

REY DE CASTRO MUJICA, Jorge; ALVAREZ MAYORGA, Jimmy; GAFFO LLONTOP, Angelo  
Síntomas relacionados a trastornos del sueño en supuestos sanos que asisten a un centro de Atención  
Primaria de Salud.

Revista Médica Herediana, vol. 16, núm. 1, 2005, pp. 31-38

Universidad Peruana Cayetano Heredia

San Martín de Porres, Perú

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=338029544006>



*Revista Médica Herediana,*

ISSN (Versión impresa): 1018-130X

[juan.miyahira@upch.pe](mailto:juan.miyahira@upch.pe)

Universidad Peruana Cayetano Heredia

Perú

# Síntomas relacionados a trastornos del sueño en supuestos sanos que asisten a un centro de Atención Primaria de Salud.

Symptoms related to sleep disorders in a healthy-supposed population that attend a primary Care Health Center.

REY DE CASTRO MUJICA Jorge <sup>1</sup>, ALVAREZ MAYORGA Jimmy <sup>2</sup>, GAFFO LLONTOP Angelo <sup>3</sup>.

## SUMMARY

**Objective:** To evaluate symptoms related to sleep disorders in a healthy-supposed population. **Material and Methods:** Cross-over and descriptive in healthy-supposed adults that attend a primary health center. A self-administered questionnaire was developed for the study. 2002. The final sample of 590 subjects corresponds to 28% of the general population who is older than 17 years and lives in the influence area. **Results:** mean age was 32.21+10.62 [16-74] years, 318 (54%) men and the mean BMI was 25.25+3.75 [16.5-39.8] Kg/m<sup>2</sup>. There were 27% (84/315) males and 18% (50/269) females who claimed to be snorers. Eleven percent (37/313) males and 16% (43/264) females referred respiratory pauses during sleep. Thirty percent (96/316) males and 31% (84/271) females acknowledged sleepiness. Difficulty in falling asleep was described in 61% (194/318) males and 60% (162/269) females. For the subjects with frequent awakenings, the frequencies were 41% (126/307) and 46% (119/258) respectively. Fifty nine percent (189/318) males and 55% (147/266) females woke up earlier than expected. There were Restless Legs Syndrome symptoms suspected in 36% (111/307) males and 32% (82/255) females. Twenty four percent (77/315) males and 23% (62/268) females referred symptoms related to night myoclonus. Thirty three percent (196) accepted that they had troubles with their sleep. Only 16% (32/196) went to the doctor for this reason. **Conclusions:** these results show the high frequency of symptoms related to various sleep disorders, the changes observed due to gender and age. The small relevance that patients as well as physicians give this subject deserves educational interventions in both cases. (*Rev Med Hered* 2005;16:31-38).

**KEY WORDS:** Primary health, snore, excessive sleepiness, respiratory pauses, insomnia, periodic limb movements, restless leg syndrome.

## RESUMEN

**Objetivo:** Evaluar los síntomas relacionados a trastornos del sueño en una población supuestamente sana. **Material y Métodos:** El estudio fue transversal y descriptivo en adultos supuestos sanos que asistieron a un centro de atención primaria de salud. Se confeccionó una encuesta auto administrada y validada por nosotros. La muestra final de 590 encuestados que corresponde al 28% de la población general de 17 ó más años que vive en el área de influencia. **Resultados:** Edad promedio fue 32,21+10,62 [16-74] años, 318 (54%) hombres e IMC promedio

<sup>1</sup> Neumólogo y Trastornos Respiratorios del Sueño. Clínica Anglo Americana.  
Profesor Asociado Universidad Peruana Cayetano Heredia.

<sup>2</sup> Médico-Cirujano. Maestría de Epidemiología Clínica. Universidad Peruana Cayetano Heredia.

<sup>3</sup> Médico-Cirujano. Residente, Programa de Medicina Interna. Universidad de Alabama en Birmingham.

