

Frecuencia de insomnio y sus consecuencias diurnas en pacientes mexicanos: Subanálisis del estudio EQUINOX

Frequency of insomnia and daytime consequences in Mexican patients: Insights from the EQUINOX study

Márquez-Romero Juan Manuel,* Chiquete Erwin,**
Grupo de Estudio EQUINOX en México***

* Centro de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Aguascalientes, Aguascalientes, Ags., México.

** Departamento de Neurología y Psiquiatría. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Ciudad de México, D.F., México.

*** Coautores del grupo de estudio EQUINOX en México en apéndice.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La evaluación de los efectos deletéreos del insomnio en el funcionamiento diurno constituye una parte fundamental de la epidemiología del insomnio.

OBJETIVO: Describir las características demográficas, síntomas de insomnio y sus consecuencias diurnas de los pacientes mexicanos enrolados en el estudio internacional EQUINOX.

MÉTODOS: El estudio descriptivo EQUINOX incluyó originalmente pacientes ambulatorios de diez países. En este reporte se analizó la información de pacientes que acudieron a atención primaria en México, con diferentes motivos de consulta médica. Se entrevistaron a todos los pacientes por dos días consecutivos de cada semana de trabajo. A aquellos identificados con insomnio les fue aplicado un cuestionario estandarizado que incluyó variables antropométricas y socio-demográficas, características del insomnio, consecuencias diurnas del insomnio y tipo de intervención para tratar el insomnio.

RESULTADOS: Se evaluaron 3,021 mexicanos, con una frecuencia de insomnio de 62.3%. La dificultad para iniciar el sueño estuvo presente en 1,135 pacientes (82.4%), la dificultad para mantener el sueño en 1,108 (80.4%), los despertares matutinos tempranos en 983 (71.3%) y el sueño no reparador en 1,144 pacientes (83%). El funcionamiento social, laboral y emocional vio afectado en 75% de los pacientes y en 25% esta afectación fue severa.

CONCLUSIONES: El insomnio constituye un trastorno del sueño muy frecuente en mexicanos que reciben atención primaria. Los médicos de primer contacto desempeñan un papel primordial para la identificación, tratamiento y seguimiento del insomnio y sus consecuencias diurnas.

Palabras clave: Epidemiología, insomnio, México, sueño, tratamiento.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The assessment of the deleterious effects of insomnia on daytime functioning is an essential part of the epidemiology of insomnia.

OBJECTIVE: To describe the demographic characteristics, symptoms of insomnia and daytime consequences in Mexican patients enrolled in the international study EQUINOX.

METHODS: The EQUINOX descriptive study originally included outpatients pertaining to 10 countries. In this report we analyzed data of patients attending primary care facilities in Mexico, with different reasons for medical consultation. We interviewed all patients for two consecutive days of each workweek. Those identified with insomnia received a standardized questionnaire that included anthropometric and socio-demographic characteristics of insomnia, daytime consequences of insomnia and type of intervention to treat it.

Correspondencia: Dr. Juan Manuel Márquez-Romero.
Centro de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Aguascalientes,
Av. Universidad No. 940, Ciudad Universitaria, Aguascalientes, 20131, México.
Correo electrónico: scint1st@gmail.com

Artículo recibido: Julio 11, 2013.
Artículo aceptado: Septiembre 10, 2013.

RESULTS: We evaluated 3,021 Mexicans, with a frequency of 62.3% insomnia. Difficulty initiating sleep was present in 1,135 patients (82.4%), difficulty maintaining sleep in 1,108 (80.4%), early morning awakenings in 983 (71.3%) and restless sleep in 1,144 patients (83%). The social, emotional, and professional functioning was affected in 75% of patients and in 25% this involvement was severe.

CONCLUSIONS: Insomnia is a very common sleep disorder in Mexicans. Primary care physicians play a key role in the identification, treatment and monitoring of insomnia and its daytime consequences.

Key words: Epidemiology, insomnia, Mexico, sleep, treatment.

INTRODUCCIÓN

La investigación epidemiológica del insomnio es un campo de reciente creación que avanza rápidamente. En sus inicios, a finales de los setentas, los estudios se concentraban en la determinación dicotómica de la presencia/ausencia del síntoma, mientras que en la actualidad se investiga sistemáticamente al insomnio en términos de frecuencia y duración.¹ Los estudios más recientes integran, además, la evaluación de los efectos deletéreos del insomnio en el funcionamiento diurno de los pacientes, pues evidencia actual indica que el funcionamiento en las esferas laboral, cognitiva y emocional, así como la percepción de salud en general de los pacientes que sufren de insomnio están afectados.² Con base en lo anterior, en la actualidad se recomienda evaluar de rutina las repercusiones diurnas del insomnio en todos los nuevos estudios sobre el tema.³

Un ejemplo importante y reciente de la investigación epidemiológica moderna del insomnio es el estudio EQUINOX (acrónimo del inglés *Evaluation of daytime Quality Impairment by Nocturnal awakenings in Outpatients eXperience*) publicado inicialmente en 2010,^{4,5} el cual evaluó datos de más de 5,000 pacientes provenientes de diez países. El presente trabajo tiene como objetivo presentar la información acerca de las características sociodemográficas, síntomas de insomnio y sus consecuencias diurnas de los pacientes mexicanos enrolados en el estudio EQUINOX.

