

INSOMNIO: PREVALENCIA EN UN HOSPITAL DE LA CIUDAD DE CÓRDOBA*INSOMNIA: PREVALENCE IN CORDOBA CITY HOSPITAL*

Fernández ME, López SM*, Cazaux A, Cambursano VH, Cortes JR.

Hospital Rawson, Córdoba, Argentina

Resumen:

Introducción: Insomnio es el trastorno caracterizado por sueño deficiente o de mala calidad con consecuencias diurnas adversas. La prevalencia es 30-50% en adultos y puede llevar al desarrollo de depresión. A pesar de las altas tasas de prevalencia es una entidad poco reconocida, subdiagnosticada y subtratada. Poco se ha publicado acerca de la prevalencia en pacientes con enfermedades crónicas. Objetivos: conocer prevalencia y características clínicas del insomnio en pacientes ambulatorios con enfermedades crónicas. Materiales y métodos: Estudio prospectivo descriptivo observacional de corte transversal. Se definió insomnio en base a los criterios del ICSD-2. La obtención de los datos se realizó por un cuestionario autoadministrado. Resultados: Encuestamos a 100 pacientes que acudieron a la consulta de diferentes especialidades clínicas, edad promedio 50 años. El 57% mujeres. El 69% cumplía criterios de insomnio. Las enfermedades más prevalente fueron HTA: 57%; asma: 20%, diabetes: 18% e hipotiroidismo: 17%. Entre los pacientes con insomnio, el 62% fueron mujeres, el 35 % lo presentaban de manera aislada y el restante 65% presentaba condiciones asociadas a insomnio secundario (el 60% presentaban depresión). La cuarta parte de los pacientes consultó por insomnio alguna vez. La prevalencia de criterios de depresión en los enfermos crónicos analizados fue de 52%, y asciende a 63% en los pacientes que padecen insomnio. Discusión: La prevalencia de insomnio en pacientes con enfermedades crónicas es alta, siendo en pacientes ambulatorios con enfermedades crónicas del 69%, muy superior a la media descrita en la población general. Es una entidad subtratada. Conclusiones: La prevalencia de insomnio en pacientes con enfermedades crónicas es alta, está subdiagnosticada y subtratada. Presenta una asociación significativa con depresión.

Palabras claves: insomnio, enfermedades crónicas, depresión

Abstract

Introduction: Insomnia is a sleep disorder characterized by a deficient or poor quality sleep, with adverse daytime consequences. Prevalence is 30-50% in adults and can be associated with depression or lead to the development of this condition. Despite the high prevalence rates, is a unrecognized, misdiagnosis and undertreated. There is not much publications about its prevalence in patients with chronic diseases. Objectives: to determine prevalence and clinical characteristics of insomnia in outpatients with chronic diseases. Materials and methods: Prospective observational cross-sectional descriptive study. Insomnia was defined based on ICSD-2 criteria. The data collection was performed by a questionnaire. Results: We surveyed 100 patients who attended the consultation of various clinical specialties, mean age 50 years old, 57% were women. Sixty nine per cent of them met criteria for insomnia. The most prevalent diseases were hypertension: 57%, asthma 20%, diabetes: 18% and hypothyroidism: 17%. Among patients with insomnia, 62% were women, 35% had insomnia without another illness, and the remaining 65% had secondary conditions associated with insomnia (60% depression). 25% of patients consulting for insomnia ever. The prevalence of criteria for depression in outpatients with chronic diseases was 52%, amounting to 63% in patients suffering from insomnia. Discussion: The prevalence of insomnia in patients with chronic diseases is high (in outpatients with chronic disease: 69%), higher than the average rate described in the general population. It is an undertreated condition. Conclusions: The prevalence of insomnia in patients with chronic diseases is high, it is underdiagnosed and undertreated. It is associated with depression in high rate.

Introducción

Se conoce como insomnio al trastorno caracterizado por sueño deficiente o de mala calidad con consecuencias diurnas adversas. El DSM-IV-TR define insomnio como "dificultad en iniciar o mantener el sueño o sueño no restaurador causando deterioro social, ocupacional o de otras áreas del funcionamiento cognitivo¹.

