

EDITORIAL



Los trastornos del sueño y su impacto en la sociedad

La medicina del sueño, subespecialidad también conocida como somnología ha difundido el conocimiento sobre las diferentes patologías de los llamados trastornos del sueño. Estos trastornos han ganado protagonismo en la medicina desde hace alrededor de cinco décadas cuando se hicieron evidentes, mediante el uso de instrumentos de medición objetivos como la polisomnografía (PSG), la prueba de latencias múltiples del sueño, la prueba de mantenimiento de la vigilia, la poligrafía respiratoria domiciliaria y la actigrafía (1-3). Sin duda contribuyó también al avance de esta subespecialidad de la medicina, el desarrollo e implementación de escalas de medición de los síntomas más prominentes de los trastornos del sueño como el insomnio y la somnolencia, mediante el uso de escalas como la de somnolencia de Epworth y el índice de calidad de sueño de Pittsburgh, ya validadas localmente (4,5).

Estudios recientes relacionan hoy en día los trastornos respiratorios del sueño, principalmente el síndrome de apnea hipopnea del sueño (SAHS), con una elevada morbilidad cardiovascular y cerebrovascular (6,7), así como también con un alto índice de accidentalidad vehicular y laboral (8, 9). Sin embargo, el subdiagnóstico de estas patologías del sueño, sigue siendo muy importante, generando altos costos para las aseguradoras de salud, ya que se ha demostrado que estos pacientes no diagnosticados ni tratados son uno de los grupos de mayor consumo de servicios de salud y gran ausentismo laboral. El método diagnóstico de elección, lo constituye la PSG nocturna vigilada en laboratorio de sueño, sin embargo, la oportunidad en la atención de estos pacientes por parte de los laboratorios de sueño es cada vez más larga en todo el mundo, por lo cual se ha considerado el empleo de sistemas simplificados con alta sensibilidad y especificidad como la poligrafía respiratoria domiciliaria (PRD) como método alternativo de más bajo costo para el diagnóstico del SAHS, que sin lugar a dudas ayuda a disminuir las listas de espera, y se constituye en una estrategia diagnóstica efectiva, cuando se realiza una adecuada selección de los pacientes por parte del subespecialista en trastornos del sueño (10,11). Sin embargo no es posible afirmar que la PRD llegará a reemplazar el gold standard de los estudios de sueño (la PSG), sino como ya se dijo es un método alternativo que permite mejorar la oportunidad en la atención de esta grave patología (12,13).

En Colombia, los pacientes deben esperar entre dos y seis meses para conseguir una cita, con frecuencia utilizando instrumentos legales como la tutela para que las aseguradoras de salud paguen los servicios, aunque los costos en salud se reducen en los pacientes con SAHS diagnosticada-

dos adecuadamente y tratados con CPAP (14). Por tanto, no solo para el paciente sino para las aseguradoras en salud debería existir la necesidad de diagnosticar y tratar adecuadamente al mayor número posible de pacientes que padezcan un SAHS.

En el presente número de la Revista aparece una contribución original sobre el tema por parte del profesor Edgar Osuna y colaboradores titulado: "Prevalence and factors affecting REM and slow wave sleep rebound on CPAP titration study in patients with obstructive sleep apnea" (15), en lengua anglosajona, quienes además de hacer valiosos aportes a la medicina del sueño abren el camino a la publicación en nuestra revista en el llamado idioma universal de la ciencia.

Los autores realizaron un estudio retrospectivo de observación de datos poligráficos de pacientes sometidos a una PSG basal y regresaron tiempo después al laboratorio de sueño a practicarse un PSG con titulación de CPAP. El estudio pretendía evaluar cuantitativamente la aparición del sueño MOR y del sueño delta profundo posterior a la titulación del CPAP en pacientes con diagnóstico previo mediante PSG basal de SAHS. Objetivo que se logró mediante el diseño del estudio y el análisis de los datos con un modelo de regresión múltiple; logrando demostrar la mejoría en la arquitectura del sueño en pacientes afectados de SAHS mediante el uso del CPAP. Si bien esta situación se conoce empíricamente en los centros de sueño donde diariamente los somnólogos evalúan pacientes con SAHS, el rebote de sueño MOR y del sueño delta profundo son importantes para el paciente apneico quien desde la primera noche de uso del CPAP encuentra una notable mejoría, la mayoría de las veces. Los resultados muestran datos interesantes que con seguridad se podrán afianzar con estudios prospectivos adecuadamente diseñados.