MÉTODOS

Los métodos del estudio EQUINOX han sido descritos de forma amplia previamente.⁴ Brevemente, se trata de un estudio internacional, observacional y transversal, que se llevó a cabo entre 2005 y 2006 en colaboración con la Asociación Mundial de Medicina del Sueño en el cual se estudiaron pacientes externos que acudieron a evaluación con médicos de atención primaria en diez distintos países (Filipinas, Finlandia, Grecia, Jordania, Líbano, Marruecos, México, Portugal, Suecia y Suiza). Cada país contó con un coordinador nacional (JEA para el caso de México). Se utilizó una metodología especial para obtener una muestra representativa de las consultas de los médicos de atención primaria mexicanos. Los médicos de atención primaria que participaron en el estudio, se comprometieron a entrevistar a todos los pacientes que evaluaran por dos días consecutivos de cada semana de trabajo, independientemente del motivo de consulta. La *figu-*

ra 1 muestra la forma en la que se eligieron a los pacientes participantes, a quienes les fue aplicado un cuestionario de insomnio estandarizado. Todos los cuestionarios fueron aplicados previa firma de consentimiento informado. Los pacientes que habían recibido medicamentos para el tratamiento del insomnio en las 4 semanas previas a la entrevista fueron excluidos debido al potencial de estos fármacos de producir efectos secundarios con consecuencias diurnas (ej. somnolencia).

Se definió al insomnio de acuerdo con DSM-IV⁶ y a la Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño (ICSD-2),⁷ además, la definición de la Academia Americana de Medicina del Sueño se utilizó con propósitos exploratorios.⁸ El cuestionario estandarizado estuvo dividido en cinco secciones:

1. Criterios de elegibilidad.
 2. Características antropométricas y socio-demográficas,
 3. Características del insomnio:
- Dificultad para iniciar el sueño (DIS).
 - Dificultad para mantener el sueño (DMS).
 - Despertares matutinos tempranos (DMT).
 - Sueño no reparador (SNR).
 - Otros trastornos del sueño (apnea del sueño, síndrome de piernas inquietas o SPI).

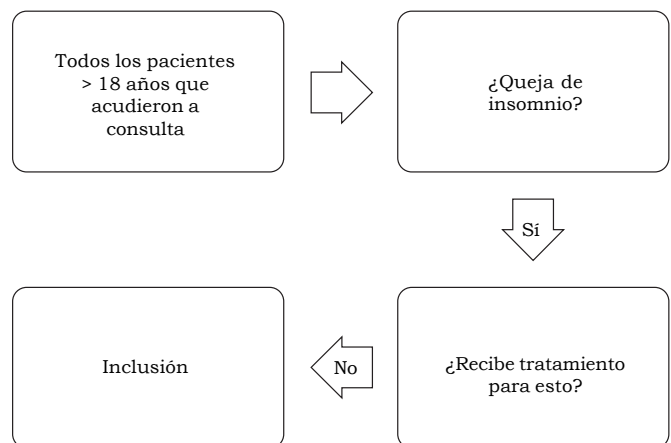


Figura 1. Flujoograma para la inclusión de los pacientes en EQUINOX.

4. Consecuencias diurnas del insomnio.
5. Tipo de intervención considerada para tratar el insomnio.

Análisis estadístico

Se realizó estadística descriptiva en el total de la población escrutada. A partir de ésta se calculó la frecuencia de insomnio. Para los análisis subsecuentes sólo los sujetos con queja de insomnio sin tratamiento y datos completos fueron tomados en cuenta. Se compararon las variables demográficas y las consecuencias diurnas del insomnio entre los diferentes grupos diagnósticos de insomnio, empleando estadística paramétrica (t de Student) o no paramétrica (U de Mann-Whitney), según fue apropiado. Las variables categóricas se presentan en tablas de frecuencias y para las comparaciones se utilizó la prueba de χ^2 . En todos los casos se consideró significado estadístico con un valor de $p < 0.05$.

RESULTADOS

Sujetos evaluados y frecuencia de insomnio

Durante el periodo que comprendió el estudio se evaluaron 3,021 pacientes en México, de entre éstos, 1,378 pacientes (44.6%) refirieron una queja de insomnio, adicionalmente 535 pacientes (17.7%) mencionaron estar recibiendo algún tratamiento para insomnio, dando una frecuencia de insomnio de 62.3% en esta muestra de pacientes evaluados por médicos de atención primaria en dos días consecutivos de consulta. Si bien los pacientes tratados fueron excluidos de los análisis posteriores, es interesante notar que había una mayor proporción de pacientes mujeres entre los insomnes que entre los no insomnes (63.1% frente a 59.1%, $p = 0.03$) a la vez que los primeros eran significativamente mayores en edad (47.3 ± 15.3 años frente a 32.28 ± 18.30 años, $p < 0.01$).

