

Artículo de revisión

Trastornos del sueño durante la gestación: mecanismos, desenlaces materno-fetales y abordaje clínico

Sleep disorders during pregnancy: mechanisms, maternal-fetal outcomes, and clinical approach

Abel Arroyo-Sánchez^{1,2,a}

Karol Aguirre-Benites^{1,c}

Fabián Acuña-Álvarez^{1,b}

Thammy Aguirre-Panta^{1,c}

Lilian Arévalo-Córdova^{1,b}

Fabián Balcázar-Ojeda^{1,c}

Filiación

¹ Escuela de Medicina Humana, Universidad Privada Antenor Orrego, CP 13011, Trujillo, Perú.

² Hospital Víctor Lazarte Echeagaray, Seguro Social de Salud, CP 13006, Trujillo, Perú.

^a Médico especialista en Medicina Interna, doctor en Salud Pública.

^b Médico Cirujano.

^c Bachiller en Medicina Humana.

Correspondencia:

Abel Arroyo-Sánchez
Correo: abelsalvador@yahoo.com

Declaración de autoría

Los autores declaran que participaron en conceptualización, metodología, software, investigación, curación de datos, redacción-borrador original, redacción-revisión y edición.

Declaración de conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés financieros, personales o institucionales que puedan influir en los resultados o interpretación del estudio.

Financiamiento

El presente estudio fue financiado con recursos propios del autor y no contó con financiamiento externo de instituciones públicas o privadas.

Proceso editorial

Fecha de envío: 03/06/2026

Fecha de aprobación: 22/06/2026

Fecha de publicación: 30/06/2026

Cómo citar este artículo: Arroyo-Sánchez A, Acuña-Álvarez F, Arévalo-Córdova L, Aguirre-Benites K, Aguirre-Panta T, Balcázar-Ojeda F. Trastornos del sueño durante la gestación: mecanismos, desenlaces materno-fetales y abordaje clínico. Rev CyT Salud Pública. 2026;1(2):129-138



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.

ISSN: 3119-7981 (En Línea)

OJS: <https://rctsp.org.pe/>

RESUMEN

Los trastornos del sueño durante la gestación comprenden la duración insuficiente, la mala calidad subjetiva, el insomnio, la somnolencia diurna, los trastornos respiratorios del sueño, el síndrome de piernas inquietas y la desalineación circadiana. Su frecuencia aumenta con el avance de la edad gestacional y alcanza un máximo clínicamente relevante en el puerperio temprano. La evidencia reciente muestra que la salud del sueño debe entenderse como una condición multidimensional, influida por factores biológicos, obstétricos, psicológicos, sociales y ambientales. Durante el embarazo, los cambios hormonales, anatómicos, respiratorios y emocionales favorecen la fragmentación del sueño, la hipoxia intermitente, la activación simpática, la inflamación, la resistencia a la insulina y la disfunción endotelial, mecanismos plausibles para explicar su asociación con diabetes gestacional, hipertensión gestacional, preeclampsia, cesárea, parto prematuro y depresión perinatal. No obstante, los hallazgos sobre el bajo peso al nacer y la restricción del crecimiento fetal son heterogéneos y dependen del momento de la medición, el instrumento utilizado y el ajuste de los confusores. Esta revisión narrativa integra evidencia reciente, incluyendo cohortes prospectivas, estudios multicéntricos con polisomnografía y propuestas de intervención digital basadas en la terapia cognitivo-conductual para el insomnio. Se propone incorporar el tamizaje del sueño en el control prenatal mediante preguntas breves e instrumentos validados, priorizar intervenciones no farmacológicas, derivar oportunamente ante sospecha de apnea obstructiva y fortalecer la investigación longitudinal en contextos latinoamericanos.

Palabras clave: Sueño; Embarazo; Trastornos del Sueño-Vigilia; Atención Prenatal; Preeclampsia; Diabetes mellitus. (**Fuente:** DeCS-BIREME)

ABSTRACT

Sleep disorders during pregnancy include insufficient sleep duration, poor subjective sleep quality, insomnia, daytime sleepiness, sleep-disordered breathing, restless legs syndrome, and circadian misalignment. Their frequency increases as gestational age advances and reaches a clinically relevant peak in the early postpartum period. Recent evidence indicates that sleep health should be understood as a multidimensional condition influenced by biological, obstetric, psychological, social, and environmental factors. During pregnancy, hormonal, anatomical, respiratory, and emotional changes promote sleep fragmentation, intermittent hypoxia, sympathetic activation, inflammation, insulin resistance, and endothelial dysfunction—plausible mechanisms explaining their association with gestational diabetes, gestational hypertension, preeclampsia, cesarean delivery, preterm birth, and perinatal depression. However, findings regarding low birth weight and fetal growth restriction remain heterogeneous and depend on the timing of assessment, the instrument used, and adjustment for confounders. This narrative review integrates recent evidence, including prospective cohort studies, multicenter studies using polysomnography, and digital intervention approaches based on cognitive behavioral therapy for insomnia. We propose incorporating sleep screening into prenatal care through brief questions and validated instruments, prioritizing nonpharmacologic interventions, ensuring timely referral when obstructive sleep apnea is suspected, and strengthening longitudinal research in Latin American settings.