Franklin Escobar-Córdoba

MD.MPF.PhD.

Profesor Asociado de Psiquiatría

Facultad de Medicina

Universidad Nacional de Colombia

feescobar@bt.unal.edu.co

Referencias

1. **Bonnet MH, Arand DL.** Impact of motivation on Multiple Sleep Latency Test and Maintenance of Wakefulness Test measurements. *J Clin Sleep Med.* 2005;1:386-90.
2. **Shepard JW, Jr., Buysse DJ, Chesson AL, Jr., Dement WC, Goldberg R, Guilleminault C, et al.** History of the development of sleep medicine in the United States. *J Clin Sleep Med.* 2005;1:61-82.
3. Polysomnography and sleep disorder centers. Health technology assessment reports. 1991:1-22.
4. **Escobar-Cordoba F, Eslava-Schmalbach J.** Colombian validation of the Pittsburgh Sleep Quality Index. *Rev Neurol.* 2005;40:150-5.
5. **Chica-Urzola HL, Escobar-Cordoba F, Eslava-Schmalbach J.** Validating the Epworth sleepiness scale. *Revista de Salud Pública (Bogotá, Colombia).* 2007;9:558-67.
6. **Horne J.** Short sleep is a questionable risk factor for obesity and related disorders: Statistical versus clinical

- significance. *Biological psychology*. 2008;77:266-76.
7. **Benjamin JA, Lewis KE.** Sleep-disordered breathing and cardiovascular disease. *Postgraduate medical journal*. 2008;84:15-22.
 8. **Teculescu D.** Sleeping disorders and injury prevention of occupational or domestic accidents. *Sante publique (Vandoeuvre-les-Nancy, France)*. 2007;19:147-52.
 9. **Powell NB, Schechtman KB, Riley RW, Guilleminault C, Chiang RP, Weaver EM.** Sleepy driver near-misses may predict accident risks. *Sleep*. 2007;30:331-42.
 10. **Thurnheer R, Bloch KE, Laube I, Gugger M, Heitz M.** Respiratory polygraphy in sleep apnoea diagnosis. Report of the Swiss respiratory polygraphy registry and systematic review of the literature. *Swiss Med Wkly*. 2007;137:97-102.
 11. **Collop NA, Anderson WM, Boehlecke B, Claman D, Goldberg R, Gottlieb DJ, et al.** Clinical guidelines for the use of unattended portable monitors in the diagnosis of obstructive sleep apnea in adult patients. Portable Monitoring Task Force of the American Academy of Sleep Medicine. *J Clin Sleep Med*. 2007;3:737-47.
 12. **Jurado Gamez B, Martin-Malo A, Fernandez Marin MC, Munoz L, Aljama P.** Value of cardiorespiratory analysis in the diagnosis of breathing sleep disorders in patients with chronic renal failure. *Medicina clinica*. 2008;130:47-50.
 13. **Bridevaux PO, Fitting JW, Fellrath JM, Aubert JD.** Inter-observer agreement on apnoea hypopnoea index using portable monitoring of respiratory parameters. *Swiss Med Wkly*. 2007;137:602-7.
 14. **Gutiérrez-Álvarez A, Vélez van Meerbeke A, Venegas-Mariño M.** Proceso clínico-administrativo para el diagnóstico de los pacientes con SAHOS: duración y costos. *Acta Neurol Colomb*. 2006;22:12-24.
 15. **Osuna E, Siddiqui F, Venegas M, Walters A, Chokroverty S.** Prevalence and factors affecting REM and slow wave sleep rebound on CPAP titration study in patients with obstructive sleep apnea. *Rev.Fac.Med*. 2008; 56:4-10.