25,25+3,75 [16,5-39,8] Kg/m<sup>2</sup>. Afirmaron presentar ronquido 27% (84/315) de los hombres y 18% (50/269) de mujeres. Refirieron pausas respiratorias durante el sueño 11 % (37/313) de los hombres y 16% (43/264) de mujeres. Reconocieron somnolencia diurna 30% (96/316) de los hombres y 31% (84/271) de las mujeres. Hubo insomnio de conciliación en 61% (194/318) de los hombres y 60% (162/269) de mujeres. Para el caso del insomnio de mantenimiento las frecuencias fueron 41% (126/307) y 46% (119/258) respectivamente. Refirieron despertarse más temprano de lo deseado 59% (189/318) de los hombres y 55% (147/266) de mujeres. Síntomas sugestivos de síndrome de piernas inquietas en 36% (111/307) de los hombres y 32% (82/255) mujeres. Refirieron síntomas relacionados a mioclonos nocturno 24% (77/315) hombres y 23% (62/268) mujeres. Según los encuestados, 33% (196) consideró que tenía algún problema para dormir. Sólo el 16 % (32/196) consultó al médico por dicha razón. **Conclusiones:** Los resultados de la encuesta muestran la elevada frecuencia de los síntomas asociados a diversos trastornos de sueño así como los cambios observados de acuerdo al género y la edad. La escasa importancia que los médicos y pacientes conceden al tema, justifican la implementación de intervenciones educativas en ambos casos. (*Rev Med Hered 2005;16:31-38*).

**PALABRAS CLAVE:** Atención primaria, ronquido, somnolencia, pausas respiratorias, insomnio, movimiento periódico de los miembros, piernas inquietas.

## INTRODUCCIÓN

La información obtenida por medio de encuestas realizadas en población general y grupos seleccionados indican que los síntomas asociados a una variedad de trastornos del sueño tienen, según el caso, prevalencias o frecuencias elevadas. En una encuesta independiente auspiciada por la National Sleep Foundation e implementada el año 2001 en población general por encima de 18 años; se encontró que 62% de la población dormía menos de 8 horas al día, 22% presentaba somnolencia diurna todos o casi todos los días, 53% conducía su vehículo estando somnoliento, 51% había presentado el síntoma insomnio al menos alguna noche por semana, 38% roncaba durante el sueño y 9% tenía pausas respiratorias durante el sueño (1). Al año siguiente la misma institución realizó una encuesta en población general entre 55 y 84 años de edad se halló que 65% de los participantes sufrían algún problema relacionado al sueño: 48% tenía insomnio, 26% padecía de sueño insuficiente, 41% roncaban, 7% tenía pausas respiratorias durante el sueño y 15% aquejaban somnolencia diurna (2). Existe información nacional disponible que indica la frecuencia de los síntomas relacionados a trastornos del sueño, aunque debemos mencionar que las poblaciones evaluadas tuvieron sesgo de selección. (3-5).

El presente estudio pretende evaluar síntomas relacionados a trastornos del sueño en una población grande supuestamente sana.

## MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio fue transversal y descriptivo en supuestos adultos sanos que asistieron a un centro de atención primaria de la salud. Para obtener información de nuestro interés se confeccionó una encuesta auto

administrada. Las preguntas se tomaron del cuestionario Test the Quality of your sleep (6) traducido al español y validada por nosotros el año 1999 (7). Este instrumento con algunas variantes fue empleado ulteriormente en otras encuestas (3-5). El cuestionario final estuvo constituido por nueve preguntas cerradas con escala; “nunca”, “pocas veces”, “algunas veces”, “muchas veces” y “siempre”. En este caso se consideraron respuestas afirmativas las que fueron marcadas desde “algunas veces” hasta “siempre”. Dos preguntas fueron cerradas con respuesta Si ó No y la última fue abierta (Cuadro N°1). Se emplearon un tallímetro y balanza calibradas para el cálculo del Índice de Masa Muscular (IMC). Antes de su aplicación, el cuestionario fue validado en 20 personas que asistían como acompañantes de pacientes del mismo centro.

La encuesta se implementó en el Puesto de Salud (PS) Santa Úrsula, establecimiento localizado en la zona sur de la ciudad de Lima cuya administración está a cargo del Ministerio de Salud (MINSA) e integrado a la Red de Salud de Trébol Azul del distrito de San Juan de Miraflores. El PS brinda servicios de medicina general, obstetricia, atención odontológica básica, atenciones básicas de curaciones, vacunaciones y tiene implementado el Programa Nacional de Tuberculosis de su jurisdicción. El PS atiende pacientes por medio del Seguro Integral de Salud dirigida a la población de escasos recursos económicos. La mayor parte de la consulta ambulatoria atiende las necesidades básicas de pediatría, control pre-natal y medicina general. Por ello aproximadamente el 80% de adultos que ingresan a este local son mujeres que acompañan a sus niños para ser atendidos por problemas pediátricos.

El 2002, año en el que se realizó el estudio, la jurisdicción del PS Santa Ursula abarcó una población de 2833 personas, aunque debemos mencionar también

**Cuadro N°1**

Edad, sexo, peso y talla.