Características antropométricas

Hubo una marcada predominancia del sexo femenino y una distribución por edad con pico entre la quinta y sexta décadas de la vida, con 64% de los pacientes entre los 30 y los 60 años. En cuanto al peso, 43.5% presentó sobrepeso y 68% de los pacientes presento algún grado de sobrepeso u obesidad de acuerdo con el índice de masa corporal (IMC). La *tabla 1* muestra los datos completos de las variables antropométricas recolectadas.

Características sociodemográficas

Las características sociodemográficas registradas fueron aquellas que se consideran factores de riesgo para una calidad de sueño disminuida. Un total de 73 pacientes evaluados vivían solos, del resto menos de 40% convivían con al menos un niño menor de seis años y 30.5% estaba retirado o desempleado, de entre 69.5% de los pacientes empleados, sólo 73 pacientes tenían un trabajo que involucraba turnos irregulares. Finalmente, 66.8% de los entrevistados consideró que logró su mejor desempeño durante las mañanas. La *tabla 2* muestra las características demográficas de todos los pacientes analizados.

Tabla 1. Características antropométricas de los pacientes con insomnio.

| Variable | Medición |
|--|-----------------|
| Género femenino | 869 (63.1) |
| Edad (años), media \pm DE | 47.3 ± 15.3 |
| Grupos de edad: | |
| < 30 años | 198 (14.4) |
| (30-40) | 257 (18.7) |
| (40-50) | 315 (22.9) |
| (50-60) | 308 (22.4) |
| (60-70) | 165 (11.9) |
| ≥ 70 años | 134 (9.7) |
| Estatura (cm), media \pm DE | 162.9 ± 9.5 |
| Peso (kg), media \pm DE | 72.6 ± 14.9 |
| IMC (kg/m ²), media \pm DE | 27.3 ± 4.7 |
| IMC categórico | |
| < 25 kg/m ² | 447 (32.8) |
| (25-30 kg/m ²) | 593 (43.5) |
| (30-35 kg/m ²) | 257 (18.8) |
| ≥ 35 kg/m ² | 67 (4.9) |

IMC: Índice de Masa Corporal. Todos los datos n (%) a menos que se especifique lo contrario. **DE:** desviación estándar.

Tabla 2. Características socio-demográficas de los pacientes con insomnio.

| Variable | Medición |
|--|---------------|
| Vive solo | 73 (5.3) |
| Número de personas con las que convive, media \pm DE | 3.5 ± 2.0 |
| Número de niños < 6 años de edad con los que convive | |
| 0 | 638 (60.1) |
| 1 | 253 (23.8) |
| 2 | 107 (10.1) |
| 3 | 38 (3.6) |
| 4 | 23 (2.2) |
| 5 | 3 (0.3) |
| Empleado | |
| Tiempo Completo | 665 (49.0) |
| Tiempo Parcial | 279 (20.5) |
| Desempleado/Retirado | 414 (30.5) |
| Trabajador por turnos | 133 (14.6) |
| Turnos Regulares & | 51 (41.1) |
| Turnos Irregulares | 73 (58.9) |
| Tipo de residencia | |
| Rural | 22 (1.6) |
| Suburbana | 69 (5.0) |
| Urbana | 1,285 (93.4) |
| Mejor desempeño | |
| Matutino | 915 (66.8) |
| Vespertino | 214 (15.6) |
| No puede definir | 241 (17.6) |

Un total de 69 datos perdidos. Todos los datos n (%) a menos que se especifique lo contrario. DE: desviación estándar.

Características del Insomnio

Un total de 1,378 pacientes cumplieron con la definición de la Academia Americana de Medicina del Sueño y fueron considerados pacientes insomnes, de éstos 73.8% cumplió además con los criterios diagnósticos del DSM-IV y 97.8% los de la ICSD-2. De entre los subtipos de insomnio, la DIS estuvo presente en 1,135 pacientes (82.4%, IC del 95%: 80.4-84.4), la DMS en 1,108 (80.4%, IC de 95%: 78.3-82.5), los DMT en 983 (71.3%, IC del 95%: 68.9-73.7) y el SNR en 1,144 pacientes (83.0%, IC del 95%: 81.0-85;0). La *tabla 3* muestra las distintas

Tabla 3. Frecuencia de los subtipos de insomnio y sus combinaciones.

