

Estudio de trastornos de sueño en Caldas, Colombia (SUECA)

A study of sleep disorders in Caldas, Colombia

RICARDO DÍAZ, MARIO IVÁN RUANO, ARNOBY CHACÓN • MANIZALES

Resumen

Introducción: los trastornos de sueño (TS) son una de las principales causas de consulta médica y morbilidad física y mental que pueden afectar a individuos de cualquier edad o condición socioeconómica. Sin embargo, existe poca información sobre su prevalencia y repercusión en diferentes aspectos de la vida de las personas. En Colombia no se han realizado suficientes investigaciones en este campo y por tanto, se carece de información propia para implementar políticas de prevención y manejo. En estudios neuroepidemiológicos colombianos previos usando metodología OMS, no se ha abordado esta importante patología. Un estudio de enfermedades neurológicas realizado por nuestro grupo en 2004, mostró elevada prevalencia de síntomas de insomnio en la comunidad, lo cual motivó la presente investigación dirigida de manera exclusiva a TS.

Objetivo: establecer frecuencia, características sociodemográficas e impacto de los TS, en una comunidad de la zona centro del departamento de Caldas.

Sujetos y métodos: se realizó un estudio transversal sobre una población previamente estudiada, mayores de siete años, mediante encuesta domiciliaria en los municipios de Manizales, Villamaría y Neira. Para analizar la información se emplearon los paquetes estadísticos Epiinfo 6.04d y Epidata 3.1. Se contó con la aprobación del comité de ética de la Facultad de Salud de la Universidad de Caldas.

Resultados: se entrevistaron 787 personas en cada una de las fases del estudio (2004 y 2008), de las cuales 118 fueron encuestadas en ambos periodos. Las mujeres representaron dos tercios de la muestra y el promedio de edad fue de 39.9 años (D.E. 19.3). Se encontró en ambos periodos una prevalencia similar del insomnio global (46.8% y 47.2%). La prevalencia de insomnio crónico fue de 32%. El ronquido habitual también presentó ocurrencia similar (36% y 33%). La hipersomnia se incrementó de 14.6 a 20.9% ($p < 0.05$), mientras que las parasomnias disminuyeron de 38% a 28% ($p < 0.01$), para cada fase. A pesar de la frecuencia de TS, sólo 16% consultó por esta queja.

Conclusiones: estos datos revelan que los trastornos de sueño son altamente frecuentes en nuestra población y ameritan una búsqueda activa por parte del personal y entidades de salud, para brindar un adecuado manejo de este problema de salud pública (*Acta Med Colomb* 2009; 32: 66-72).

Palabras clave: epidemiología, hipersomnia, insomnio, parasomnias, ronquido, trastornos de sueño.

Abstract

Introduction: sleep disorders (SD) are a major cause of medical consultation and physical and mental morbidity, and can affect individuals of any age or socioeconomic status. However, there is little information on their prevalence and impact on different aspects of people's lives. In Colombia there has not been enough research in this field, and therefore there is no first-hand information allowing the implementation of policies for prevention and management. Previous Colombian neuroepidemiological studies using WHO methodology have not addressed these important pathological conditions. A study of neurological disorders carried out by our group in 2004 showed a high prevalence of symptoms of insomnia in the community. This prompted this investigation, which is targeted exclusively on SD.

Aim: to determine the frequency, sociodemographic characteristics, and impact of SD in a community in the center of the department of Caldas.

Subjects and Methods: we performed a transversal study on a previously studied population, older than 7 years, by household survey in the cities of Manizales, Neira and Villamaría. The statisti-

Dr. Ricardo Díaz Cabezas: M.D. Neurólogo. Profesor Asociado Univ. de Caldas; Dr. Mario Iván Ruano Restrepo: M.D. Profesor Asistente Univ. de Caldas; Dr. Arnoby Chacón Cardona: M.D. MSc. Profesor Titular Univ. de Caldas. Institución: Universidad de Caldas. Facultad de Ciencias de la Salud. Correspondencia. Dr. Ricardo Díaz Cabezas. Profesor de Neurología. Universidad de Caldas. Clínica de La Presentación. Calle 65, nº 26-10. Manizales, Colombia. E-mail: ridiaz@une.net.co
Recibido 11/II/09 Aceptado 06/V/09

cal packages Epiinfo 6.04d and Epidata 3.1 were used to analyze the information. It was approved by the ethics committee of the Faculty of Health at the University of Caldas.

Results: we interviewed 787 people at each stage of the study (2004 and 2008), of whom 118 were surveyed in both periods. Women accounted for two thirds of the sample and the average age was 39.9 years (+/- 19.3 y). A similar overall prevalence of insomnia (46.8% and 47.2%) was found in both periods. The prevalence of chronic insomnia was 32%. Habitual snoring also had similar occurrence rates (36% and 33%). Hypersomnia increased from 14.6 to 20.9% ($p < 0.05$), while the parasomnias decreased from 38% to 28% ($p < 0.01$) for each phase. Despite the frequency of SD, only 16% presented with this complaint.