1. Me dicen que ronco fuerte
2. Me dicen que mientras duermo se me corta la respiración, pero no lo recuerdo al despertar
3. Durante el día, es muy difícil mantenerme despierto, aun después de haber dormido toda la noche
4. Me despierto en la noche y no puedo volverme a dormir
5. Por las mañanas, me levanto mas temprano de lo que quiero
6. En la cama, me quedo despierto por media hora o más antes de lograr dormir
7. A veces mis piernas no están quietas cuando quiero dormir y NECESITO moverlas.
8. Me han dicho que doy patadas al dormir.
9. Hablando de manera general, considera usted que tiene algún problema para dormir
10. Si su respuesta fue SI. ¿Alguna vez ha consultado a un médico o profesional de salud por este problema?
11. Si su respuesta fue SI. ¿Qué le dijo y recetó el profesional de salud (doctor, enfermera, obstetritz, otro) que le atendió?

Respuesta de preguntas 1 a 11: nunca, pocas veces, algunas veces, muchas veces y siempre.

Respuestas de preguntas 9 y 10: Si ó No

Respuesta pregunta 11: abierta.

que se atendieron pacientes de jurisdicciones vecinas. La población bajo su responsabilidad tiene una distribución por sexos homogénea y el 25% es menor de 15 años. No disponemos de estadísticas oficiales relacionadas a la situación socio económica de estos pobladores pero se estima que el 80% pertenece al nivel D, 10% al nivel E y 10% al C de acuerdo a los criterios de definición del Grupo Apoyo (8). La encuesta fue implementada en personas mayores de 17 ó más años de ambos sexos que asistieron al PS en calidad de acompañantes de pacientes, entre los meses de febrero y agosto del 2002. El cálculo del tamaño muestral se realizó con el programa Stat Calc del Epi Info v 3.01, considerando población 2833, frecuencia esperada 20% y peor aceptable 17%. El n calculado fue 550. Se realizaron un total de 611 encuestas y fueron excluidas del análisis 24. Veintiún encuestas no contaban con información relacionada a edad, talla, sexo y 3 les faltó una página por error de compaginación. La muestra final fue 590 personas en el mismo número de encuestados lo que constituye el 28 % de la población general mayor de 17 años que vive en el área de influencia. El tamaño muestral así planificado se completó rápidamente en participantes de sexo femenino por la razón antes mencionada. Con el llenado del cuestionario los encuestados autorizaron su participación en el presente estudio.

Los resultados fueron almacenados en un archivo Excel 2003 y luego analizados con el programa SPSS versión 9.0. Se calcularon medidas de tendencia central y frecuencias con fines descriptivos.

## RESULTADOS

El universo de encuestados fue 590. La edad promedio 32,21+10,62 [16-74] años, 318 (56%) hombres e IMC promedio 25,25+3,75 [16,5-39,8] Kg/m<sup>2</sup> siendo el grupo por edades mas numeroso de [18 – 29] años con 161 hombres y 119 mujeres. Cincuenta y seis (9,5%) encuestados tuvieron IMC mayor de 30, 220 (37%) mayor de 25 a 30 y no se registraron personas con IMC mayor o igual a 40.

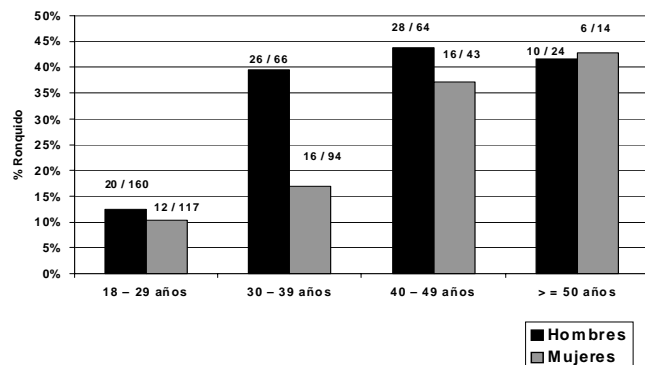
Afirmaron presentar ronquido 27% (84/315) de los hombres y 18% (50/269) de las mujeres y como puede apreciarse en el gráfico N°1 las frecuencias del ronquido fueron mayores a medida que aumentaba la edad para ambos sexos. Las frecuencias subieron de 17% hasta 37% si comparamos los grupos etáreos de [30-39] y [40-49] años en el caso de las mujeres. Este valor subió desde 12% hasta 39% entre el grupo [18-29] y [30-39] años en los hombres y tiende a ser horizontal en el grupo > 50 años para el mismo género (Gráfico N°1).

