



Prevalencia de los trastornos del sueño en la ciudad de Madrid

A. Vela-Bueno^{1,2} / M. de Iceta³ / C. Fernández⁴

¹Departamento de Psiquiatría, Universidad Autónoma de Madrid.

²Centro de Medicina del Sueño, Madrid.

³Departamento de Psiquiatría, Universidad Complutense de Madrid.

⁴Hospital Clínico San Carlos (Madrid), Servicio de Medicina Preventiva, Unidad de Apoyo a la Investigación.

Correspondencia: Mariano de Iceta. C/ San Bernardo, 97-99, 7.º L. 28015 Madrid.

E-mail: miceta@retemail.es

Recibido: 23 de marzo de 1998

Aceptado: 15 de julio de 1999

(Prevalence of sleep disorders in Madrid, Spain)

Resumen

Fundamentos: Los trastornos del sueño constituyen una entidad clínica de gran impacto sanitario y socioeconómico. En España existen datos epidemiológicos aislados, careciendo hasta la fecha de estudios que abarquen la globalidad de trastornos del sueño en población adulta.

Método: Se entrevistó a una muestra de 1.500 individuos adultos de la ciudad de Madrid durante el primer semestre de 1990, empleando un cuestionario clínico que incluía datos sociodemográficos, hábitos, trastornos del sueño, e información sobre patología somática y psiquiátrica. Se analiza la influencia del sexo, la edad y la situación laboral en la prevalencia de los distintos trastornos.

Resultados: 1.131 sujetos (75,4%) completaron la entrevista. Un 22,8% (IC 95%: 20,4-25,4) refería padecer alguna dificultad con el sueño. El insomnio aparecía en el 11,3% (9,5-13,3) de los entrevistados, con un predominio en mujeres, edades avanzadas y niveles socioeconómicos más bajos. Dentro de los trastornos de excesiva somnolencia, un 11,6% (9,8-13,7) de la muestra se quejaba de somnolencia diurna y un 3,2% (2,2-4,4) de hipersomnia, siendo infrecuentes los ataques de sueño y la parálisis del sueño. En lo concerniente a las parasomnias, las pesadillas aparecían en el 12,3% (10,4-14,4) de la muestra. La prevalencia del sonambulismo, los terrores nocturnos y la enuresis oscilaba en torno al 1%. El ronquido diario estaba presente en el 11,9% (10,1-14,0) de los encuestados. Un 1,1% (0,6-2,0) refería padecer pausas respiratorias durante el sueño.

Conclusiones: Se estima una elevada prevalencia de trastornos del sueño en la población adulta de la ciudad de Madrid. Las cifras son en general comparables a estudios realizados en otros países, comentándose las diferencias encontradas.

Palabras clave: Epidemiología. Prevalencia. Trastornos del Sueño. Población Adulta.

Summary

Introduction: Sleep disorders are among the clinical entities with a great health and socioeconomic impact. So far, in Spain there are isolated epidemiologic data, lacking from studies that cover the full spectrum of sleep disorders in the general adult population.

Methods: A sample of 1,500 adult subjects from Madrid were interviewed during the first semester of 1990, using a clinical questionnaire including sociodemographic data, habits, sleep disorders, and information regarding somatic and psychiatric pathology. A detailed analysis of the influence of sex, age and occupational status on the prevalence of the different disorders is presented.

Results: 1,131 persons (75.4%) completed the interview. 22.8% (95% confidence interval, CI: 20.4-25.4) referred at least one sleep difficulty, 11.3% (9.5-13.3) of the sample complained of insomnia, this being more common in women, older individuals and unemployed. Daytime sleepiness was reported by 11.6% (9.8-13.7) of the sample, and 3.2% (2.2-4.4) referred hypersomnia, with sleep attacks and sleep paralysis being rarely found. Regarding parasomnias, 12.3% (10.4-14.4) had nightmares, with the prevalence of somnambulism, night terrors and enuresis being near 1%. Daily snoring was present in 11.9% (10.1-14.0) of the sample, whereas 1.1% (0.6-2.0) reported respiratory pauses during the night.

Conclusions: A high prevalence of sleep disorders is estimated in the adult population of the city of Madrid, Spain. Our data are in general similar to those found in other countries, and differences found are discussed.

Introducción

Los trastornos del sueño constituyen un área de la patología de gran importancia sanitaria y socioeconómica. Algunos de ellos implican un riesgo directo para la vida del paciente¹⁻³. Se ha demostrado además que diversos trastornos afectan de manera muy negativa a la calidad de vida⁴⁻⁹, y se asocian incluso con un elevado número de accidentes laborales y de tráfico^{10,11}. Por todo ello, es imprescindible el estudio y conocimiento de la epidemiología de los trastornos del sueño. El interés en este campo ha aumentado en la última década^{12,13}, existiendo en la actualidad múltiples estudios que en su mayoría se han centrado en un trastorno o unos pocos, y que en muchos casos se han realizado en grupos de edad limitados. En general, las cifras de prevalencia para la mayoría de los diferentes trastornos estudiados son altas, aunque muestran discrepancias entre sí, que pueden explicarse por diferencias metodológicas¹³.

