

Original

El estado de salud de las personas mayores que sufren insomnio

Jesús López-Torres Hidalgo*, Beatriz Navarro Bravo, Ignacio Párraga Martínez, Fernando Andrés Pretel, Joseba Rabanales Sotos y María José Simarro Herráez

Unidad de Investigación de la Gerencia de Atención Primaria de Albacete, Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM), Albacete, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 17 de septiembre de 2011

Aceptado el 15 de noviembre de 2011

On-line el 7 de marzo de 2012

Palabras clave:

Estado de salud

Trastornos del sueño

Salud del anciano

R E S U M E N

Objetivos: Evaluar el estado de salud percibido por los mayores que sufren insomnio, tanto primario como secundario a una enfermedad médica o asociado a otro trastorno mental.

Métodos: Estudio observacional transversal realizado en una muestra representativa de 926 mayores de 65 años. Mediante una entrevista psiquiátrica se verificó la presencia de insomnio (DSM-IV-TR, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4.^a ed., texto revisado), y con una entrevista realizada por personal sanitario se evaluó el estado de salud percibido (EuroQol-5D), los problemas de salud y la situación sociodemográfica.

Resultados: La prevalencia de insomnio primario fue del 8,9% (intervalo de confianza del 95% [IC95%]: 7,1-11,0), la de insomnio relacionado con otro trastorno mental del 9,3% (IC95%: 7,5-11,4) y la de insomnio debido a una enfermedad médica del 7,0% (IC95%: 5,4-8,9). En los pacientes con insomnio que consumían hipnóticos/sedantes se observó una puntuación menor en la autovaloración del estado de salud (57,6; IC95%: 53,7-61,4) significativamente inferior ($p < 0,05$) a la de los sujetos con insomnio no consumidores (65,1; IC95%: 53,7-61,4). El valor medio del estado de salud en los individuos sin insomnio fue de 0,87, y en cualquier tipo de insomnio fue significativamente inferior ($p < 0,05$): 0,80 en insomnio primario, 0,73 en insomnio relacionado con otro trastorno mental y 0,76 en insomnio debido a enfermedad médica.

Conclusiones: Comprobamos un peor estado de salud en los mayores con insomnio, ya sea primario o secundario a otras enfermedades mentales u orgánicas, y también cuando consumen hipnóticos/sedantes. La gravedad de las limitaciones es inferior en el insomnio primario.

© 2011 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

The health status of older people with insomnia

A B S T R A C T

Objectives: To evaluate the perceived health status of elderly patients with insomnia, whether primary, secondary to a medical illness, or associated with another mental disorder.

Methods: We conducted a cross-sectional study in a representative sample of 926 persons aged over 65 years. A psychiatric interview was used to verify the presence of insomnia (DSM-IV-TR, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth ed., revised text). Interviews were conducted by health professionals to assess perceived health status (EuroQol-5D), health problems, and socio-demographic characteristics.

Results: The prevalence of primary insomnia was 8.9% (95% CI: 7.1-11.0), that of insomnia associated with another mental disorder was 9.3% (95% CI: 7.5-11.4) and that of insomnia secondary to medical illness was 7.0% (95% CI: 5.4-8.9). Patients with insomnia who used hypnotics/sedatives scored lower in self-reported health (57.6; 95% CI: 53.7-61.4), significantly lower ($p < 0.05$) than participants with insomnia not taking these drugs (65.1; 95% CI: 53.7-61.4). The mean health status score in individuals without insomnia was 0.87 and was significantly lower ($p < 0.05$) in persons with any type of insomnia: 0.80 in primary insomnia, 0.73 in insomnia secondary to a mental disorder and 0.76 in insomnia associated with medical illness.

Conclusions: Health status was worse in older people with insomnia, whether primary, secondary to other mental illnesses or organic, and when the elderly patients consumed hypnotics/sedatives. Limitations were less severe in primary insomnia.

© 2011 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Keywords:

Health status

Sleep disorders

Health of the elderly

Introducción

Los trastornos del sueño son frecuentes en las personas mayores, aunque tal vez no están suficientemente reconocidos¹. Es

muy importante clasificar de forma correcta el insomnio y establecer una estrategia de intervención adecuada², pues puede ser consecuencia de un mal estado de salud e incluso un factor de riesgo independiente de menor supervivencia³. El factor clave en la diferenciación entre los cambios del sueño relacionados con la edad y el insomnio son los efectos en el funcionamiento diurno. Si estos cambios no se acompañan de estrés y consecuencias diurnas, no puede hablarse propiamente de insomnio. Por tanto, es esencial

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jesusl@sescam.org (J. López-Torres Hidalgo).

evaluar la repercusión del insomnio en la actividad diaria y también las circunstancias que contribuyen a su mantenimiento⁴. Un sueño insuficiente puede ocasionar somnolencia diurna, disminución de la capacidad cognitiva y alteraciones en el funcionamiento psicomotor^{5,6}. El insomnio crónico también se relaciona con mal humor y mayor riesgo de depresión, peor calidad de vida, más riesgo de caídas y de dependencia a psicofármacos, así como mayor utilización de los servicios sanitarios⁷⁻¹¹. Por tanto, su atención clínica e investigación están ampliamente justificadas.