| Variable | n (%) |
|-----------------|-------------|
| DIS | 24 (1.74) |
| DIS+SNR | 64 (4.64) |
| DIS+DMS | 54 (3.92) |
| DIS+DMS+SNR | 158 (11.47) |
| DIS+DMS+DMT | 96 (6.97) |
| DIS+DMS+DMT+SNR | 630 (45.72) |
| DIS+DMT | 20 (1.45) |
| DIS+DMT+SNR | 89 (6.46) |
| SNR | 39 (2.83) |
| DMS | 13 (0.94) |
| DMS+SNR | 43 (3.12) |
| DMS+DMT | 20 (1.45) |
| DMS+DMT+SNR | 94 (6.82) |
| DMT | 7 (0.51) |
| DMT+SNR | 27 (1.96) |

DIS: Dificultad para iniciar el sueño. **DMS:** Dificultad para mantener el sueño. **DMT:** Despertares matutinos tempranos. **SNR:** Sueño no reparador.

combinaciones presentes en los pacientes, observándose que la presencia concomitante de las cuatro condiciones es la combinación más frecuente (46%). Es de llamar la atención que la DIS fue considerada por 61.4% de los pacientes como el pro-

blema del sueño más importante para ellos y que ningún paciente consideró al SNR como un problema del sueño. El ronquido tuvo una frecuencia en esta muestra de 56.8%, mientras que la presencia de apnea durante el sueño estuvo presente en 8.9% de los pacientes y el SPI en 22.3%.

Consecuencias diurnas del insomnio

Se utilizó una escala categórica para graduar la intensidad de las consecuencias diurnas del insomnio, la cual dividió éstas en: ausente o leve, moderado y severo. Sólo 27.2% de los pacientes consideró que el insomnio no producía un impacto negativo en la realización de sus actividades diarias, con 25% reportando un impacto severo en este rubro. En los 944 pacientes que laboraban a tiempo parcial o completo, 31.7% consideró que el insomnio no los afectaba en su trabajo y 18.9% que los afectaba gravemente. Las relaciones interpersonales se vieron afectadas en 64% y las actividades recreativas en 63% de los pacientes. Además, la memoria estaba afectada negativamente en 68% de los pacientes con 24% considerando una afectación severa y las frecuencias de afectación y afectación severa fueron de 72 a 23%, 79 a 31%, 74 a 29% y de 65 a 27% para la concentración, presencia de tensión, irritabilidad y depresión, respectivamente. La *tabla 4*

Tabla 4. Consecuencias diurnas del insomnio por subtipo y su gravedad en todos los pacientes estudiados.