En nuestro país no existen hasta la fecha estudios sobre la prevalencia del conjunto de los trastornos del sueño en la población general. Los trabajos epidemiológicos sobre trastornos del sueño en población española publicados en la literatura se limitan a uno o unos cuantos trastornos¹⁴⁻¹⁹, a un subgrupo de edad determinado¹⁸, o adolecen de sesgos (estudios realizados en demandantes de atención sanitaria) que impiden la generalización de sus datos¹⁵⁻¹⁷. El objetivo del estudio fue estimar la prevalencia de los diferentes trastornos del sueño en la población general adulta de la ciudad de Madrid.

Sujetos y métodos

El estudio se realizó de manera transversal durante los seis primeros meses de 1990. La población objeto de este estudio fueron personas de 18 o más años de edad residentes en la ciudad de Madrid en viviendas familiares. La muestra inicial consistió en 1.500 sujetos extraídos del Censo de 1986 de forma sistemática con arranque aleatorio, mediante un método de estratificación por distritos con fijación proporcional (0,10%). La muestra fue calculada para un 20% de prevalencia, con una precisión del 2% y un error alfa del 5%.

Se utilizó un cuestionario, versión modificada del cuestionario empleando con fines clínicos en el Centro de Medicina del Sueño del Departamento de Psiquiatría de la Universidad del Estado de Pennsylvania durante más de veinte años, que consta de cinco secciones: características sociodemográficas, hábitos generales (incluyendo los del sueño), trastornos del

sueño (dificultad para quedarse y permanecer dormido, despertar final adelantado, insomnio, pesadillas, terrores nocturnos, sonambulismo, enuresis, excesivo sueño, ronquido y apnea del sueño), salud física y salud mental. Las preguntas concernientes a los trastornos del sueño se referían al mes previo a la realización de la entrevista.

Las entrevistas fueron realizadas a domicilio a los sujetos de la muestra, por cinco estudiantes de Medicina de los últimos años de carrera, que recibieron una formación específica previa en patología del sueño. Se obtuvieron 1.131 cuestionarios válidos tras descartar los sujetos que se negaron a completar la entrevista y los cuestionarios con información insuficiente. El número de cuestionarios válidos representa el 75,4% de la muestra original.

Definición de variables

A continuación se describen las preguntas específicas empleadas para definir las distintas variables, siempre referidas al último mes. En algún caso (pesadillas, terrores nocturnos y parálisis de sueño) se explicó a los sujetos entrevistados en qué consistía el trastorno y a continuación se les preguntaba por la presencia del mismo:

Insomnio

— Insomnio: ¿Tiene usted insomnio? En caso afirmativo, ¿cuántos días por semana?

— Dificultad para quedarse dormido: ¿Cuántas noches por semana tiene dificultad para quedarse dormido?

— Dificultad para permanecer dormido: ¿Cuántas noches por semana se despierta durante la noche?

— Despertar final adelantado: ¿Cuántas noches por semana se despierta por la noche no pudiendo volver a concebir el sueño?

— Cualquier dificultad del sueño: Se obtiene a partir de obtener una respuesta positiva en cualquiera de las tres variables anteriores.

En estas variables, se consideró que una dificultad estaba en efecto presente si ocurría en cuatro o más días de la semana.

Trastornos de excesiva somnolencia

— Somnolencia diurna: ¿Se siente usted somnoliento la mayor parte del día sin que tenga necesidad irresistible de dormir?

— Ataques de sueño: ¿Hay momentos durante

el día en que siente una necesidad irresistible de dormir?

— Parálisis de sueño: Se explicó la definición del trastorno al entrevistado, preguntando a continuación por la presencia de dicho trastorno.

— Hipersomnia: ¿Se siente usted somnoliento la mayor parte del día a pesar de dormir mucho por la noche?

La presencia de estos trastornos se consideró positiva siempre que se obtuvo una respuesta afirmativa a alguna de estas preguntas.

Parasomnias

— Pesadillas y terrores nocturnos: Los entrevistados explicaron a los sujetos la diferencia entre pesadillas y terrores nocturnos, preguntándose a continuación, la frecuencia en que habían sufrido uno u otro fenómeno en el último mes.

— Sonambulismo: ¿Sabe usted si alguna vez camina por la noche estando dormido?

— Enuresis: ¿Se orina alguna vez en la cama?