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es un concepto amplio que incluye, entre otros aspectos, la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia y las relaciones sociales. La CVRS es la variable de resultado de salud percibida que ha tenido más interés y atención en las últimas décadas¹². Se ha convertido en un aspecto muy importante en la medicina contemporánea, pues permite valorar la carga de enfermedad y evaluar las intervenciones sanitarias de una forma estandarizada¹³. Sin embargo, en el caso del insomnio es escasa la bibliografía que aborda la medición de este importante constructo y la forma en que el tratamiento farmacológico es capaz de mejorar sus componentes físico, social y emocional. También es poca la información disponible cuando se diferencia el insomnio primario del relacionado con otro trastorno mental o debido a una enfermedad médica, y se desconoce la verdadera repercusión de cada uno de estos trastornos en el estado de salud percibido por los mayores.

El EuroQol-5D (EQ-5D) constituye un instrumento genérico de medición de la CVRS que puede utilizarse tanto en individuos relativamente sanos (población general) como en grupos de pacientes con diferentes patologías. Además de la medición de las dimensiones físicas, psicológicas y sociales, este cuestionario facilita la obtención de unos valores que reflejan la preferencia de los individuos por una serie de estados de salud para su inclusión en estudios de coste-efectividad o coste-utilidad. El EQ-5D ha sido adaptado y validado para su uso en España¹⁴. Numerosos trabajos de investigación científica emplean hoy el concepto de CVRS para referirse a la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad o de la aplicación de cierto tratamiento, sobre todo de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social¹⁵. La utilización de cuestionarios genéricos, como el EQ-5D, en estudios de tipo descriptivo permite también conocer de manera cualitativa y cuantitativa qué aspectos de la calidad de vida de los pacientes están afectados en comparación con la población general, de la que hay valores de referencia¹⁶.

Los objetivos del estudio son evaluar el estado de salud percibido por las personas mayores que sufren insomnio, tanto primario como secundario a una enfermedad médica o asociado a otra enfermedad mental, y por otra parte analizar la relación entre los tipos de insomnio y la CVRS, considerando simultáneamente, como otros factores determinantes, la situación de comorbilidad, el consumo de psicofármacos y las características sociodemográficas.

Métodos

Estudio observacional transversal realizado en personas mayores de 65 años de la ciudad de Albacete, situada en el sureste de España y con una población total de 169.716 habitantes, de los cuales el 13,5% tiene 65 años o más.

El tamaño de la muestra fue de 944 personas, y en su cálculo se consideró una prevalencia esperada de personas con insomnio del 20%, un nivel de confianza del 95% y una precisión de $\pm 2,5\%$. Teniendo en cuenta una previsión de no respuestas del 30% y de errores en la base de la tarjeta sanitaria del 20% (comprobado en estudios previos), se seleccionaron inicialmente, mediante muestreo aleatorio simple, 1888 sujetos. Se consideraron criterios de exclusión las deficiencias sensoriales incompatibles con la

realización de una entrevista personal y la presencia de un rendimiento intelectual bajo, insuficiente para colaborar en el estudio.

De los 1888 sujetos seleccionados inicialmente, fueron entrevistados 951, con la siguiente distribución: 926 personas aceptaron participar y acudieron a una cita en el centro de salud, 25 aceptaron participar y fueron entrevistados en su domicilio por no encontrarse bien de salud, 514 rechazaron participar o no asistieron a la cita, y 423 no pudieron participar por diferentes motivos (fallecimiento, teléfono incorrecto, no localización tras tres intentos de llamada sin recibir respuesta, enfermedad grave, residencia fuera de la ciudad de Albacete o institucionalización). Si se tienen en cuenta sólo las personas que pudieron ser localizadas, la tasa de respuesta fue del 64,91%. Posteriormente, de los 951 sujetos evaluados fueron excluidos 16 por no disponerse de información suficiente (datos incompletos) y 9 por presentar un rendimiento intelectual insuficiente para ser entrevistados, de modo que se incluyeron finalmente en el análisis 926 sujetos.

Los datos se recogieron en un cuestionario precodificado durante el período comprendido entre octubre de 2008 y junio de 2009 en los ocho centros de salud de Albacete. Los participantes fueron citados en sus centros de salud y entrevistados por personal de enfermería para conocer su estado de salud percibido, sus problemas de salud y su situación sociodemográfica. Posteriormente, los entrevistaron psiquiatras para verificar la presencia o ausencia de insomnio. El proceso de ambas entrevistas fue estandarizado para aumentar la fiabilidad de las mismas. Con tal fin, se establecieron sesiones de entrenamiento previo que aseguraron la uniformidad de la recogida de datos por parte de todos los profesionales sanitarios participantes. El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Área Sanitaria de Albacete.