Conclusions: these data show that sleep disorders are highly prevalent in our population and warrant an active search by staff and health agencies, in order to provide appropriate management for this public health problem (*Acta Med Colomb 2009; 32: 66-72*).

Key words: *epidemiology, hypersomnia, insomnia, parasomnia, snoring, sleep disorders.*

Introducción

Los trastornos del sueño (TS) son aquellas desviaciones de los patrones normales, tanto en duración como en calidad, manifestadas como sueño deficiente, excesivo o como anomalías del comportamiento durante éste. Los TS han adquirido gran importancia en los últimos años dada su repercusión sobre diferentes aspectos de la vida diaria, salud y bienestar de los individuos y la sociedad, accidentalidad y desempeño laboral, así como los costos directos e indirectos en la atención médica requerida para su manejo (1, 2).

En Colombia existen muy pocos datos epidemiológicos y se desconoce hasta la fecha la publicación de estudios que abarquen la totalidad de los TS en población adulta. Una búsqueda bibliográfica de artículos nacionales publicados acerca del comportamiento epidemiológico de los TS, permitió encontrar las siguientes referencias. El estudio sobre TS realizado en Sabaneta, Antioquia (2006) por Franco AF y cols. (3), informó una prevalencia para insomnio global del 43%, hipersomnio 13.6% y síndrome de piernas inquietas 7.3%, sin anotar prevalencia global ni otros TS. En la misma región, Contreras MM (2008) (4), publicó un estudio sobre TS en niños de 5 a 12 años, informando datos sobre insomnio de 14.9%, ronquido 39.2% y diversas parasomnias. A nivel internacional, uno de los primeros estudios en comunidad fue realizado por Bixler y cols (5) en el cual se informa una prevalencia global para TS de 52.1%, cifra muy llamativa que motivó nuevas investigaciones en este sentido. El estudio de Vela-Bueno y cols. (1999) en Madrid, encontró TS en el 22,8% de la población (6).

La alta prevalencia de TS reportada a nivel mundial y su asociación con patologías médicas y psiquiátricas que influyen de diversas maneras sobre morbilidad y mortalidad, motivaron la realización de esta investigación, con miras a obtener datos propios sobre prevalencia y características sociodemográficas en una muestra representativa de una comunidad colombiana.

Sujetos y métodos

Se realizó un estudio poblacional descriptivo de corte transversal, llevado a cabo en dos épocas distintas, una en

los años 2004-2005 con ocasión del estudio de prevalencia de enfermedades neurológicas en el departamento de Caldas (7); y otra en los años 2007-2008, que contempló exclusivamente trastornos del sueño, denominada estudio **SUECA (Sueño En Caldas)**. Dada la alta prevalencia encontrada de los TS en el primer trabajo, se optó por llevar a cabo una investigación formal sólo para esta patología en dos momentos distintos y en la misma comunidad.

Para cada uno de los TS se definieron los criterios diagnósticos establecidos por la Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño (8) y del DSM IV (9). Se calificó como insomnio la “dificultad para iniciar o mantener el sueño, o no tener un sueño reparador” que “provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas”. Para efectos operativos, el insomnio informado por el encuestado debía estar presente tres o más días a la semana. Se consideró como insomnio agudo aquel que estaba presente por menos de cuatro semanas y crónico si se informaba por tiempo mayor a éste.

Se definió como hipersomnio “la presencia de somnolencia excesiva diurna, casi diaria, que genera malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas”.

Se aceptaron como parasomnias aquellos TS en los cuales “se presentan fenómenos físicos o mentales no deseados durante el sueño y relacionados con sus estados o con despertares transitorios” (9).

La investigación se llevó a cabo en el departamento de Caldas, Colombia, del cual se seleccionó para el estudio la zona centro, que incluye cinco municipios, de los cuales se escogieron al azar Manizales, Villamaría y Neira. La población total de estos municipios era para el año 2005 de 454.434 habitantes y proyectada para el año 2008 de 463.290 habitantes (DANE) (10).

Para calcular el tamaño de la muestra se empleó el estimativo de prevalencia global de insomnio crónico de 15% reportado en la literatura (11) y para una confiabilidad del 95% y margen de error de 2.5%, se determinó una muestra alrededor de 780 personas.