Refirieron tener pausas respiratorias durante el sueño 11 % (37/313) de los hombres y 16% (43/264) de las mujeres. Las frecuencias de los eventos, según los resultados de la encuesta, fueron crecientes a medida que aumentaba la edad a partir de los 30 años (Gráfico N°2). Esta variable fue algo más elevada en el caso de las mujeres clasificadas por grupos etáreos.

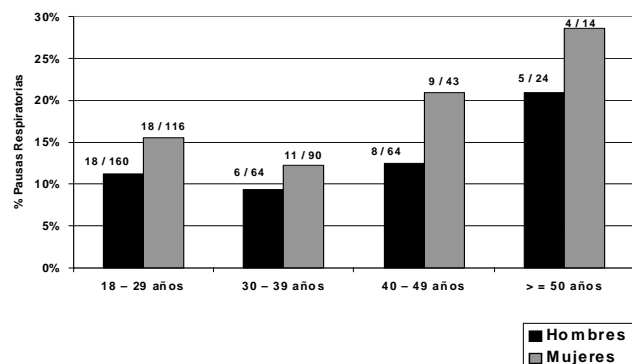
Reconocieron presentar somnolencia diurna 30% (96/316) de los hombres y 31% (84/271) de las mujeres. La distribución por grupos etáreos y sexos registró frecuencias

**Gráfico N°1.**

Frecuencia de Ronquido en población aparentemente sana por sexo y grupo etáreo.  
PS Minsa de San Juan de Miraflores


**Gráfico N°2.**

Frecuencia de Pausas respiratorias en población aparentemente sana por sexo y grupo etáreo.  
PS Minsa de San Juan de Miraflores



elevadas de somnolencia en el grupo [18-29] y > 50 años (Gráfico N°3).

Las frecuencias del ronquido fueron más altas con IMC elevados. Empleando el punto de corte  $IMC < 30$  vs.  $> 30$  la diferencia fue significativa con un valor de  $p=0.0000$  para ambos sexos (Gráfico N°4).

Hubo insomnio de conciliación en 61% (194/318) de los hombres y 60% (162/269) de las mujeres. Para el caso del insomnio de mantenimiento las frecuencias fueron 41% (126/307) y 46% (119/258) respectivamente. Refirieron despertarse mas temprano de lo deseado 59% (189/318) de los hombres y 55% (147/266) de mujeres (Gráfico N°5). No se documentó incremento de la frecuencia del insomnio a medida que se elevaba la edad en ambos sexos.

Hubo síntomas sugestivos de síndrome de piernas inquietas en 36% (111/307) de los hombres y 32% (82/255) de mujeres. Refirieron sintomatología relacionada a mioclonus nocturno 24% (77/315) hombres y 23% (62/268) mujeres.

Según la opinión de los encuestados, 33% (196) consideró que tenía algún problema para dormir. El 16 % (32/196) consultó al médico por el problema en cuestión y en estos casos las recomendaciones derivadas de esta consulta fueron: tratamiento con benzodiazepinas en 12 y una miscelánea como “relajación” en 3, “consultar con especialista” 3, “alimentación balanceada” 2 y finalmente “hacer ejercicio” 1.

## DISCUSIÓN

La población seleccionada estuvo constituida por un grupo de sujetos supuestamente sanos que asistieron al centro de atención primaria en calidad de acompañantes de pacientes. Hasta la fecha esta es la encuesta más grande de su clase realizada en población adulta de nuestro medio. Los participantes pertenecieron a grupos etáreos jóvenes con proporciones por género homogénea con frecuencia baja de obesidad y sin obesos mórbidos.

La frecuencia del ronquido en nuestra encuesta fue elevada. El ronquido es un síntoma común observado en la población general (9). Zamarrón y col. describieron una prevalencia del ronquido en población general de 40%, aunque su muestra estuvo constituida por sujetos de mayor edad que la nuestra (10). Lugaresi y col. encontraron que 24 % de los hombres y 14% de las mujeres roncan en forma habitual (11), Norton y col. mencionan que el ronquido es más frecuente en hombres (12) y Klink y col. describieron que el ronquido aumenta con la edad (13).

Bixler y col. en un estudio realizado en 12 219 mujeres entre 20 y 100 años y una muestra randomizada de 1000; encontraron que la frecuencia de polisomnografía anormal, definida con un valor  $IAH > 15$ , en mujeres posmenopáusicas sin terapia hormonal de reemplazo fue 4.3 veces mayor que en mujeres premenopáusicas (14). Aunque la encuesta no permite establecer el diagnóstico de Síndrome de Apnea Hipopneas del Sueño (SAHS) es necesario mencionar que la frecuencia e intensidad del ronquido como síntoma cardinal de esta entidad, ha sido sistemáticamente empleado en los clásicos estudios epidemiológicos de prevalencia (15,16). Estas publicaciones han demostrado que tanto el ronquido como el IAH se elevan a medida que se incrementa la edad; siendo mas notoria la frecuencia e intensidad de l ronquido en las mujeres posmenopáusicas.