Las variables estudiadas fueron:

- Presencia o ausencia, mediante los criterios del DSM-IV-TR, de insomnio primario, insomnio relacionado con otro trastorno mental, insomnio debido a una enfermedad médica u otros trastornos (insomnio inducido por consumo de sustancias, etc.).
- Problemas de salud del anciano, clasificados mediante la Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP-2), y consumo de psicofármacos (Clasificación Anatómico-Terapéutica).
- CVRS, evaluada mediante el cuestionario EQ-5D^{17,18}. Cada individuo valoró su estado de salud en niveles de gravedad por dimensiones: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión. También fue evaluada en la Escala Visual Analógica (EVA) de autovaloración del estado de salud desde 0 (peor estado de salud imaginable) hasta 100 (mejor estado de salud imaginable). Además, se calculó el valor de preferencia o utilidad para cada estado de salud generado por el instrumento, obtenido con la técnica de valoración *time trade-off*, que consiste en ir restando una serie de coeficientes según la gravedad de los síntomas^{19,20}, oscilando entre el valor 1 (el mejor estado de salud) y el 0 (la muerte).
- Características sociodemográficas: sexo, edad, nivel de instrucción, clase social basada en la ocupación ejercida por el anciano durante la mayor parte de su vida (Clasificación Nacional de Ocupaciones) y estado civil.

Las respuestas de los participantes fueron introducidas en una base de datos, y a continuación se procedió a su depuración y análisis. Se realizaron dos análisis, uno descriptivo de los sujetos estudiados y otro comparativo entre los sujetos con diferentes tipos de insomnio. Para comprobar la existencia de asociaciones se utilizaron pruebas de comparación de proporciones (ji al cuadrado) y de medias (*t* de Student y ANOVA, con comparaciones múltiples *post hoc* por el método de Scheffé). A continuación, utilizando como variable dependiente el valor del estado de salud proporcionado por el cuestionario EQ-5D, se construyó un modelo de

Tabla 1
Características de los sujetos

Características	N (%)
Sexo	
- Hombre	419 (45,2)
- Mujer	507 (54,8)
Edad (años)	
- 65-74	509 (55,0)
- 75-84	355 (38,3)
- 85 o más	62 (6,7)
Nivel de estudios	
- Sin estudios o con estudios primarios incompletos	545 (58,8)
- Estudios primarios	302 (32,6)
- Estudios medios o superiores	79 (8,5)
Clase social basada en la ocupación	
- I: Directivos, altos funcionarios, profesionales liberales o técnicos superiores	44 (4,8)
- II: Propietarios/gerentes de comercio y de servicios. Otros técnicos no superiores	74 (8,0)
- III: Cuadros y mandos intermedios. Administrativos y funcionarios en general. Personal de los servicios de protección y seguridad	151 (16,3)
- IVa: Trabajadores manuales cualificados de la industria, comercio, servicios o del sector primario	267 (28,8)
- IVb: Trabajadores manuales semicualificados de la industria, comercio, servicios o del sector primario	276 (29,8)
- V: Trabajadores no cualificados	106 (11,4)
- VI: Otros casos (miembros del clero y de las Fuerzas Armadas). Otros casos mal especificados	8 (0,9)
Estado civil	
- Soltero	43 (4,6)
- Casado/unión estable	620 (67,0)
- Viudo	248 (26,8)
- Separado/divorciado	15 (1,6)

regresión lineal múltiple con finalidad explicativa, por el sistema de pasos sucesivos, para comprobar las variables asociadas, evitando posibles factores de confusión. En el modelo se incluyeron las variables independientes insomnio, comorbilidad, consumo de hipnóticos/sedantes y las características sociodemográficas que habían mostrado una asociación estadísticamente significativa ($p < 0,05$). Se introdujeron como variables cuantitativas la edad y el número de enfermedades, y como variables dicotómicas el sexo, el estado civil (casados/otros estados), el nivel de estudios (sin estudios, estudios primarios/nivel secundario o superior), la clase social (I-IVa/IVb-VI), insomnio primario (sí/no), insomnio debido a enfermedad médica (sí/no), insomnio asociado a otro trastorno mental (sí/no) y consumo de hipnóticos/sedantes (sí/no). La estimación de los coeficientes se realizó con el método de mínimos cuadrados o de máxima verosimilitud, y la independencia de los valores residuales se comprobó mediante el test de Durbin-Watson. El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS versión 19.0.

Resultados

La edad media fue de 74,4 años (desviación estándar [DE]: 6,0), con un rango de 65 a 95 años, y la proporción de hombres/mujeres de 45,2/54,8% (tabla 1). Según los criterios de insomnio primario, la prevalencia de este trastorno fue del 8,9% (IC95%: 7,1-11,0). Siguiendo los criterios de diagnóstico diferencial, la prevalencia de insomnio relacionado con otra enfermedad mental fue del 9,3% (IC95%: 7,5-11,4), la de insomnio debido a una enfermedad médica del 7,0% (IC95%: 5,4-8,9) y la de insomnio inducido por sustancias del 0,3% (IC95%: 0,1-1,0). En 22 casos (2,4%) el origen del insomnio no pudo ser bien diferenciado.

