

Insomnio en pacientes adultos ambulatorios de medicina interna del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

PACHECO QUESADA Gerardo Manuel, REY DE CASTRO MUJICA Jorge *

SUMMARY

Objective: To know the frequency and characteristics of insomnia in patients evaluated in the internal medicine offices. **Material and methods:** We realized a cross sectional and descriptive study during February and March 2001. We used a validate questionnaire of 34 questions. **Results:** We inquired 330 patients: 72 (22%) males and 258 (78%) females. The frequency of insomnia was 48%, with 12% reporting occasional insomnia and 19% chronic insomnia. 34% insomnia patients used self-prescribed medicines. Only 60 (38%) patients asked their physician about the sleep problems. The most recommended treatment by physicians was medicines, mainly benzodiazepines. **Conclusions:** The study found an increased frequency of insomnia in patients of internal medicine offices. Insomniac patients usually don't visit their physicians to discuss their sleep problems. Both, physicians and patients used pharmacological therapies more often than non pharmacologic therapies for the insomnia treatment. (*Rev Med Hered 2003; 14: 63-68*).

KEY WORDS: Insomnia, occasional insomnia, chronic insomnia.

RESUMEN

Objetivo: Conocer la frecuencia y características asociadas al insomnio en pacientes adultos que asisten a la consulta de medicina interna del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. **Material y métodos:** Estudio transversal y descriptivo, realizado los meses de Febrero y Marzo del 2001. Se empleó una encuesta validada de 34 preguntas. **Resultados:** Encuestamos 330 pacientes: 72 (22%) hombres y 258 (78%) mujeres. Tenían insomnio 157 (48%) pacientes, 39 (12%) fue insomnio ocasional y 118 (36%) insomnio crónico. Treintaicuatro por ciento de insomnes señalaron que habían usado o usaban medicamentos para dormir. Sólo 60 (38%) señalaron que habían consultado alguna vez con un médico por problemas para dormir. El tratamiento más recomendado por los médicos fue con medicamentos, fundamentalmente benzodiazepinas. **Conclusiones:** La frecuencia del insomnio en pacientes adultos atendidos en la consulta de medicina interna del Hospital Nacional Arzobispo Loayza es elevada. Los pacientes insomnes no suelen consultar por esta molestia. Tanto médicos como pacientes emplean con mayor frecuencia terapias farmacológicas que no farmacológicas en el manejo de este síntoma. (*Rev Med Hered 2003; 14:63-68*).

PALABRAS CLAVE: Insomnio, insomnio ocasional, insomnio crónico.

* Médico Neumólogo. Profesor Asociado Facultad de Medicina. Universidad Peruana Cayetano Heredia.

INTRODUCCION

El insomnio es la queja de un sueño inadecuado, síntoma de alguna condición que interfiere con el dormir de una persona resultado de factores biológicos, físicos, psicológicos y ambientales (1).

Tradicionalmente se ha dividido al insomnio según su naturaleza en: insomnio de conciliación (dificultad para iniciar o conciliar el sueño), insomnio de mantenimiento (despertares frecuentes o prolongados), despertar temprano (pacientes que se levantan más temprano de lo que quisieran) y sueño no restaurador a pesar de haber dormido un número adecuado de horas.. Es importante señalar que la mayoría de las personas que padecen insomnio sufren más de una categoría (1).

En 1984, la National Institute of Mental Health (NIMH) Consensus Conference dividió al insomnio en: transitorio (dura menos de una semana), ocasional o a corto plazo (entre una a tres semanas) y crónico (tres semanas o más de duración) (2).

El insomnio es el trastorno del sueño más común en los Estados Unidos. La prevalencia ha sido estimada en aproximadamente un tercio de la población adulta (3-7). El insomnio es 1.3 veces más frecuente en la mujer que en el hombre y la incidencia se incrementa con la edad ya que es 1.5 veces más frecuente en individuos mayores de 65 años que en los menores de esta edad (8-11).

El insomnio es una condición heterogénea y puede ser causado por una variedad de factores. Entre las causas de insomnio transitorio y ocasional tenemos: cambios en el ambiente para dormir, cambios en el horario de trabajo, ruido excesivo, eventos que producen estrés como pérdida de la pareja o familiar, pérdida de empleo, enfermedad aguda médica o quirúrgica y medicamentos (12). El insomnio crónico puede ser causado por el uso crónico de drogas o alcohol, una variedad de trastornos médicos o psiquiátricos y diversos trastornos primarios del sueño (12-14). Por lo tanto, es fundamental para una terapia adecuada establecer la condición subyacente.

