciertos pacientes frente a la enfermedad, después de haber sufrido un infarto del miocardio. Se aconseja diseñar intervenciones específicas para abordar los problemas de estos pacientes (36).

Dada la importancia de las creencias de autoeficacia, la labor de los profesionales de la salud deben intervenir en este punto y su intervención se debe basar en conseguir un mayor nivel de autoeficacia para aumentar la percepción de la capacidad de la persona, por su influencia directa sobre la intención y la ejecución de conductas preventivas, con el fin de obtener beneficios para la salud, controlando tanto el inicio como el mantenimiento de la conducta e identificar si existen dificultades y si éstas son internas o externas al individuo para resolverlas en la medida de las posibilidades(36).

Recomendaciones generales para el manejo del paciente con trastornos del sueño

- Antes de pensar en patologías específicas, los factores externos, tales como ansiedad, depresión, cambios situacionales que influyen en el problema de sueño, deben descartarse, Debe darse especial énfasis a los hábitos de sueño de la persona, ya que la corrección conduce a la mejoría deseada por el individuo.

- Si los fármacos llegan a ser necesarios, deben ser utilizados por ciclos cortos llegando a suspender una vez obtenidos los beneficios.
- Siendo que algunos trastornos del sueño están asociados con las enfermedades sistémicas, el médico debe estar atento a buscarlas, de acuerdo a la historia clínica del paciente. En este caso el diagnóstico depende de fundamentalmente la enfermedad base.
- El sonambulismo y los terrores nocturnos, también se consideran trastornos del sueño y se prestan al diagnóstico diferencial con otras enfermedades neurológicas, tales como las crisis epilépticas. El interrogatorio adecuado y la aplicación de las ayudas diagnósticas como polisomnografía y EEG resuelven las dudas en la mayoría de casos.
- La polisomnografía es el método elegido para estudiar a los pacientes con trastornos del sueño y orientar el diagnóstico.
- Las situaciones comunes de la vida moderna como los viajes transoceánicos, pueden alterar temporalmente los ritmos circadianos, incluido el sueño.
- Ante la más mínima duda acerca de si un paciente puede estar padeciendo un trastorno de sueño, se debe consultar a un especialista(36).

Escalas de valoración de la calidad del sueño

Se realizó el diseño de escalas para la población adulta las mismas que constan de diferentes tipos de cuestionarios que dan mayor interés a los aspectos que rigen las condiciones del sueño. Estos elementos serán asociados en base a la revisión por conveniencia y claridad para su descripción, los mismos que son los siguientes: tiempos de sueño y sueño fisiológico, complicaciones mientras descansa en general, insomnio, calidad del sueño y somnolencia(37).

Existen pruebas que están asociadas con el tiempo de sueño y el sueño fisiológico y se las localizan en el cuestionario de calidad de sueño de

Oviedo como; el Sleep Timing Questionnaire (STQ), la VSH Sleep Scale de Snyder-Halpem, elaborada el año 1987, el Basic Nordic Sleep Questionnaire de Partinen de 1995, el Sleep Evaluation Questionnaire y el Karolinska Sleep Diary (KSD). Hay muchas pruebas que valoran los trastornos del sueño en general, de las cuales se las puede encontrar en el cuestionario SDQ, el Wisconsin Sleep Questionnaire (WSQ), el desarrollado por Lindberg et al.³², el Sleep Disorders Inventory (SDI), el Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)⁽³⁷⁾.

Índice de la Calidad de Sueño de Pittsburgh

Este índice fue explicado por Buysse et al., en la Universidad de Western Psychiatric Institute de Pittsburgh y de la clínica en el año 1980, el mismo que causó admiración porque existen pacientes psiquiátricos que presentan también complicaciones de trastornos del sueño, es un buen cuestionario aplicativo que refleja una evaluación general de la calidad del sueño, donde se ha logrado su aceptación y valoración en las clínicas, se ha podido traducir a varios idiomas y aproximadamente desde el año 1997 está traducida al español⁽³⁸⁾.

El cuestionario de Pittsburg traducido al castellano, enseña que es un instrumento necesario para la investigación epidemiológica y clínica que alteran el sueño. Presenta un buen apoyo para la consistencia interna, como también de un correcto grado de fiabilidad y validez, que se comparan al original americano. Este elemento ha tenido validez en el castellan⁽³⁸⁾.

Buysse et al, (1989), informan de una consistencia interna de 0,83 y una fiabilidad test-retest de 0,85 para la escala total. Los datos psicométricos del ICSP en muestras españolas aportados por (Royuela y Macías, 1997) son satisfactorios; se informa de una consistencia interna que oscila entre 0,67 obtenida en una muestra de estudiantes y 0,81 de una muestra clínica, así como de una fiabilidad test-retest a los 3 meses entre 0,27 y 0,55, dependiendo del componente; en cuanto a la validez, la sensibilidad del cuestionario es de aproximadamente el 90% y la especificidad el 75%⁽³⁸⁾.

El índice de calidad de sueño de Pittsburg, está basado por 24 ítems, de donde 19 debe ser respondido por su sujeto propio y 5 por su acompañante. Las primeras 19 se basan en temas de estimación subjetiva que tienen que ver con la duración del sueño, y los problemas que se presentan en el sueño. En cambio, las otras 5 que fueron respondidas por el acompañante son preguntas que buscan encontrar una correlación más objetiva de los problemas que se presentan producto de esta evaluación(38).

El tiempo de evaluación consta del mes previo a la elaboración del cuestionario. La corrección está basada en los siguientes elementos como lo es: la calidad subjetiva, latencia, eficiencia habitual, alteraciones en el sueño, uso de medicación y repercusión sobre la actividad diurna, cada uno recibirá una valoración de 0 a 3. El puntaje global se obtendrá sumando la valoración recibida por cada componente antes mencionados, en donde 21 será el puntaje posible máximo. Según Buysee y cols consideran que si la puntuación está entre 0 a 5 se concluye que tiene un buen descanso, y si presentan complicaciones entre 2 a 3 conlleva a una mala calidad(38).

2.3 MARCO LEGAL

Constitución Política de la República del Ecuador

El marco legal de los servicios de salud se inicia en su máxima expresión a la Constitución Política de la República del Ecuador, donde se establece según el artículo 32 que la salud es un derecho garantizado por el Estado y por tanto una obligación de este para su ejecución. La salud es un derecho que está vinculado al goce de otros derechos: de tal forma que se transforma en una condición de la persona para acceder a otros como son el derecho al agua, alimentación, educación, trabajo, seguridad social, entre otros(39).

El artículo 50 establece que será el Estado quien garantizará a toda persona que sufra alguna enfermedad catastrófica la atención gratuita en todos los niveles de la estructura de salud pública. Cabe destacar que la

insuficiencia renal crónica es una de las enfermedades en la categoría de catastrófica. El Art. 363 establece que será el Estado el que deberá Impulsar y determinar las políticas públicas para la promoción, prevención, curación, rehabilitación y sobre todo el difundir prácticas saludables en la población(39).

Ley Orgánica de la Salud

Art. 69.- La atención integral y el control de enfermedades no transmisibles, crónico - degenerativas, congénitas, hereditarias y de los problemas declarados prioritarios para la salud pública, se realizará mediante la acción coordinada de todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud y de la participación de la población en su conjunto(40).

Plan Nacional de Desarrollo Toda una Vida

Eje 1: Derechos para todos durante toda la vida. “Objetivo 1: Garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas.

1.3. Combatir la malnutrición, erradicar la desnutrición y promover hábitos y prácticas de vida saludable, generando mecanismos de corresponsabilidad entre todos los niveles de gobierno, la ciudadanía, el sector privado y los actores de la economía popular y solidaria, en el marco de la seguridad y soberanía alimentaria”(41).

Fortalecer el sistema de inclusión y equidad social en el sistema de cuidados durante el ciclo de vida de las personas, con énfasis en los grupos de atención prioritaria, con el fin mejorar la calidad de vida de los pacientes que padecen de hipertensión arterial mediante la educación en salud, habilidades para vivir, con actividades recreativas que le ayuden a olvidar sus momentos de estrés, para incrementar su capacidad de autocuidado(41).

CAPÍTULO III

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Tipo de Estudio

Nivel: Descriptivo
Métodos: Cuantitativo.
Diseño: Transversal – Prospectivo.

Población y Muestra: 45 Pacientes Infartados que reciben atención en el área de hospitalización de cardiología del hospital Guayaquil Abel Gilbert Pontón de la ciudad de Guayaquil; durante el periodo de noviembre 2019 a abril del 2020.

Criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión

- Pacientes que son atendidos en el área de cardiología.
- Pacientes que están de acuerdo en participar en la encuesta.
- Pacientes con alteraciones en la calidad del sueño.

Criterios de exclusión

- Pacientes que no son atendidos en el área de cardiología.
- Pacientes que se niegan en participar en la encuesta.
- Pacientes que no presenten alteraciones en la calidad del sueño.

Técnicas y procedimientos para la recolección de la información:

Técnica: Encuesta y Observación indirecta

Instrumento: Cuestionario de Pittsburg, y Matriz de recolección de datos de observación indirecta en pacientes que reciben tratamiento de hemodiálisis en un Hospital de la ciudad de Guayaquil.

Técnicas de Procedimiento y Análisis de datos:

Para la obtención de los datos se revisaron y recolectaron la información necesaria de los registros de los pacientes, para luego tabularlos a través de Microsoft Excel.

VARIABLES GENERALES Y OPERACIONALIZACIÓN.

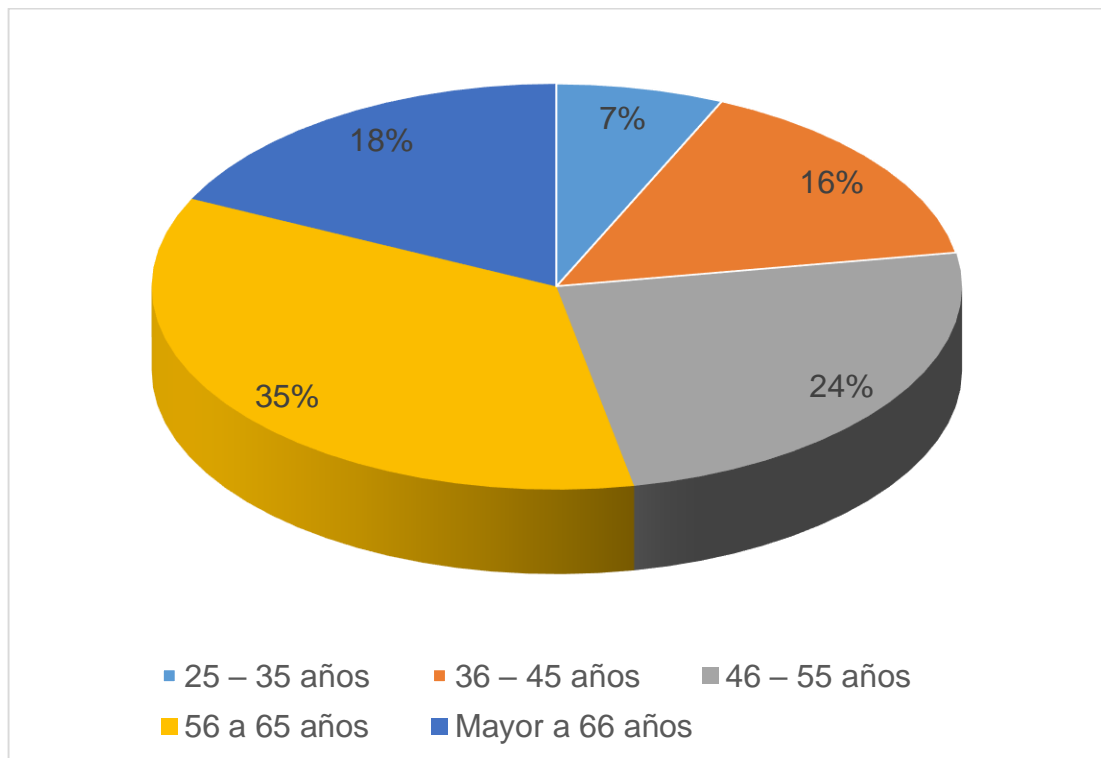
Variable general. Calidad del sueño en pacientes post infarto

Dimensiones	Indicadores	Escala	Técnica/ Instrumento
Características sociodemográficas	Edad	25 – 35 años 36 – 45 años 46 – 55 años 56 a 65 años Mayor a 66 años	Observación indirecta: Matriz de observación indirecta
	Sexo	Masculino Femenino	
	Etnia	Blanca Negra Mestiza Afro descendiente	
	Procedencia	Rural Urbana	
	Nivel de educación	Primaria Secundaria Superior Técnicos Otros.	
	Antecedentes personales	Diabetes HTA Anemia Cáncer Enfermedades cardiovasculares	
	Antecedentes familiares	Diabetes HTA Anemia Cáncer Enfermedades cardiovasculares	
Factores intrínsecos	Depresión	Sí No	Observación indirecta: Matriz de observación indirecta
	Desconocimiento de su condición de salud	Sí No	
	Mala percepción del sueño	Sí No	
	Preocupación por la evolución de su enfermedad	Sí No	
Factores extrínsecos	Alergia a alimentos	Sí No	Observación indirecta: Matriz de observación indirecta
	Medicamentos	Sí No	
	Alcohol	Sí No	
	Ambiente	SI No	
Medición de los parámetros del sueño	Calidad del sueño	Calidad subjetiva del sueño.	Encuesta: Cuestionario de Pittsburg.
		Latencia del sueño	
		Duración del sueño	
		Eficiencia habitual del sueño	
		Perturbaciones extrínsecas	
		Uso de medicamentos para el sueño	
		Disfunción diurna.	

