

El sueño, trastornos y consecuencias *Sleep, disorders and consequences*

Nelson Raúl Morales Soto¹

El sueño (del latín *somnum*) es un proceso fisiológico, heterogéneo, activo y rítmico, descrito por algunos autores como un estado de inconsciencia, del cual se puede despertar por estimulación sensorial, y aparece en alternancia al estado de vigilia en periodos de 24 horas¹. Es parte del ritmo circadiano; afecta y es afectado por múltiples procesos fisiológicos, psicológicos y del entorno. Su ocurrencia toma la tercera parte de la vida del hombre y su privación tiene graves efectos; ello le confiere una importancia aún no bien comprendida.

El estado de reposo uniforme del cuerpo, característico del sueño, muestra una baja actividad fisiológica -pulso, presión arterial y respiración- la cual, sin embargo, recupera un nivel similar a la vigilia en la etapa del sueño REM, movimientos oculares rápidos; las personas despertadas en ella recuerdan haber soñado. Las modificaciones de los parámetros electrofisiológicos registrados en la polisomnografía permiten definir los estados del sueño y sus anomalías.

Se describen como trastornos primarios del sueño las disomnias (insomnio, hipersomnia, somnolencia diurna), las parasomnias (pesadillas, terror nocturno, sonambulismo), los trastornos relacionados con afecciones mentales, y otros trastornos no bien catalogados. También hay alteraciones del sueño secundarias a afecciones físicas -dolor, malestar, patología neurológica, disfunción tiroidea, efectos de medicamentos o de dietas, envejecimiento, ansiedad, depresión, y alteraciones ambientales. El apnea del sueño -y la somnolencia diurna asociada- tiene serios efectos en sus portadores ligándolos a diversos tipos de accidentalidad.

Criterios vigentes (DSM-IV-TR) describen el insomnio como la dificultad para conciliar o mantener el sueño o despertarse muy temprano y percibir que el sueño no ha sido reparador, alteración que ocurre al menos tres veces por semana durante un mes y acarrea efectos secundarios negativos para la persona.

Se reconoce que la calidad del sueño cumple un rol fundamental en la calidad de la vigilia, incidiendo en la salud. Las personas que sufren insomnio regularmente aquejan fatiga, irritabilidad, inestabilidad emocional, dificultad en la atención o la concentración, problemas de memoria, y sensación de disminución de su rendimiento cotidiano. En Estados Unidos una tercera parte de los jóvenes y 6 de cada 10 pacientes que buscan atención

primaria de salud tienen trastornos del sueño, en Francia la prevalencia es de 9% al 13%, la cifra se incrementa en adultos mayores. Nuevos estilos de vida y cambios tecnológicos están creando una sociedad atemporal que está reduciendo el número de horas de sueño con serios efectos en la población.

En este número de Acta Médica Peruana los doctores Tania Tello, Carlos Revoredo, Pedro Ortiz, Helver Chávez y Luis Varela presentan su trabajo "Calidad del sueño, somnolencia diurna e higiene del sueño en adultos mayores de la comunidad en Lima, Perú", desarrollado en 73 adultos mayores atendidos en un Centro del Adulto Mayor de EsSalud, a quienes aplicaron el cuestionario de calidad de sueño de Pittsburgh, la escala de somnolencia de Epworth y el índice de higiene del sueño modificado, encontrando que el 74% de los participantes (54 personas) presentaba una mala calidad de sueño y, en similar proporción, una deficiente higiene del sueño; 38% sufrían de somnolencia diurna. Los autores resaltan la importancia sanitaria y social de sus hallazgos; sin embargo este factor no es mencionado en el Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2006-2010, formulado por el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social.