Las consecuencias del insomnio han sido ampliamente estudiadas. Se ha demostrado asociación entre el deterioro de la calidad de vida e insomnio (15). La mayoría de las personas que lo padecen se quejan de deterioro en su rendimiento cotidiano, cansancio, dificultades para concentrarse, problemas de memoria y trastornos en el estado de ánimo (15-16). El insomnio esta asociado a mayor riesgo de tener dificultades en

los estudios, el trabajo y relaciones interpersonales.

La prevalencia de los desórdenes del sueño y en especial del insomnio y sus consecuencias en la calidad de vida, así como los riesgos de comorbilidad asociada, han sido evaluados ampliamente en la literatura extranjera. Ya que no contamos con este tipo de estudios en nuestro medio, nos propusimos realizar el presente trabajo con el objetivo de conocer la frecuencia y características asociadas a este síntoma en pacientes adultos ambulatorios de medicina interna del Hospital A. Loayza.

MATERIAL Y METODOS

Estudio transversal y descriptivo en pacientes adultos ambulatorios de medicina interna del Hospital A. Loayza.

Para elegir el tamaño muestral se usó la fórmula:

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q}{E^2}$$

En un estudio previo (17) se encontró una prevalencia de insomnio del 69%, por lo tanto considerando:

$Z_{\alpha} = 1.96$ $p = 0.69$ $q = 0.31$ y $E = \pm 0.05$ se obtiene: $n = 329$. Con fines prácticos se tomó $n = 330$.

Criterios de inclusión:

- Pacientes mayores de 18 años, de ambos sexos que acudían al consultorio de medicina interna y aceptaban su participación.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con dificultades para llenar el cuestionario v.g. trastornos cognitivos, defectos visuales, analfabetos, etc.

La información se obtuvo por medio de un cuestionario autoadministrado de 34 preguntas que fue desarrollado en forma voluntaria, anónima y en un formato escrito. El cuestionario fue elaborado en base a cuestionarios de la National Sleep Foundation (4,9) y de Hypnos Instituto del Sueño, adecuando los términos a la realidad de la población objetivo. El cuestionario fue sometido previamente a prueba piloto y validez de constructo en 30 pacientes. El estudio se realizó durante los meses de Febrero y Marzo del 2001 en los consultorios de medicina interna del Hospital A. Loayza.

Se definió como paciente con insomnio al que consideraba que actualmente tenía dificultades para dormir. Según su duración, se clasificó al insomnio en ocasional y crónico. Se definió insomnio ocasional a los que referían sintomatología menor de 3 semanas, e insomnio crónico a los que presentaban más de 3 semanas con este síntoma. Las respuestas sobre síntomas relacionadas a trastornos del sueño fueron consideradas afirmativas si el encuestado marcaba “muchas veces” o “siempre”.

Los datos obtenidos se almacenaron en la base de datos de EXCEL 2000 y se procesaron estadísticamente en el programa Epi-Info 2000. Se consideró diferencia estadísticamente significativa un valor $p \leq 0.05$.

RESULTADOS

La muestra estuvo constituida por 330 encuestados en el mismo número de pacientes. Fueron 72 (22%) hombres y 258 (78%) mujeres. La edad media fue de 39 ± 14 años [25 - 53]. La población agrupada por edad estuvo constituida por 179 (54%) pacientes entre 18 y 40 años, 137 (42%) entre 41 y 65 años y 14 (4%) con más de 65 años de edad. El índice de masa corporal (IMC) promedio fue de 23 ± 3 [20 - 26]. Doscientos veintiocho (69%) tuvieron IMC normal (IMC entre 18 y 25), 16 (5%) eran desnutridos (IMC < 18) y 86 (26%) obesos (IMC > 25). No hubo encuestados con obesidad mórbida (IMC > 40) (tabla N°1) .

Ciento cincuenta y siete (48%) encuestados presentaban insomnio y según su duración 39 (12%) tuvieron insomnio ocasional y 118 (36%) crónico (Figura N°1). Por su naturaleza, 63 (40%) casos presentaron insomnio de conciliación, 76 (48%) insomnio de mantenimiento y 75 (48 %) despertares tempranos (Figura N°2).

Ciento tres (66%) insomnes indicaron que habían usado o usaban algún método para mejorar sus dificultades para dormir. Dentro de los mencionados se encuentran : medicamentos (34%), lectura (12%) y ejercicio físico (11%). Entre los medicamentos, 70% señaló que empleaban sustancias del grupo de las benzodiazepinas (Figura N°3).