PRESENTACIÓN Y ANALISIS DE RESULTADOS

Gráfico No. 1

Edad



Fuente: Matriz de recolección de datos a pacientes infartados del área de cardiología

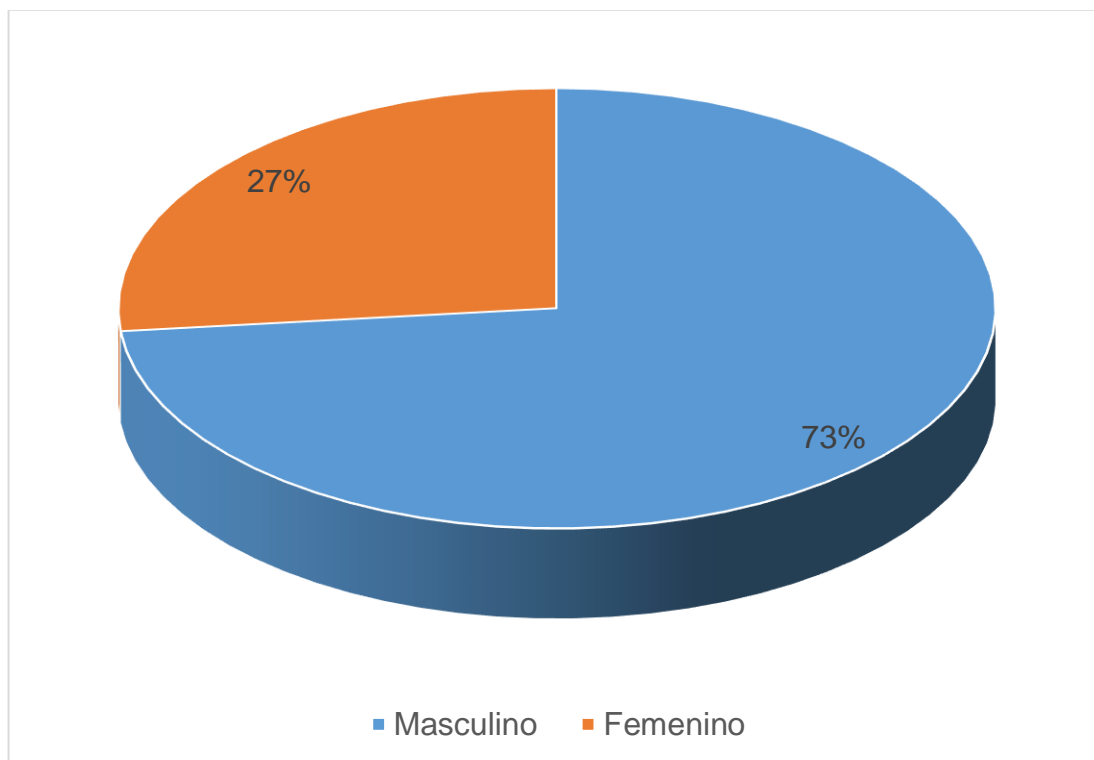
Elaborado por: Hidrovo García, Rocío Guadalupe - Mora Muñoz, Kevin Lenin

Análisis:

Los datos recopilados mediante la matriz de recolección de datos, permiten observar que un gran número de pacientes que son atendidos en el área de cardiología, tienen una edad de 56 a 65 años, los cuales representan al 35% de la población de estudio. Este grupo etario, que presenta una mayor frecuencia, puede darse debido a que, por el proceso del envejecimiento, las personas van teniendo un deterioro en su salud, volviéndose vulnerables al desarrollo de enfermedades que pueden poner en riesgo su salud.

Gráfico No. 2

Sexo



Fuente: Matriz de recolección de datos a pacientes infartados del área de cardiología

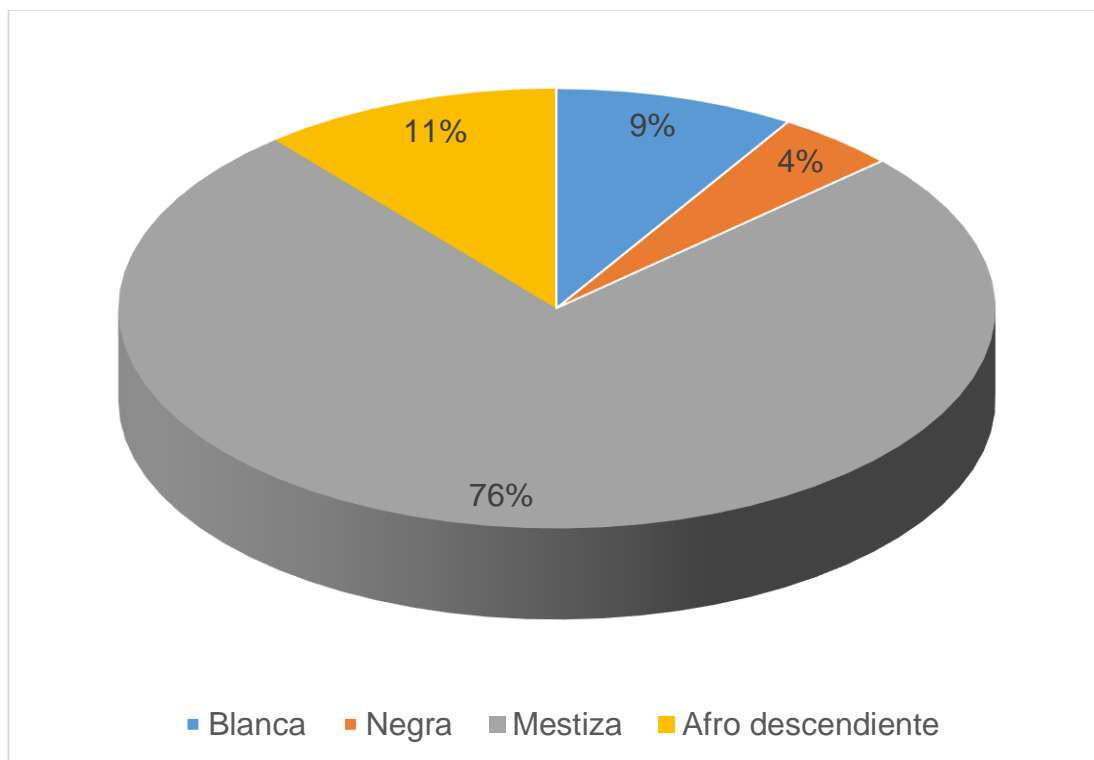
Elaborado por: Hidrovo García, Rocío Guadalupe - Mora Muñoz, Kevin Lenin

Análisis:

En relación a la edad, fue evidente que la mayoría de los pacientes infartados, que son atendidos en el área de cardiología, son de sexo masculino, estos representan al 73% de la población. Esto puede deberse a que generalmente los hombres tienen la mayoría de veces malos hábitos, como el consumo de tabaco, alcohol, el sedentarismo, lo cual con lleva paulatinamente, hacia el desarrollo de una enfermedad que afectado a su estado de salud.

Gráfico No. 3

Etnia

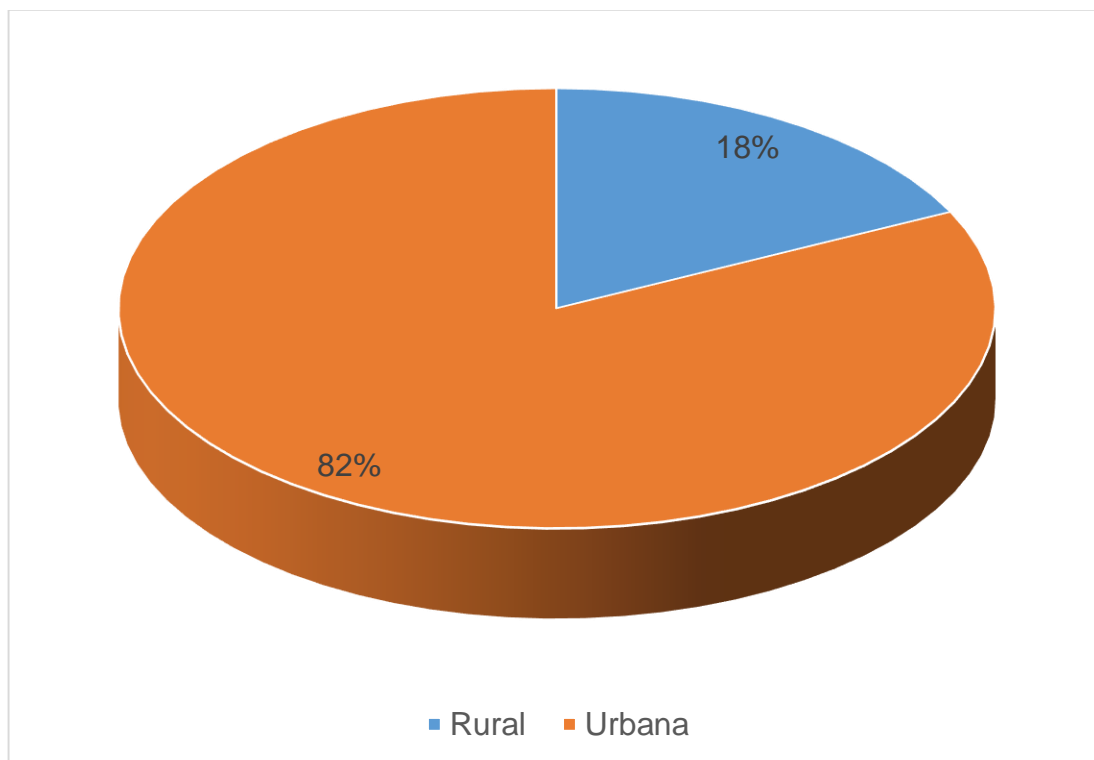


Fuente: Matriz de recolección de datos a pacientes infartados del área de cardiología
Elaborado por: Hidrovo García, Rocío Guadalupe - Mora Muñoz, Kevin Lenin

Análisis:

Referente a la etnia, es observable que la mayoría de estos pacientes, es de etnia mestiza, estos representan al 76% de la población en estudio, lo cual se justifica, debido a que gran parte de la población ecuatoriana es de etnia mestiza.