La clasificación de enfermedades de la OMS, en su décima revisión (CIE-10), requiere para el diagnóstico de insomnio que la dificultad para iniciar o mantener el sueño, o no tener un sueño reparador, dure al menos un mes y que, además, se acompañe de fatiga diurna, sensación de malestar personal significativo y deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad personal².

El insomnio en sus diferentes formas se presenta como dificultad para conciliar el sueño (latencia), dificultad para permanecer dormido (despertares frecuentes o prolongados) o sensación de sueño no reparador. Los síntomas de insomnio reportados con más frecuencia en la encuesta "Sleep in American Poll" fueron no lograr un sueño reparador en el 38% de los pacientes y despertares frecuentes durante la noche en el 32% de los pacientes. Esta situación trae aparejadas consecuencias diurnas como fatiga, trastornos cognitivos (memoria, concentración), baja motivación, irritabilidad, ansiedad y depresión. Constituye un factor de riesgo para accidentes relacionados con la falta de descanso (industriales, automovilísticos)³, problemas sociales, y repercute directamente en la salud, agravando enfermedades preexistentes y ocasionando desregulación endocrino-metabólica que favorece la aparición de obesidad, enfermedad coronaria, etc.

Entre los factores predisponentes mejor establecidos se encuentran el sexo femenino, la edad mayor a 60 años, el estrés, enfermedades crónicas, consumo de cafeína, alcohol, drogas y medicamentos. Las enfermedades más frecuentemente relacionadas al insomnio son trastornos psiquiátricos (trastorno de ansiedad generalizada y depresión) y enfermedades clínicas como asma, EPOC, insuficiencia cardíaca congestiva, cardiopatía isquémica,

reflujo gastroesofágico, enfermedades reumatológicas, hipertiroidismo, enfermedad terminal, entre otros³.

El insomnio es una condición frecuente en la población general, algunos estudios realizados refieren una prevalencia del 30 al 50% de los adultos⁴. Según datos aportados por la Asociación Argentina de Medicina del Sueño (AAMS), un 40% de la población del país padece trastornos para conciliar el sueño. Se estima que el 10 al 15% de la población adulta y el 57% de los ancianos no institucionalizados sufre de insomnio crónico⁵

El sueño cumple diversas funciones fisiológicas necesarias para la salud del individuo. Entre estas funciones está la de restaurar la homeostasis del sistema nervioso central y del resto de los tejidos, restablecer los almacenes de energía celular y el almacenamiento y conservación de los datos en la memoria⁴. Las personas con insomnio refieren más días de actividad limitada, más días en cama a causa de enfermedad, más gastos en salud y mayor incidencia de incapacidad laboral que los pacientes sin insomnio.⁶

Suelen producir algún tipo de insomnio aquellas enfermedades que se acompañan de dolor y malestar físico intenso, como trastornos cardiovasculares (insuficiencia cardíaca), digestivos (úlceras, hernia de hiato, etc.), respiratorios (asma, EPOC, síndrome de apneas del sueño), renales (insuficiencia renal crónica, cólicos nefríticos), enfermedades osteoarticulares, oncológicas y urológicas. También se acompañan de alteraciones del sueño la toma de algunas medicaciones como los beta-agonistas, corticosteroides, diuréticos, antidepresivos, antihistamínicos, betabloqueantes, etc.⁷. Las personas con insomnio tienen tasas más altas de enfermedad que aquellos sin trastornos de sueño. Mellinger y col. determinaron que el 53% de adultos con insomnio tenían dos o más problemas de salud comparados con solo el 24% de los pacientes sin trastornos de sueño. Además el estudio de Ford y Kame-row⁸ encontró que los pacientes con insomnio usaban con más frecuencia los servicios médicos y que las tasas de insomnio son superiores en los centros de atención primaria que en la población general. El insomnio se correlaciona también con peores resultados en algunas enfermedades incluyendo aumento de mor-

talidad en ancianos institucionalizados⁹, mayor incapacidad entre pacientes con ACV¹⁰, y riesgo aumentado de mortalidad en pacientes con enfermedad cardiovascular¹¹. La evidencia sugiere además que el insomnio puede llevar al desarrollo de depresión.