Noventa y siete (62%) insomnes jamás habían consultado con un médico por este síntoma y sesenta (38%) lo había hecho en alguna oportunidad (gráfico 4). De este último grupo sólo 49 (82%) recibieron tratamiento. El medicamento más recomendado por los médicos perteneció al grupo de las benzodiazepinas (77%) con el diazepam como producto específico más frecuente.

TABLA 1 : CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN (n=330).

	No DE PACIENTES y %
SEXO	
Masculino	72 (22%)
Femenino	258 (78%)
EDAD	
39 +/- 14 años [25 - 53]	
Entre 18 y 40 años	179 (54%)
Entre 41 y 65 años	137 (42%)
> 65 años	14 (4%)
IMC	
23 +/- 3 [20 - 26]	
Normal (18 - 25)	228 (69%)
Desnutrición (< 18)	16 (5%)
Obesidad (> 25)	86 (26%)

FIGURA N° 1

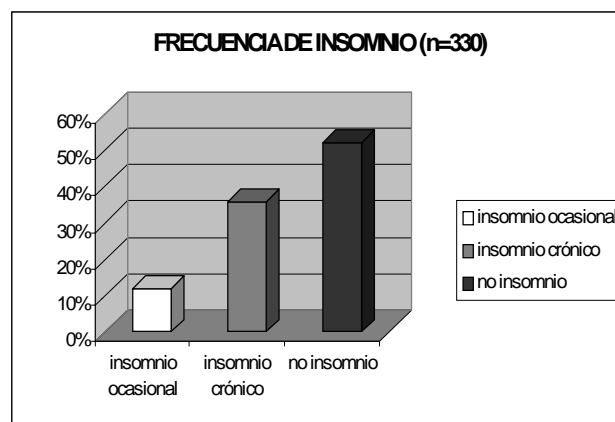
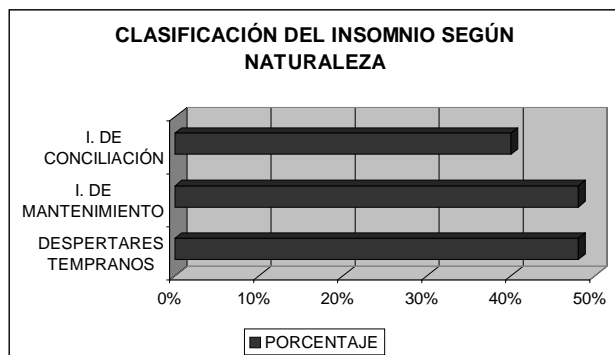


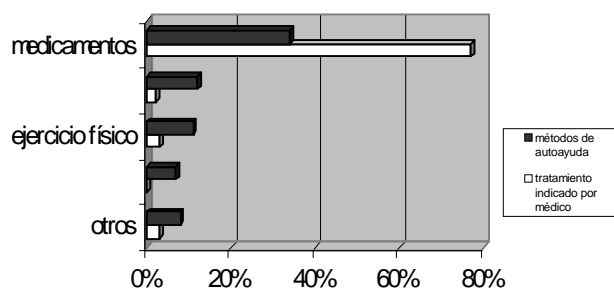
FIGURA N° 2



*NOTA: un paciente con insomnio puede estar en más de una categoría.

FIGURA N°3

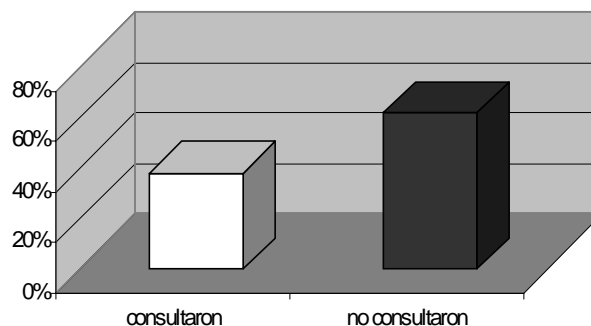
MÉTODOS DE AUTOAYUDA Y TRATAMIENTO INDICADO POR MÉDICO EN PACIENTES INSOMNES



*NOTA : los pacientes podían marcar más de una respuesta

FIGURA N°4

MÉTODOS DE AUTOAYUDA Y TRATAMIENTO INDICADO POR MÉDICO EN PACIENTES INSOMNES



Identificamos 71 (22%) pacientes con ronquido , de los cuales 53 (16%) eran mujeres y 18 (6%) varones (p=0.6). Ochenta y seis (26%) pacientes presentaron somnolencia diurna y 13 (4%) pausas respiratorias durante el dormir. Seis (2%) pacientes tenían ronquido, somnolencia diurna y pausas respiratorias durante el dormir (Figura N°4).