Gráfico No. 4 Procedencia

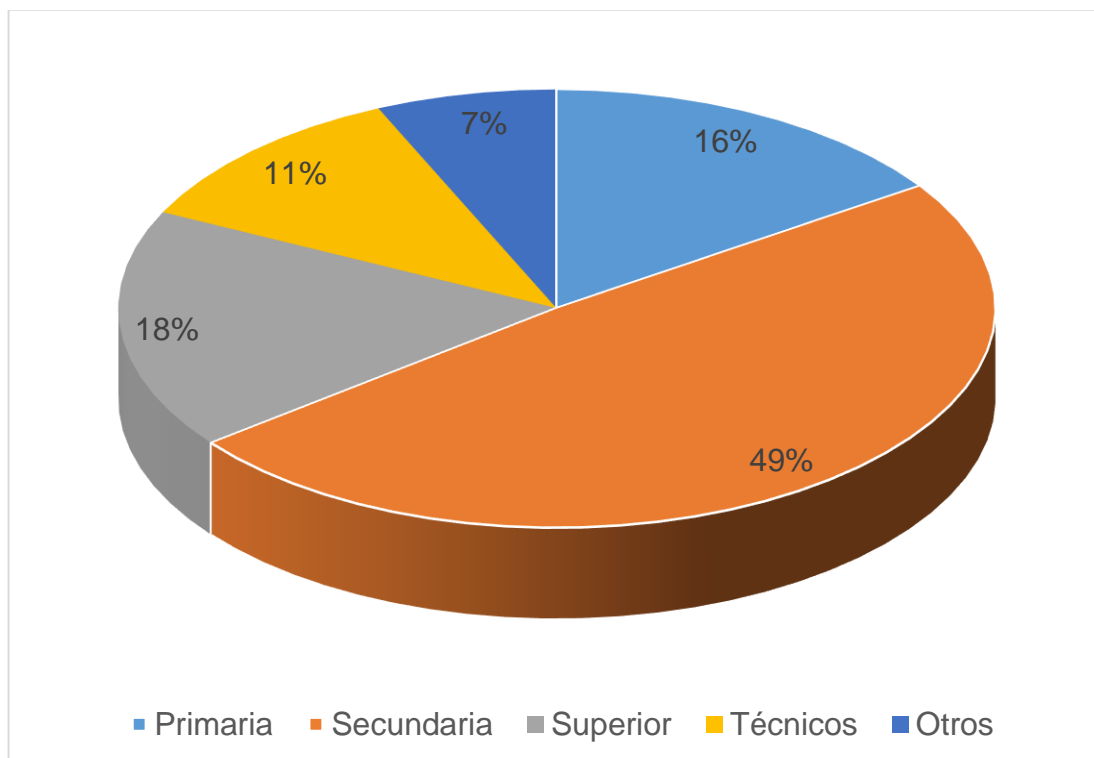


Fuente: Matriz de recolección de datos a pacientes infartados del área de cardiología
Elaborado por: Hidrovo García, Rocío Guadalupe - Mora Muñoz, Kevin Lenin

Análisis:

Mediante el desarrollo de los cuadros estadísticos, es evidente que la mayor parte de las personas provienen de áreas urbanas, esto representa al 82% de la población. Debido a que es notable que existe una menor cantidad de pacientes es notable la necesidad de que se desarrollen charlas para orientar a los pacientes sobre su estado de salud, y la importancia de seguir con las indicaciones, para lograr una mejor calidad de vida.

Gráfico No. 5
Nivel de educación



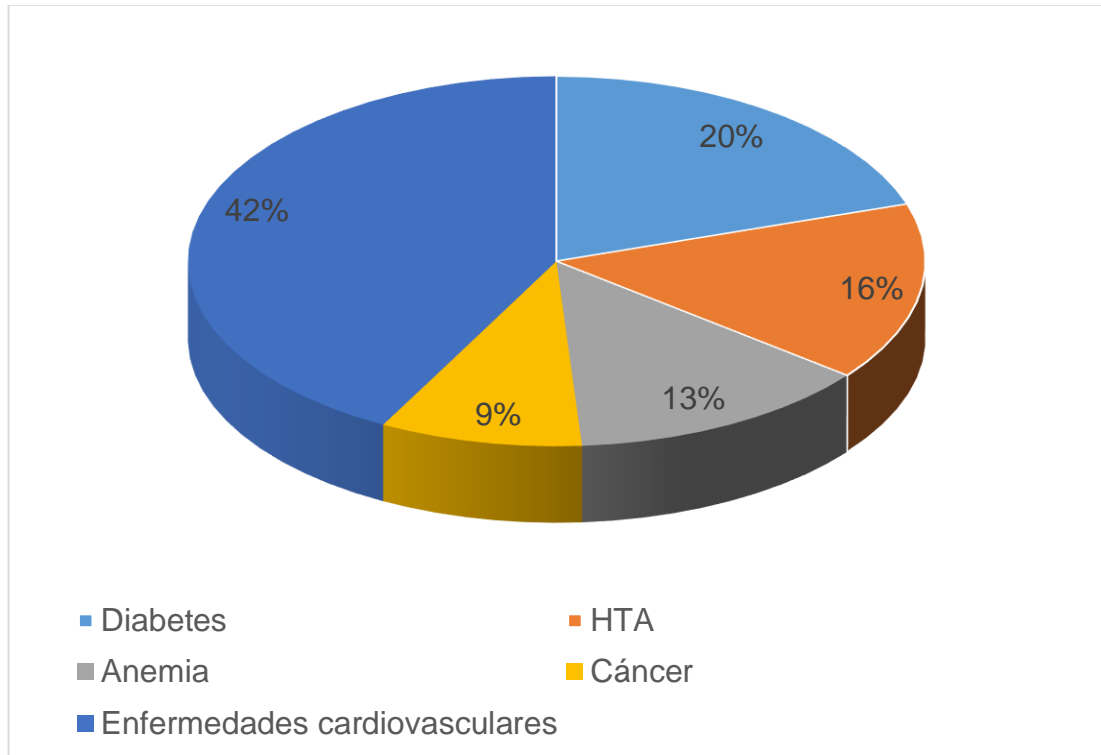
Fuente: Matriz de recolección de datos a pacientes infartados del área de cardiología
Elaborado por: Hidrovo García, Rocío Guadalupe - Mora Muñoz, Kevin Lenin

Análisis:

Los datos representados en el presente cuadro estadístico, demuestra que una gran parte de los pacientes infartados, señalaron tener un nivel de educación secundario, estos representan al 49% de los estudiantes, a través de este resultado es evidente debido a su nivel de estudio, la mayoría de los pacientes no han recibido mayor información sobre la importancia de cuidar su salud y prevenir el riesgo de las complicaciones.

Gráfico No. 6

Antecedentes patológicos personales



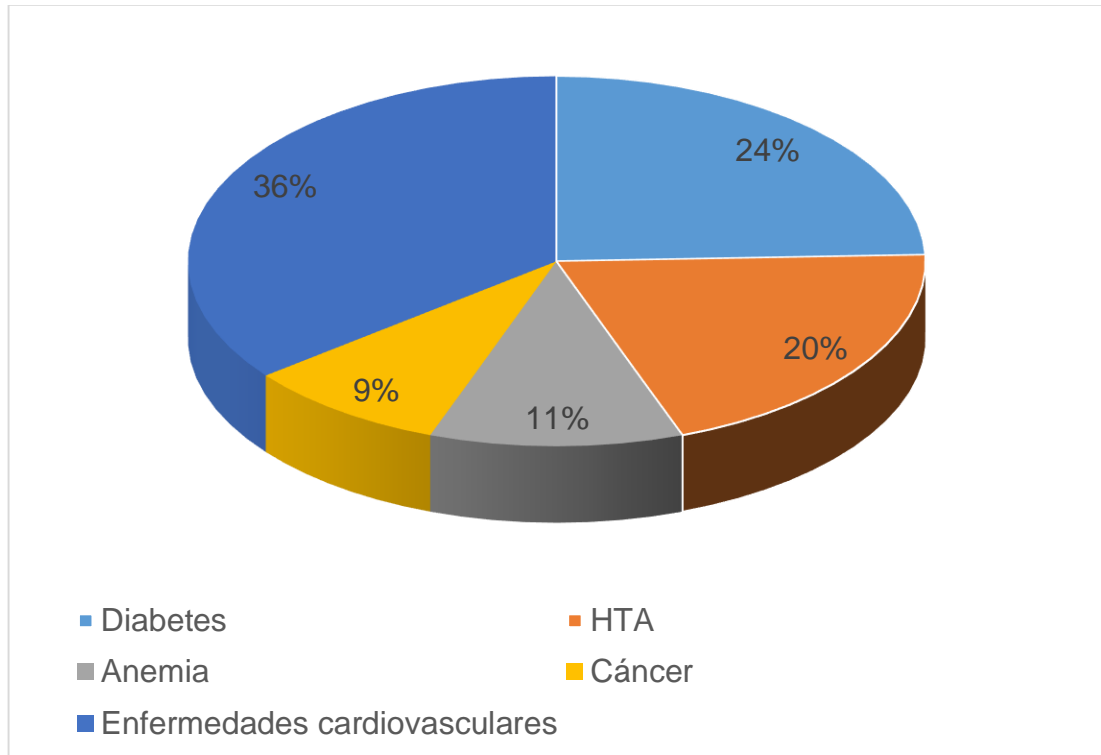
Fuente: Matriz de recolección de datos a pacientes infartados del área de cardiología
Elaborado por: Hidrovo García, Rocío Guadalupe - Mora Muñoz, Kevin Lenin

Análisis:

A través de los resultados tabulados en la presente tabla, se puede observar que una gran parte de los pacientes infartados, señala como antecedente patológico personal, las enfermedades vasculares, representando al 42% de la población en estudio. De esta manera se determina que la mayoría de los pacientes infartados, ha presentado previamente algún indicio, que debió haber considerado para llevar un seguimiento por el personal médico y así prevenir el desarrollo de este tipo de enfermedades.

Gráfico No. 7

Antecedentes Patológicos Familiares

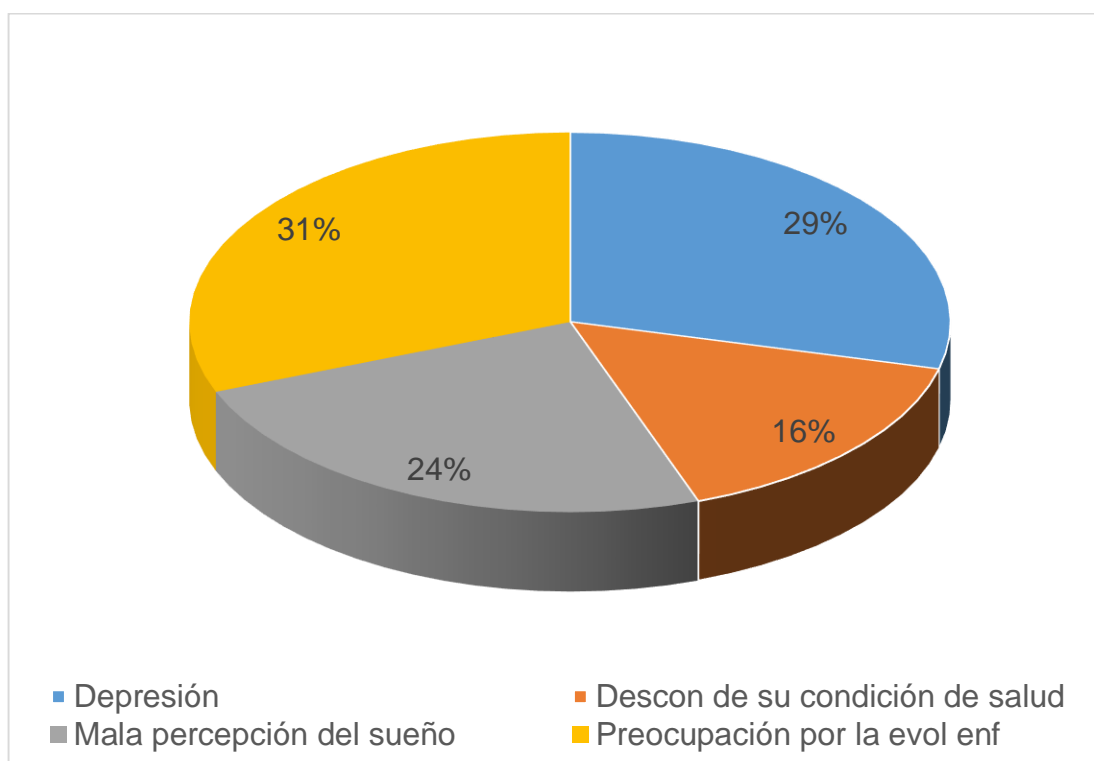


Fuente: Matriz de recolección de datos a pacientes infartados del área de cardiología
Elaborado por: Hidrovo García, Rocío Guadalupe - Mora Muñoz, Kevin Lenin

Análisis:

Los datos recopilados mediante la matriz de recolección de datos, permiten observar que un gran número de pacientes que son atendidos en el área de cardiología, presenta como antecedentes patológicos familiares enfermedades cardiovasculares, estos representan al 36% de la población encuestada. A través de estos datos se hace evidente así mismo, que también el haber presentado algún antecedente familiar con problemas cardiovasculares, tienen un riesgo mayor de también presentar un infarto de miocardio.