Las fases operativas de cada etapa se llevaron a cabo en los periodos de tiempo comprendidos entre el 1° de marzo

de 2004 y el 1° de marzo de 2005 y entre 1° de julio de 2007 y el 1° de julio de 2008. En la primera fase (2004), se realizó un muestreo aleatorio por manzanas en la zona urbana y por concentraciones en la zona rural. Para la zona urbana se tomaron muestras poblacionales de los diferentes estratos socioeconómicos (del 1 al 6). Se incluyeron todos los hogares disponibles y se encuestaron a todas las personas mayores de siete años, previo diligenciamiento de un formato de consentimiento informado. Este fue obtenido por escrito en los sujetos con edades iguales o mayores de 18 años, y en los menores, este documento fue firmado por un adulto.

Las encuestas fueron realizadas por estudiantes de la Facultad de Ciencias para la Salud de la Universidad de Caldas, debidamente entrenados por los autores. En cada una de las fases se entrevistaron a 787 personas, ubicadas en los mismos barrios y veredas de los municipios antes anotados, con la intención de reproducir las características sociodemográficas de la primera fase.

Se diseñó un formato específico para la recolección de la información, el cual fue aplicado sin modificaciones en ambas fases del trabajo de campo. Este formato fue elaborado por los investigadores teniendo en cuenta instrumentos y escalas utilizados en trabajos previamente publicados. Para la segunda fase (2008), se adicionaron preguntas acerca de la atención dispensada en su seguridad social a las quejas de sueño y su repercusión sobre diferentes aspectos de la vida cotidiana.

Análisis estadístico

Las variables cualitativas se analizaron por medio de proporciones y las cuantitativas por promedios y desviación estándar. Las frecuencias de enfermedad se expresan por porcentajes. Para el análisis de la información se emplearon los paquetes estadísticos Epiinfo 6.04d y Epidata 3.

Resultados

En cada fase se entrevistaron un total de 787 personas en los tres municipios seleccionados, con una representación similar de cada uno de ellos en los dos periodos. Dado que las áreas encuestadas fueron las mismas, 118 personas que habían participado en la primera, también fueron entrevistadas en la segunda fase. El género femenino representó alrededor de dos tercios de las muestras, lo cual se puede explicar por la metodología empleada (encuesta domiciliar) y mayor permanencia de mujeres en el hogar.

En la distribución por edades se encontró un promedio de 39.9 años (DE 19.3), con una mínima de siete años y una máxima de 91 años. 51% de los encuestados correspondió al grupo de edad de 15 a 44 años en ambos periodos. Aproximadamente 75% provenían de los estratos 3 y 4. 47% había cursado estudios secundarios y sólo 2% eran analfabetas. Como era de esperar, por el predominio femenino de la muestra, la ocupación más frecuente fue la de “hogar” en 33%, seguida de “estudiantes” y “trabajadores dependientes”, cada uno con cerca de 20%. 4% estaba desempleado en

el momento de la entrevista. El estado civil fue informado como “soltero” en 41% y “casado” en 39%, mientras que el régimen de seguridad social más común fue “contributivo” (EPS) con 65%, seguido de “subsidiado” 24% y “sin seguridad social” 11%.

En la Tabla 1 se resumen las principales variables sociodemográficas.

Encontramos en las dos fases una frecuencia del insomnio muy similar con 46.8% y 47.2% ($p>0.05$) y del ronquido con 36% y 33% ($p>0.05$); en tanto que, el hipersomnio aumentó de 14.6% a 21.1% ($p<0.05$) y las parasomnias disminuyeron de 38.2% a 28.2% ($p<0.01$) (Tabla 2).

Insomnio

Se encontraron un total de 369 (2004) y 372 (2008) personas con esta queja. Se clasificó como de conciliación, de mantenimiento o mixto, si combinaba los dos primeros (Tabla 3). 31% ($n=115$) presentaba insomnio agudo y 69% ($n=257$) insomnio crónico, lo cual arroja una prevalencia de insomnio crónico en 32.6% de la población.

Tabla 1. Características sociodemográficas.

	2004 n (%)	2008 n (%)
Sexo		
Femenino	535 (68)	517 (66)
Masculino	252 (32)	270 (34)
Grupos de edad		
Menos de 15 a.	146 (18.5)	70 (8.9)
15 a 44 a	403 (51.2)	404 (51.3)
45 a 60 a	138 (17.5)	187 (23.8)
Mayor de 60 a	100 (12.8)	126 (16)
Estrato		
1-2	136 (17.3)	148 (18.8)
3-4	592 (75.2)	586 (74.5)
5-6	59 (7.5)	53 (6.7)
Procedencia		
Manizales	519 (65.9)	588 (74.4)
Neira	143 (18.2)	150 (19.1)
Villamaría	125 (15.9)	49 (6.2)
Total	787	787

Tabla 2. Prevalencia de trastornos de sueño.