Pacheco y col., en una encuesta realizada en nuestro medio con pacientes que asistieron a la consulta de medicina del Hospital Nacional Arzobispo Loayza,



Gráfico N°3

Frecuencia de Somnolencia en población aparentemente sana por sexo y grupo etáreo.  
PS Minsa de San Juan de Miraflores

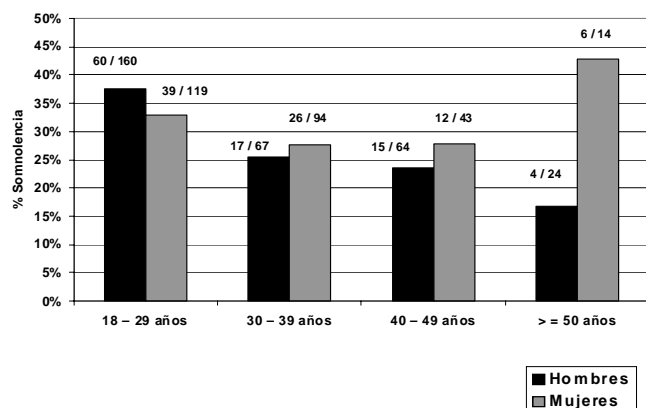


Gráfico N° 4

Frecuencia del ronquido según IMC por sexos.  
PS Minsa de San Juan de Miraflores

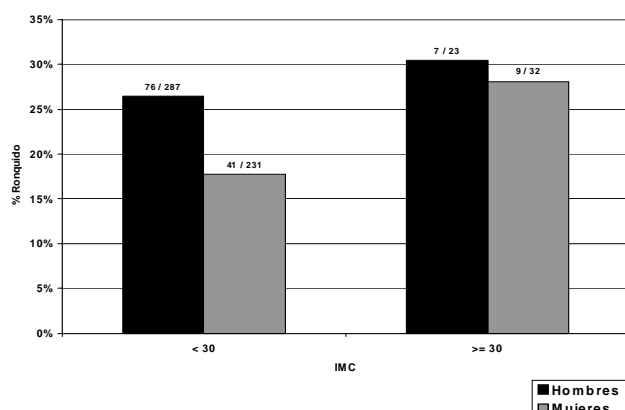
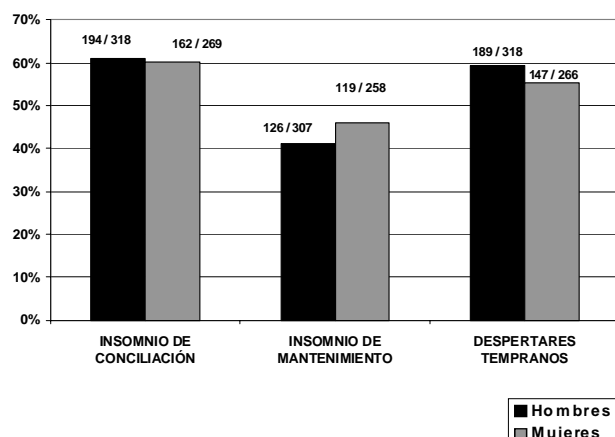


Gráfico N° 5

Tipos de Insomnio en población aparentemente sana por sexo.  
PS Minsa de San Juan de Miraflores



encontraron frecuencias del ronquido de 20% en mujeres y 25% en hombres (5). Otra encuesta practicada en pacientes adultos que asistieron a la consulta neumológica el año 2000, describió frecuencias de 52% en hombres y 23% en mujeres (3). Finalmente un estudio implementado en médicos de una clínica privada resultó con una frecuencia de 51% (4).

La presencia de ronquido por cuestionario fue más frecuente a medida que el IMC se incrementaba. Ciertamente este hallazgo fue señalado años atrás por Kauffmann y col. y Warley y col. quienes señalaron que esta característica estaba relacionada más con la obesidad central o del cuello que con la obesidad global (17,18). Las frecuencias del ronquido encontradas en nuestro estudio son algo inferiores numéricamente a las mencionadas probablemente debido al hecho que nuestra población es predominantemente joven. Hubo mayor frecuencia de ronquido en hombres, este hallazgo se incrementó a medida que aumentó la edad y sobretodo en mujeres mayores de 40 años.