| | | DIS ± SNR | DMS ± SNR | DMT ± SNR | Sólo SNR | DIS+DMS+DMT ± SNR | Total |
|--|----------------|------------|------------|------------|------------|-------------------|-------------|
| Impacto negativo en actividades diarias | n | 88 | 56 | 34 | 39 | 726 | 943 |
| | Ausente o Leve | 35 (39.77) | 22 (39.29) | 15 (44.12) | 26 (66.67) | 134 (18.46) | 232 (24.60) |
| | Moderado | 41 (46.59) | 25 (44.64) | 15 (44.12) | 9 (23.08) | 359 (49.45) | 449 (47.61) |
| | Severo | 12 (13.64) | 9 (16.07) | 4 (11.76) | 4 (10.26) | 233 (32.09) | 262 (27.78) |
| Impacto negativo en el trabajo (n = 944) | n | 67 | 37 | 28 | 31 | 475 | 638 |
| | Ausente o Leve | 30 (44.78) | 12 (32.43) | 15 (53.57) | 23 (74.19) | 104 (21.89) | 184 (28.84) |
| | Moderado | 29 (43.28) | 21 (56.76) | 11 (39.29) | 7 (22.58) | 243 (51.16) | 311 (48.75) |
| | Severo | 8 (11.94) | 4 (10.81) | 2 (7.14) | 1 (3.23) | 128 (26.95) | 143 (22.41) |
| Impacto negativo en sus relaciones interpersonales | n | 88 | 56 | 34 | 39 | 726 | 943 |
| | Ausente o Leve | 49 (55.68) | 33 (58.93) | 21 (61.76) | 26 (66.67) | 199 (27.41) | 328 (34.78) |
| | Moderado | 34 (38.64) | 17 (30.36) | 10 (29.41) | 11 (28.21) | 351 (48.35) | 423 (44.86) |
| | Severo | 5 (5.68) | 6 (10.71) | 3 (8.82) | 2 (5.13) | 176 (24.24) | 192 (20.36) |
| Impacto negativo en actividades recreativas | n | 88 | 56 | 34 | 39 | 726 | 943 |
| | Ausente o Leve | 43 (48.86) | 28 (50.00) | 17 (50.00) | 22 (56.41) | 201 (27.69) | 311 (32.98) |
| | Moderado | 36 (40.91) | 18 (32.14) | 13 (38.24) | 15 (38.46) | 352 (48.48) | 434 (46.02) |
| | Severo | 9 (10.23) | 10 (17.86) | 4 (11.76) | 2 (5.13) | 173 (23.83) | 198 (21.00) |
| Impacto negativo en la memoria | n | 88 | 56 | 34 | 39 | 726 | 943 |
| | Ausente o Leve | 45 (51.14) | 27 (48.21) | 17 (50.00) | 22 (56.41) | 161 (22.18) | 272 (28.84) |
| | Moderado | 29 (32.95) | 22 (39.29) | 15 (44.12) | 14 (35.90) | 358 (49.31) | 438 (46.45) |
| | Severo | 14 (15.91) | 7 (12.50) | 2 (5.88) | 3 (7.69) | 207 (28.51) | 233 (24.71) |
| Impacto negativo en la concentración | n | 88 | 56 | 34 | 39 | 726 | 943 |
| | Ausente o Leve | 41 (46.59) | 23 (41.07) | 20 (58.82) | 17 (43.59) | 148 (20.39) | 249 (26.41) |
| | Moderado | 36 (40.91) | 25 (44.64) | 12 (35.29) | 17 (43.59) | 377 (51.93) | 467 (49.52) |
| | Severo | 11 (12.50) | 8 (14.29) | 2 (5.88) | 5 (12.82) | 201 (27.69) | 227 (24.07) |
| Tensión | n | 88 | 56 | 34 | 39 | 726 | 943 |
| | Ausente o Leve | 32 (36.36) | 21 (37.50) | 18 (52.94) | 19 (48.72) | 93 (12.81) | 183 (19.41) |
| | Moderado | 41 (46.59) | 24 (42.86) | 12 (35.29) | 16 (41.03) | 346 (47.66) | 439 (46.55) |
| | Severo | 15 (17.05) | 11 (19.64) | 4 (11.76) | 4 (10.26) | 287 (39.53) | 321 (34.04) |
| Irritabilidad | n | 88 | 56 | 34 | 39 | 726 | 943 |
| | Ausente o Leve | 35 (39.77) | 24 (42.86) | 15 (44.12) | 21 (53.85) | 129 (17.77) | 224 (23.75) |
| | Moderado | 40 (45.45) | 22 (39.29) | 17 (50.00) | 16 (41.03) | 318 (43.80) | 413 (43.80) |
| | Severo | 13 (14.77) | 10 (17.86) | 2 (5.88) | 2 (5.13) | 279 (38.43) | 306 (32.45) |
| Depresión | n | 88 | 56 | 34 | 39 | 726 | 943 |
| | Ausente o Leve | 48 (54.55) | 21 (37.50) | 16 (47.06) | 28 (71.79) | 198 (27.27) | 311 (32.98) |
| | Moderado | 28 (31.82) | 24 (42.86) | 13 (38.24) | 9 (23.08) | 285 (39.26) | 359 (38.07) |
| | Severo | 12 (13.64) | 11 (19.64) | 5 (14.71) | 2 (5.13) | 243 (33.47) | 273 (28.95) |

muestra las consecuencias diurnas del insomnio y su gravedad en todos los pacientes estudiados y por subtipo de insomnio. El SNR fue el subtipo más importante para la presencia de un impacto negativo en las actividades diurnas así como para la percepción de alteración de concentración o memoria o la presencia de tensión, irritabilidad y/o depresión, alcanzando significado estadístico en todos los casos.

Otras consecuencias del insomnio fueron evaluadas de forma retrospectiva en los seis meses previos a la aplicación del cuestionario. Un total de 83 pacientes (6.7%) mencionaron al menos una hospitalización relacionada con sus problemas del sueño y 565 pacientes (42.5%) acudieron por lo menos una vez al médico a raíz del insomnio (mediana de 3), mientras que 520 pacientes (39.4%) refirieron sentirse enfermos en relación con el insomnio por lo menos un día en los últimos seis meses.

Finalmente, se evaluaron consecuencias menos frecuentes del insomnio en el periodo de los 12 meses previos a la aplicación del cuestionario, tales como quedarse dormido manejando, en este rubro, 174 sujetos dijeron haber sufrido por lo menos un evento de este tipo (13.1%), y de entre éstos 96 de ellos mencionaron haber estado involucrados en un accidente automovilístico a raíz de este problema. También, 362 pacientes (27.3%) mencionaron haber tenido por lo menos un accidente doméstico relacionado con el insomnio durante ese periodo y 228 (17.2%) para el caso de accidentes laborales.

Intervenciones consideradas para tratar el insomnio y seguimiento

Se registró el tipo de intervención utilizado para dar tratamiento y seguimiento a la queja de insomnio identificada. Esta intervención estuvo sujeta al juicio y experiencia del médico evaluador, sin que mediara intervención externa alguna. A este respecto el uso de productos herbales se consideró en 21.5% de los pacientes, mientras que un medicamento hipnótico se indicó en 78.9% de los pacientes. Los ansiolíticos fueron utilizados en 36% mientras que los antidepresivos se prescribieron en 20.2% de los pacientes. Otros fármacos se utilizaron en 35.8%. Se logró una visita de seguimiento en 88.9% de los pacientes. El 17.4% de los pacientes fueron referidos con un especialista en trastornos del sueño, el resto recibió atención continuada por el médico que realizó la evaluación inicial.