El insomnio se asocia con una significativa carga social y personal. A pesar de las altas tasas de prevalencia la evidencia sugiere que el insomnio permanece poco reconocido, subdiagnosticado y subtratado¹¹. El insomnio es raramente explorado en la entrevista médica, muchas veces no se tiene en cuenta su diagnóstico y, aun siendo diagnosticada, los médicos no le damos la debida importancia. En ocasiones prestamos más atención a otras condiciones médicas sin tener en cuenta la gran repercusión que en la calidad de vida ejerce esta enfermedad.

Estudios epidemiológicos y clínicos evidencian que más del 50% de los pacientes de atención primaria se quejan de insomnio si se les pregunta por el sueño, pero sólo el 30% lo mencionan a su médico de cabecera por iniciativa propia, y sólo el 5% acuden al médico con el objeto principal de recibir tratamiento para este problema¹². Ford and Kamerow⁸ demostraron que, en una cohorte de pacientes, solo el 9 % de los que presentaron dificultad para dormir consultaron a un médico por este problema.

Dado que el insomnio constituye un particular desafío para los clínicos debido a la falta de guías y el pequeño número de estudios dirigidos, parece importante establecer estrategias clínicas para el diagnóstico y tratamiento de ésta patología, a fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Con el fin de conocer las características de esta condición en una población específica (enfermedades crónicas) de nuestro hospital, nos propusimos realizar este estudio.

Objetivos

Conocer la prevalencia y características clínicas del insomnio en pacientes ambulatorios con enfermedades crónicas, asistidos en el Hospital Rawson (Hospital polivalente de la ciudad de Córdoba).

Analizar su asociación con situaciones comórbidas, identificando los factores asociados, tratamientos instaurados y frecuencia de la automedicación a fin de disponer de información

local para el manejo de dicha patología.

Material y Métodos

Estudio prospectivo, descriptivo, observacional, de corte transversal.

Criterios de inclusión: pacientes mayores de 18 años que acuden de manera ambulatoria a consultorio externo o guardia con enfermedades crónicas establecidas en base al diagnóstico referido por el paciente y la medicación que recibe, en situación estable al momento de la encuesta.

Instrumentos: Se definió insomnio en base a los criterios del ICSD-2 (cuadro 1).

La obtención de los datos se realizó en base a un cuestionario autoadministrado modificado que identificó los criterios diagnósticos de insomnio, datos demográficos, enfermedades concomitantes, medicación habitual; consumo de sustancias que excitan el SNC; consultas previas por insomnio; criterios de depresión en base al DSM-IV (ver anexo).

Estadística: Se aplicó test de Chi cuadrado para variables continuas y Fisher para variables discontinuas. Estudio de relación (R). $p < 0.05$.

Criterios para insomnio (ICSD-2)

- A. Dificultad para iniciar el sueño, mantenerse dormido, despertar demasiado temprano, sueño no reparador o de mala calidad.
- B. Las dificultades antes mencionadas se presentan a pesar de oportunidad y circunstancias adecuadas para dormir.
- C. Al menos una de las siguientes dificultades relacionadas con la deficiencia de sueño nocturna referidas por el paciente:
1. Fatiga o debilidad;
 2. deterioro en la atención, concentración o memoria;
 3. disfunción social, vocacional o en el desarrollo profesional;
 4. alteraciones del humor o irritabilidad;
 5. somnolencia diurna;
 6. Reducción de la motivación, energía o iniciativa;
 7. Propensión a errores/accidentes en el trabajo o mientras maneja;
 8. Cefalea, tensión o síntomas gastrointestinales en respuesta a la falta de sueño;

Cuadro 1 Criterios diagnósticos de insomnio

Resultados

Se realizaron las encuestas a 100 pacientes que acudieron a la consulta de las diferentes especialidades clínicas del Hospital. La edad promedio fue de 50 años con un rango entre 22 y 90 años. El 57% fueron mujeres, el 43% hombres. Las características generales de la población se describen en la tabla 1. El 69% de los pacientes encuestados cumplían criterios de insomnio.

Entre los individuos encuestados la enfermedad más prevalente fue la HTA, presente en el 57% de los pacientes; seguida por asma (20%), diabetes (18%) e hipotiroidismo (17%). El 65% de los pacientes padecía 2 o más enfermedades crónicas simultáneamente.