Gráfico No. 8
Factores intrínsecos



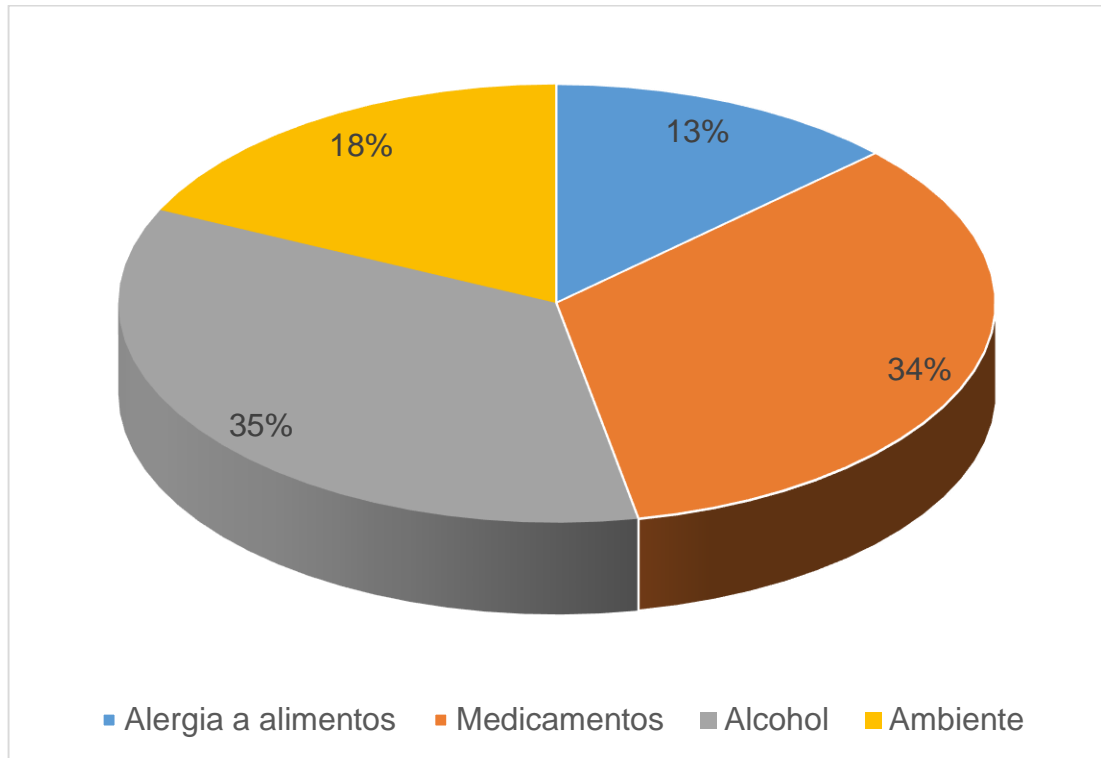
Fuente: Matriz de recolección de datos a pacientes infartados del área de cardiología
Elaborado por: Hidrovo García, Rocío Guadalupe - Mora Muñoz, Kevin Lenin

Análisis :

En relación a los factores intrínsecos, es notable que existe una incidencia de la preocupación por la evolución de la enfermedad (31%) y depresión (29%); los pacientes infartados debido al desconocimiento o poca comprensión que poseen sobre su estado de salud, causa en ellos ansiedad y depresión, estos son mecanismos defensivos como respuesta de alerta ante ciertas situaciones, por lo que es necesario una intervención oportuna por parte de los profesionales que les ayude a comprender mejor su estado de salud y como superar y afrontar esta etapa de recuperación.

Gráfico No. 9

Factores extrínsecos



Fuente: Matriz de recolección de datos a pacientes infartados del área de cardiología
Elaborado por: Hidrovo García, Rocío Guadalupe - Mora Muñoz, Kevin Lenin

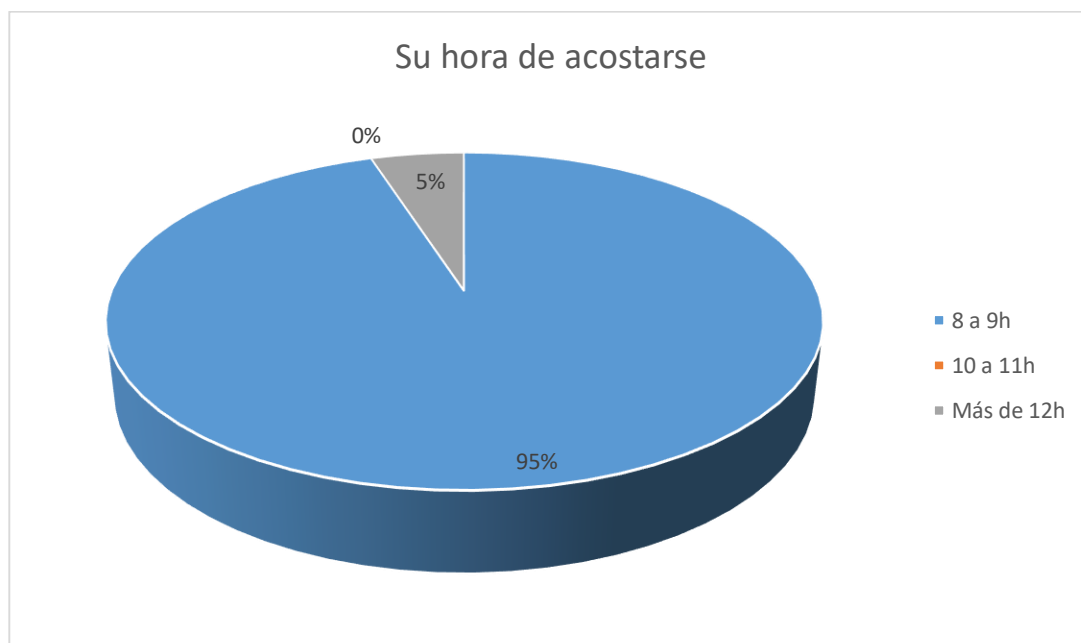
Análisis:

Pero al relacionar los factores extrínsecos, se puede describir que la mayoría de los pacientes infartados presentan consumo de alcohol (35%) y efectos de los medicamentos (34%); los pacientes que tiene por hábito el consumo del alcohol, presentan problemas en la calidad del sueño, tales como el insomnio y el hipersomnio; así mismo existen ciertos medicamentos que inciden en el mismo; tales como las anfetaminas, betabloqueadores, broncodilatadores, entre otros; esto causa que tengan dificultades para dormir.

Cuestionario de Pittsburg para medir la calidad del sueño, aplicado a pacientes post infarto de miocardio.

Gráfico No. 10

Componente 1: Calidad Subjetiva del Sueño



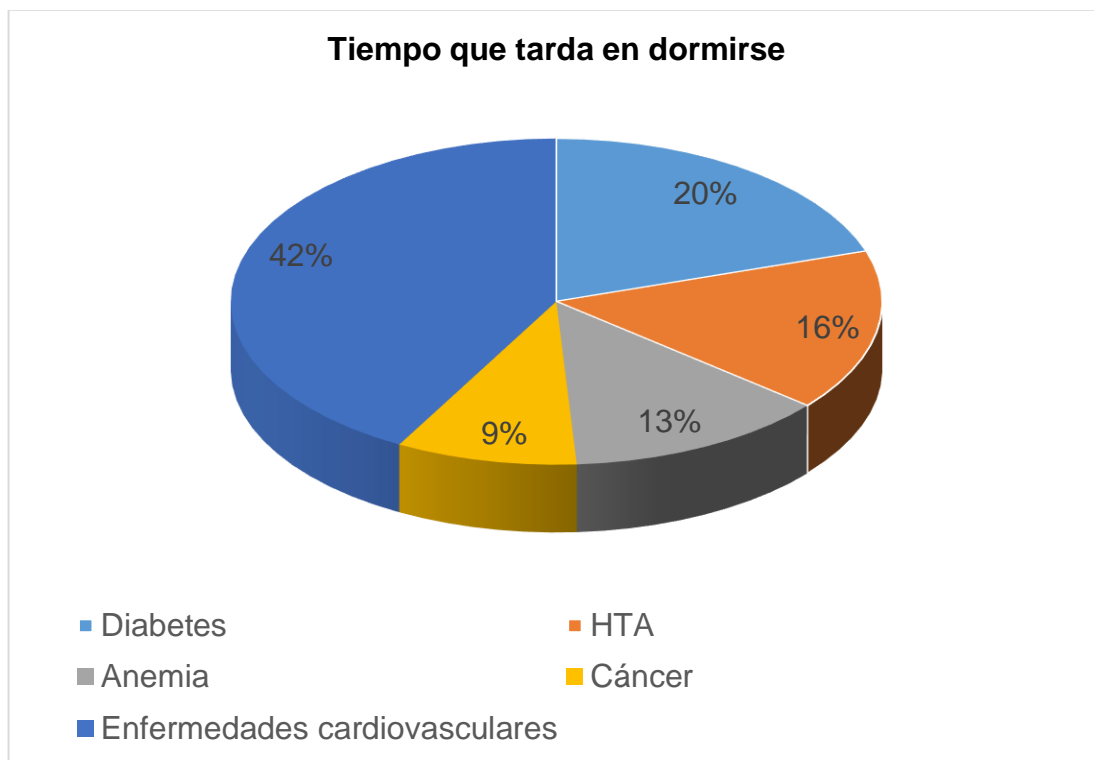
Fuente: Cuestionario de Pittsburg a pacientes infartados del área de cardiología
Elaborado por: Hidrovo García, Rocío Guadalupe - Mora Muñoz, Kevin Lenin

Análisis:

Según la respuesta de los pacientes post infarto de miocardio en el cuestionario de Pittsburg sobre la hora de acostarse, la mayoría que corresponde al 95% lo hace de 8 a 9 horas de la noche, lo cual se debe al horario que reciben la medicación; una minoría que corresponde al 5% se acuesta después de la media noche.