Las pausas respiratorias durante el sueño fueron particularmente elevadas en mujeres. Encuestas realizadas por nosotros empleando un instrumento similar pero en poblaciones distintas y puntos de corte diferentes han dado resultados variables. Así, en una población médica constituida exclusivamente por hombres con edad promedio 48±5.3 años este valor fue 11% (4). La serie del Hospital Nacional Arzobispo Loayza realizada en la sala de espera del consultorio de medicina con una población formada mayormente por mujeres con edad promedio 39±14 años fue 4% (5). Finalmente, la población de pacientes evaluados en la consulta neumológica con cifras proporcionales por género y promedio de edad 47±17 años fue 30% en hombres y 7% en mujeres (3).

La somnolencia estuvo presente en la tercera parte de los encuestados. Estas cifras son más elevadas a las encontradas en publicaciones nacionales que por cierto fluctuaron en hombres entre 9-18% y mujeres 9-26% (3-5). La diferencia podría explicarse por los distintos puntos de corte empleados para calificar la presencia o ausencia del síntoma en estas comunicaciones originales y/o por estar relacionadas a poblaciones distintas. Sin embargo, debemos mencionar que en otras latitudes se ha descrito que en particular los adolescentes y jóvenes adultos sufren de privación aguda y crónica del sueño y que ser joven es factor de riesgo asociado a accidentes de tránsito causados por somnolencia durante la conducción (19). Es harto conocido el hecho que las jóvenes generaciones de peruanos trabajan y estudian simultáneamente y no sabemos si este aspecto pudiera tener relación con nuestro resultado. En todo caso estas

cifras abren nuevas hipótesis de trabajo que requerirían una evaluación de mayor profundidad ya que no es posible comparar los hábitos de sueño de jóvenes que pertenecen a poblaciones culturalmente distintas. En relación a la alta frecuencia de la somnolencia encontrada en nuestra encuesta, el estudio en si mismo tiene la limitante de haber obviado información relacionada a los hábitos de sueño de los encuestados.

La frecuencia del insomnio fue también elevada en ambos géneros tanto en sus cifras globales como clasificadas por su naturaleza: conciliación, mantenimiento y despertar temprano. Es conocida la elevada prevalencia del insomnio y sin lugar a dudas este es el síntoma relacionado al sueño más frecuente en estudios realizados en poblaciones generales y clínicas (1,2). En nuestro medio, Pacheco y col. mencionaron en su publicación que el insomnio estuvo presente en 48% de mujeres (5). En la serie de médicos de sexo masculino la presencia de este síntoma fue 45% (4).

Como ha sido descrito de manera homogénea el insomnio es muy frecuente y sistemáticamente obviado por el médico durante el interrogatorio clínico, asimismo el paciente no solicita ayuda por este problema lo que no permite establecer el diagnóstico diferencial y mucho menos implementar las intervenciones terapéuticas del caso (20-24). Más de la tercera parte de los encuestados reconocieron que tenían problemas relacionados al sueño sin embargo menos de la quinta parte consultó al médico o algún profesional de salud por este motivo.

De alguna manera, estos hallazgos han sido descritos por Villar y col, Rey de Castro y col y Arias J. en publicaciones nacionales. El primer autor hace referencia a la elevada frecuencia del insomnio en pacientes geriátricos ambulatorios y hospitalizados del Hospital Alberto Sabogal de ESSALUD; 60% y 72% respectivamente (25). El segundo en una encuesta realizada en médicos fundamentalmente jóvenes que asistieron al XI Congreso Nacional de Medicina destacando el deficiente conocimiento que tuvieron los participantes en relación al diagnóstico y tratamiento del SAHS (26) y el último demostró que los médicos responsables de las salas de hospitalización de medicina e infecciosas del Hospital General Cayetano Heredia no consignan en la historia clínica la presencia de insomnio (27). Los trastornos del sueño son muy frecuentes, los pacientes no lo mencionan durante la entrevista médica y los médicos no conocen el tema y no indagan sistemáticamente por su presencia durante la consulta convencional.

