

## Alteraciones del sueño

La medicina del sueño ha tenido un notable desarrollo en la última década. La razón de ello ha sido, entre otras, la conceptualización de que el sueño no es un fenómeno exclusivo del sistema nervioso central sino que comprende, junto con la vigilia, estados fisiológicos caracterizados por una particular funcionalidad de órganos y sistemas. Por lo tanto, el compromiso del sueño tiene vastas consecuencias fisiopatológicas.

Nuestra biología oscila entre tres estados fisiológicos, con claras diferencias en la funcionalidad de órganos y tejidos entre sí: (a) vigilia; (b) sueño lento; (c) sueño de los movimientos oculares rápidos (*rapid eye movements*, REM). Para un individuo que duerma unas 8 horas por día, y con una expectativa de vida de 76 años, el tiempo a transcurrir en vigilia, sueño lento y sueño REM será de unos 50, 20 y 6 años, respectivamente. Esta relación se ha modificado radicalmente como consecuencia de la sociedad que hemos creado, ya que existe una privación de sueño verificable, con una reducción estimada de 25% (unas 2 horas diarias) del sueño en los últimos 40 años.

Varios estudios epidemiológicos en distintas poblaciones demuestran que 35-40% de la población urbana está afectada por insomnio (ocasionalmente o sobre una base crónica regular).<sup>1-4</sup> En el único estudio publicado en nuestra región, en áreas urbanas de Buenos Aires, San Pablo y Ciudad de México pudo verificarse que: (a) 65% de la población, independiente de la edad, ha experimentado trastornos del sueño en los últimos 12 meses; (b) 40% de estos trastornos fueron identificados como moderados a graves; (c) ante la pregunta sobre las horas efectivamente dormidas y las deseadas se detectó una brecha de sueño de unas 2 horas, lo que coincide con la reducción señalada de horas diarias de sueño.<sup>5</sup> Esto lleva el cálculo antedicho para 76 años de vida (la expectativa de vida actual en nuestra sociedad) a una distribución de 56 años de vigilia, 15 años de sueño lento y 5 años de sueño REM. Es decir se ha creado una situación fisiológica en la que la configuración catabólica simpaticotónica de la vigilia se ha vuelto predominante a expensas de la configuración anabólica parasimpaticotónica del sueño lento.

Este desequilibrio a favor de la configuración de la vigilia impacta significativamente en la salud, y numerosos estudios epidemiológicos subrayan el vínculo entre privación de sueño y diversas patologías como la obesidad, hipertensión arterial y la diabetes, así como las enfermedades neurodegenerativas.<sup>4,6</sup>

Otra de las consecuencias de esta situación es el aumento de los trastornos respiratorios durante el sueño. Se estima que aproximadamente 9-10% de la población presenta anomalías respiratorias durante el sueño las que se asocian con exceso de somnolencia diurna y secuelas definidas cognitivas, cardiovasculares y metabólicas (como el síndrome metabólico).<sup>6</sup> El inadecuado diagnóstico de los síndromes de apneas e hipopneas obstructivas durante el sueño se vincula con un aumento significativo en el gasto en salud.

Si bien la polisomnografía continúa siendo el *gold standard* para el estudio de las alteraciones respiratorias durante el sueño, metodologías abreviadas y de mayor aplicabilidad en poblaciones, tales como la poligrafía respiratoria, están tomando un lugar destacado y de gran futuro en la medicina del sueño. Este tema está desarrollado con idoneidad en el presente número de FRONTERAS EN MEDICINA por los Dres. Borsini, Bosio, Quadrelli y Chertcoff y plantea un excelente ejemplo de la aplicabilidad del monitoreo fisiológico no invasivo en la práctica clínica.

**Daniel P. Cardinali**

Investigador Superior, CONICET, Argentina.

Director del Departamento de Docencia e Investigación, Facultad de Ciencias Médicas, Pontificia Universidad Católica Argentina, Buenos Aires.

Correo electrónico: [danielcardinali@uca.edu.ar](mailto:danielcardinali@uca.edu.ar) | web: [www.daniel-cardinali.blogspot.com](http://www.daniel-cardinali.blogspot.com)

## Bibliografía

1. National Center for Health Statistics. Quick stats: percentage of adults who report an average of <6 hours of sleep per 24 hour period by sex and age group, USA 1985-2004. *Morbid Mortal Wk Rep* 2005;54:933.
2. Arroll B, Fernando A 3rd, Falloon K, Goodyear-Smith F, Samaranayake C, Warman G. Prevalence of causes of insomnia in primary care: a cross-sectional study. *Br J Gen Pract* 2012;62:99-103.
3. Plantinga L, Rao MN, Schillinger D. Prevalence of self-reported sleep problems among people with diabetes in the United States, 2005-2008. *Prev Chronic Dis* 2012;9:E76.
4. Morin CM, Benca R. Chronic insomnia. *Lancet* 2012;379:1129-41.
5. Blanco M, Krieger N, Pérez Lloret S, Cardinali DP. Attitudes towards treatment among patients suffering from sleep disorders. A Latin American survey. *BMC Family Practice* 2003; 4:17-26.
6. Corsonello A, Antonelli Incalzi R, Pistelli R, Pedone C, Busacchini S, Lattanzio F. Comorbidities of chronic obstructive pulmonary disease. *Curr Opin Pulm Med* 2011;17 Supplement 1:S21-528.



iso 9001 : 2008  
BUREAU VERITAS

iso 14001 : 2004  
BUREAU VERITAS

OHSAS 18001 : 2007  
BUREAU VERITAS



# Sulimp

Servicio de Higiene Profesional

La realidad de un ejemplo

Alte. Francisco Seguí 1446 C1416BXH - Buenos Aires, Rep. Argentina.  
Tel / Fax: (54-11) 4581- 1138 / líneas rotativas - e - mail: [sulimp@sulimp.com.ar](mailto:sulimp@sulimp.com.ar)