Dado el carácter episódico de estos fenómenos, se consideró presente un trastorno al obtener una respuesta afirmativa a las preguntas anteriores.

Ronquido y apnea del sueño

— Ronquido: ¿Ronca usted? ¿Con qué frecuencia? Dada la alta prevalencia obtenida, consideramos para el análisis sólo aquellos sujetos que afirmaban roncar a diario al considerar estos individuos como los que verdaderamente padecen el trastorno.

— Apnea: ¿Tiene pausas respiratorias durante el sueño? Se consideró la presencia del trastorno las respuestas afirmativas a esta pregunta.

Análisis estadístico

Las variables cualitativas se describen con su distribución de frecuencias. Se calcularon las prevalencias de los trastornos del sueño y sus intervalos de confianza al 95% (IC 95%). La relación entre los trastornos del sueño y las variables independientes se cuantificaron mediante Odds Ratios (OR) ajustados de Mantel-Haenszel, junto con sus IC 95%, y un modelo jerárquico de regresión logística no condicional, cuando eran más de dos variables. La estrategia de ajuste se realizó con un método hacia atrás y se consideró $p > 0,10$ para la eliminación de variables. En el análisis de variables ordinales se empleó el test de chi-cuadrado de tendencia lineal de proporciones; para las variables cuantitativas se utilizó la t de Student. Los datos referentes

a estas últimas se resumen en su media junto al IC 95%. El análisis estadístico se realizó empleando el paquete estadístico SPSS v.7.0 para Windows 95.

Para la revisión bibliográfica se realizaron búsquedas en Medline con los términos «Spain» y «Sleep», y «Spain» y «Epidemiol», seleccionando los artículos relevantes hasta la fecha (enero 1998). Posteriormente se obtuvieron referencias secundarias de interés a partir de los artículos seleccionados.

Resultados

Características de la muestra

La **tabla 1** contiene una descripción de las características sociodemográficas de la muestra final resultante. La razón mujer/hombre es de 1.13, siendo la edad media de las mujeres significativamente mayor que la de los hombres, manteniéndose la diferencia a través

Tabla 1. Encuesta transversal sobre la prevalencia de trastornos del sueño en la ciudad de Madrid, durante el primer semestre de 1990. Características sociodemográficas de la muestra (N = 1.131)

	Hombres N (%)	Mujeres N (%)
Sexo	532 (47)	599 (53)
Edad ^a		
Media (D.E.)	42,48 (17,95)	45,09 (18,36)
Distribución por edades ^b		
18-34 años	228 (42,86)	208 (34,72)
35-49 años	120 (22,56)	151 (25,21)
50-64 años	107 (20,11)	133 (22,2)
65 o más años	77 (14,47)	107 (17,86)
Educación ^c		
Sin graduado escolar	92 (17,69)	139 (24,13)
Educación primaria	99 (19,04)	132 (22,92)
Enseñanza secundaria	124 (23,85)	132 (22,92)
Estudios medios/superiores	205 (39,42)	176 (30,4)
Estado Civil ^d		
Solteros/as	202 (38,19)	203 (34,06)
Casados/as	296 (55,95)	316 (53,02)
Separados/as-divorciados/as	12 (2,27)	15 (2,52)
Viudos/as	19 (3,59)	62 (10,4)
Situación laboral ^d		
Activo	351 (66,1)	216 (36,12)
Pasivo	55 (10,36)	164 (27,52)
Estudiantes, amas de casa, jubilados	125 (23,54)	218 (36,58)

^ap < 0,05.

^b χ^2 de tendencia lineal, p < 0,01.

^c χ^2 de tendencia lineal, p < 0,001.

^d χ^2 , p < 0,001.

de los grupos de más edad. El nivel educativo de los hombres era más elevado en nuestra muestra, con casi un 40% de sujetos que alcanzaron estudios medios o superiores. La mayoría de los sujetos estaban casados (54,4%); observándose diferencias significativas en el resto de los estados civiles, con un predominio de los hombres solteros, y de las mujeres viudas ($p < 0,001$). Finalmente, la situación laboral era significativamente diferente entre ambos sexos, con un marcado predominio del hombre en las clases activas (66,1% frente a 36,12%; $p < 0,001$).

Prevalencia de los trastornos del sueño

Insomnio

Un total de 128 individuos (11,3%) se consideraban insomnes, 14,4% en mujeres y 7,8% en hombres ($p = 0,001$) (tabla 2). La prevalencia de las dificultades del sueño osciló entre el 17,6% para la dificultad para quedarse dormido y el 8,9% para el despertar final adelantado; cuando se consideró globalmente la presencia de cualquier dificultad la cifra de prevalencia ascendía hasta el 22,8% (tabla 2). Entre los insomnes se observa un predominio de mujeres, con un aumento de la prevalencia del trastorno con la edad ($p < 0,01$) (tabla 3). Entre los grupos no-activos laboralmente, el insomnio era dos veces más frecuente que en los sujetos activos, una vez ajustada la prevalencia por edad y sexo (tabla 3).