Keywords: Sleep; Pregnancy; Sleep Wake Disorders; Prenatal Care; Pre-Eclampsia; Diabetes mellitus. (**Source:** DeCS-BIREME)

INTRODUCCIÓN

El sueño es un proceso biológico activo, reversible y organizado por mecanismos homeostáticos y circadianos. En adultos sanos, se recomienda dormir al menos siete horas por noche de forma regular, ya que la restricción crónica se asocia con alteraciones metabólicas, cardiovasculares, inmunológicas, cognitivas y afectivas (1). En la gestación, el sueño adquiere relevancia adicional porque ocurre en un periodo de adaptación endocrina, anatómica, respiratoria y psicosocial que puede modificar tanto la continuidad del sueño como la vulnerabilidad materno-fetal (2).

El concepto contemporáneo de salud del sueño no se limita a la duración. Incluye satisfacción, continuidad, eficiencia, horario, regularidad, alerta diurna y ausencia de trastornos clínicos. La propuesta One Sleep Health amplía esta mirada al integrar el sueño con el exposoma físico, social y de estilos de vida, reconociendo que la luz artificial nocturna, el ruido, el calor, la urbanización, el estrés, la inequidad, el trabajo por turnos, la sobrecarga digital, el consumo de cafeína, alcohol o tabaco y la baja actividad física pueden deteriorar la salud del sueño (3). Esta perspectiva es particularmente útil para el control prenatal, en el que las recomendaciones deben adaptarse al contexto familiar, laboral y cultural de cada gestante (4).

Los trastornos del sueño durante la gestación comprenden la duración insuficiente, la mala calidad subjetiva, el insomnio, la somnolencia diurna, el sueño no reparador, los trastornos respiratorios del sueño, el síndrome de piernas inquietas y la desalineación circadiana. El problema es frecuente, pero suele recibir menos atención que otros factores modificables del embarazo, pese a que puede evaluarse mediante preguntas simples, instrumentos breves y criterios de derivación definidos. La última década ha aportado evidencia prospectiva y objetiva que permite precisar qué desenlaces son más consistentes, cuáles permanecen controvertidos y qué acciones clínicas son razonables (3-6).

El objetivo de esta revisión narrativa es sintetizar la evidencia actual sobre los trastornos del sueño durante la gestación, con énfasis en los mecanismos fisiopatológicos, la epidemiología, los desenlaces materno-fetales, la evaluación clínica y las intervenciones aplicables al control prenatal.

METODOLOGÍA

Se elaboró una revisión narrativa orientada por los criterios de calidad de la Escala de Evaluación de Calidad de Revisiones Narrativas (SANRA, por sus siglas en inglés) para revisiones narrativas, priorizando la claridad de la justificación, la búsqueda razonada, la selección explícita de la evidencia, la argumentación científica y la relevancia clínica. La pregunta orientadora fue: ¿qué mecanismos, desenlaces y acciones clínicas son relevantes para comprender y abordar los trastornos del sueño durante la gestación?

Se revisaron estudios en inglés y español, publicados en revistas indizadas con evaluación por pares en las bases de datos PubMed, Web of Science, Scopus y SciELO, entre 2019 y 2026, incluyendo revisiones sistemáticas, metaanálisis, cohortes prospectivas, estudios multicéntricos, estudios con polisomnografía, protocolos de intervención y revisiones clínicas de obstetricia y medicina del sueño. Se usaron los términos de base sueño (sleep, en idioma inglés) y embarazo (pregnancy, en idioma inglés). La información se sintetizó por dimensiones: fisiología del sueño, cambios del embarazo, epidemiología, instrumentos de evaluación, trastornos específicos, desenlaces maternos, desenlaces perinatales, salud mental e implicancias para el control prenatal.