propensa al desarrollo de insomnio crónico (1,21) . Este tipo de insomnio es de particular importancia pues esta asociado a trastornos médicos o psiquiátricos, uso de medicamentos (teofilina, beta-bloqueadores, corticoides, tiroxina, broncodilatadores), y trastornos primarios del sueño; requiriendo por lo tanto evaluación clínica exhaustiva y mayores estudios para la identificación de su causa (12,21)

DISCUSION

La población que se atiende en consultorios de medicina interna del Hospital Nacional Arzobispo Loayza es básicamente femenina, motivo por el cual 78% de la muestra estuvo constituida por mujeres.

Como se observa en éste y otros estudios (3,17) la mayoría de pacientes caen en más de una categoría si son clasificados según naturaleza. Sin embargo esta clasificación sigue teniendo validez ya que puede orientar a ciertas patologías (21). Así por ejemplo, el síndrome de piernas inquietas se presenta con insomnio de conciliación, la depresión con despertares tempranos, mientras que el síndrome de apnea-hipopnea del sueño puede causar insomnio de conciliación en menores proporciones,

En nuestro estudio se encontró una alta frecuencia de insomnio (48%) comparable a lo que publica la literatura mundial. Shochat y colaboradores encuentran una prevalencia de insomnio de 69% en pacientes ambulatorios de medicina, correspondiendo 50% a insomnio ocasional y 19% a insomnio crónico (17) . En nuestro medio, Villar y col. encontraron una frecuencia de 72% en adultos mayores hospitalizados y 60% en ambulatorios (18) . Rey de Castro y Hernández describieron la presencia de insomnio en 41% de hombres y 39% de mujeres que acuden al consultorio de neumología (19). En general, los diferentes estudios muestran una prevalencia mayor en pacientes ambulatorios de medicina que la población general, lo que refleja el impacto que las enfermedades médicas y psiquiátricas pueden tener sobre los patrones de sueño (12-14,20).

Los pacientes con insomnio no suelen buscar ayuda profesional y tienden a automedicarse o a consumir alcohol, cafeína o tabaco para aliviar su sintomatología (1-2,21). Ancoli-Israel y Roth encontraron 23% de insomnes en población general que se automedicaban.(3) En este estudio 34% insomnes había usado o usaban medicamentos para dormir, principalmente benzodiazepinas. Este alto porcentaje podría estar asociado al sexo femenino predominante y a trastornos somáticos y emocionales.(22,23) Los pacientes con estas características tienen mayor riesgo de consumo de benzodiazepinas y psicotrópicos en general (22). El problema con el uso de las benzodiazepinas son sus efectos secundarios: desarrollo de tolerancia, insomnio de rebote, alteración del rendimiento psicomotor, dependencia y depresión respiratoria (24,25).

A diferencia de otros estudios (17), identificamos una mayor cantidad de pacientes insomnes crónicos que ocasionales. Esto puede explicarse por la mayor proporción de mujeres encuestadas, la que es más

Un importante hallazgo de este estudio es que la mayoría insomnes no suelen buscar ayuda profesional. Sólo 38% de insomnes había consultado alguna vez con un médico por problemas para dormir. Ancoli-Israel y Roth encuentran una cifra del 31% en población general y Shochat y col. 29 % en pacientes de medicina general (17). La mayoría de insomnes no considera su sintomatología como un problema importante y no busca ayuda profesional (2). Otro aspecto que debemos considerar es que los médicos no suelen reconocer estos trastornos. Dos estudios sobre insomnio en pacientes de medicina general (21) encontraron que los médicos no reconocieron insomnio severo en 60-64% de casos. Estos estudios indicaron que los médicos no fueron concientes de la alta tasa de psicopatología y abuso de sustancias entre los pacientes. No sorprende que gran mayoría de insomnes permanezcan sin diagnóstico y por lo tanto, sin tratamiento (21) .