Tabla 2. Encuesta transversal sobre la prevalencia de trastornos del sueño global y por sexo en la ciudad de Madrid, durante el primer semestre de 1990. Prevalencia global de los trastornos del sueño con los IC 95% exactos

	Prevalencia global				
	%	(IC 95%)	N	Hombre	Mujer
Insomnio					
Insomnio	11,3	(9,5-13,3)	1.126	*7,8	14,4
Dificultad para quedarse dormido (DQD)	17,6	(15,4-19,9)	1.131	7,3	10,4
Dificultad para permanecer dormido (DPD)	10,8	(9,0-12,7)	1.131	*6,6	14,5
Despertar final adelantado (DFA)	8,9	(7,3-10,8)	1.131	*13,0	21,7
Cualquier dificultad de sueño	22,8	(20,4-25,4)	1.131	*17,7	27,4
Trastornos de excesiva somnolencia					
Somnolencia diurna	11,6	(9,8-13,7)	1.099	3,4	3,0
Ataques de sueño	0,5	(0,2-1,2)	1.131	0,9	0,2
Parálisis de sueño	0,3	(0,1-0,8)	1.131	0,0	0,5
Hipersomnia	3,2	(2,2-4,4)	1.131	10,8	12,4
Parasomnias					
Pesadillas	12,3	(10,4-14,4)	1.131	*8,6	15,5
Terros nocturnos	1,5	(0,9-2,4)	1.131	1,1	1,8
Sonambulismo	1,1	(0,6-1,9)	1.130	0,6	1,5
Enuresis	0,7	(0,3-1,4)	1.131	0,4	1,0
Ronquido y apnea del sueño					
Ronquido diario	11,9	(10,1-14,0)	1.131	*15,4	8,8
Apnea del sueño	1,1	(0,6-2,0)	1.131	1,1	1,2

* $p < 0,001$.

Tabla 3. Encuesta transversal sobre la prevalencia de trastornos del sueño en la ciudad de Madrid, durante el primer semestre de 1990. OR ajustados con IC 95% por sexo, grupo de edad y situación laboral del insomnio y las dificultades del sueño (N = 1.131)

	Insomnio	DQD	DPD	DFA	Cualquier dificultad
Sexo					
Hombres vs mujeres	0,6 (0,4-0,9)	0,7 (0,5-0,9)	0,5 (0,3-0,8)	0,7 (0,5-1,0)	0,7 (0,5-0,9)
Edad					
18-34	1 ^a	1 ^a	1 ^a	1 ^b	1 ^a
35-49	2,5 (1,4-4,5)	1,3 (0,8-2,1)	4,0 (2,0-8,0)	2,3 (1,1-4,7)	1,5 (1,0-2,3)
50-64	3,7 (2,1-6,4)	2,1 (1,4-3,2)	7,2 (3,8-13,8)	3,1 (1,6-6,1)	2,6 (1,7-3,9)
65 o más	3,1 (1,7-5,8)	2,5 (1,6-4,0)	6,8 (3,4-13,6)	5,0 (2,6-9,5)	4,7 (3,0-7,2)
Situación laboral					
Activo	1	1	1	1	1
Estudiantes, amas de casa y jubilados	1,5 (0,9-2,5)	2,5 (1,7-3,7)	1,9 (1,1-3,1)	2,4 (1,3-4,2)	1,8 (1,2-2,6)
Pasivo	2,1 (1,2-3,5)	1,9 (1,2-3,0)	1,2 (0,7-2,2)	3,2 (1,8-5,8)	1,6 (1,1-2,4)

^a Chi cuadrado tendencia lineal ajustado por edad, sexo y situación laboral ($p < 0,001$).

^b Chi cuadrado tendencia lineal ajustado por edad y situación laboral ($p < 0,001$).

DQD (Dificultad para Quedarse Dormido).

DPD (Dificultad para Permanecer Dormido).

DFA (Despertar Final Adelantado).

La distribución de las dificultades del sueño sigue un patrón muy similar. Destaca por la magnitud del O.R. la influencia de la edad en la dificultad para permanecer dormido (tabla 3). Con respecto a la situación laboral, la asociación más marcada con las clases pasivas fue para el despertar final adelantado, siendo tres veces más frecuente el despertar final adelantado en este grupo que en los laboralmente activos. La tabla 3 muestra los datos ajustados por edad, sexo y/o situación laboral cuando fue preciso.