Mediante el cuestionario EQ-5D se evaluó el estado de salud autopercibido de los participantes en relación con la movilidad, el cuidado personal, las actividades cotidianas, el dolor y la ansiedad/depresión. Si se considera globalmente a todos los

individuos con insomnio, la proporción de los que manifestaron problemas o limitaciones en cualquiera de las dimensiones contenidas en el cuestionario EQ-5D fue superior ($p < 0,001$). Sin embargo, al analizar cada tipo de insomnio, las limitaciones en el cuidado personal no fueron superiores en el caso del insomnio primario, ni el nivel de ansiedad/depresión, en el caso de insomnio debido a enfermedad médica (tabla 2).

En la EVA, destinada a la autovaloración del estado de salud, los individuos sin insomnio alcanzaron una puntuación media de 72,4 (IC95%: 71,1-73,7). Ésta fue significativamente inferior ($p < 0,05$) en los individuos con insomnio primario (64,4; IC95%: 60,0-68,8) y en los que presentaban insomnio asociado con otro trastorno mental (55,7; IC95%: 50,9-60,5), pero no en los que padecían insomnio debido a enfermedad médica (66,8; IC95%: 62,5-71,2). Al evaluar la muestra total, la puntuación fue significativamente inferior ($p < 0,01$) en los mayores de 75 años ($67,0 \pm 18,5$ frente a $70,5 \pm 18,3$), en las mujeres ($65,5 \pm 19,6$ frente a $73,2 \pm 16,0$), en los consumidores de hipnóticos/sedantes ($63,9 \pm 19,0$ frente a $71,4 \pm 17,7$), en los que presentaban más de tres enfermedades ($61,6 \pm 17,7$ frente a $71,9 \pm 17,9$), en sujetos sin estudios o con estudios primarios incompletos ($66,2 \pm 18,7$ frente a $73,0 \pm 17,4$), en solteros/viudos/divorciados ($66,3 \pm 19,1$ frente a $70,2 \pm 18,0$) y en sujetos pertenecientes a las clases sociales IVb-VI ($65,9 \pm 18,3$ frente a $71,2 \pm 18,3$).

Cuando se clasificó a los participantes según la presencia de insomnio y el consumo de hipnóticos/sedantes (tabla 3), se observó una menor puntuación obtenida en la EVA en los sujetos con insomnio que consumían hipnóticos/sedantes (57,6; IC95%: 53,7-61,4), siendo ésta significativamente inferior ($p < 0,05$) a la de los sujetos con insomnio no consumidores (65,1; IC95%: 53,7-61,4).

Respecto al valor del estado de salud, utilizando los valores proporcionados por Herdman et al²⁰ para calcularlo, en el total de la muestra el valor medio fue de 0,83 (DE: 0,19). En el caso de los hombres, este valor fue de 0,89 (DE: 0,16) y en el caso de las mujeres de 0,78 (DE: 0,19), siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$). Además, se observó una débil correlación inversa en relación con la edad de los participantes (Rho de Spearman: -0,246; $p < 0,001$). En los individuos sin insomnio se obtuvo un valor medio de 0,87 (IC95%: 0,86-0,88) y en cualquiera de los tipos de insomnio fue significativamente inferior ($p < 0,05$): 0,80 (IC95%: 0,76-0,84) en ancianos con insomnio primario; 0,73 (IC95%: 0,69-0,77) en ancianos con insomnio asociado con otro trastorno mental, y 0,76 (IC95%: 0,71-0,81) en ancianos con insomnio debido a una enfermedad médica.

En relación con el consumo de hipnóticos/sedantes, los consumidores presentaron un valor medio (0,76; DE: 0,20) significativamente inferior ($p < 0,001$) al de los no consumidores (0,86; DE: 0,17). También se observó una tendencia lineal inversa, estadísticamente significativa (Rho de Spearman: -0,383; $p < 0,001$), entre el valor del estado de salud y el número de enfermedades manifestadas por los participantes. En la tabla 4 se muestran las variables que, mediante regresión lineal múltiple, presentaron una asociación independiente con el valor del estado de salud. La capacidad explicativa de la ecuación de regresión fue estadísticamente significativa ($F = 38,19$; $p < 0,001$), y explicó el 24,9% (R^2 ajustado: 0,249) de la variabilidad en el valor del estado de salud proporcionado por el cuestionario EQ-5D. Mediante el test de Durbin-Watson se obtuvo un valor de 1,972, gracias al cual se concluyó que no existe correlación entre los valores residuales.