En el tratamiento del insomnio debemos considerar que es un síntoma más que un trastorno específico y por lo tanto su manejo depende de la causa subyacente; lo que obliga al médico responsable a establecer un adecuado diagnóstico. En nuestro estudio el tratamiento más recomendado por los médicos fue la terapia farmacológica. La terapia no farmacológica fue recomendada en pocas ocasiones. Esto contrasta con estudios extranjeros (3,20) probablemente por el escaso conocimiento e importancia a la terapias no farmacológicas en nuestro medio. Tanto las terapias no farmacológicas como las farmacológicas son importantes en el manejo del insomnio (24 – 29).

Entre las terapias no farmacológicas podemos mencionar: higiene del sueño, terapia de relajación, terapia de control de estímulos y terapia de restricción de sueño (26,27). Entre las terapias farmacológicas disponemos de hipnóticos benzodiazepínicos (flurazepam, estazolam, triazolam, lorazepam y clonazepam) y no benzodiazepínicos (zolpidem, zaleplon). Si bien en nuestro medio es frecuente el uso de medicinas tradicionales, como la valeriana, existe poca evidencia científica sobre la seguridad y eficacia de estos productos (2) .

En general, los hipnóticos deben usarse por menos de 3 ó 4 semanas o en forma intermitente (una o dos noches por semana). Además se recomienda una disminución gradual de la dosis antes de su interrupción completa. En el estudio encontramos que dentro de los medicamentos fueron las benzodiazepinas las más usadas y dentro de éstas el diazepam. Éste producto no ha sido aprobado por la Food and Drugs Administration (FDA) para tratamiento del insomnio.

La dependencia y tolerancia son las mayores desventajas con el uso de benzodiazepínicos a largo plazo (24,30) . Los no benzodiazepínicos muestran menor desarrollo de tolerancia e insomnio de rebote incluso cuando son usados en forma intermitente (3).

El ronquido representa un sonido inspiratorio producido por la vibración de los tejidos blandos de la vía aérea superior durante el sueño. Es un síntoma común en la población general y es más prevalente en hombres que mujeres (32). Debido a que el ronquido puede ser síntoma del síndrome de apnea-hipopnea del sueño, debemos reconocer cuándo es patológico (32). Así, un paciente con ronquido de tono alto, somnolencia diurna y pausas respiratorias durante el sueño puede orientarnos a este síndrome (33,34) . Su prevalencia ha sido estimada en 4% en hombres y 2% en mujeres y es uno de los trastornos primarios del sueño más frecuentes (32). En nuestro estudio encontramos 2% de pacientes con ronquido significativo, somnolencia diurna y apneas durante el dormir.

Es necesario resaltar dos limitaciones de este estudio. La primera está referida a la predominancia del género femenino y que refleja la población que asiste a un hospital de este tipo. La segunda se refiere a la definición de paciente con insomnio: paciente que consideraba que actualmente tenía dificultades para dormir. Esto significa que la frecuencia del insomnio hallada en el estudio podría estar subestimada, ya que la pregunta así formulada excluiría los pacientes que han tenido insomnio en el pasado.

En conclusión, la frecuencia del insomnio en pacientes ambulatorios de medicina interna del Hospital A. Loayza es elevada, predomina la forma crónica de insomnio y muchos insomnes no consultan con el médico por este síntoma. Tanto médicos como pacientes emplean terapias fundamentalmente farmacológicas para su manejo.

Correspondencia:

Dr. Gerardo Pacheco Quesada
Gral. Borgoño 269 Pueblo Libre
Correo electrónico: gmpq@viabcp.com
Telf: 4231371

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Hauri PJ. Insomnia. Clinics in Chest Medicine 1998; 19: 157-68.
2. Walsh J. Insomnia: Assessment and Management in Primary Care. Sleep 1999; 22(suppl.2): S402-12.