DISCUSIÓN

El trastorno del funcionamiento diurno o, en otras palabras, la presencia de consecuencias diurnas, es un requisito para el diagnóstico definitivo de insomnio de acuerdo con el DSM-IV y a la ICSD-2; además, esta alteración debe ser percibida y autorreportada por el paciente. Sin embargo hasta la actualidad es poco clara la forma en la que el trastorno del sueño y el del funcionamiento diurno se interrelacionan.⁹ Las razones para esto son varias y entre las más importantes se encuentra la heterogeneidad que existe en las percepciones y el reporte de las alteraciones entre los pacientes con insomnio, ya que existe una proporción

significativa de pacientes con insomnio que no reportan percibir alteración alguna de su funcionamiento diurno,¹⁰ mientras que otros pacientes no sólo perciben un funcionamiento anormal, sino también otros problemas como ansiedad, depresión, fatiga y dificultad para la concentración y la atención en relación con el insomnio. Otro aspecto importante es la baja correlación entre la percepción de consecuencias diurnas del insomnio y la calidad del sueño medida cuantitativamente, por ejemplo, a través de electroencefalografía.¹¹

A pesar de lo anterior, múltiples estudios han corroborado la consistencia de la asociación entre el trastorno en el funcionamiento diurno y el autorreporte de insomnio¹² independientemente de la población que se estudie. Como se puede observar en los resultados, el insomnio evaluado en la medicina general en México tiene una frecuencia alta (62.3%) y presenta consecuencias diurnas en 72.8% de los casos, lo cual es consistente con otros estudios, por ejemplo, en la población general de Francia, con una prevalencia de 18.6%, las repercusiones diurnas del insomnio fueron encontradas en 67% de los casos¹³ y en la población de Finlandia con una prevalencia de 37.6% las consecuencias diurnas estuvieron presentes en 39.9% de los pacientes,¹⁴ cabe señalar que a pesar de que estos estudios fueron realizados en la población general, el porcentaje de pacientes con alteración del funcionamiento diurno es bastante parecido al encontrado en nuestra población seleccionada de pacientes mexicanos que acudieron a una consulta de médico general, aunque la prevalencia sea mucho mayor en nuestra muestra por el sesgo de selección, a este respecto, ciertas acotaciones son pertinentes a la población de este estudio, por ejemplo, una edad al diagnóstico menor (media de 47 años), la alta frecuencia de sobrepeso u obesidad (68%) y la baja frecuencia de pacientes viviendo solos (5.3%) o sin niños menores de seis años (39.9%), lo cual contrasta con los datos provenientes de países europeos desarrollados (Finlandia, Suecia y Suiza) donde el perfil epidemiológico del paciente insomne es el de un paciente mayor de 50 años, sin sobrepeso y que vive solo, esto de acuerdo con los resultados del reporte internacional EQUINOX.⁴

En cuanto a los subtipos de insomnio, corroboramos que el SNR es el subtipo más frecuente, el cual tiene una prevalencia en la población general de alrededor de 11% y en nuestra población de 83% en combinación con los otros subtipos de insomnio, aunque de forma aislada estuvo presente sólo en 2.8%, dato similar al 3.9% reportado para SNR aislado en el estudio de Walsh, *et al.* basado en encuesta telefónica.² Además de ser el subtipo más frecuente, el SNR es también el más importante, ya que estuvo asociado fuertemente con la percepción de alteración de concentración o memoria o la presencia de tensión, irritabilidad y/o depresión en los pacientes de este estudio. Al SNR también se le ha encontrado un papel muy relevante para la presencia de somnolencia diurna, búsqueda de consulta médica y uso de medicamentos comparado con otros subtipos de insomnio¹⁵ y de forma independiente a la DIS, DMS y a los DMT.¹⁶

En cuanto al tratamiento y seguimiento de los pacientes, cerca de 80% de los pacientes requirieron tratamiento con

fármacos inductores del sueño y la comorbilidad con ansiedad y/o depresión estuvo presente en 36 y 20%, respectivamente; es importante señalar que a diferencia de lo que ocurre en otros países, en el caso de México el uso de inductores del sueño no se vio afectado por la presencia de ansiedad y/o depresión como, por ejemplo, en el estudio de Pawaskar, *et al.*,¹⁷ realizado también en pacientes externos, en el cual 38% de los pacientes insomnes tuvo ansiedad y/o depresión, pero la presencia de estos trastornos se relacionó estadísticamente con una menor probabilidad de recibir tratamiento específico para el insomnio. La razón para esta discrepancia es incierta, si bien puede ser debida a una actitud más abierta a la prescripción de inductores del sueño por parte de los médicos mexicanos, se sabe que los factores implicados en la prescripción de medicamentos para el insomnio son múltiples e incluyen la edad, el género, el potencial de abuso e incluso el grupo étnico del paciente.¹⁸