TS	2004	2008
Insomnio	369 (46.8)	372 (47.2)
Hipersomnio	115 (14.6)	165 (20.9)
Parasomnias	301 (38.2)	222 (28.2)
Ronquido	286 (36.4)	260 (33.0)

Al tener en cuenta la edad se encontró un incremento progresivo de las frecuencias de insomnio a medida que ésta aumentaba, siendo de 22% en menores de 15 años, se dobla en los grupos de 15 hasta 60 años y se triplica en los mayores de 60 años (Tabla 4).

15% de los sujetos utilizó medicamentos para dormir, siendo el más común la amitriptilina (25%), seguido de benzodiacepinas (7%) y neurolépticos (4%), mientras que el grupo restante recurrió a diversas sustancias y preparaciones.

Hipersomnio

Se encontró un total de 115 (2004) y 165 (2008) personas con este trastorno, lo cual arroja prevalencias de 14.6% y 20.9%, respectivamente. En ambas fases la causa predominante fue privación de sueño con 61.7% y 67.5%. A diferencia del insomnio, no se apreciaron diferencias porcentuales significativas en los diferentes grupos etáreos (Tabla 5).

Parasomnias

En cada una de las fases, 301 (2004) y 222 (2008) personas refirieron este TS, lo cual resulta en prevalencias de 38.2% y 28.2%, respectivamente. La frecuencia de los cuatro tipos de parasomnia estudiados se muestra en la Tabla 6. La correlación con la edad demostró neto predominio en los menores de 15 años (Tabla 7).

Ronquido

Informaron padecer este TS de manera habitual y significativa 286 y 260 personas en cada fase, para prevalencias de 36.4% y 33.0%, respectivamente. Al comparar los grupos etáreos, éste fue más frecuente en los sujetos mayores de 46 años (Tabla 8).

Tabla 3. Tipos de insomnio.

	2004	2008
De conciliación	47 (12.7)	28 (7.5)
De mantenimiento	147 (39.8)	183 (49.1)
Mixto	175 (47.4)	161 (43.2)

Tabla 4. Insomnio. Distribución porcentual por grupos etáreos.

Edad	n/N	Porcentaje
Menores de 15 años	16/70	22.8%
15 a 45 años	181/404	44.8%
46 a 60 años	92/187	49.2%
Mayores de 60 años	83/126	65.9%
n : total de personas con la condición. N: total de personas del grupo etáreo en la muestra.		

En la encuesta 2008 se indagó la repercusión sobre aspectos de vida cotidiana, en los campos laboral, familiar y social. De los 523 sujetos afectados de algún TS, 14.6% (n=76) mencionó repercusión en su ámbito laboral, 11.3% (n=59) alteración en su vida social y 12.0% (n=63) afectación en su vida familiar. La aplicación del instrumento OMS-5 a quienes informaban algún TS, permitió identificar en 18.3% (n= 144) un puntaje menor a 13 (máximo posible de 25 puntos), sugestivo de compromiso en el grado de bienestar psicológico.

Tabla 5. Hipersomnio. Distribución porcentual grupos etáreos.

Edad	n/N	Porcentaje
Menores de 15 años	12/70	17.1%
15 a 45 años	86/404	21.3%
46 a 60 años	35/187	18.7%
Mayores de 60 años	32/126	25.4%
n : total de personas con la condición. N: total de personas del grupo etáreo en la muestra.		

Tabla 6. Tipos de parasomnias.

	2004 (n= 787)	2008 (n=787)
Pesadillas	179 (22.7%)	118 (15.0%)
Somnolientos	169 (21.5%)	137 (17.4%)
Sonambulismo	97 (12.3%)	71 (9.0%)
Parálisis de sueño	33 (4.2%)	16 (2.0%)

Tabla 7. Parasomnias. Distribución porcentual por grupos etáreos.

Edad	n/N	Porcentaje
Menores de 15 años	47/70	67.1%
15 a 45 años	193/404	47.8%
46 a 60 años	46/187	24.6%
Mayores de 60 años	56/126	44.4%
n : total de personas con la condición. N: total de personas del grupo etáreo en la muestra.		

Tabla 8. Ronquido. Distribución porcentual por grupos etáreos.

Edad	n/N	Porcentaje
Menores de 15 años	12/70	17.1%
15 a 45 años	104/404	25.7%
46 a 60 años	85/187	45.5%
Mayores de 60 años	59/126	46.8%
n : total de personas con la condición N: total de personas del grupo etáreo en la muestra		

En esta misma encuesta se exploró acerca de la solicitud de atención médica para las quejas de sueño. 16.4% (n=86) consultaron por este motivo a su seguridad social. A 67 personas se les recetó alguna medicación para su problema de sueño, afirmando no haber obtenido beneficio significativo 68.6% (n= 46).