3. Ancoli-Israel S, Roth T. Characteristics of Insomnia in the United States: Results of the 1991 National Sleep Foundation Survey I. *Sleep* 1999; 22(suppl.2): S347-53.
4. Stalé P, Inger H, Geir H, Havik O, Kvale G y col. Prevalence of insomnia in the adult norwegian population. *Sleep* 2001; 24: 771-9.
5. Sutton D, Moldofsky H, Badley E. Insomnia and health problems in Canada. *Sleep* 2001; 24: 665-70.
6. Kim K, Uchiyama M, Okawa M, Liu X, Ogihara R. An epidemiological study of insomnia among the japanese general population. *Sleep* 2000; 22: 41-7.
7. Rosekind M. The epidemiology and occurrence of insomnia. *J Clin Psychiatry* 1992; 53: 4-
8. Gillin J, Byerley W. The diagnosis and management of insomnia. *N Engl J Med* 1990; 322: 239-48.
9. Prinz P. Sleep and sleep disorders in older adults. *J Clin Neurophysiol* 1995; 12: 139-46.
10. Ohayon M, Zulley J, Guilleminault C, Smirne S, Priest R. How age and daytime activities are related to insomnia in the general population: consequences for older people. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49: 360-6.
11. Foley D, Monjan A, Simonsick E, Wallace R, Blazer D. Incidence and remission of insomnia among elderly adults: an epidemiologic study of 6800 persons over three years. *Sleep* 1999; 22 (suppl. 2): S366-72.
12. Spielman AJ, Nunes J, Glovinsky PB. Insomnia. *Neurologic Clinics* 1996; 14: 513-43.
13. Katz D, McHorney C. Clinical Correlates of insomnia in patients with chronic illness. *Arch Intern Med* 1998; 158: 1099-107.
14. Chokroverty S. Diagnosis and treatment of sleep disorders caused by comorbid disease. *Neurology* 2000; 54(suppl.1): S8-15.
15. Zammit GK, Weiner J, Damato N, Sillup G, McMillan Ch. Quality of life in People with Insomnia. *Sleep* 1999; 22(suppl.2): S379-85.
16. Roth T y Ancoli-Israel S. Daytime consequences and correlates of Insomnia in the United States: Results of the 1991 National Sleep Foundation Survey II. *Sleep* 1999; 22(suppl.2): S354-8.
17. Shochat T, Umphress J, Israel A, Ancoli-Israel S. Insomnia in Primary Care Patients. *Sleep* 1999; 22 (suppl. 2): S359-65.
18. Villar D, Varela L, Chigne O. Evaluación geriátrica integral en pacientes hospitalizados y ambulatorios. *Bol Soc Peru Med Inter* 2000; 13: 143-50.
19. Rey de Castro J, Hernández J. Síntomas relacionados al síndrome apnea-hipopnea obstructiva del sueño e insomnio. ¿Son estos frecuentes en el consultorio de neumología del adulto?. *Bol Soc Peru Med Inter* 2000; 13: 196-200
20. Simon G, VonKorff M. Prevalence, burden and treatment of insomnia in primary care. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 1417-23.
21. Sateia M, Doghramji K, Hauri P, Morin Ch. Evaluation of chronic insomnia: An American Academy of Sleep Medicine Review. *Sleep* 2000; 23: 243-308.
22. Ohayon M, Cautlet M. Insomnia and psychotropic drug consumption. *Prog Neuro-Psychopharmacol & Biol Psychiat* 1995; 19: 421-31.
23. Brower K, Aldrich M, Robinson E, Zucker R, Greden J. Insomnia, self-medication, and relapse to alcoholism. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 399-404.
24. Kupfer DJ, Reynolds, CF. Management of insomnia. *N Engl J Med* 1997; 336: 341-6.
25. Roth, T. Management of insomniac patients. *Sleep* 1996; 19: S52-7.
26. Hohagen, F. Nonpharmacological treatment of insomnia. *Sleep* 1996; 19: S50-1.
27. Bootzin R, Perlis M. Nonpharmacologic treatments of insomnia. *J Clin Psychiatry* 1992; 53: 37-41.
28. Morin C, Colecchi C, Stone J. Behavioral and pharmacological therapies for late-life insomnia: a randomized controlled trial. *JAMA* 1999; 281: 991-9.
29. Smith MT, Perlis M, Park A, Smith MS, Pennington J y col. Comparative Meta-Analysis of Pharmacotherapy and Behavior Therapy for Persistent Insomnia. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 5 -11.
30. Holbrook, AM, Crowther, R, Lotter, A. Meta-analysis of benzodiazepine use in the treatment of insomnia. *Cand Med Assoc J* 2000; 162: 225-30.
31. Walsh J, Roth T, Randazzo A, Erman M, Jamieson A y col. Eight weeks of non-nightly use of zolpidem for primary insomnia. *Sleep* 2001; 23: 1087-96.
32. Young T, Palta M, Dempsey J. The occurrence of sleep-disordered breathing among middle-aged adults. *N Engl J Med* 1993; 328: 1230-5.
33. Redline S, Strohl M. Recognition and consequences of obstructive sleep apnea hypopnea syndrome. *Clinics in Chest Medicine* 1998; 19: 1-19.
34. Dodge R, Cline M, Quan S. The natural history of insomnia and its relationship to respiratory symptoms. *Arch Intern Med* 1995; 155: 1797-800.