Concepto de trastornos del sueño en la gestación

Los trastornos del sueño en gestantes deben definirse como alteraciones persistentes de una o más dimensiones de la salud del sueño, con repercusión clínica o funcional. Esta definición evita reducir el problema a “dormir poco” y permite reconocer perfiles diferentes: una gestante puede dormir suficientes horas, pero presentar baja eficiencia, despertares frecuentes, ronquido con pausas respiratorias, síntomas de piernas inquietas o somnolencia diurna incapacitante. Del mismo modo, una duración aparentemente prolongada puede reflejar sueño fragmentado, depresión, fatiga o trastornos respiratorios no diagnosticados (4-6).

Desde el punto de vista clínico (Figura 1), conviene separar cuatro categorías: trastornos de cantidad y calidad del sueño; trastornos específicos, como insomnio, apnea obstructiva del sueño y síndrome de piernas inquietas; consecuencias diurnas, como somnolencia, fatiga, deterioro cognitivo y disfunción emocional; y determinantes contextuales, como estrés, horarios laborales, exposición a pantallas, soporte familiar, entorno físico y hábitos de vida. Esta organización facilita el tamizaje, la derivación y el diseño de intervenciones individualizadas (5,7,9-11).



Figura 1. Clasificación clínica de los trastornos del sueño durante la gestación. Elaboración propia con gemini.google.com

Bases fisiológicas y cambios propios del embarazo

El ciclo sueño-vigilia depende de la interacción entre el proceso homeostático, que aumenta la presión de sueño durante la vigilia, y el proceso circadiano, coordinado por el núcleo supraquiasmático y sincronizado por señales luz-oscuridad. La arquitectura del sueño alterna el sueño de movimientos oculares rápidos y el sueño no REM, este último es relevante para la restauración física, la regulación inmune, el metabolismo, la consolidación de memoria y la modulación endocrina. Sistemas como melatonina, adenosina, orexina/hipocretina, GABA, serotonina, noradrenalina, acetilcolina e histamina participan en la estabilidad del sueño, la vigilia y la transición entre etapas (7).

La gestación modifica estos mecanismos mediante cambios hormonales, anatómicos y psicológicos (Figura 2). La progesterona puede favorecer somnolencia en etapas tempranas y modificar la ventilación; los estrógenos contribuyen a congestión nasal y edema de vía aérea superior; el crecimiento uterino aumenta la nicturia, el reflujo, el dolor

lumbar, el disconfort postural y la percepción de movimientos fetales; el aumento ponderal y los cambios respiratorios elevan el riesgo de ronquido y apnea obstructiva; y el estrés anticipatorio del parto o la maternidad aumenta la hiperalerta cognitiva. La consecuencia común es la fragmentación del sueño, una menor eficiencia y una mayor probabilidad de insomnio o trastornos respiratorios (12-15).

Los mecanismos fisiopatológicos que conectan el sueño alterado con desenlaces obstétricos incluyen la activación simpática, la hipoxia intermitente, la disfunción endotelial, la inflamación sistémica, el estrés oxidativo, la alteración del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal y la resistencia a la insulina.

Estas vías son coherentes con las asociaciones descritas entre el sueño alterado, la hipertensión gestacional, la preeclampsia, la diabetes gestacional y el parto prematuro, aunque la fuerza de asociación varía según el diseño, la población y el instrumento de medición (Figura 2).(16-20).



Figura 2. Efectos fisiológicos de la gestación sobre el sueño y mecanismos fisiopatológicos de los trastornos del sueño en la madre-producto. Elaboración propia con gemini.google.com

Epidemiología y trayectoria temporal del sueño perinatal

La evidencia reciente confirma que los trastornos del sueño son altamente frecuentes y se distribuyen de manera diferente a lo largo del embarazo y el puerperio (Tabla 1). El estudio multicéntrico Life-ON siguió a 439 gestantes y se obtuvo una polisomnografía domiciliar en 353 mujeres entre las semanas 23 y 25. Reportó mala calidad de sueño en 34,0% de mujeres en el primer trimestre, 46,0% en el tercer trimestre y 71,0% en el primer mes posparto; la somnolencia diurna excesiva alcanzó 30,0% en el primer trimestre y disminuyó hacia el tercero; el síndrome de piernas inquietas tuvo prevalencia de 25,0%, con pico en el tercer trimestre; y la polisomnografía mostró que 24,0% dormía menos de 6 h y 30,6% tenía eficiencia de sueño menor de 80,0% (3).

En países de ingresos bajos y medianos, los datos disponibles sugieren una carga relevante y posiblemente subestimada. En Nigeria, Ojelere y Adeoye evaluaron 500 gestantes con el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh, el Índice de Severidad del Insomnio y una escala para síndrome de piernas inquietas. Encontraron mala calidad de sueño en 50,0%, síndrome de piernas inquietas en 58,2% e insomnio en 33,4%. La edad gestacional avanzada se asoció con mayor probabilidad de mala calidad de sueño, con odds ajustados elevados en segundo y tercer trimestre (8).