Trastornos de excesiva somnolencia

Un 11,6% (n = 127) de la muestra refirieron sufrir somnolencia diurna (tabla 2). La distribución de la prevalencia por sexos de este síntoma fue similar, agrupándose mayoritariamente en el grupo de menos edad, disminuyendo la prevalencia a medida que la edad aumenta (p < 0,001) (tabla 4). Treinta y seis sujetos (3,2% de la muestra) afirmaron padecer hipersomnia (tabla 2). La distribución por sexo y edad fue similar a la de la somnolencia diurna, si bien la disminución con la edad no es tan acusada. En cuanto a la influencia de la situación laboral, la hipersomnia se asociaba con estar laboralmente activo, si bien al ajustar esta asociación con la influencia de la edad, la fuerza de la misma disminuye, perdiéndose la significación estadística (tabla 4). Un 0,5% (n = 6) y un 0,3% (n = 3) de la muestra presentaban ataques y parálisis del sueño respec-

tivamente (tabla 2). No se encontraron diferencias significativas en cuanto a sexo, edad ni situación laboral en estos trastornos (tabla 4).

Parasomnias

La prevalencia de las pesadillas fue del 12,3% de los individuos de la muestra final, 8,6 en hombres y 15,5 en mujeres (p = 0,001) (tabla 2). Dentro de los sujetos que afirmaron tener pesadillas, había un predominio significativo de mujeres. No se encontraron diferencias en cuanto a la distribución por edades (tabla 5). El resto de las parasomnias mostraban cifras de prevalencia mucho más bajas: 1,5% tenían terrores nocturnos, un 1,1% sonambulismo y un 0,7% enuresis (tabla 2). Dentro de los enuréticos existió una proporción significativamente mayor en el grupo de más edad (p < 0,01) (tabla 5).

Ronquido y apnea del sueño

Casi el 12% de la muestra afirmaba roncar a diario (tabla 2). En los hombres era dos veces más frecuente el ronquido que en las mujeres. La prevalencia del ronquido aumentaba con la edad (p < 0,001) (tabla 6). En cuanto a la apnea del sueño, sólo un 1,1% de los componentes de la muestra final afirmaron tener pausas respiratorias durante el sueño (tabla 2), no encontrándose diferencias en cuanto al sexo o edad en este grupo.

Tabla 4. Encuesta transversal sobre la prevalencia de trastornos del sueño en la ciudad de Madrid, durante el primer semestre de 1990. ORs ajustados con IC 95% por sexo, grupo de edad y situación laboral de los trastornos por excesiva somnolencia (N = 1.131)

	Excesiva somnolencia	Parálisis de sueño	Ataques de sueño	Hipersomnia
Sexo				
Hombres vs mujeres	0,9 (0,6-1,2)	Indeterminado	5,7 (0,7-48,7)	1,1 (0,6-2,2)
Edad				
18-34	1*	1	1	1**
35-49	0,4 (0,2-0,7)	—	—	0,5 (0,2-1,2)
50-74	0,4 (0,3-0,8)	0,9 (0,1-10,1)	—	0,2 (0,1-0,8)
65 o más	0,3 (0,2-0,6)	—	0,5 (0,05-4,1)	0,4 (0,1-1,2)
Situación laboral				
Activos	1	1	1	1 ^d
Estudiantes, amas de casa y jubilados	0,8 (0,6-1,3)	3,3 (0,3-36,7)	0,4 (0,0-3,9)	0,8 (0,4-1,6)
Pasivo	0,7 (0,4-1,2)	Indeterminado	0,9 (0,1-9,3)	0,2 (0,1-0,9)

* Chi cuadrado tendencia lineal p < 0,001.

** Chi cuadrado tendencia lineal p < 0,05.

^d Se presentan ORs crudos. Cuando se ajusta por edad, la significación se pierde.

Discusión

Esta es la primera encuesta que recoge datos sobre todos los trastornos del sueño realizada en una po-

Tabla 5. Encuesta transversal sobre la prevalencia de trastornos del sueño en la ciudad de Madrid, durante el primer semestre de 1990. ORs ajustados con IC 95% por sexo y grupo de edad de las parasomnias (N = 1.131)

	Pesadillas	Terrores nocturnos	Sonambulismo	Enuresis
Sexo				
Hombres vs mujeres	0,5 (0,4-0,7)**	0,6 (0,2-1,7)	0,4 (0,1-1,4)	0,4 (0,1-1,9)
Edad				
18-34	1	1	1	1*
35-49	0,8 (0,5-1,4)	0,4 (0,1-1,6)	—	1,6 (0,1-25,9)
50-64	1,4 (0,9-2,2)	0,6 (0,2-2,2)	0,2 (0,0-1,4)	—
65 o más	1,3 (0,8-2,2)	0,8 (0,2-2,9)	0,2 (0,0-1,8)	14,7 (1,8-122,7)

* Chi cuadrado tendencia lineal p < 0,01.