Discusión

El EQ-5D presenta ciertas ventajas para la medición de la CVRS, entre las que destaca su brevedad y su sencillez a la hora de proceder a su cumplimentación, precisándose sólo entre 2 y 3 minutos. La sencillez de uso probablemente repercuta de forma positiva en la

Tabla 2
Distribución de las respuestas a las preguntas del cuestionario EQ-5D según el origen del insomnio

Dimensión EQ-5D	Sin insomnio	Insomnio primario	Insomnio relacionado con otra enfermedad mental	Insomnio debido a una enfermedad médica
<i>Movilidad</i>				
- No tengo problemas para caminar	501 (77,4%)	50 (62,5%)	47 (56,0)	36 (57,1%)
- Tengo algunos problemas para caminar	145 (22,4%)	30 (37,5%)	37 (44,0%)	27 (42,9%)
- Tengo que estar en la cama	1 (0,2%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
<i>Autocuidado</i>				
- No tengo problemas con el cuidado personal	619 (95,7%)	75 (93,8%)	73 (86,9%)	48 (76,2%)
- Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme	26 (4,0%)	5 (6,3%)	11 (13,1%)	14 (22,2%)
- Soy incapaz de lavarme o vestirme	2 (0,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (1,6%)
<i>Actividades cotidianas</i>				
- No tengo problemas para mis actividades	596 (92,1%)	68 (85,0%)	67 (79,8%)	46 (73,0%)
- Tengo algunos problemas para mis actividades	49 (7,6%)	12 (15,0%)	16 (19,0%)	17 (27,0%)
- Soy incapaz de realizar mis actividades	2 (0,3%)	0 (0,0%)	1 (1,2%)	0 (0,0%)
<i>Dolor/malestar</i>				
- No tengo dolor o malestar	440 (68,0%)	43 (53,8%)	32 (38,1%)	28 (44,4%)
- Tengo dolor moderado o malestar	190 (29,4%)	31 (38,8%)	47 (56,0%)	32 (50,8%)
- Tengo mucho dolor o malestar	17 (2,6%)	6 (7,5%)	5 (6,0%)	3 (4,8%)
<i>Ansiedad/depresión</i>				
- No estoy ansioso ni deprimido	582 (90,0%)	62 (77,5%)	49 (58,3%)	57 (90,5%)
- Estoy moderadamente ansioso o deprimido	61 (9,4%)	18 (22,5%)	31 (36,9%)	6 (9,5%)
- Estoy muy ansioso o deprimido	4 (0,6%)	0 (0,0%)	4 (4,8%)	0 (0,0%)

Tabla 3
Puntuación EVA y comparaciones múltiples según la presencia de insomnio y el consumo de hipnóticos/sedantes

Clasificación	Puntuación EVA (\pm DE)	Comparaciones	Diferencia de medias (IC95%)	p
No insomnio No hipnóticos/sedantes (n = 464)	73,7 (\pm 16,8)	No insomnio	-4,8 (-0,5 a -9,2)	0,023
		Sí hipnóticos/sedantes	-8,6 (-3,8 a -13,4)	0,000
		No hipnóticos/sedantes	-16,1 (-11,0 a -21,3)	0,000
		Sí hipnóticos/sedantes	4,8 (0,5 a 9,2)	0,023
No insomnio Sí hipnóticos/sedantes (n = 173)	68,9 (\pm 16,6)	No insomnio	-3,7 (-9,4 a 1,9)	NS
		No hipnóticos/sedantes	-11,3 (-5,4 a -17,2)	0,000
		Sí insomnio	8,6 (3,8 a 13,4)	0,000
		Sí hipnóticos/sedantes	-7,6 (-1,3 a -13,8)	0,010
Sí insomnio No hipnóticos/sedantes (n = 135)	65,1 (\pm 18,2)	No insomnio	16,1 (11,0 a 21,3)	0,000
		No hipnóticos/sedantes	3,7 (-1,9 a 9,4)	NS
		Sí insomnio	11,3 (5,4 a 17,2)	0,000
		Sí hipnóticos/sedantes	7,6 (1,3 a 13,8)	0,010
Sí insomnio Sí hipnóticos/sedantes (n = 114)	57,6 (\pm 20,6)	No insomnio	11,3 (5,4 a 17,2)	0,000
		No hipnóticos/sedantes	7,6 (1,3 a 13,8)	0,010
		Sí insomnio	-	-
		No hipnóticos/sedantes	-	-

DE: desviación estándar; EVA: Escala Visual Analógica; IC95%: intervalo de confianza del 95%; NS: diferencia estadísticamente no significativa al nivel 0,05.

Tabla 4
Variables asociadas mediante regresión lineal múltiple al valor del estado de salud

	Coefficientes (B)	(IC95%)	Coefficientes estandarizados	t	p
Constante	1,374	(1,243 a 1,505)	-	20,635	0,000
Número de enfermedades	-0,037	(-0,047 a -0,027)	-0,230	-7,456	0,000
Sexo femenino	-0,063	(-0,085 a -0,041)	-0,176	-5,670	0,000
Edad	-0,005	(-0,007 a -0,003)	-0,162	-5,487	0,000
Insomnio relacionado con otro trastorno mental	-0,076	(-0,113 a -0,040)	-0,125	-4,105	0,000
Insomnio debido a enfermedad médica	-0,085	(-0,126 a -0,045)	-0,122	-4,124	0,000
Consumo de hipnóticos/sedantes	-0,041	(-0,065 a -0,018)	-0,109	-3,489	0,001
Sin estudios o sólo estudios primarios	-0,039	(-0,060 a -0,018)	-0,108	-3,636	0,000
Insomnio primario	-0,038	(-0,075 a -0,002)	-0,061	-2,058	0,040

cantidad y calidad de los datos recogidos^{20,21}. La versión actual presenta una elevada fiabilidad test-retest²² (entre 0,86 y 0,90) y posee una buena correlación con el Short Form 36 (SF-36), salvo en el área de «estado funcional psicológico»²³. Por su parte, el SF-36 incluye una escala muti-ítem que evalúa ocho conceptos de salud: función física, rol físico, rol emocional, función social, dolor corporal, salud mental, vitalidad y salud general. Sin embargo, a diferencia del EQ-5D, que permite medir el nivel global de salud y obtener un perfil de salud numérico, el SF-36 no se ha diseñado para generar un índice global y, por otra parte, se necesita más tiempo para su cumplimentación debido al elevado número de ítems que contiene.