En la mitología griega la deidad del sueño (*Hipnos*) tiene vínculo fraterno con la noche (*Nyx*), y ambos con la muerte (*Tanatos*, muerte no violenta, y *Keres*, muerte violenta)². En la accidentalidad del transporte terrestre estos factores también concurren en la estadística letal, en los últimos 25 años unas 70 mil personas murieron en el país por esta causa. Esta cifra es similar a la de muertos y desaparecidos observada tanto en el terremoto de Huaraz en 1970 como en la lucha contra el terrorismo entre 1980 al 2000^{3,4}. La incontrolable mortalidad en las pistas se incrementa en casi 1% anual y son los jóvenes los más afectados. El fenómeno se comporta como un desastre de curso lento e inexorable, cuyas causas requieren ser abordadas integralmente³.

La cifra de heridos es también cuantiosa. Alcanzó a 200 mil entre el 2005 al 2008, causando además 117 900 discapacidades que dejaron limitaciones físicas en 16 145 personas⁴. El costo económico de la atención de lesionados alcanzó a US\$ 150 millones de dólares, cifra equivalente al 0,17% del PBI; 4 de cada 10 accidentes fatales son ocasionados por unidades de transporte público en Lima⁵. Según el Banco Mundial el costo de estos accidentes llega en el país a los US\$ 1,000 millones de dólares, 1,5% del PBI, a los que el caos del transporte en Lima añade un sobre costo de US\$ 500 millones al año. Hay que precisar que este informe no contempla las serias repercusiones psicológicas producidas⁶. Las estadísticas oficiales catalogan las causales del accidente vial como:

¹ Médico Cirujano- Emergencista. Doctor en Medicina, Profesor Principal Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Sociedad Peruana de Medicina de Emergencias y Desastres, Académico de Número de la Academia Nacional de Medicina, Lima, Perú.

exceso de velocidad, negligencia del conductor o el peatón, ingesta de alcohol o fallas mecánicas. Sin embargo esta visión limita la consideración de otros factores que pueden actuar como precedentes y en los que podría estar la clave de la intervención⁷⁻⁸.

Los doctores Jorge Rey de Castro, Edmundo Rosales, y Martha Egoavil, presentan su trabajo “Somnolencia y cansancio durante la conducción: accidentes de tránsito en las carreteras del Perú” en el cual analizan dos importantes factores en la etiopatogenia de la accidentalidad. Reportan que hasta 82% de los conductores encuestados opinaron que el cansancio era la causa principal de los accidentes y 45% de ellos reconocía que habían vivido situaciones de casi accidente en estas circunstancias máxime en horas entre 2 a 6 de la madrugada.

Resaltan los autores el hecho que el conductor somnoliento o cansado tiene reducida o nula capacidad de evasión de la colisión o el desbarrancamiento, por lo tanto el accidente en esta circunstancia reviste gravedad extrema. Esta causa como tal, sin embargo, no figura en la estadística policial a partir de la cual se hacen estudios y toman medidas correctivas que, visiblemente, siguen siendo improproductivas.

Este esclarecedor trabajo provee valiosa información para entender las causales de esta mortal y costosa epidemia, propuesta que debe ser evaluada por las sociedades médicas y las autoridades ligadas al transporte

y la seguridad. Instamos a los colegios profesionales a promover un esfuerzo concertado y multidisciplinario para reducir el penoso obituario surgido innecesaria e incomprensiblemente en las pistas del país.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Galindo José. Los trastornos del sueño. Thompson PLM Perú SAC. 2008 p.12
2. <http://es.wikipedia.org/wiki/Archivo:ArbolMorfeo.png>
3. Morales-Soto Nelson, Alfaro-Basso Daniel. Génesis de las contingencias catastróficas: etiopatogenia del desastre. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2008; 25(1):101-108.
4. Oficina General de Defensa Nacional del Ministerio de Salud, publicado en El Comercio 27 abr 09, A1-10
5. Defensoría del Pueblo. Informe Defensorial 108 - Pasajeros en riesgo: La seguridad en el transporte interprovincial.
6. El Comercio Lima, 18 abr 07, A9
7. Ministerio del Interior. Oficina de Estadística del Estado Mayor General PNP, División de Protección de Carreteras PNP.
8. Consejo Nacional de Seguridad Vial, Secretaría Técnica.

CORRESPONDENCIA

Nelson Raúl Morales Soto

moralessotonelson@gmail.com