La encuesta del NSF del 2001 encontró por cuestionario síndrome de piernas inquietas (SPI) en 13 % (1) de su muestra. Dos años después otro estudio determinó una prevalencia que fluctúa entre 15-21% dependiendo de los grupos etáreos (2). La prevalencia del movimiento periódico de los miembros (MPM) aumenta con la edad y se estima que ocurre en 5% de los sujetos entre 30 y 50 años y puede llegar a 44% en personas mayores de 65 años (28). Tanto el SPI como MPM son causas conocidas de insomnio de conciliación y mantenimiento respectivamente (29). Las frecuencias de mioclonus nocturno y SPI por cuestionario, encontradas por nosotros en el estudio que aquí se presenta han sido más elevadas a las previamente publicadas y ello podría ser explicado por el distinto punto de corte utilizado. Se deberán implementar estudios adicionales.

La población que participó en la encuesta fue obtenida de un centro de atención primaria con la finalidad de evitar sesgos de selección que pudieran observarse en grupos con patología más puntual. Esta muestra no representa necesariamente a la población general y sin lugar a dudas ello requeriría un método de muestreo distinto pero consideramos que esta población podría aproximarnos a grupos "sanos" distintos a los seleccionados en consultorios de medicina, neurología, neumología ó específicamente grupos conseguidos de centros especializados en trastornos del sueño. Es necesario mencionar que los trastornos del sueño no son exclusividad de consultorios altamente especializados sino por el contrario pueden ser observados con frecuencia en centros de atención primaria de la salud como lo hemos demostrado con esta encuesta. Ello destaca, como lo ha mencionado Sparks y col., que los médicos generales que laboran en centros de atención primaria deben estar en condiciones de identificar e intervenir en patologías del sueño sencillas así como discriminar en que condiciones se debe derivar un paciente con sospecha de ronquido patológico o somnolencia diurna patológica u otra molestia detectada en la consulta convencional. Este autor propone una guía práctica para discriminar a los pacientes (30). Por otro lado Papp y col. señalan que la percepción que tienen los propios médicos generales que laboran en atención primaria de salud en relación a su capacidad para identificar trastornos del sueño es deficiente en 60% y pobre o escasa en 30% (31). En otro estudio Rosen y col. destacaron el ínfimo reconocimiento y diagnóstico de los desórdenes del sueño tanto en atención primaria como en un centro médico universitario (32). El tema plantea la imperiosa necesidad de entrenar a los médicos de atención primaria de salud en los aspectos clínicos relevantes de los trastornos del sueño.

Las limitaciones del presente estudio están relacionadas a las inherentes a la herramienta empleada para recopilar información y haber obviado indagar por hábitos del sueño en los encuestados. Los resultados demuestran cuan frecuentes son los síntomas asociados a diversos trastornos de sueño, los cambios observados de acuerdo al género y edad, la escasa importancia que le dan tanto pacientes como médicos al tema y cuan necesario es implementar intervenciones educativas en ambos casos.

### Correspondencia:

Jorge Rey de Castro  
Apartado Postal 21.0133  
Lima 21  
Telefax 511-221-9013  
[jorgerey@amauta.rcp.net.pe](mailto:jorgerey@amauta.rcp.net.pe)