Desde que el EQ-5D fue adaptado en España, se ha utilizado en diversos estudios que han confirmado su validez y su fiabilidad, permitiendo la obtención de índices de los valores poblacionales²⁴. Además, se cuenta con experiencia en cuanto a su utilización en diferentes enfermedades, lo que permite comparar el estado de salud con individuos de la población general o entre pacientes con diferentes afecciones^{15,25-27}. Mediante dicho instrumento nuestros resultados aportan información sobre el estado de salud de la población mayor de 65 años y permiten establecer las diferencias que existen en los individuos que presentan insomnio, distinguiendo el origen de éste. Como desventaja, en muestras de población general, el EQ-5D presenta un efecto techo, puntuando el máximo una parte de los sujetos estudiados²⁸. Sin embargo, esta circunstancia puede considerarse normal si se tiene en cuenta que en muestras representativas de población general la mayor parte de los individuos gozan de buena salud.

Como en estudios anteriores¹⁴, comprobamos una peor auto-percepción de salud en edades más avanzadas, mujeres, personas con menor nivel de estudios y enfermos crónicos. Además, la auto-evaluación es peor cuando se presenta insomnio, ya sea primario o secundario a otras enfermedades mentales u orgánicas, y cuando se consumen hipnóticos/sedantes. En cuanto a la gravedad de las limitaciones, observamos que en general ésta es inferior en los sujetos con insomnio primario, sin repercusión en el cuidado personal, y más acusada cuando el insomnio está relacionado con otro trastorno mental o es secundario a una enfermedad médica, excepto en lo que se refiere a ansiedad/depresión en este último caso.

El valor del estado de salud obtenido en nuestros resultados en las personas mayores que no presentan insomnio (0,87) es muy similar a los datos publicados por Badia et al¹⁴ sobre poblaciones generales de Cataluña y Navarra (0,89 y 0,87, respectivamente). Sin embargo, en las personas con insomnio, los valores se aproximan a los que se han obtenido en enfermos crónicos (0,75), resultando incluso inferiores cuando el insomnio se asocia a otro trastorno mental (0,73).

Previamente se ha documentado que, aunque la gravedad de la repercusión diurna del insomnio no está necesariamente relacionada con una peor calidad del sueño en los individuos con insomnio crónico, estos síntomas, como cansancio o fatiga, sí están asociados a un mayor deterioro de la CVRS²⁹. Antes ya ha sido determinada la asociación entre el insomnio y la CVRS utilizando el cuestionario SF-36^{30,31}. Se ha puesto de manifiesto que el insomnio se asocia independientemente con una peor calidad de vida en casi la misma medida que algunas condiciones crónicas frecuentes como la insuficiencia cardíaca o la depresión. Además, ocasiona una mayor utilización de recursos sanitarios, con un incremento de las visitas a urgencias, llamadas al médico y uso de medicación. El insomnio también puede causar mayor riesgo de accidentes y deterioro de la calidad de vida familiar y social³², resultando costoso para la sociedad.

Nuestros resultados permiten confirmar esta asociación entre el insomnio y la CVRS, con diferente gravedad en cuanto a su repercusión según el origen del insomnio, y contribuye negativamente de manera independiente el uso de fármacos hipnóticos/sedantes.

Dichos fármacos, aunque son prescritos de manera habitual para el tratamiento del insomnio en las personas mayores, también pueden ser el origen del mismo como efecto secundario³³. Un consumo prolongado de éstos favorece las situaciones de tolerancia y puede provocar un empeoramiento de la situación, repercutiendo desfavorablemente en el estado de salud percibido.

Con el cuestionario Short-Form 8 (SF-8) se estudió el efecto en la calidad de vida del insomnio y el uso de medicamentos para dormir³⁴, y se concluyó que la medicación para el sueño es útil para mejorar el componente mental de la calidad de vida; sin embargo, puede deteriorar el componente físico, posiblemente a causa de los efectos adversos. En nuestros resultados hemos comprobado que el valor del estado de salud es inferior en los sujetos con insomnio que reciben hipnóticos/sedantes respecto a los que lo padecen pero no consumen estos fármacos. Hay que tener en cuenta que éstos no siempre son prescritos para el insomnio, pues con frecuencia se utilizan para aliviar los síntomas de los trastornos de ansiedad o de cuadros ansioso-depresivos, pero los resultados obtenidos son de interés a la hora de considerar una prescripción racional de los mismos, especialmente si se tiene en cuenta la elevada utilización que hacen de ellos las personas mayores. Aunque la medicación es la opción terapéutica más utilizada³⁵, también debe considerarse que otras formas de tratamiento, como la terapia cognitivo-conductual, producen un significativa mejoría en el sueño, el funcionamiento diario y en la CVRS³⁶.