Respecto a los hábitos de consumo de los pacientes estudiados, el consumo habitual del café fue referido por el 30% de los pacientes, el consumo de alcohol alcanzó el 18% y de drogas ilícitas 2%. Solo el 19% refiere usar medicación para dormir y en todos los casos fue prescrita por un médico; las drogas más utilizadas son las benzodiazepinas como se refleja en la tabla (3). El 25% ha consultado alguna vez por insomnio.

Cumple criterios de depresión el 52%

Población en estudio	n
Total de pacientes	100
Promedio de edad	
Mujeres/Hombres	
Obesidad	50 años
Tabaco	57 /43
Desocupación	33
	27
	24
Enfermedades crónicas:	
HTA	
Diabetes	57
EPOC	18
Asma	10
Insuficiencia cardíaca	20
Depresión	5
Insuficiencia renal	6
Enfermedad oncológica	4
Hipotiroidismo	4
HIV	17
	13
Hábitos:	
Café	
Alcohol	30
Drogas ilícitas	18
	2
Consultó por insomnio	25
Depresión	52

Tabla 1

Tratamiento farmacológico

Benzodiazepinas		
	Alprazolam	9
	Clonazepam	7
	Bromazepam	1
	Diazepam	1
Antidepresivos		
	Amitriptilina	1
Agonistas de receptores de benzodiazepinas		
	Levomepromazina	1

Tabla 2: Características generales, comorbilidades y hábitos de la población con insomnio.

Entre los pacientes que cumplían criterios de insomnio el 62% fueron mujeres. El porcentaje de obesidad fue mayor (36%), sin otras diferencias significativas en cuanto a las características generales, enfermedades prevalentes y hábitos de consumo. La prevalencia de depresión entre los enfermos crónicos con insomnio asciende al 60%.

En cuanto a los síntomas de insomnio el que se presentó con mayor frecuencia es la interrupción del sueño durante la noche (84%), seguido por la sensación de sueño no reparador (73%); la repercusión diurna más frecuente es la fatiga y debilidad, junto con la somnolencia diurna.

Del total de pacientes con insomnio, éste se presentó de manera aislada solo en el 35% (n=24), el restante 65% presentaba condiciones que podrían corresponder a situaciones que producen insomnio secundario como el cuidado de enfermos o niños, n=5, las parasomnias (pesadillas, sueños inquietantes) n=35, el síndrome de piernas inquietas n=14, síntomas sugestivos de SAHOS (definido por la presencia de ronquidos + apneas + somnolencia diurna + HTA) n=7

Discusión

La prevalencia de insomnio en pacientes con enfermedades crónicas es superior a la de la población general. Según el presente estudio la prevalencia de insomnio en pacientes ambulatorios con enfermedades crónicas, asistidos en el Hospital Rawson asciende al 69%.

Las enfermedades crónicas más frecuentes en la población fueron HTA, asma e infección por HIV sin poder establecer diferencias signi

Tratamiento farmacológico		
Benzodiacepinas		
Alprazolam		9
Clonazepam		7
Bromazepam		1
Diazepam		1
Antidepresivos		
Amitriptilina		1
Agonistas de receptores de benzodiacepinas		
Levomepromazina		1

Tabla 3: Fármacos consumidos por la población en estudio

ficativas entre la población con y sin insomnio. Tampoco se evidencia diferencia en cuanto a la influencia del consumo de café, alcohol o drogas ilícitas entre los pacientes con y sin insomnio.

Síntomas de insomnio:	n	%
Dificultad para iniciar el sueño	49	71
Despertares frecuentes durante la noche	58	84
Despertarse antes de la hora determinada	49	71
Sensación de que el sueño no es reparador	51	73
Dificultades relacionadas con la deficiencia de sueño nocturno referidas por el paciente:		
1. Fatiga o debilidad;	48	69
2. Deterioro en la atención, concentración o memoria;	35	50
3. Alteraciones del humor o irritabilidad;	42	60
4. Somnolencia diurna;	48	69
5. Propensión a errores/accidentes en el trabajo o mientras maneja;	18	26
6. Cefalea, tensión o síntomas gastrointestinales en respuesta a la falta de sueño;	26	37
7. Preocupación acerca del sueño.	44	63

Tabla 4: Características de presentación del insomnio

Coincidentemente con resultados publicados¹³, sólo la cuarta parte de los pacientes consultó por insomnio alguna vez.