Discusión

Este es uno de los primeros estudios en Colombia que abordan la prevalencia y características sociodemográficas de los TS en una comunidad (3, 4, 12). Existen algunos estudios en nuestro país que han investigado la prevalencia de enfermedades neurológicas con el protocolo OMS, sin incluir los TS (13-15). En el año 2004 Díaz-Cabezas y cols. (7) llevaron a cabo un estudio neuroepidemiológico en una comunidad del departamento de Caldas, Colombia, el cual por primera vez abordó los TS aplicando el protocolo OMS. En esa publicación sólo se reportaron los datos sobre insomnio, aunque también se habían obtenido datos sobre hipersomnio, ronquido y parasomnias. Los resultados encontrados para estas entidades llamaron la atención por su elevada prevalencia, lo cual motivó replicar esta investigación únicamente para TS.

Uno de los primeros estudios sobre prevalencia de TS en una comunidad, fue informado por Bixler EO y cols. (5) en Los Ángeles (1979), quienes encontraron prevalencia global de 52.1%. El estudio de Vela-Bueno A. y cols (6) en Madrid (1999), reportó prevalencia de 22.8% y un estudio posterior en Suiza mostró prevalencia de 44% (16). La encuesta internacional de problemas de sueño en la población general de Léger D. y cols (2008) (17) reportó prevalencias de 56% en Estados Unidos, 31% en Europa occidental y 23% en Japón.

La encuesta de Blanco M y cols. (18) realizada en dos ciudades de América Latina (Sao Paulo y Buenos Aires, 2004) sobre 1776 personas mayores de 18 años, reveló que “dos tercios de los entrevistados presentaban algún TS en los últimos 12 meses”.

En nuestro país, Franco AF y cols. (3) (2006), publicaron los resultados de un estudio sobre algunos TS (insomnio, somnolencia excesiva, ronquido y síndrome de piernas inquietas) en 1.342 personas mayores de 15 años en Sabaneta (Antioquia), revelando “cifras similares a las informadas en los países industrializados”, sin precisar la prevalencia global de los TS. Un año antes, Escobar-Córdoba F y cols. (12) (2005), mencionan haber efectuado una búsqueda bibliográfica para su trabajo de validación colombiana del índice de calidad de sueño de Pittsburgh, sin encontrar “ningún informe colombiano publicado” que abordara esta problemática.

El presente estudio mostró una prevalencia global de TS de 66.5%, superior a las informadas en algunos de los estudios poblacionales a nivel mundial (5, 6, 16, 17, 19), aunque esto podría explicarse por razones como: (a) el amplio rango etáreo incluido, que aporta una elevada frecuencia de parasomnias en población infantil y adolescentes,

lo cual no se refleja en estudios realizados en mayores de 18 años; (b) la metodología empleada para la recolección de la información a nivel domiciliario; (c) la problemática social y económica que afecta nuestras comunidades; y (d) las consecuencias psicológicas derivadas del entorno, entre otras. No obstante, el estudio de Blanco M y cols. (18) en población latinoamericana, mostró una prevalencia similar a la encontrada por nosotros.

Insomnio

Durante las dos fases de la investigación encontramos una prevalencia casi igual de las quejas de insomnio, 46.8% (2004) y 47.2% (2008), siendo llamativa la cifra del insomnio crónico de 32%. El estudio colombiano de Franco AF (3), reveló una prevalencia de insomnio de 43%, con cifra para insomnio crónico de 21.2%.

A nivel mundial encontramos prevalencias similares a las del presente trabajo en los estudios de Bixler EO (5), con 42.5% y Ozdemir L con 40.3% (20). No obstante, otros estudios han encontrado cifras más bajas como las publicadas en los trabajos de Ohayon MM. en diferentes países, informando prevalencias de 28.1% en Portugal (21), 27.6% en Italia (22) y 17% en Corea del Sur (23). Un estudio europeo llevado a cabo por Terzano MG (24) en Italia, encontró una prevalencia del insomnio en 64% de la población encuestada, discriminando entre insomnio sin repercusión diurna un 20% y con repercusión diurna en 44%. Estos resultados anteriores con cifras tan disímiles podrían explicarse por los diferentes criterios diagnósticos empleados, distintos grupos etáreos incluidos y características propias de los grupos poblacionales.

Como ha sido usual en los diferentes estudios sobre insomnio en población general, nuestro estudio confirma el aumento de este padecimiento a medida que se envejece, siendo aproximadamente de 50% en mayores de 46 años y de 66% en mayores de 60 años. En la revisión de Benetó A. (25), se menciona al insomnio como la principal queja de sueño en el anciano, y el consenso de trastornos de sueño del Instituto Nacional de Salud (EE.UU.), encontró que las quejas de sueño en los mayores de 65 años alcanzan 50% en quienes habitan en su domicilio y 60% en quienes viven en hogares para ancianos (26).