Gráfico No. 11

Componente 2 : Latencia del Sueño



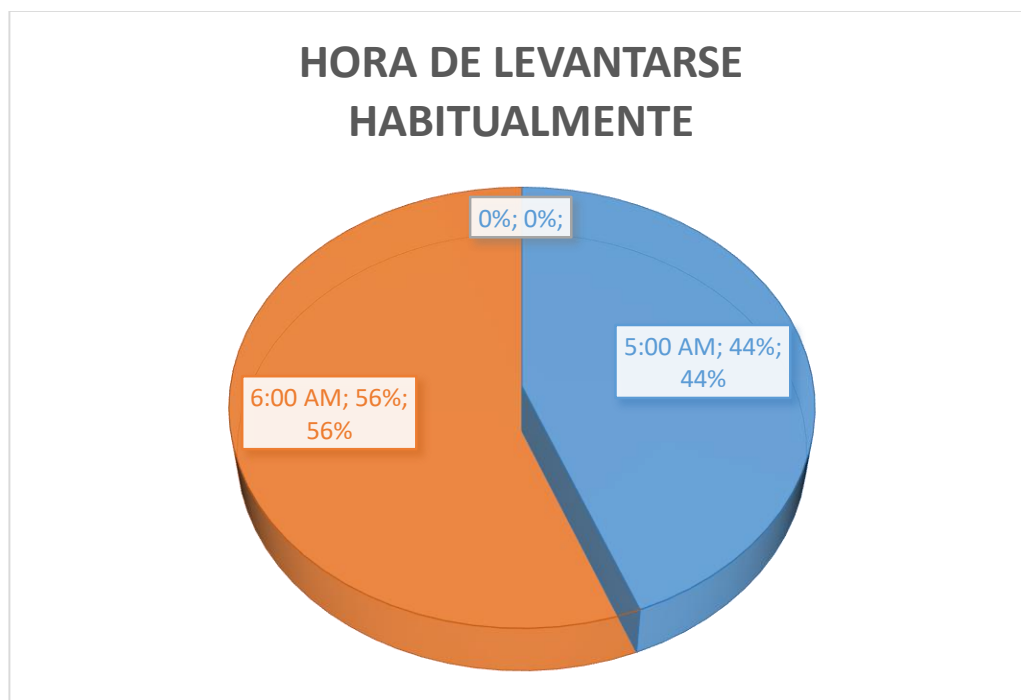
Fuente: Cuestionario de Pittsburg a pacientes infartados del área de cardiología
Elaborado por: Hidrovo García, Rocío Guadalupe - Mora Muñoz, Kevin Lenin

Análisis:

Según el cuestionario aplicado de calidad del sueño, en la pregunta de cuánto tarda en dormirse, la mayoría es entre 31 y 60 min que corresponde a el 52%; sin embargo, hay un 33% de pacientes post infarto de miocardio que tardan más de 60 minutos, lo cual se puede deber a diferentes factores como uso de horarios diurnos, falta de actividades físicas, problemas relacionados su propia cardiopatía.

Gráfico No. 12

Componente 3 : Duración del dormir



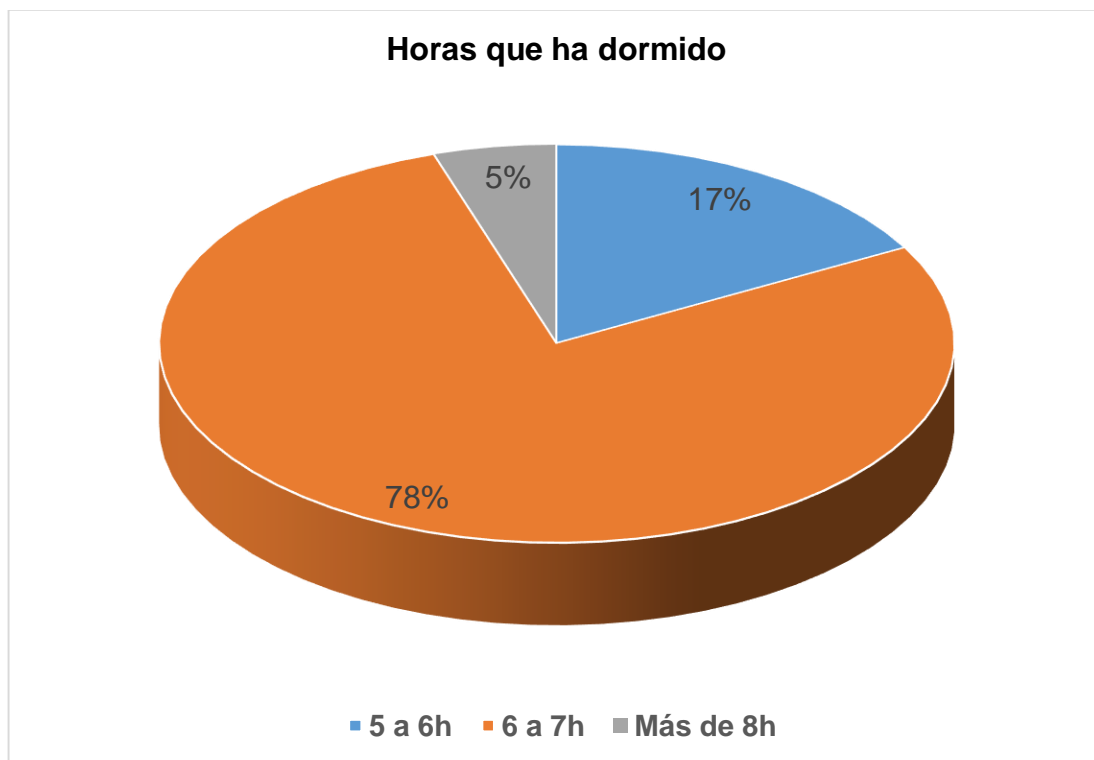
Fuente: Cuestionario de Pittsburg a pacientes infartados del área de cardiología
Elaborado por: Hidrovo García, Rocío Guadalupe - Mora Muñoz, Kevin Lenin

Análisis:

Al consultar a los pacientes post infarto de miocardio la hora de levantarse en la mañana en el último mes se pudo conocer que en un mayor porcentaje que equivale al 56% se levanta a las 6:00 AM y en un 44% se levantan a las 5:00 AM, por las diferentes actividades que realiza el personal como; toma de muestras para baciloscopia, prepararlos para interconsultas y el desayuno diario.

Gráfico No. 13

Componente 4: Eficacia del sueño habitual

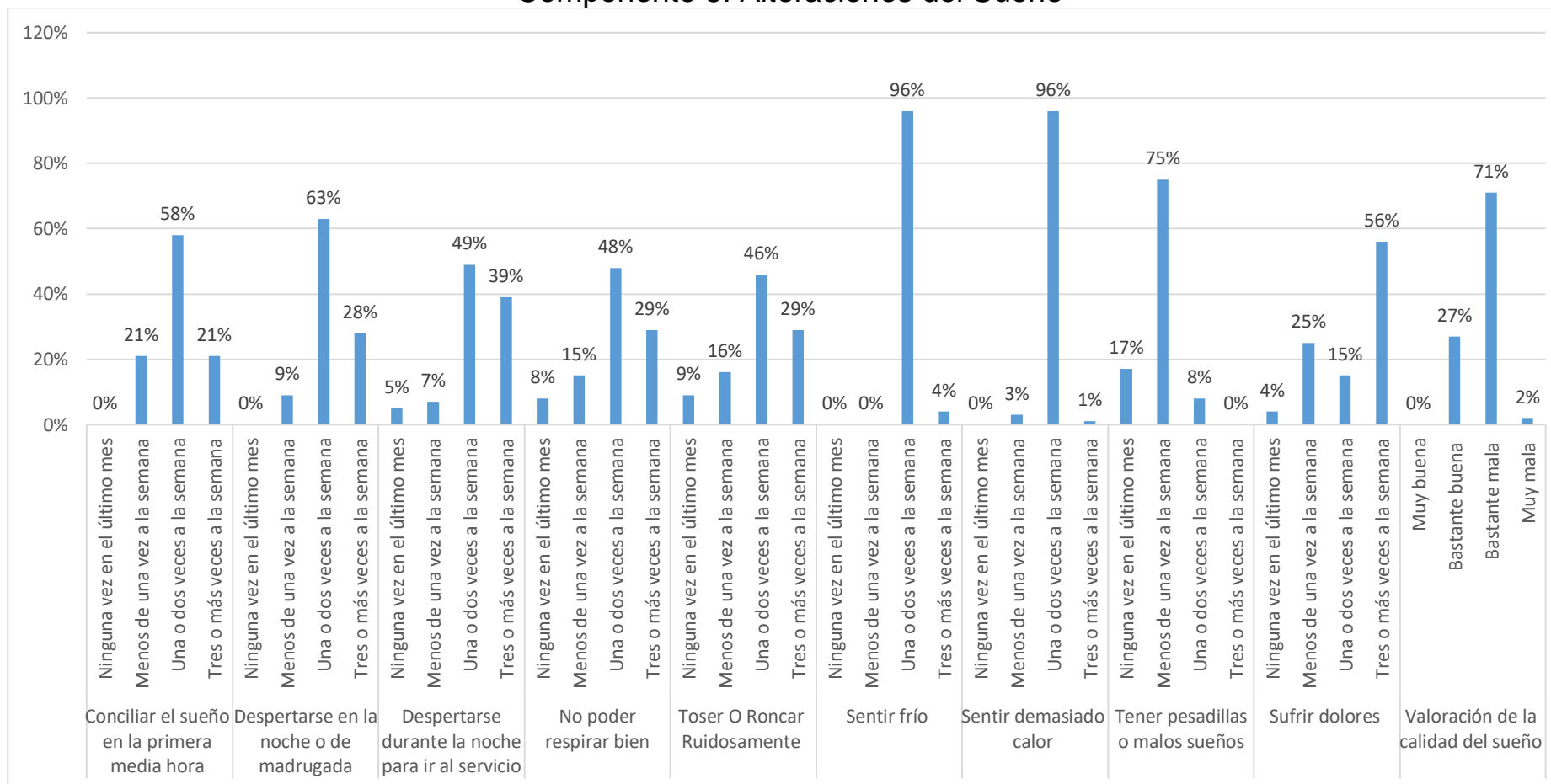


Fuente: Cuestionario de Pittsburg a pacientes infartados del área de cardiología
Elaborado por: Hidrovo García, Rocío Guadalupe - Mora Muñoz, Kevin Lenin

Análisis:

Respecto a las horas que duermen los pacientes post infarto de miocardio se obtiene que en un mayor porcentaje de 78% duerme de 6-7 horas mientras que en un menor porcentaje de 5% duermen más de 8 horas. Según los resultados obtenidos se determinó que los pacientes pueden conciliar el sueño nocturno las horas necesarias con la medicación administrada.