¿Qué se sabe sobre el tema?

Los trastornos del sueño son frecuentes en las personas mayores, aunque no están suficientemente reconocidos. Es muy importante clasificar de forma correcta el insomnio y establecer una estrategia de intervención adecuada, pues es consecuencia de un mal estado de salud y constituye un factor de riesgo independiente de menor supervivencia. Un sueño insuficiente puede ocasionar somnolencia diurna, disminución de la capacidad cognitiva y alteraciones en el funcionamiento psicomotor. Además, el insomnio crónico se relaciona con mal humor y mayor riesgo de depresión, peor CVRS, más riesgo de caídas y de dependencia a psicofármacos, así como mayor utilización de los servicios sanitarios. La CVRS es la variable de resultado de salud percibida que más interés y atención ha recibido en las últimas décadas. Permite valorar la carga de enfermedad y también las intervenciones sanitarias de una forma estandarizada; sin embargo, en el caso del insomnio, es escasa la bibliografía que aborda la medición de este importante constructo y la forma en que el tratamiento farmacológico mejora sus componentes físico, social y emocional.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

El insomnio, ya sea primario, relacionado con otro trastorno mental o secundario a una enfermedad médica, es un problema de salud que afecta aproximadamente a una de cada cuatro personas mayores y repercute desfavorablemente en la valoración del estado de salud. Quienes lo sufren presentan una CVRS inferior y, según el origen del insomnio, la gravedad de la repercusión es diferente en las dimensiones física, psicológica y social. El valor del estado de salud es inferior en los pacientes con insomnio tratados con hipnóticos/sedantes respecto a los que lo padecen pero no consumen tales fármacos. Este aspecto es de interés al considerar una prescripción racional de éstos, especialmente si se tiene en cuenta la gran utilización que hacen de ellos las personas mayores.

En conclusión, el insomnio, ya sea primario, relacionado con otro trastorno mental o secundario a una enfermedad médica, es un problema de salud frecuente que afecta aproximadamente a una de cada cuatro personas mayores y repercute de manera desfavorable en la valoración del estado de salud. Quienes lo sufren presentan una CVRS inferior y, según el origen del insomnio, la gravedad de la repercusión es diferente en las dimensiones física, psicológica y social. Continuando con esta línea de investigación, deberá comprobarse que el EQ-5D es sensible a los cambios en el estado de salud en los pacientes que modifican su patrón de sueño a lo largo del tiempo.

Contribuciones de autoría

J. López-Torres, I. Párraga, B. Navarro y F. Andrés concibieron y diseñaron el estudio. M.J. Simarro y J. Rabanales obtuvieron los datos. J. López-Torres y B. Navarro realizaron el análisis e interpretaron los resultados. J. López-Torres, I. Párraga y F. Andrés contribuyeron a la redacción del manuscrito. Todos los autores revisaron los borradores del manuscrito y aprobaron la versión final.

Financiación

El estudio ha sido financiado por la Fundación para la Investigación Sanitaria en Castilla-La Mancha (FISCAM) (Expediente PI-2007/51, Resolución de 24 de enero de 2008, Diario Oficial de Castilla-La Mancha n.º 23, 31 de enero de 2008).

Conflictos de intereses

Ninguno.

De este trabajo fue presentada una comunicación en la 17th WONCA Europe Conference, celebrada en Varsovia (Polonia) del 8 al 11 de septiembre de 2011.

Agradecimientos

A Salvador Peiró Moreno por su apoyo y su orientación en la realización del trabajo, y a Juan del Llano Señarís y Flor Raigada González por su colaboración desde la Fundación Gaspar Casal (Madrid).