Hipersomnio

En este aspecto encontramos prevalencias de 14.6% (2004) y 20.9% (2008). Una revisión de la literatura nos permite apreciar prevalencias diversas, con cifras ascendentes como se referencian en los trabajos de Bixler EO. 7.1% (5), Vela-Bueno A. 11.6% (6), Hara C. 16.8% (27), Shin K. 17.1% (28) y Ozdemir L. 24% (20), lo que permite incluir nuestras cifras en lo informado en la literatura.

Ronquido

Este TS fue informado por 36.4% (2004) y 33% (2008). Al comparar estos datos con los de Franco A. y cols (3) éste

reporta una prevalencia de 19.8%. Sin embargo, una búsqueda bibliográfica en otros países muestra datos similares e incluso más altos que los del presente trabajo, oscilando desde 37% en el estudio de Ozdemir L. en Turquía (20), 40% en el de Ohayon M. en el Reino Unido (29), 50.5% en el de Noal RB en Brasil (30) hasta 51.9% en el de Chuang LP. en Taiwán (31).

Parasomnias

Se han descrito más de 30 entidades que pueden ser agrupadas dentro de esta categoría de TS. Este estudio sólo indagó por cuatro de ellas: pesadillas, somniloquios, sonambulismo y parálisis de sueño, las cuales fueron informadas globalmente por 38,2% (2004) y 28,2% (2008). Las pesadillas y los somniloquios fueron las más frecuentes. Como es ampliamente aceptado, las parasomnias son más comunes en niños y adolescentes. En su revisión sobre parasomnias, Osuna E. (2004) (32) refiere en niños prevalencias para pesadillas 30%, somniloquios 10%, sonambulismo 10 a 30%. Hoban TF. (33) muestra cifras para pesadillas ocasionales hasta de 57.6% de niños y de 40% para sonambulismo en niños y adolescentes. Un estudio de García-Jiménez MA (34), sobre prevalencia de TS en adolescentes en España, encontró somniloquios en 45.4% y pesadillas en 29.5%, cifras más altas a las nuestras, lo cual puede explicarse por el delimitado grupo etéreo estudiado (12 a 16 años). En cambio, los estudios de Vela-Bueno A., (6) con datos para pesadillas de 12.3%, sonambulismo del 1.1% y de Bixler EO (5), con 11.2% para pesadillas y 2.5% para sonambulismo, arrojan porcentajes inferiores al presente trabajo, lo cual podría ser explicado por incluir en sus muestras a sujetos mayores de 18 años. El estudio de Contreras MM. (2008) en Sabaneta (Antioquia), en niños de 5 a 12 años, encontró cifras de 12.8% para pesadillas y 35.1% para somniloquios (4), que confirman la alta prevalencia de parasomnias en la población pediátrica.

Impacto de los TS

En la segunda fase (2008) se preguntó a los encuestados acerca del impacto de su TS sobre aspectos cotidianos y su percepción de bienestar psicológico. Las repercusiones sobre las facetas laboral, social y familiar fueron similares, con porcentajes que oscilaron entre 11.3 y 14.6%, mientras que un 18.3% sugirió trastorno depresivo al calificar por debajo del punto de corte de la escala OMS-5. Desde hace casi 20 años Ford DE y Kamerow DB. (35), llamaron la atención acerca de la alta presentación de problemas psiquiátricos en las personas con TS, encontrando que 40% y 46.5% de los que tenían insomnio e hipersomnio, respectivamente, presentaban alguna entidad psiquiátrica asociada. En dos estudios de 1999, Zammit GK. y cols. (36) y Chevalier H. y cols. (37) compararon aspectos de calidad de vida y trastornos afectivos entre personas con insomnio y sin éste, informando diferencias estadísticamente significativas, con índices más bajos en calidad de vida y mayores puntajes para

depresión y ansiedad en los que tenían insomnio. Un estudio más reciente (2004) Specchio LM. y cols. (38), muestra que 55% de quienes padecían insomnio simultáneamente presentaban síntomas de psicopatología.

Consulta queja de sueño

El presente estudio mostró que un porcentaje muy bajo de los sujetos que presentaban TS (16.4%) consultaron por este motivo a su médico. Estudios que han abordado la disposición del paciente para referir sus problemas de sueño a un profesional, han encontrado tasas relativamente bajas de consulta. Haldemann R. (16) encontró que de los pacientes con insomnio, un 70% de éstos con insomnio leve, 42% con moderado y 30% con severo, no habían consultado a su médico por esta condición. Ohayon MM. en Italia y en Corea del Sur (22,23) mostró que menos de 30% en el primer país y tan sólo 6.8% en el segundo, consultaron a un profesional médico por sus quejas de sueño.