** Chi cuadrado, p < 0,001.

Tabla 6. Encuesta transversal sobre la prevalencia de trastornos del sueño en la ciudad de Madrid, durante el primer semestre de 1990. ORs ajustados con IC 95% por sexo y grupo de edad de los roncadoreos diarios

	Ronquido diario
Sexo	
Hombres vs mujeres	2,3 (1,6-3,3)
Edad	
18-34	1*
35-49	2,4 (1,4-4,2)
50-64	5,5 (3,3-9,1)
65 o más	7,0 (4,2-11,8)

* Chi cuadrado tendencia lineal ajustado por edad y sexo, $p < 0,001$.

blación adulta general en España. Los datos demuestran que la mayoría de ellos tienen también una elevada prevalencia en nuestra sociedad. En los párrafos que siguen discutiremos por separado los resultados referentes a los distintos trastornos.

Insomnio

Los datos existentes de prevalencia del insomnio en estudios previos muestran marcadas discrepancias entre ellos^{13,14}. Esto se explica por las diferencias ya comentadas en la metodología utilizada por los diferentes investigadores. El cuestionario de nuestro estudio contenía preguntas referentes a las distintas dificultades que sirven para caracterizar al insomnio y a este mismo. Consideradas en conjunto, las dificultades tienen una prevalencia dos veces superior al insomnio (tabla 2). Este dato puede explicarse si consideramos que cuando un individuo se queja de insomnio habitualmente se refiere a algo con significado clínico, mientras que las dificultades pueden no tener el valor de síntomas para quienes dicen tenerlas.

Las cifras del insomnio obtenidas en nuestro estudio son similares a las del estudio de la Epidemiological Catchment Area, que describe una prevalencia del 10% en la primera entrevista²⁰. Como en estudios previos, en el nuestro el insomnio era más prevalente en personas mayores, mujeres e individuos de nivel socioeconómico más bajo (en nuestro estudio, no activos laboralmente). La comparación con estudios en España es difícil. En el estudio realizado en la población gallega por Rodríguez y Mateos¹⁴, la muestra era representativa de la población gallega mayor de 16 años, y las preguntas para determinar la presencia de dificultades fueron los ítems relativos a patología del sueño del Cuestionario de Salud general de Goldberg. Las cifras de dificultades se situaron en torno al 20%, similares en cuanto al insomnio de conciliación (17,6 vs 20%), y algo más elevadas que nuestros datos para el

resto de dificultades (DPD 10,8 vs 21%; DFA 8,9 vs 21%). No obstante, la diferencia puede radicar en el carácter más restrictivo de nuestra evaluación al exigir que el trastorno estuviese presente durante cuatro o más días de la semana para considerarlo como tal, junto a las diferencias sociodemográficas ya mencionadas. González y cols.¹⁸ publicaron en 1991 un estudio sobre la prevalencia del insomnio en individuos mayores de 65 años, empleando igualmente el cuestionario de Salud General de Goldberg y un cuestionario específico de Barcia y cols., con una prevalencia global de insomnio del 17,9%, sin encontrar diferencias por sexos. Existen estudios realizados a nivel comunitario en población que demanda consulta médica¹⁵⁻¹⁷, que obtienen cifras de prevalencia más elevadas, pero en las que los sesgos de selección hacen que los resultados no sean generalizables ni comparables con los nuestros.

Trastornos de excesiva somnolencia

Los estudios previos difieren en cuanto a la forma en que han investigado la prevalencia de las distintas manifestaciones del sueño excesivo, aunque ninguno incluía preguntas que permitieran discriminar entre las distintas formas clínicas dentro del mismo estudio¹³. El cuestionario utilizado en nuestro estudio posibilitó dicha diferenciación. Así, aproximadamente el 12% de los sujetos dijeron padecer somnolencia diurna, sin que hubiera diferencias entre sexos, y observándose una mayor prevalencia entre los más jóvenes. Los estudios previos sobre excesiva somnolencia diurna obtuvieron cifras dispares. En el realizado por Lugaresi y cols.²¹ en la República de San Marino en una población compuesta por individuos entre tres y 94 años de edad, el 8,7% dijo tener somnolencia diurna «constante» o «independiente de las horas de comer». No obstante, dicho estudio incluía un grupo de individuos entre tres y 18 años que no comprendía el nuestro. La somnolencia era poco prevalente en los niños en el estudio de Lugaresi, mientras que la máxima frecuencia se situaba entre los 15 y 16 años de edad. De manera análoga a nuestro estudio, se observaba un descenso de la prevalencia de la somnolencia diurna a lo largo de la vida. En otro estudio realizado sobre una población de individuos de ambos sexos de 29 a 79 años de edad²², la prevalencia fue de 17,2%. Sin embargo, este porcentaje incluía además de los que la padecían «siempre», a los que la padecían «frecuentemente», lo que podría explicar la mayor prevalencia en comparación con nuestro estudio. Marín y cols. en un estudio en nuestro medio¹⁹ encontraron una cifra más próxima a la nuestra, 13,3% de somnolencia diurna en situaciones activas.