Gráfico No. 14
Componente 5: Alteraciones del Sueño



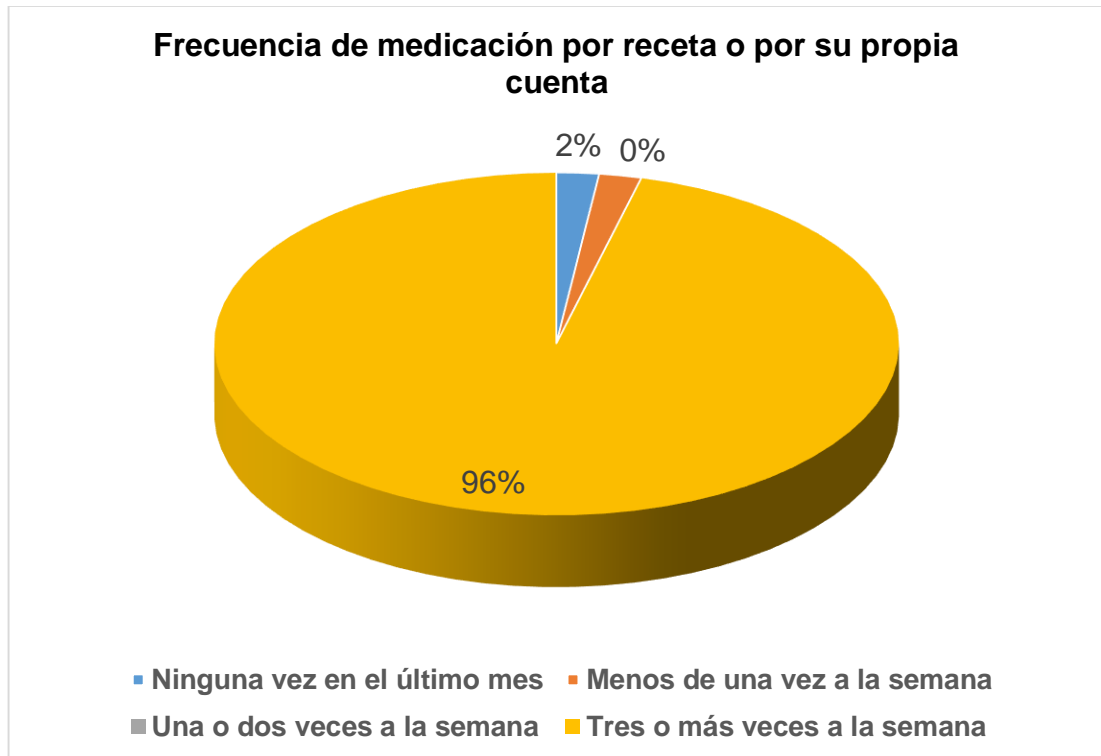
Fuente: Cuestionario de Pittsburg a pacientes infartados del área de cardiología
Elaborado por: Hidrovo García, Rocío Guadalupe - Mora Muñoz, Kevin Lenin

Análisis:

Referente a las alteraciones del sueño, se observa que los pacientes post infarto de miocardio que no han podido conciliar el sueño en la primera media hora, la mayoría indicó que presentó una o dos veces a la semana (58%), así mismo se despertaron en la noche o en la madrugada una o dos veces por semana (63%), se despiertan en la noche para ir al servicio una o dos veces por semana (49%), no pueden respirar bien cuando duermen una o dos veces por semana (48%), tose o ronca ruidosamente (46%), siente frío en la noche (96%) tres o más veces por semana pero que también han sentido calor una o dos veces por semana (96%), tienen malos sueños o pesadillas (75%) una o dos veces por semana, menos de una vez presentaron dolores en la noche (56%), por lo que el 72% de los pacientes post infarto calificaron a su calidad del sueño como bastante mala. Ante estos resultados, referentes a las alteraciones del sueño que se presentan en los pacientes infartados, del área de cardiología; surge la necesidad, de que los profesionales de enfermería y el equipo de salud, puedan intervenir de manera oportuna, ya que se conoce que es un factor que debe ser modificado, para que, mediante la concientización y el compromiso de llevar un mejor estilo de vida, se puedan prevenir que existan riesgos debido a su condición cardiovascular.

Gráfico No. 15

Componente 6: Uso de medicamentos para dormir



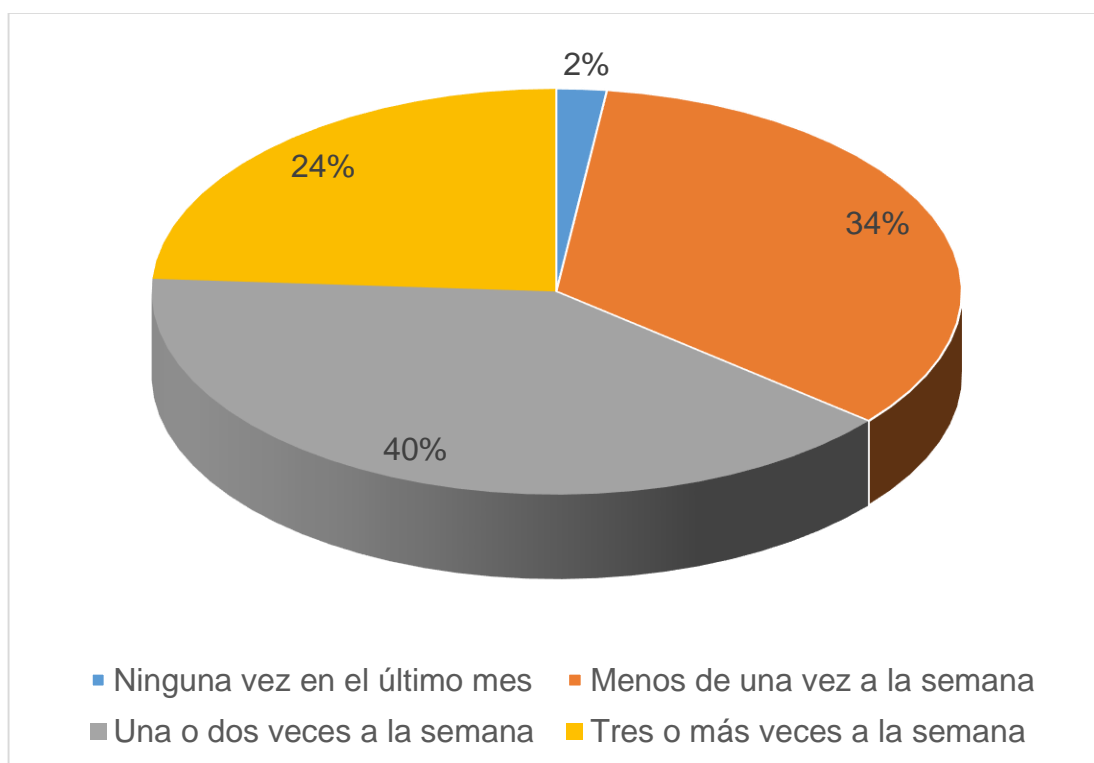
Fuente: Cuestionario de Pittsburg a pacientes infartados del área de cardiología

Elaborado por: Hidrovo García, Rocío Guadalupe - Mora Muñoz, Kevin Lenin

Análisis:

Según la respuesta de los pacientes post infarto de miocardio en el cuestionario de Pittsburg con la ayuda del personal de enfermería sobre cuantas veces habrá tomado medicina para dormir, la mayoría que corresponde al 96% lo hace tres o más veces a la semana, mientras que en un 1% menos de una vez a la semana, con este porcentaje se puede definir que los pacientes post infarto de miocardio que se encuentran en esta área necesitan de medicación para poder dormir en la noche.

Gráfico No. 16
Somnolencia mientras conducía



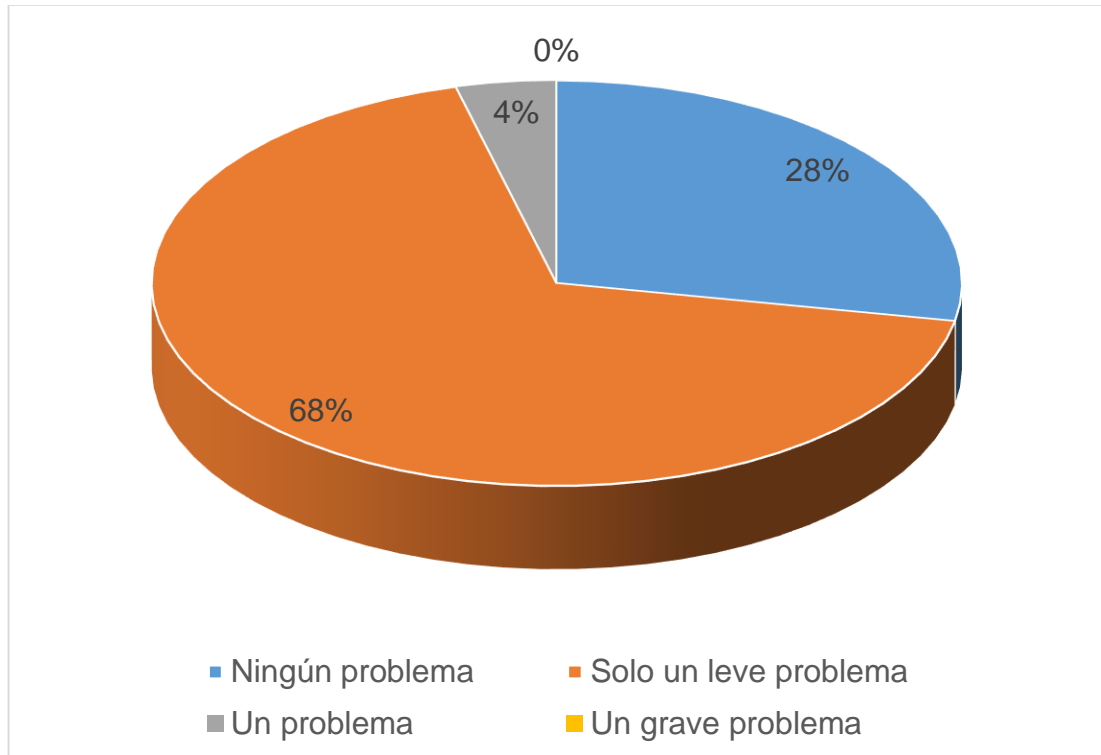
Fuente: Cuestionario de Pittsburg a pacientes infartados del área de cardiología
Elaborado por: Hidrovo García, Rocío Guadalupe - Mora Muñoz, Kevin Lenin

Análisis:

En lo que respecta a si los pacientes post infarto de miocardio durante el último mes han sentido somnolencia al realizar alguna actividad, la mayoría que corresponden al 40% indicaron que una o dos veces a la semana, mientras que en una minoría de 1% indicaron que ninguna vez en el último mes. Esto representa que el mayor porcentaje de los pacientes post infarto de miocardio que se encuentran es esta área, al realizar alguna actividad o durante la hora de comer sufren de somnolencia.

Gráfico No. 17

Problemas de desánimos



Fuente: Cuestionario de Pittsburg a pacientes infartados del área de cardiología
Elaborado por: Hidrovo García, Rocío Guadalupe - Mora Muñoz, Kevin Lenin

Análisis:

Según la respuesta de los pacientes post infarto de miocardio en el cuestionario de Pittsburg sobre si ha representado problema al tener ánimos para realizar actividades como comer la mayoría que corresponde al 68% contestaron solo un leve problema; una minoría que corresponde al 4% un problema.

Gráfico No. 18

Dormir solo o acompañado



Fuente: Cuestionario de Pittsburg a pacientes infartados del área de cardiología
Elaborado por: Hidrovo García, Rocío Guadalupe - Mora Muñoz, Kevin Lenin

Análisis:

Respecto a cómo duermen los pacientes post infarto de miocardio solos o acompañados en un gran porcentaje que equivale al 100% respondió que, en la misma habitación, pero en otra cama ya que el área se encuentra adecuada con varias camas en diferentes habitaciones.

DISCUSIÓN

En relación a las características sociodemográficas, se identificó que la mayoría tenía una edad de 56 a 65 años (35%), sexo masculino (73%), etnia mestiza (76%), áreas urbanas (82%), educación secundaria (49%), estos datos al correlacionarse con el estudio de Sánchez(14), se observa que existe cierta similitud, debido a que describe que la mayoría de la población que ha tenido infartos, tiene una edad mayor a 60 años, de sexo masculino, con nivel educativo secundario. Los datos correlacionados, permite identificar que existen ciertas características que inciden en el desarrollo de problemas cardiovasculares, como es la edad, que debido al deterioro de su salud, por el envejecimiento, da paso al desarrollo de enfermedades, por esto es necesario intervenir en los pacientes que presenten este tipo de características, para que mediante charlas de orientación, indicarles sobre la vulnerabilidad de presentar problemas cardiovasculares, que al no aplicar las debidas prácticas de autocuidado pueden desencadenar en un infarto.

Sin embargo, referente a los antecedentes patológicos personales, se determinó que el 42% de los pacientes, tenía enfermedades cardiovasculares y el 20% tenía diabetes; en referencia a los antecedentes patológicos familiares, se distingue que el 36% tuvo familiares que presentaron enfermedades cardiovasculares, el 24% diabetes y el 20% hipertensión arterial. Estos datos obtuvieron cierta concordancia con el estudio de Vera(15), quien describió que los pacientes que habían tenido un cuadro de infarto, registraban entre sus antecedentes familiares, patologías como la hipertensión arterial (35%) y cardiopatías (46%), pero referente a los antecedentes patológicos personales, se obtuvo las mismas patologías, describiendo que el 39% de los pacientes presentó problemas cardiovasculares y el 32% hipertensión arterial. Existen ciertos factores que permiten conocer la vulnerabilidad que presentan ciertos pacientes, para de esta forma desarrollar charlas de orientación sobre los cuidados que debe seguir y la importancia de acudir periódicamente a los controles médicos, para poder controlar las patologías que presenta como antecedentes

personales, de esta forma se evitaría el desarrollo de alguna morbilidad, como es el caso del infarto de miocardio.