En el presente estudio, a la mayoría de los que consultaron se les formuló algún medicamento, pero éste no surtió efecto en las dos terceras partes. Esta baja eficacia terapéutica podría intentar explicarse a través de los siguientes supuestos: (a) no se hace un diagnóstico acertado del TS, (b) no se indagan las condiciones ambientales y endógenas que lo perpetúan, (c) no se realiza una selección de medicamentos eficaces, (d) no se recurre a medidas no farmacológicas que han mostrado ser útiles (por ejemplo, higiene de sueño), entre otros recursos.

En conclusión y basados en los resultados de este estudio, podemos anotar que los TS en su conjunto presentan una destacada frecuencia en nuestra comunidad.

Encontramos una elevada prevalencia del insomnio, tanto agudo como crónico, con todas las repercusiones físicas y emocionales a menudo asociadas con esta entidad. No era la finalidad del estudio precisar las causas o los factores precipitantes y perpetuadores del insomnio, pero sin duda éste sería un objetivo importante para futuras investigaciones. Así mismo, es notable la prevalencia del ronquido y aunque en el estudio no se indagó sobre las consecuencias orgánicas derivadas del mismo, se sabe que esta condición afecta las relaciones de pareja y puede anunciar la ocurrencia de trastornos respiratorios durante el sueño.

Independientemente del TS que padezca un individuo, éste puede conllevar riesgos y deterioro en la calidad de vida tanto para quien lo presenta como para sus familiares y pareja y así mismo incrementar costos para el sistema de salud por las consecuencias sobre su salud física y emocional. De tal manera, los TS ameritan ser estudiados en diferentes contextos buscando cada vez una mayor comprensión de sus causas y repercusiones.

Financiación

Vicerrectoría de Investigaciones y Posgrados de la Universidad de Caldas y Convenio de cooperación entre Universidad de Caldas y Dirección Territorial de Salud de Caldas.

Conflictos de interés

Ninguno para declarar.

Agradecimientos

Al doctor Alejandro Vera González por su colaboración en manejo de la información.

A los estudiantes de la Facultad de Ciencias para la Salud de la Universidad de Caldas por su trabajo de campo y manejo de la base de datos.