Además del claro sesgo de selección, existen algunas limitaciones del presente estudio que deben ser mencionadas. El uso del autorreporte como instrumento de obtención de datos implica la posibilidad de que la percepción de la severidad de las consecuencias del insomnio esté incrementada o influenciada por el estado físico o anímico del paciente que acude a consulta médica y dificulta además la certeza diagnóstica de otros trastornos comórbidos como la depresión, la ansiedad o el deterioro cognitivo, los cuales no pudieron ser evaluados por medio de instrumentos estandarizados en pro de mantener la sencillez y viabilidad del cuestionario estandarizado para el estudio EQUINOX. Por último, el diseño transversal y el método de muestreo no aleatorio en dos días consecutivos de trabajo semanales en las clínicas de atención primaria impiden el cálculo de la prevalencia y la adecuada valoración del patrón estacional del insomnio que ha sido descrito en otras poblaciones.^{14,19}

Consideramos, sin embargo, que como todo estudio transversal, este trabajo puede ser el punto de partida para futuras exploraciones prospectivas de la epidemiología del insomnio y sus consecuencias en México. Dentro del contexto de estas limitaciones, en este estudio encontramos que el insomnio tiene una prevalencia alta en la población de pacientes que acuden a consulta de medicina general en México, siendo la coexistencia de los cuatro subtipos de insomnio la combinación más frecuente de síntomas. En cuanto a las consecuencias diurnas del insomnio sobre el funcionamiento social, laboral y emocional, éstas afectan a tres cuartas partes de los pacientes y en un cuarto de los pacientes esta afectación es considerada severa. Finalmente, otras consecuencias del insomnio potencialmente graves como la presencia de accidentes laborales, domésticos o de tránsito también ocurren en un porcentaje bajo de los pacientes. Todo lo anterior subraya la importancia del insomnio como entidad clínica y la de los médicos de atención primaria como principal fuente de identificación, tratamiento y seguimiento de los pacientes que padecen insomnio.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

No existe conflicto de intereses que competa al contenido de esta contribución.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Sanofi Aventis de México, S.A. de C.V. proporcionó financiamiento económico para el desarrollo de la presente investigación y la preparación del escrito, sin embargo, no tuvo ningún papel en el diseño del estudio, en la recolección de datos, en el análisis e interpretación de la información y en la decisión para envío a publicación.

GRUPO DE EQUINOX DE MÉXICO

Ma. de Lourdes Muñiz Belmonti, Tinas Nicanor Oyuki, Víctor López Bonilla, José R. Barrera Domingo, Ma. de la Luz Patiño Salgado, Ma. Elena Medrano Gaytán, Alberto Alarcón Ramírez, Enrique de Jesús Hernández, Miguel Bellacettin Barragán, Graciela Torres Ulloa, Víctor Aranda Velázquez, Tomas Curiel Robledo, Salvador Pacheco Flores, Adela Soto, Sandra Contreras Espejel, Nadia Mandujano, Ana González, Jaime Jiménez Herrera, Ma. del Pilar Argoytia, Sebastián Preciado, Carlos Hernández Díaz, Bernardo Navarro Zepeda, Juvenal Ruiz Villagrán, Fernando Garibay Carlos, Contreras Plascencia J., Susana Navarro Uribe, Salvador Navarro Rodríguez, Luz Camacho Rodríguez, Ma. Esperanza Jiménez, Ismael Félix Aldaba, Marcos García Cárdenas, Elvira Garibay Delgadillo, Guillermo Delgadillo G., Yolanda López Macedo, Rodolfo Valencia Romero, J. Jesús Prieto Núñez, Eduardo Oliva Bernal, Fernando Nicolás Benítez, Bonifacio Campos Morales, Mario A. González Ramírez, Julia Torres, Rosa M. Padilla Sandoval, O. Graciela Dávila Díaz, Ma. Teresa Uribe Arreola, Ma. Cecilia Elizondo R., Humberto Gallardo C., Ma. Consuelo López Godínez, Ernesto Vázquez V., Jorge J. Valencia Romero, Andrés Mayorga Rodríguez, Patricia Gómez Vázquez, Patricia Ríos Ramírez, Erika González Salinas, Bertha A. Pineda, José de Jesús Navarro, Ignacio Chávez García, Lino Martínez, Pánfilo Iñiguez González, Reynaldo Saldivar, Rebeca A. Garza Treviño, Javier González, Librado Martínez, Germán Lelo de Larrea, Guillermo González, Homero González, Leonel Romo, Genoveva González, Sergio A. González, Adolfo D. Lozano, Ricardo Gastelum, Ma. del Rosario Flores, Waldo Iván Gómez, Felipe Hernández Colunga, Jesús Flores Mora, Susana Cantú, Sergio Ramírez, Orlando Escamilla, Martha Elisa Hernández, José Gpe. González, Francisco Alvarado Carrillo, Irma Castillo Soto, Susana Boone Rodríguez, Blanca Lilia Sandoval, Jaime Del Pozo, Fernando Garza, Jorge del Pozo, Adil Olea Vázquez, Gabriela López, Alejandro del Pozo, Marcelo Rosales, César de Lara, Lorena Nieves Ramírez, Leopoldo Anaya Tovar, Ma. Cruz Solórzano, Blanca Escalante López, Roberto Bejarano, Rodolfo Aguilar Álvarez, Geny Espinoza Cahum, Gerardo Comboy López, Adrián Yáñez Cerrón, Silvia Rojas Magaña, Arturo Soriano Pérez, Concepción Pérez Rey, Rosa Vázquez Maldonado, Jesús Hernández, Ma. Carmen Moncada Chávez, Roberto García Herrera, Itzel Pedraza Rivas, Antonio Pedraza M., Ana Emilia Macías Flores, Adriana Mejía, Rosaura Mejía, Nora Mazzini Guillen, Leticia González, Ma. Gpe. Ramos Pizarro, Martha Galicia Flores, Edgar S. Hernández V., Ernesto Hernández G., Raúl Garnica Ríos, Sergio Dávila C., Víctor Manuel Flores, Miguel A. López