Los resultados obtenidos a través del cuestionario Pittsburg, permite identificar que los pacientes post infarto de miocardio presenta una o dos veces por semana algunos problemas, tales como “conciliar el sueño en la primera media hora”, “despertarse en la noche o de madrugada”, “despertarse durante la noche para ir al servicio”, “no poder respirar bien”, “toser o roncar ruidosamente”, “sentir frío” o “sentir demasiado calor”, así como también “somnolencia mientras desarrollaba alguna actividad en el último mes”. Por lo cual, en la valoración de la calidad de sueño, algunos señalaron que era “bastante mala”, así como también solo “leves problemas de desánimo”. Los resultados permiten identificar que los pacientes que presentan post infarto de miocardio tiene alteraciones en el sueño.

Se pudo evidenciar mediante este estudio la relación que tienen esta cardiopatía con la falta de sueño y el agravamiento que puede existir si no se tiene una higiene del sueño adecuado; los cuales están relacionados con una amplia diferencia de los valores encontrados. No se encontró estudios actualizados que sustenten con veracidad que las personas que tienen un infarto de miocardio presenten problemas de calidad de sueño. Tampoco existen estudio desarrollados de la alteración del sueño con el infarto de miocardio, objeto del presente estudio, por lo que la discusión no puede seguir ampliándose.

CONCLUSIONES

Mediante el análisis y discusión de resultados, se determinó en base al primer objetivo, las características de los pacientes post infarto de miocardio, en el que la mayoría tiene son hombres con una edad de 56 a 65 años, de etnia mestiza, de áreas urbanas que tienen una educación secundaria.

Así mismo referente a los antecedentes, se describen los antecedentes patológicos personales, tales como las enfermedades cardiovasculares y la diabetes, pero en el caso de los antecedentes patológicos personales se describen la hipertensión arterial y diabetes y enfermedades cardiovasculares.

En referencia a los factores intrínsecos se distingue que en los pacientes infartados inciden la preocupación por la evolución de la enfermedad, lo que causa en ellos depresión; así mismo inciden factores extrínsecos como es el consumo del alcohol y los efectos adversos de los medicamentos.

A través de la valoración del cuestionario de Pittsburg, se identifica que los pacientes tienen una mala calidad de sueño en la noche, así mismo se evidenció ciertos problemas para conciliar el sueño, como también el de despertarse en la madrugada para ir a servicio, de tal manera que valoran la calidad de sueño como bastante mala y señalan presentar problemas de desánimo.

RECOMENDACIONES

Orientar a los pacientes que presentan ciertas características, como una edad mayor a 56 años, sobre las prácticas que deben de seguir para realizar adaptaciones de los cuidados a la vida diaria, motivándolos a llevar una vida saludable.

Desarrollar estrategias de capacitación a los pacientes que han presentado infarto de miocardio, para señalar sobre los factores tanto personales como familiares que inciden en el desarrollo de estas complicaciones, para que puedan concienciar sobre la importancia de acudir periódicamente a las citas médicas, para llevar un mejor control de la enfermedad.

Sugerir a los profesionales de enfermería que se intervengan los factores, tanto intrínsecos como extrínsecos que inciden en los pacientes infartados, para desarrollar charlas que ayuden a los pacientes a comprender su estado de salud sobre la prevención de estos factores que afectan en la calidad del sueño.

Señalar a los profesionales de enfermería, sobre que es necesario que este tipo de cuestionarios e investigaciones, sean desarrolladas continuamente, para profundizar de esta forma sobre las causas o factores que inciden en el desarrollo de problemas cardiovasculares en los pacientes que acuden a esta institución de salud y así intervenir de manera oportuna para una mejor calidad de sueño en los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tejar C. Infarto agudo de miocardio: ¿cuándo sospecharlo y qué hacer? 2014;2.
2. Organización Mundial de la Salud. Chile - Enfermedades Cardiovasculares [Internet]. 2016 [citado 27 de enero de 2020]. Disponible en: https://www.paho.org/chi/index.php?option=com_content&view=article&id=172:enfermedades-cardiovasculares&Itemid=1005
3. Maldonado JC. Epidemiología de la insuficiencia cardíaca. *VozAndes*. 2018;51-3.
4. El Universo. Ecuador: El infarto sigue siendo la primera causa de muerte | Cluster Salud | AméricaEconomía [Internet]. 2018 [citado 27 de enero de 2020]. Disponible en: <https://clustersalud.americaeconomia.com/sector-publico/ecuador-el-infarto-sigue-siendo-la-primera-causa-de-muerte>
5. Moreno D. Factores de riesgos del infarto agudo de miocardio, cuadro clínico. 2015; Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/10811/1/Moreno%20Ruiz%20Doris%20Grace%20-%20IAM.pdf>
6. Jeon MS, Dhillon HM, Agar MR. Sleep disturbance of adults with a brain tumor and their family caregivers: a systematic review. *Neuro-Oncol*. agosto de 2017;19(8):1035-46.
7. Kotronoulas G, Wengstrom Y, Kearney N. Sleep patterns and sleep-impairing factors of persons providing informal care for people with cancer: a critical review of the literature. *Cancer Nurs*. febrero de 2013;36(1):E1-15.
8. Carmona Fortuño I, Molés Julio MP, Carmona Fortuño I, Molés Julio MP. Problemas del sueño en los mayores. *Gerokomos*. 2018;29(2):72-8.
9. Berger AM, Parker KP, Young-McCaughan S, Mallory GA, Barsevick AM, Beck SL, et al. Sleep wake disturbances in people with cancer and their caregivers: state of the science. *Oncol Nurs Forum*. 3 de noviembre de 2005;32(6):E98-126.
10. Castillo Berrocal MN, Yallico Laura ML. Nivel de conocimiento del paciente post infartado sobre su cuidado al alta hospitalaria en el Hospital

Nacional Dos de Mayo de marzo a abril del año 2015. Univ Peru Cayetano Heredia [Internet]. 2016 [citado 12 de noviembre de 2019]; Disponible en: <http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/662>

11. Vena C, Parker K, Cunningham M, Clark J, McMillan S. Sleep-wake disturbances in people with cancer part I: an overview of sleep, sleep regulation, and effects of disease and treatment. *Oncol Nurs Forum*. julio de 2004;31(4):735-46.
12. Insomnio en adultos mayores - Artículos - IntraMed [Internet]. [citado 12 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=83009>
13. Trastornos del sueño (PDQ®)–Versión para pacientes [Internet]. Instituto Nacional del Cáncer. 2019 [citado 12 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/efectos-secundarios/insomnio/trastornos-del-sueno-pdq>
14. Sánchez-Cárdenas AG, Navarro-Gerrard C, Nellen-Hummel H, Halabe-Cherema J. Insomnio. Un grave problema de salud pública. *Rev Médica Inst Mex Seguro Soc*. 15 de febrero de 2017;54(6):760-9.
15. Vera T. Calidad del sueño y confort en pacientes hospitalizados de la Región de Murcia. 2017; Disponible en: <http://repositorio.ucam.edu/bitstream/handle/10952/2517/Tesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
16. Muñoz YC. Infarto agudo de miocardio. Actualización de la Guía de Práctica Clínica. *Rev Finlay*. 1 de junio de 2016;6(2):170-90.
17. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España. Insomnio, de la práctica centrada en la enfermedad a la atención centrada en personas. 2016; Disponible en: <http://www.ses.org.es/docs/guia-de-insomnio-2016.pdf>
18. Bornhausen A, Kessler RMG, Gasperin SI. Calidad subjetiva del sueño en cardiopatía isquémica crónica. *Insufic Card*. 2018;13(3):118-24.
19. González-Pliego JA, Hernández-Gordillo D, Castañeda-Barragán E, García-Lamas L, Guzmán-Sánchez CM. Apnea obstructiva del sueño y cardiopatía isquémica: Las evidencias de su relación. *Arch Cardiol México*. marzo de 2015;85(1):16-22.

20. Cías JA, López CA. Un Trastorno Del Sueño Poco Frecuente Pero Interesante: La Narcolepsia. *Rev Habanera Cienc Médicas*. 2005;4(5):1-14.
21. Corcho-Mejía DC, Velásquez-Suárez JM, Escobar-Córdoba F. Apnea obstructiva del sueño y trastornos psiquiátricos. *Rev Chil Neuropsiquiatría*. 2012;50(4):265-72.
22. Bhaskar S, Hemavathy D, Prasad S. Prevalence of chronic insomnia in adult patients and its correlation with medical comorbidities. *J Fam Med Prim Care*. 10 de enero de 2016;5(4):780.
23. Al-Smadi AM, Tawalbeh LI, Gammoh OS, Ashour A, Tayfur M, Attarian H. The prevalence and the predictors of insomnia among refugees. *J Health Psychol*. 1 de julio de 2019;24(8):1125-33.
24. Giménez S, Tendero JA, Sanz TC, Luque MJJ, Pérez JAM, Andreu MM, et al. Trastorno de retraso de la fase del sueño y del despertar: Síndrome de retraso de fase. *Rev Pediatría Aten Primaria*. 2016;18(71 (Julio/Septiembre)):17.
25. Garg H. Role of optimum diagnosis and treatment of insomnia in patients with hypertension and diabetes: A review. *J Fam Med Prim Care*. 2018;7(5):876-83.
26. Buyse B, Cassiman D, Testelmans D. Obstructive sleep apnea in Hutchinson-Gilford progeria. *Sleep Med*. 8 de agosto de 2019;66:21-3.
27. Léotard A, Lévy J, Hartley S, Pages A, Genet F, Lofaso F, et al. Sleep disorders in aging polio survivors: a systematic review. *Ann Phys Rehabil Med*. 30 de noviembre de 2019;
28. Masters PA. In the clinic. Insomnia. *Ann Intern Med*. 7 de octubre de 2014;161(7):ITC1-15; quiz ITC16.
29. Drake CL, Roehrs T, Roth T. Insomnia causes, consequences, and therapeutics: an overview. *Depress Anxiety*. 2003;18(4):163-76.
30. Martínez Hernández O, Montalván Martínez O, Betancourt Izquierdo Y, Martínez Hernández O, Montalván Martínez O, Betancourt Izquierdo Y. Trastorno de insomnio. Consideraciones actuales. *Rev Médica Electrónica*. abril de 2019;41(2):483-95.
31. Medina-Chávez JH, Fuentes-Alexandro SA, Gil-Palafox IB, Adame-Galván L, Solís-Lam F, Sánchez-Herrera LY, et al. Guía de práctica clínica

- Diagnóstico y tratamiento del insomnio en el adulto mayor. *Rev Médica Inst Mex Seguro Soc.* 2014;52(1):108-19.
32. D'Hyver de las Desesa C. Alteraciones del sueño en personas adultas mayores. *Rev Fac Med UNAM.* 30 de enero de 2018;61(1):33-45.
 33. Carrillo A. J, Vargas R. C, Cisternas V. A, Olivares-Tirado P, Carrillo A. J, Vargas R. C, et al. Prevalencia de riesgo de apnea obstructiva del sueño en población adulta chilena. *Rev Chil Enfermedades Respir.* diciembre de 2017;33(4):275-83.
 34. Araya Gómez V. Apnea del sueño y enfermedad cardiovascular. *Rev Costarric Cardiol.* junio de 2014;16(1):03-03.
 35. Miller CB, Espie CA, Epstein DR, Friedman L, Morin CM, Pigeon WR, et al. The evidence base of sleep restriction therapy for treating insomnia disorder. *Sleep Med Rev.* octubre de 2014;18(5):415-24.
 36. Sociedad Argentina de Cardiología. Apnea del sueño y fibrilación auricular [Internet]. SAC | Sociedad Argentina de Cardiología. 2015 [citado 5 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://www.sac.org.ar/actualidad/apnea-del-sueno-y-fibrilacion-auricular/>
 37. Lomeli H. Escalas y cuestionarios para evaluar el sueño: una revisión. :10.
 38. Fernández J, Royuela A. La versión española del Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh. *Inf Psiquiatr.* 1 de enero de 1996;146:465-72.
 39. Asamblea Constituyente. Constitución del Ecuador [Internet]. Sec. Derechos del Buen vivir 2018 p. 15-218. Disponible en: <http://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/es/ec/ec030es.pdf>
 40. Gobierno de la República del Ecuador. Ley Organica de la Salud. 2015;43.
 41. Consejo Nacional de Planificación. Plan Nacional de Desarrollo Toda una vida. 28 de mayo de 2018;1(1):149.