Referencias

- Culebras A.** Patología general de los trastornos del sueño. En: Culebras A, ed. La medicina del sueño. Barcelona: Áncora; 1994.p.39-56.
- Gallup O.** Sleep in America, Washington DC: The Gallup Organization/National Sleep Foundation; 1995.
- Franco AF, Marín AH, Aguirre DC, Cornejo W, García FA, et al.** Prevalence of Sleep Disorders in Colombia: P02.010. *Neurology* 2006; **66**: A77-8.
- Contreras MM, Muñoz LC, Noreña MC, Aguirre ÁM, López J, Cornejo W.** Prevalencia de los trastornos del sueño en niños escolares de Sabaneta, Colombia, 2005. *Iatreia* 2008; **21**: 113-20.
- Bixler EO, Kales A, Soldatos CR, Kales JD, Healey S.** Prevalence of sleep disorders in the Los Angeles Metropolitan Area. *Am J Psychiatry* 1979; **136**: 1257-62.
- Vela-Bueno A, De Iceta M, Fernández C.** Prevalence of sleep disorders in Madrid, Spain. *Gac Sanit* 1999; **13**: 441-8.
- Díaz R, Ruano MI, Chacón JA, Vera A.** Perfil neuroepidemiológico en la zona centro del departamento de Caldas (Colombia), años 2004-2005. *Rev Neurol* 2006; **43**: 646-52.
- American Sleep Disorders Association.** International Classification of Sleep Disorders, Revised: Diagnostic and Coding Manual. Rochester, Minn: American Sleep Disorders Association; 1997.
- American Psychiatric Association.** Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders. 4a. ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 1994.
- DANE (Departamento Administrativo Nacional de Estadística). Estudio Poblacional en Colombia [en línea]. www.dane.gov.co. (citado en octubre 15 de 2008)
- Ferini-Strambi L.** Prevalence of sleep disorders- changes with age and culture. *Insom* 2003; **2**: 21-33.
- Escobar F, Eslava J.** Validación colombiana del índice de calidad de sueño de Pittsburgh. *Rev Neurol* 2005; **40**: 150-5.
- Pradilla G, Puentes F, Pardo C.** Estudio neuroepidemiológico piloto. *Neurología en Colombia* 1984; **8**: 133-9.
- Zúñiga A, Antolínez BR.** Prevalencia de enfermedades neurológicas en Jamundí, Valle, Colombia, 1984. *Colombia Med* 1986; **17**: 151-3.
- Takeuchi Y, Guevara JG.** Prevalencia de las enfermedades neurológicas en el Valle del Cauca. Estudio Neuroepidemiológico Nacional (EPINEURO). *Colombia Med* 1999; **30**: 74-81.
- Haldemann R, Good M, Holsboer-Trachsler E.** Epidemiological study of sleep disorders in patients in Swiss general practice. *Praxis (Bern 1994)* 1996; **85**: 1656-62.
- Léger D., Poursain B, Neubauer D, Uchiyama M.** An international survey of sleeping problems in the general population. *Curr Med Res Opin* 2008; **24**: 307-17.
- Blanco M, Kriber N, Cardinali DP.** Encuesta sobre dificultades del sueño en una población urbana latinoamericana. *Rev Neurol* 2004; **39**: 115-19.
- Partinen M.** Epidemiology of sleep disorders. En: Kryger MH, Roth T, Dement WC, eds. Principles and practice of sleep medicine. 4a. ed. Philadelphia: W. B. Saunders; 1994.p.437-52.
- Ozdemir L, Akkurt I, Sümer H, Cetinkaya S, Gönllüür U, Ozsahin SL, et al.** The prevalence of sleep related disorders in Sivas, Turkey. *Tuberk Toraks* 2005; **53**: 20-7.
- Ohayon MM, Paiva T.** Global sleep dissatisfaction for the assessment of insomnia severity in the general population of Portugal. *Sleep Med* 2005; **6**: 435-41.
- Ohayon MM, Smirne S.** Prevalence and consequences of insomnia disorders in the general population of Italy. *Sleep Med* 2002; **3**: 115-20.
- Ohayon MM, Hong SC.** Prevalence of insomnia and associated factors in South Korea. *J Psychosom Res* 2002; **53**: 593-600.
- Terzano MG, Parrino L, Cirignotta F, Ferini-Strambi L, Gigli G, Rudelli G, et al.** Studio Morfeo: insomnia in primary care, a survey conducted on the Italian population. *Sleep Med* 2004; **5**: 67-75.
- Benetó A.** Trastornos del sueño en el anciano. *Epidemiología. Rev Neurol* 2000; **30**: 581-86.
- National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement: the treatment of sleep disorders in older people March 26-28, 1990. *Sleep* 1991; **14**: 169-77.
- Hara C, Lopes Rocha F, Lima-Costa MF.** Prevalence of excessive daytime sleepiness and associated factors in a Brazilian community: the Bambuí study. *Sleep Med* 2004; **5**: 31-6.
- Shin K, Yi H, Kim J, Shin C.** Prevalence and associated factors of excessive daytime sleepiness in adults. *Taehan Kanho Hakhoe Chi* 2006; **36**: 829-36.
- Ohayon MM, Guilleminault C, Priest RG, Cautel M.** Snoring and breathing pauses during sleep: telephone interview survey of a United Kingdom population sample. *BMJ* 1997; **314**: 860-3.
- Noal RB, Menezes AM, Canani SF, Siqueira FV.** Habitual snoring and obstructive sleep apnea in adults: population-based study in Southern Brazil. *Rev Saude Publica* 2008; **42**: 224-33.
- Chuang LP, Hsu SC, Lin SW, Ko WS, Chen NH, Tsai YH.** Prevalence of snoring and witnessed apnea in Taiwanese adults. *Chang Gung Med J* 2008; **31**: 175-81.
- Osuna E.** Los parasomnias. Bogotá: Ed. Feriva SA, 2004. 9-12 p. (Fundamentos de la Medicina del sueño. Libro 6) ISBN 958-33-4597-0.
- Hoban TF.** Sleep and its disorders in children. *Semin Neurol* 2004; **24**: 327-40.
- García-Jiménez MA, Salcedo-Aguilar F, Rodríguez-Almonacid FM, Redondo-Martínez MP, Monterde-Aznar ML, Marcos-Navarro AI, et al.** Prevalencia de los trastornos del sueño en adolescentes de Cuenca, España. *Rev Neurol* 2004; **39**: 18-24.
- Ford DE, Kamerow DB.** Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders. An opportunity for prevention? *JAMA* 1989; **262**: 1479-84.
- Zammit GK, Weiner J, Damato N, Sillup GP, McMillan CA.** Quality of life in people with insomnia. *Sleep* 1999; **22**: 379-85.
- Chevalier H, Los F, Boichut D, Bianchi M, Nutt DJ, Hajak G, et al.** Evaluation of severe insomnia in the general population: results of a European multinational survey. *J Psychopharmacol* 1999; **13**: 21-4.
- Specchio LM, Prudeniano MP, de Tommaso MD M, Massimo M, Cuonzo F, Ambrosio R, et al.** Insomnia, quality of life and psychopathological features. *Brain Res Bull* 2004; **63**: 385-91.