Bibliografía

- López-Torres J, Boix C, David Y, et al. Functional status in the elderly with insomnia. *Qual Life Res.* 2007;16:279-86.
- Quan S, Zee P. A sleep review of systems; evaluating the effects of medical disorders on sleep in the older patient. *Geriatrics.* 2004;59:37-43.
- Manabe K, Matsui T, Yamaya M, et al. Sleep patterns and mortality among elderly patients in a geriatric hospital. *Gerontology.* 2000;46:318-22.
- McCall WV. Diagnosis and management of insomnia in older people. *J Am Geriatr Soc.* 2005;53:S272-7.
- Avidan AY. Sleep disorders in the older patient. *Prim Care.* 2005;32:563-86.
- Ancoli-Israel S, Cooke JR. Prevalence and comorbidity of insomnia and effect on functioning in elderly populations. *J Am Geriatr Soc.* 2005;53:S264-71.
- Roth T, Roehrs T. Insomnia: epidemiology, characteristics, and consequences. *Clin Cornerstone.* 2003;5:5-15.
- Boix C, López-Torres J, David Y, et al. Trastornos del sueño y condiciones ambientales en mayores de 65 años. *Aten Primaria.* 2009;41:564-9.
- Brooke Huffman G. Insomnia and cognitive function in the elderly patient. *Am Fam Physician.* 2002;65:1184-5.
- Léger D, Stal V, Guilleminault C, et al. Diurnal consequence of insomnia: impact on quality of life. *Rev Neurol (Paris).* 2001;157:1270-8.
- Okajima I, Komada Y, Nomura T, et al. Insomnia as a risk for depression: a longitudinal epidemiologic study on a Japanese rural cohort. *J Clin Psychiatry.* 2011 [Epub ahead of print].
- Lizán Tudela L. La calidad de vida relacionada con la salud. *Aten Primaria.* 2009;41:411-6.
- Kyle SD, Morgan K, Espie CA. Insomnia and health-related quality of life. *Sleep Med Rev.* 2010;14:69-82.
- Badia X, Roset M, Montserrat S, et al. La versión española del EuroQol: descripción y aplicaciones. *Med Clin (Barc).* 1999;112 (Supl. 1):79-86.
- Badia Llach X. Qué es y cómo se mide la calidad de vida relacionada con la salud. *Gastroenterol Hepatol.* 2004;27 (Supl. 3):2-6.
- Sanjuás Benito C. Medición de la calidad de vida: ¿cuestionarios genéricos o específicos? *Arch Bronconeumol.* 2005;41:107-9.
- EuroQol group. EuroQol - a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy.* 1990;16:199-208.
- Badia X, Herdman M, Schiaffino A. Determining correspondence between scores on the EQ-5D «thermometer» and a 5-point categorical rating scale. *Med Care.* 1999;37:671-7.
- Badia X, Montserrat S, Roset M, et al. Feasibility, validity and test-retest reliability of scaling methods for health states: the visual analogue scale and the time trade-off. *Qual Life Res.* 1999;8:303-10.
- Herdman M, Badia X, Berra S. El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. *Aten Primaria.* 2001;28:425-9.
- Herdman M. La medición de la calidad de vida relacionada con la salud. *Med Clin (Barc).* 2000;114 (Supl. 3):22-5.
- Van Agt HME, Essinck-Bot ML, Krabbe PFM. Test-retest reliability of health state valuations collected with the EuroQol questionnaire. *Soc Sci Med.* 1994;39:1537-44.
- Dorman PJ, Dennis M, Sandercock P, et al. How do scores on the EuroQol relate to scores on the SF-36 after stroke? *Stroke.* 1999;30:2146-51.
- Badia X, Schiaffino A, Alonso J, et al. Using the Euro-Qol 5-D in the Catalan general population: feasibility and construct validity. *Qual Life Res.* 1998;7:311-22.
- Paterson C, Langan CE, McKaig GA, et al. Assessing patient outcomes in acute exacerbations of chronic bronchitis: the measure your medical outcome profile (MYMOP), medical outcomes study 6-item general health survey (MOS-6A) and Euro-Qol (EQ-5D). *Qual Life Res.* 2000;9:521-7.
- Fransen M, Edmonds J. Reliability and validity of the EuroQol in patients with osteoarthritis of the knee. *Rheumatology (Oxford).* 1999;38:807-13.
- Bosch JL, Hunink MG. Comparison of the Health Utilities Index Mark 3 (HUI3) and the EuroQol EQ-5D in patients treated for intermittent claudication. *Qual Life Res.* 2000;9:591-601.
- Johnson JA, Pickard AS. Comparison of the EQ-5D and SF-12 health surveys in a general population survey in Alberta, Canada. *Med Care.* 2000;38:115-21.
- Fortier-Brochu E, Beaulieu-Bonneau S, Ivers H, et al. Relations between sleep, fatigue, and health-related quality of life in individuals with insomnia. *J Psychosom Res.* 2010;69:475-83.
- Katz DA, McHorney CA. The relationship between insomnia and health-related quality of life in patients with chronic illness. *J Fam Pract.* 2002;51:229-35.
- Hatoum HT, Kong SX, Kania CM, et al. Insomnia, health-related quality of life and healthcare resource consumption. A study of managed-care organisation enrollees. *Pharmacoeconomics.* 1998;14:629-37.
- Leger D, Quera-Salva MA, Philip P. Health-related quality of life in patients with insomnia treated with zopiclone. *Pharmacoeconomics.* 1996;10 (Suppl. 1):39-44.
- Ancoli-Israel S, Ayalon L. Diagnosis and treatment of sleep disorders in older adults. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2006;14:95-103.
- Sasai T, Inoue Y, Komada Y, et al. Effects of insomnia and sleep medication on health-related quality of life. *Sleep Med.* 2010;11:452-7.
- Morin CM, LeBlanc M, Bélanger L, et al. Prevalence of insomnia and its treatment in Canada. *Can J Psychiatry.* 2011;56:540-8.
- Van Houdenhove L, Buysse B, Gabriëls L, et al. Treating primary insomnia: clinical effectiveness and predictors of outcomes on sleep, daytime function and health-related quality of life. *J Clin Psychol Med Settings.* 2011;18:312-21.