Los síntomas de insomnio reportados con mayor frecuencia fueron despertares frecuentes en el 84% y no lograr un sueño reparador en

el 73% consecuentemente con los resultados de la encuesta Sleep in American Poll. Entre las repercusiones negativas más frecuentes se encuentra la fatiga y debilidad y la somnolencia diurna.

La prevalencia de criterios de depresión en los enfermos crónicos analizados fue de 52%, y al analizar la población con insomnio, la misma asciende a 63%.

El riesgo relativo de depresión en los enfermos crónicos con insomnio es RR=1,87 (I.C 1,08 a 3,17) p<0,05.

Entre los pacientes con insomnio el porcentaje de pacientes que consultaron asciende a 31%, de los cuales más de la mitad está recibiendo tratamiento con benzodiacepinas, a pesar que las guías actuales de manejo de insomnio proponen como fármacos de elección a los inductores del sueño del tipo agonistas de receptores de benzodiacepinas, por contar con mejor eficacia y margen de seguridad que las benzodiacepinas¹⁴. No se registró ningún caso de automedicación o toma de medicamentos hipnóticos sin prescripción médica.

La mayoría de los clínicos no estamos bien entrenados respecto a los trastornos del sueño¹⁴. Esta falta de entrenamiento se refleja en déficits de conocimiento sobre medicina del sueño entre médicos de cuidado primario.

Evidencia de estudios epidemiológicos y clínicos sugieren varios factores que contribuyen al subdiagnóstico del insomnio: factores relacionados con los pacientes (bajo índice de consulta) y con los médicos (limitación en el tiempo de la consulta, desconocimiento del problema y conceptos erróneos acerca de los riesgos del tratamiento)

Conclusión

El presente estudio refleja una elevada prevalencia de este trastorno en pacientes con enfermedades crónicas de nuestra población, con importantes consecuencias adversas. Esta entidad está subdiagnosticada y en los casos conocidos el tratamiento está ausente o es inadecuado.

La relación del insomnio con depresión es un dato de importancia que revela la necesidad de diagnosticar estas entidades oportuna-

mente.

Bibliografía

1. American Sleep Disorders Associations. *International Classification of Sleep Disorders, revised: Diagnostic and Coding Manual*. Rochester, MN: American Sleep Disorders Association, 1997.
2. World Health Organization. *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization; 1992.
3. Schenck CH, Mahowald MW, Sack RL. *Assessment and Management of Insomnia*. JAMA 2003;289:2475
4. Sarraís F, de Castro Manglano P. *El insomnio*. Anales Sis San Navarra 2007;30:2
5. Foley DJ, Monjan AA, Brown SL et al. *Sleep complaints among elderly persons: an epidemiologic study of three communities*. Sleep 1995;18:425
6. Simon GE, VonKroff M. *Prevalence, burden and treatment of insomnia in primary care*. Am J Psychiatry 1997;154:1417
7. Ancoli-Israel S. *Insomnia in the elderly: a review for the primary care practitioner*. Sleep 2000;23:23
8. Ford DE, Kamerow DB. *Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders. An opportunity of prevention?* JAMA 1984;251:2410
9. Manabe K, Matsui T, Yamaya M et al. *Sleep*

patterns and mortality among elderly patients in a geriatric hospital. Gerontology 2000;46:318

10. Leppavuori A, Pohjasvaara T, Vataja R, et al. *Insomnia in ischemic stroke patients*. Cerebrovasc Dis 2002;14:90

11. Roth T. *New developments for treating sleep disorders*. J Clin Psychiatry 2001;62:3

12. Smith MT, Perlis ML, Park A, Smith MS, Pennington J, Giles DE, Buysse DJ. *Comparative meta-analysis of pharmacotherapy and behavior therapy for persistent insomnia*. Am J Psychiatry 2002; 159: 5

13. Schutte-Rodin S; Broch L; Buysse D; Dorsey C; Sateia M. *Clinical guideline for the evaluation and management of chronic insomnia in adults*. J Clin Sleep Med 2008;4(5):487.

14. Rosen RC, Rosekin R, Rosevear C, et al: *Physician education in sleep and sleep disorders: a national survey of US medical schools*. Sleep 1993;16:249