Hernández, Guadalupe Hernández Becerra, Olimpia Lucio V., Elia Lucio Cue, Lucia Gpe. Cobos C., Cristóbal Lucio Velásquez, Eduardo Zendejas Huerta, Ma. del Rocío Arellano A., Marco A. Guevara, Juan Raúl Andrade F.

REFERENCIAS

1. Bixler EO, Kales A, Soldatos CR, et al. Prevalence of sleep disorders in the Los Angeles metropolitan area. *Am J Psychiatry* 1979; 136: 1257-62.
2. Walsh JK, Coulouvrat C, Hajak G, et al. Nighttime insomnia symptoms and perceived health in the America Insomnia Survey (AIS). *Sleep* 2011; 34: 997-1011.
3. Ohayon MM, Guilleminault C, Chokroverty S. Sleep epidemiology 30 years later: where are we? *Sleep Med* 2010; 11: 961-2.
4. Leger D, Partinen M, Hirshkowitz M, et al. Characteristics of insomnia in a primary care setting: EQUINOX survey of 5293 insomniacs from 10 countries. *Sleep Med* 2010; 11: 987-98.
5. Leger D, Partinen M, Hirshkowitz M, et al. Daytime consequences of insomnia symptoms among outpatients in primary care practice: EQUINOX international survey. *Sleep Med* 2010; 11: 999-1009.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic criteria from DSM-IV-TR. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 2000.
7. American Academy of Sleep Medicine. The international classification of sleep disorders : diagnostic and coding manual. Westchester, Ill.: American Academy of Sleep Medicine; 2005.
8. Edinger JD, Bonnet MH, Bootzin RR, et al. Derivation of research diagnostic criteria for insomnia: report of an American Academy of Sleep Medicine Work Group. *Sleep* 2004; 27: 1567-96.
9. Ustinov Y, Lichstein KL, Wal GS, et al. Association between report of insomnia and daytime functioning. *Sleep Med* 2010; 11: 65-68.
10. Riedel BW, Lichstein KL. Insomnia and daytime functioning. *Sleep Med Rev* 2000; 4: 277-98.
11. Rosa RR, Bonnet MH. Reported chronic insomnia is independent of poor sleep as measured by electroencephalography. *Psychosom Med* 2000; 62: 474-82.
12. Ohayon MM, Caulet M, Guilleminault C. How a general population perceives its sleep and how this relates to the complaint of insomnia. *Sleep* 1997; 20: 715-23.
13. Ohayon MM, Lemoine P. [Daytime consequences of insomnia complaints in the French general population]. *Encephale* 2004; 30: 222-7.
14. Ohayon MM, Partinen M. Insomnia and global sleep dissatisfaction in Finland. *J Sleep Res* 2002; 11: 339-46.
15. Ohayon MM. Prevalence and correlates of nonrestorative sleep complaints. *Arch Intern Med* 2005; 165: 35-41.
16. Roth T, Zammit G, Lankford A, et al. Nonrestorative sleep as a distinct component of insomnia. *Sleep* 2010; 33: 449-58.
17. Pawaskar MD, Joish VN, Camacho FT, et al. The influence of comorbidities on prescribing pharmacotherapy for insomnia: evidence from US national outpatient data 1995-2004. *J Med Econ* 2008; 11: 41-56.
18. Rasu RS, Shenolikar RA, Nahata MC, et al. Physician and patient factors associated with the prescribing of medications for sleep difficulties that are associated with high abuse potential or are expensive: an analysis of data from the National Ambulatory Medical Care Survey for 1996-2001. *Clin Ther* 2005;27:1970-1979.
19. Husby R, Lingjaerde O. Prevalence of reported sleeplessness in northern Norway in relation to sex, age and season. *Acta Psychiatr Scand* 1990; 81: 542-47.