La prevalencia de la hipersomnia en nuestro estudio fue la misma que la del E.C.A.²⁰ y algo inferior a la de un estudio previo realizado por Bixler y cols.²³. Los

ataques de sueño estaban presentes en nuestro estudio en una cifra superior a las de la narcolepsia descritas en otros estudios²⁴. En cualquier caso, las magnitudes son similares, y lo mismo puede decirse de la parálisis de sueño. Los otros síntomas auxiliares de la tétada narcoléptica estaban ausentes en nuestra muestra.

Parasomnias

Hay escasos estudios de prevalencia de las distintas parasomnias en adultos^{13,23}. Las cifras de nuestro estudio difieren de las publicadas, probablemente por diferencias metodológicas. En cuanto a estudios en España, en el estudio en la población gallega encontraron una cifra similar a la nuestra, con una prevalencia global del 15%, si bien ya hemos comentado las dificultades en cuanto a la comparabilidad de ambos estudios. Por último, el hecho de que los casos de enuresis aparezcan en mujeres del grupo de más edad en nuestro estudio sugiere que podría tratarse más bien de incontinencia urinaria que de enuresis propiamente dicha.

Ronquido y apnea del sueño

Las cifras de prevalencia del ronquido varían mucho entre los diversos estudios realizados en otros países¹³. Esto puede explicarse en parte por diferencias en la metodología de los mismos en lo referente a la composición de las poblaciones estudiadas (edad y sexo de los sujetos) y al modo en que se formuló la pregunta (p. ej., frecuencia del ronquido). La proporción de individuos que decían roncar a diario en nuestro estudio (casi el 12%) es menor que la de otro estudio sobre población general²⁵ en el que los que roncaban cada noche eran más del 19% de la muestra. Como en este estu-

dio, en el nuestro el ronquido era mucho más frecuente en hombres y la prevalencia del mismo aumentaba de forma marcada en los grupos de más edad.

Las cifras estimadas de prevalencia de la apnea del sueño en la población general son de 1 a 2%²⁶. En nuestro país, se ha realizado un estudio epidemiológico en Zaragoza por Marín y cols., que encontraron una prevalencia global de apnea del sueño del 1,5%¹⁹, y una elevada cifra (49,7%) de roncadores severos, revisando asimismo los estudios previos en la literatura. En el nuestro, un 1,1% de los entrevistados dijo tener pausas respiratorias durante el sueño, sin que existieran diferencias en cuanto a edad y sexo. El hecho que en nuestro estudio se usara un cuestionario y no se verificara de forma objetiva (en laboratorio de sueño), o con una entrevista a la persona que dormía con el entrevistado, tanto la presencia de ronquido como de apneas podría suponer que ambos se hayan subestimado. Así parece confirmarlo la falta de influencia de la edad y el sexo en la aparición de apneas cuando se considera que el síndrome de la apnea del sueño es más frecuente en hombres de edad media.

Los trastornos del sueño tienen una prevalencia elevada en la población general adulta de nuestro medio, similar en términos generales a las descritas en otros países, lo que apoya la validez de los datos presentados. No obstante, para algunos trastornos como la apnea del sueño o el ronquido, un cuestionario podría no ser suficiente al subestimar la prevalencia de los mismos. En estos casos, complementar el cuestionario con una entrevista a la persona que duerme habitualmente con el entrevistado y, sobre todo, la confirmación en el laboratorio del sueño, es más fiable.

Por último, estos datos proporcionan una base sólida de comparación para futuras consideraciones sobre la epidemiología de una de las entidades clínicas con mayor impacto sanitario y socioeconómico en nuestro país como son los trastornos del sueño.

Bibliografía

1. Tilkian AG, Guilleminault C, Schroeder JS, Lehrman KL, Simmons FB, Dement WC. Sleep-induced apnea syndrome: hemodynamic studies during wakefulness and sleep. *Ann Intern Med* 1976;85:714-9.
2. Lugaresi E, Coccagna G, Mantovani M. Hypersomnia with periodic apneas. In Weitzman ED series ed. *Advances in Sleep Research*, vol 4. New York: Spectrum Publications; 1978.
3. Partinen M, Jamieson A, Guilleminault C. Long-term outcome for obstructive sleep apnea syndrome patients: mortality. *Chest* 1988;94:1200-4.
4. Kales JD, Kales A, Bixler EO, Soldatos CR, Cadieux RJ, Kashurba GJ, Vela-Bueno A. Biopsychobehavioral correlates of insomnia. V: clinical characteristics and behavioral correlates. *Am J Psychiatry* 1984;141:1371-6.
5. Kales A, Caldwell AB, Cadieux RJ, Vela-Bueno A, Ruch LG, Mayes

SD. Severe obstructive sleep apnea: II. Associated psychopathology and psychosocial consequences. *J Chron Dis* 1985;38:427-34.