ANEXOS



**HOSPITAL DE ESPECIALIDADES GUAYAQUIL DR. ABEL GILBERT PONTÓN
UNIDAD DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN**

Memorando N° HAGP-2020-UDI-004-M
Guayaquil, febrero 10 del 2020

Doctor
Dick Orrala Morocho
Líder del Servicio de Cardiología
Presente

A través de la presente solicito a usted, muy comedidamente se sirva brindar las facilidades a los estudiantes **Hidrovo García Rocío Guadalupe** y **Mora Muñoz Kevin Lenin**, quienes se encuentran realizando la investigación del Tema: **“Calidad del sueño en pacientes post-infarto ingresados”** para la cual deberán recabar información en el Hospital de Especialidades Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón, durante el período 01 Noviembre del 2019 al 30 de Abril del 2020.

Agradeciéndole por la atención brindada.

Atentamente,

Dra. Marcia Sig-tú Meza

Líder de Gestión de Docencia e Investigación
Hospital de Especialidades Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón



HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
DR. ABEL GILBERT PONTÓN
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
Dra. Marcia Sig-tú
MÉDICO NEURÓLOGA
FOLIO: 9927 PAG. 27 INSPI 1626
REG. SENESCYT 1028-15-86073333

Elaborado: Glenda

Dr. Dick Orrala Morocho
MÉDICO DE SALUD PÚBLICA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
FOLIO: 9927 PAG. 27 INSPI 1626
REG. SENESCYT 1028-15-86073333

Dra. Maria Isabel Sánchez
MÉDICO NEURÓLOGA
REG. SENESCYT 1028-15-86073333

Calle 29va y Galápagos.
Tel: 593 (04) 2597400, ext.: 3437, 3450, 4162



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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Guayaquil, ___ de Noviembre del 2019

Yo, _____ declaro que he sido informado(a) con claridad, veracidad respecto al estudio de investigación sobre “Calidad del sueño en pacientes post infarto, ingresados en un hospital de la ciudad de Guayaquil, año 2019/2020”, que los estudiantes Hidrovo García, Rocío Guadalupe y Mora Muñoz, Kevin Lenin, me han pedido participar de forma libre y voluntaria de una encuesta de 12 ítems, explicándome todas las preguntas, las actividades que se llevarán a cabo con mi participación y se ha dado respuestas a todas mis inquietudes, por lo que acepto participar libre y voluntariamente en esta investigación, sabiendo que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Se respetará la buena voluntad, la confiabilidad e intimidad de la información por mí suministrada.

f. _____

Firma del participante



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

ENCUESTA

Tema: Calidad del sueño en pacientes post infarto de miocardio, ingresados en un hospital de la ciudad de Guayaquil, año 2019/2020.

Objetivo: Recolectar información sobre los factores que inciden en la calidad del sueño en pacientes post infarto de miocardio.

Instrucciones para el observador: Escriba una "X" en la alternativa que considere correcta.

1.- ¿Ha experimentado usted frecuentemente durante los últimos días tristeza, depresión o sentimientos de desesperanza?

Si No

2.- ¿Conoce con detalles sobre el infarto de miocardio?

Si No

3.- ¿Se preocupa usted de la evolución de su enfermedad?

Si No

4.- ¿Tiene temor de que su estado de salud empeore?

Si No

5.- ¿Tiene usted problemas para poder conciliar el sueño?

Si No

6.- ¿Se despierta varias veces durante la noche o madrugada?

Si No

7.- ¿Ha sentido somnolencia durante el día?

Si No

8.- ¿Algún medicamento ha causado insomnio en usted?

Si No

9.- ¿Toma los medicamentos según las indicaciones del médico?

Si No

10.- ¿Considera usted confortable el ambiente de su habitación para dormir?

Si No



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

ÍNDICE DE CALIDAD DEL SUEÑO DE PITTSBURGH (PSQI)

Tema: Calidad del sueño en pacientes post infarto de miocardio, ingresados en un hospital de la ciudad de Guayaquil, año 2019/2020.

Objetivo: Recolectar información sobre los factores que inciden en la calidad del sueño en pacientes post infarto de miocardio.

INSTRUCCIONES:

Las siguientes preguntas hacen referencia a como ha dormido usted normalmente durante el último mes. Intente ajustarse a sus respuestas de la manera más posible a lo ocurrido durante la mayor parte de los días y noches del último mes.

¡Muy Importante! CONTESTE A TODAS LAS PREGUNTAS

1. Durante el último mes, ¿Cuál ha sido, normalmente, su hora de acostarse?

APUNTE SU HORA HABITUAL DE ACOSTARSE: _____

2. ¿Cuánto tiempo habrá tardado en dormirse, normalmente, las noches del último mes?

APUNTE EL TIEMPO EN MINUTOS: _____

3. Durante el último mes, ¿A qué hora se ha levantado habitualmente por la mañana?

APUNTE SU HORA HABITUAL DE LEVANTARSE: _____

4. ¿Cuántas horas de las siguientes preguntas habrá dormido verdaderamente cada noche durante el último mes? (El tiempo puede ser diferente al que ud. Permanezca en la cama).

APUNTE LAS HORAS QUE CREA HABER DORMIDO: _____

Para cada una de las siguientes preguntas, elija la respuesta que más se ajuste a su caso. Intente contestar a TODAS las preguntas.

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

a. No poder conciliar el sueño en la primera media hora:

Ninguna vez en el último mes _____

Menos de una vez a la semana _____

Una o dos veces a la semana _____

Tres o más veces a la semana _____

b. Despertarse durante la noche o de la madrugada:

Ninguna vez en el último mes _____

Menos de una vez a la semana _____

Una o dos veces a la semana _____

Tres o más veces a la semana _____

c. Tener que levantarse para ir al servicio:

Ninguna vez en el último mes _____

Menos de una vez a la semana _____

Una o dos veces a la semana _____

Tres o más veces a la semana _____

d. No poder respirar bien:

Ninguna vez en el último mes _____

Menos de una vez a la semana _____

Una o dos veces a la semana _____

Tres o más veces a la semana _____

e. Toser o roncar ruidosamente

Ninguna vez en el último mes _____

Menos de una vez a la semana _____

Una o dos veces a la semana _____

Tres o más veces a la semana _____

f. Sentir frio:

Ninguna vez en el último mes _____

Menos de una vez a la semana _____

Una o dos veces a la semana _____

Tres o más veces a la semana _____

g. Sentir demasiado calor

Ninguna vez en el último mes _____

Menos de una vez a la semana _____

Una o dos veces a la semana _____

Tres o más veces a la semana _____

h. Tener pesadillas o malos sueños:

Ninguna vez en el último mes _____

Menos de una vez a la semana _____

Una o dos veces a la semana _____

Tres o más veces a la semana _____

i. Sentir 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: _____

Ninguna vez en el último mes _____

Menos de una vez a la semana _____

Una o dos veces a la semana _____

Tres o más veces a la semana _____

6. Durante el último mes, ¿Cómo valoraría en conjunto, la calidad de su sueño?

Bastante buena _____

Buena _____

Mala _____

Bastante mala _____

7. Durante el último mes, ¿Cuántas veces habrá tomado medicinas (por su cuenta o recetadas por el medico) para dormir?

Ninguna vez en el último mes _____

Menos de una vez a la semana _____

Una o dos veces a la semana _____

Tres o más veces a la semana _____

8. Durante el último mes, ¿Cuántas veces ha sentido somnolencia mientras conducía, comía o desarrollaba alguna otra actividad?

- Ninguna vez en el último mes _____
- Menos de una vez a la semana _____
- Una o dos veces a la semana _____
- Tres o más veces a la semana _____

9. Durante el último mes, ¿Ha presentado usted mucho problema de tener ánimo para realizar alguna de las actividades detalladas en la pregunta anterior?

- Ningún problema _____
- Solo un leve problema _____
- Un problema\un grave problema _____

10. ¿Duerme usted solo o acompañado?

- Solo _____
- Con alguien en otra habitación _____
- En la misma habitación, pero en otra cama _____
- En la misma cama _____



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotros, **Mora Muñoz Kevin Lenin**, con C.C: # **0928348143**, **Hidrovo García Rocío Guadalupe**, con C.C: # **0930310651**; autores del trabajo de titulación: **Calidad del sueño en pacientes post infarto de miocardio, ingresados en un hospital de la ciudad de Guayaquil, año 2019/2020**; previo a la obtención del título de **LICENCIADOS EN ENFERMERÍA** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

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

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

Guayaquil, 02 de Abril del 2020.

AUTORES

f. _____

Hidrovo García, Rocío Guadalupe

C.I 0930310651

f. _____

Mora Muñoz, Kevin Lenin

C.I 0928348143



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Calidad del sueño en pacientes post infarto de miocardio, ingresados en un hospital de la ciudad de Guayaquil, año 2019/2020.		
AUTORES	Mora Muñoz Kevin Lenin Hidrovo García Rocío Guadalupe		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Lcda. Holguin Jiménez, Martha Lorena		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias médicas		
CARRERA:	Enfermería		
TÍTULO OBTENIDO:	LICENCIADOS EN ENFERMERÍA		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	02 de Abril del 2020	No. DE PÁGINAS:	85 pág.
ÁREAS TEMÁTICAS:	Salud Pública		
PALABRAS CLAVE/ KEYWORDS:	Calidad de sueño, pacientes post infarto de miocardio		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):			
<p>El infarto agudo de miocardio (IAM) es la principal causa de muerte en hombres y mujeres. La edad promedio en que aparece la enfermedad es de 60 años en el hombre y 70 años en la mujer. Pueden contribuir en su aparición, los factores como: fumar, hipertensión arterial, colesterol elevado, diabetes mellitus, estrés, sedentarismo. Objetivo: Determinar la calidad del sueño en pacientes post infarto de miocardio, ingresados en un hospital de la ciudad de Guayaquil, año 2019. Diseño: estudio cuantitativo, descriptivo, prospectivo, transversal. Población: 45 pacientes infartados. Técnica: encuesta y observación indirecta; Instrumento: cuestionario de Pittsburg y matriz de recolección de datos. Resultados: Entre los hallazgos encontrados podemos decir que el 35% de edad de 56 a 65 años, 73% masculino, 76% mestiza, 85% de procedencia urbana, 49% de educación secundaria, 42% presenta enfermedades cardiovasculares como antecedente patológico personal, el 36% presenta esta misma enfermedad como antecedente patológico familiar y el 24% diabetes, inciden la preocupación por la evolución de la enfermedad (31%) y efectos de los medicamentos (34%). Mediante el cuestionario Pittsburg se evidencio que entre los problemas que presentan los pacientes para dormir inciden como el no poder conciliar el sueño, el despertarse en la madrugada, toser o roncar ruidosamente, no respirar bien, sentir frío o sentir demasiado calor, entre otros.. Conclusión: se concluye que los pacientes postinfarto tienen una mala calidad del sueño debido a múltiples factores, alterando su calidad de vida.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0982364317 0959266951	E-mail: lupehidrovo@gmail.com Kevin_mora1998@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Lcda. Holguin Jimenez Martha Lorena, Mgs Teléfono: +593-4- 0993142597 E-mail: martha.holguin01@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			