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nacional Sleep Foundation. "Sleep in America" Poll. Prepared by WB&A. March 2001. En: [www.sleepfoundation.org](http://www.sleepfoundation.org) (Visionado en Setiembre del 2004).
2. Nacional Sleep Foundation. "Sleep in America" Poll. Prepared by WB&A. March 10, 2003. En: [www.sleepfoundation.org](http://www.sleepfoundation.org) (Visionado en Setiembre del 2004)
3. Rey de Castro J, Hernández Montalvo J. Síntomas relacionados al síndrome de Apnea-hipopnea obstructiva del sueño e insomnio ¿Son frecuentes en el consultorio de neumología del adulto? Bol Soc Peru Med Inter 2000; 13:196-200
4. Rey de Castro J, Vizcarra D. Frecuencia de síntomas del Síndrome apnea hipopnea del sueño e insomnio en médicos de una clínica privada peruana. Rev Med Hered 2003;14:53-58.
5. Pacheco G, Rey de Castro J. Insomnio en pacientes adultos ambulatorios de medicina interna del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Rev Med Hered 2003;14:63-68.
6. Montclair Baptist Medical Center. "Test the Quality of your sleep". Sleep Disorders Center of Alabama. 1989.P:1-2.
7. Rey de Castro J, Vizcarra D. Síndrome de Apnea Sueño Obstructiva. Descripción clínica y polisomnográfica en 48 pacientes. Bol Soc Peru Med Int 1999; 12:2-7.
8. Niveles Socioeconómicos de la Gran Lima 2003. Centro de Documentación (CENDOC) APOYO Opinión y Mercado S.A. En: [www.apoyo.com](http://www.apoyo.com) (Visionado en Setiembre 2004)
9. Del Campo F. Roncar o no roncar. Arch Bronconeumol 1992; 28:209-11
10. Zamarrón C, Gude F, Otero Y, Alvarez Dobaño JM, Golpe A, Rodríguez Suárez JR. Sintomatología del Síndrome de apnea del sueño en la población general. Arch Bronconeumol 1998; 34:254-9.
11. Lugaresi E, Cirignotta F, Coccagna G, Piana C. Some epidemiological data on snoring and cardio circulatory disturbances. Sleep 1980; 3:221-4
12. Norton PG, Dun EV, Haight JS. Snoring in adults: some epidemiological aspects. Can Med Assoc J 1982; 128:674-5
13. Klink ME, Quan SF. Prevalence of snoring and the use of medicinal sleep aids and their relationship to age, gender and sleep complaints in the general population. Am Rev Respir Dis 1986; 133: 343.
14. Bixler EO, Vgontos AN, Lin HM, Have TT, et al. Prevalence of Sleep-Disordered Breathing in women. Effects of Gender. Am J Respir Crit Care Med 2001; 163: 608-613
15. Young T, Palta M, Dempsey J, Skatrud J, Weber S, Badr S. The occurrence of Sleep disorders breathing among middle aged adults. N Engl J Med 1993;328:1230-6
16. Durán J, Esnaola S, Rubio R, Iztueta AA. Obstructive Sleep Apnea-Hipopnea and related clinical Features in a Population-based sample of subjects aged 30 to 70 years. Am J Respir Crit Care Med 2001;163:685-689
17. Kauffman F, Annesi I, Neukirch F, Oryszczyn MP, Alperovitch A. The relation between snoring and smoking, body mass index, age, alcohol consumption and respiratory symptoms. Eur Respir J 1989;2:599-603.
18. Warley ARH, Mitchell JH, Stradling JR. Prevalence of nocturnal hypoxemia among men with mild to moderate hypertension. Quarterly Journal of Medicine 1988; 66:637-644.
19. Adolescent Sleep Needs and Patterns Research Report and Resource Guide. 2000 National Sleep Foundation. En: [www.sleepfoundation.org](http://www.sleepfoundation.org) (Visionado en Setiembre 2004)
20. Helmut Meissner H, Riemer A, Santiago SM, Stein M, Goldman MD, Williams J. Failure of physician documentation of sleep complaints in hospitalized patients. Western Journal of Medicine 1998;169:146-149.
21. Ancoli-Israel S, Roth T. Characteristics of insomnia in the United States: Results of the 1991 National Sleep Foundation Survey I. Sleep 1999; 22 (S2):S347-53.
22. Stalé P, Inger H, Geir H, Havik O, Kvale G. Prevalence of insomnia in the adult Norwegian population. Sleep 2001; 24:771-9.
23. Rosekind M. The epidemiology and occurrence of insomnia. J Clin Psychiatry 1992; 53:4-9.
24. Hajak G. Insomnia in Primary Care. Based on a background paper submitted to the International Workshop. Sleep 2000; 23:S54-S63.
25. Villar D, Varela L, Chigne O. Evaluación geriátrica e integral en pacientes hospitalizados y ambulatorios. Bol Soc Peru Med Inter 2000; 13:143-150.
26. Rey de Castro J, Hernández Montalvo J. ¿Cuánto saben los médicos sobre el síndrome de apnea hipopnea obstructiva del sueño?. Bol Soc Peru Med Inter 2001; 14:17-22.
27. Arias J. Omisión en el registro de insomnio en paciente internados en un hospital general. Rev Med Hered 2003; 14:59-62.
28. Hening WA, Allen RP, Early CJ, Pichiett DL, Silver



- MH. An update on the dopaminergic treatment of restless legs syndrome and periodic limb movement disorder. *Sleep* 2004;27: 590-83.
29. Chesson A, Hatse K, McDowell Anderson W, Davila D, et al. Practice parameters for the evaluation of chronic insomnia. *Sleep* 2000;23:237-241.
30. Sparks B, Bartle A, Beckert L. Assessment of snores in primary care: straight path to treatment. *N Z Med J* 2002;115:269-71.
31. Papp KK, Penrod CE, Strohl KP. Knowledge and attitudes of primary care physicians toward sleep and sleep disorders. *Sleep Breath* 2002; 6:103-9.
32. Rosen RC, Zozula R, Jahn EG, Carson JL. Low rates of recognition of sleep disorders in primary care: comparison of a community-based versus clinical academic settings. *Sleep Med* 2001;2:47-55.

Recibido: 09/11/04  
Aceptado para publicación: 21/03/05