6. Broughton R, Ghanem Q, Hishikawa Y, Sugita Y, Nevsimalova S, Roth B. Life effects of narcolepsy in 180 patients from North America, Asia and Europe compared to matched controls. *Can J Neurol Sci* 1981;8:299-304.

7. Broughton R, Ghanem Q, Hishikawa Y, Sugita Y, Nevsimalova S, Roth B. Life effects of narcolepsy: Relationships to geographic origin (North American, Asian or European) and to other patient and illness variables. *Can J Neurol Sci* 1983;10:100-4.

8. Kales A, Soldatos CR, Bixler EO, Caldwell A, Cadieux RJ, Verrechio JM, Kales JD. Narcolepsy-Cataplexy II. Psychosocial consequences and associated psychopathology. *Arch Neurol* 1982;39:169-71.

9. Broughton R, Nevsimalova S, Roth B. The socioeconomic effect of idiopathic hypersomnia: comparison with controls and with

- compound narcoleptics. In Popoviciu L, Asgian B, and Badin G, eds. *Sleep*. Basel: Karger, 1978. p. 103-11.
10. Dinges DF. An overview of sleepiness and accidents. *J Sleep Res* 1995;4 sup. 2:4-14.
11. Horne JA, Reiner LA. Driver sleepiness. *J Sleep Res* 1995; 4 sup. 2:23-9.
12. Lugaresi E, Zucconi M, Bixler EO. Epidemiology of sleep disorders. *Psychiatric Annals* 1987;17:446-53.
13. Partinen M. Epidemiology of sleep disorders. En Kryger MH, Roth T y Dement WC (eds.). *Principles and practice of sleep medicine*. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 1994. p. 437-52.
14. Rodríguez A, Mateos R. Epidemiología de los trastornos del sueño y sintomatología depresiva. III Symposium Internacional sobre el sueño, Oviedo 1989.
15. Mata I, Ortiz A, Hernández M, Gervás J. Insomnio en la consulta del médico de cabecera: La opinión del paciente y del profesional. *Aten Primaria* 1995;16:271-4.
16. Blanquer JJ, Ortola P, Rodríguez JJ, Marín N, Mulet MJ. Análisis epidemiológico del insomnio en un centro de Atención Primaria. *Aten Primaria* 1994;14:609-14.
17. Miralles C, Llevaldot M, Cabezas C, Busquets E. Estudio de la prevalencia de insomnio en un ABS de Hospitalet de Llobregat (resúmenes de las comunicaciones y pósters: XII Congreso de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria) *Aten Primaria* 1992;10:999-1000.
18. González P, Pedregal JA, López JL, Bousoño M, Bobes J. Sueño, Deterioro orgánico y Salud general en población Involuntiva. Estudio en una zona básica de Oviedo. *Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr. Cienc. Afines* 1991;19:191-9.
19. Marín JM, Gascón JM, Carrizo S, Gispert J. Prevalence of sleep apnoea syndrome in the Spanish adult population. *Int J Epidemiol* 1997;26:381-6.
20. Ford DE, and Kamerow DB. Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders. An opportunity for prevention? *JAMA* 1989;262:1479-84.
21. Lugaresi E, Cirignotta F, Zucconi M, Mondini S, Lenzi PL, Coccagna G. Good and poor sleepers: An epidemiological survey of the San Marino population. En Guilleminault C, Lugaresi E (eds.) *Sleep/Wake disorders: Natural history, epidemiology, and long-term evolution*. New York: Raven Press; 1983:1-12.
22. Hyypää M, and Kroholm E. Quality of sleep and chronic illnesses. *J Clin Epidemiol* 1989;42:633-8.
23. Bixler EO, Kales A, Soldatos Cr, Kales JD, and Healey S. Prevalence of Sleep Disorders in the Los Angeles Metropolitan Area. *Am J Psych* 1979;136:1257-62.
24. Hublin C, Partinen M, Kaprio J, Koskenvuo M, Guilleminault C. Epidemiology of narcolepsy. *Sleep* 1994;17:S7-S12.
25. Lugaresi E, Cirignotta F, Coggagna G, Piana C. Some epidemiological data on snoring and cardiocirculatory disturbances. *Sleep* 1980; 3:221-4.
26. *International Classification of Sleep Disorders: Diagnostic and Coding Manual*. Diagnostic Classification Steering Committee; MJ Thorpy, Chairman. Rochester, MN. American Sleep Disorders Association; 1990.