En Colombia, Monterrosa et al. (21) encontraron en un estudio transversal que la somnolencia diurna identificada

por la Escala de Somnolencia Diurna de Epworth, estuvo asociada a embarazo del tercer trimestre, anemia, depresión, fatiga y multiparidad. Choquez-Millan y Soto, en Lima (22), encontraron una asociación entre la mala calidad del sueño medida por el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh y la depresión postnatal identificada con la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo. Estos datos enfatizan que la salud del sueño debe incorporarse a la atención prenatal, incluso en entornos con recursos limitados.

La variabilidad entre estudios se explica por diferencias en los instrumentos, los puntos de corte, el trimestre evaluado, la presencia de comorbilidades, el nivel socioeconómico, el índice de masa corporal, la paridad, la edad materna y la medición subjetiva u objetiva. Por tanto, la prevalencia debe interpretarse como un rango dinámico y no como una cifra única aplicable a todas las poblaciones (16,20,23,24).

Tabla 1. Estudios recientes incorporados a la síntesis narrativa.

Estudio	Diseño y población	Medición del sueño	Hallazgos principales	Aporte para la revisión
Manconi et al., 2024 (3)	Cohorte multicéntrica de 439 gestantes en Italia.	PSQI, ISI, Escala de Somnolencia Diurna de Epworth, entrevista para piernas inquietas y polisomnografía.	Mala calidad de sueño: 34,0% en primer trimestre, 46,0% en tercero, y 71,0% al primer mes posparto. Piernas inquietas: 25,0%.	Aporta una medición objetiva y trayectoria perinatal; muestra que el puerperio temprano es crítico.
Ojelere y Adeoye, 2024 (7)	Estudio transversal de 500 gestantes en Nigeria.	PSQI, ISI, escala de piernas inquietas y factores de estilo de vida.	Mala calidad de sueño: 50,0%; piernas inquietas: 58,2%; insomnio: 33,4%	Refuerza la carga en países de ingresos bajos y medianos, y el rol de los factores sociales y conductuales.
Huang et al., 2025 (23)	Cohorte prospectiva de 5418 gestantes en China.	PSQI y duración de sueño en primer y segundo trimestre.	Dormir ≤ 7 horas en el segundo trimestre se asoció con parto prematuro (OR: 1,43; IC 95%: 1,12-1,85). No hubo asociación consistente con bajo peso o pequeño para la edad gestacional.	Permite diferenciar los desenlaces con evidencia más consistente.
Saraei et al., 2024 (24)	Cohorte prospectiva de 500 gestantes en Irán.	PSQI y seguimiento hasta el parto.	La mala calidad de sueño se asoció con parto prematuro, preeclampsia, cesárea y Apgar a los 5 min.	Apoya la necesidad de evaluar el sueño como parte del control prenatal.
Meneo et al., 2024 (12)	Protocolo de ensayo controlado, aleatorizado y longitudinal.	Registros diarios, actigrafía, cortisol salival, cuestionarios y biomarcadores.	Evalúa la intervención psicoeducativa digital basada en el CBT-I en gestantes con insomnio.	Orienta el componente de intervención y la necesidad de medir el sueño, el estrés y la salud mental.
Tahmasian et al., 2026 (2)	Perspectiva conceptual de salud global.	Marco One Sleep Health.	Integra el exposoma físico, social y de estilo de vida, capital de sueño y diplomacia del sueño.	Amplía la discusión a los determinantes sociales, ambientales y las políticas de sueño.
Monterrosa-Castro et al., 2021 (21)	Estudio transversal en 683 gestantes de bajo riesgo obstétrico, con ≥ 12 semanas de gestación, atendidas en consulta prenatal ambulatoria en Colombia.	Escala de Somnolencia Diurna de Epworth; además, CESD-R10 para síntomas depresivos y EPP-10 para estrés percibido.	La somnolencia diurna excesiva se identificó en 4,9% de las gestantes; 50,0% leve, 32,2% moderada y 17,6% grave. En el modelo ajustado, la anemia gestacional y los síntomas probables de depresión mantuvieron una asociación con SDE.	Aporta evidencia latinoamericana sobre la somnolencia diurna en gestantes y resalta la necesidad de integrar el cribado de sueño con la evaluación de anemia, depresión y estrés en el control prenatal.
Choquez-Millan y Soto, 2023 (22)	Estudio transversal analítico de 200 gestantes entre las semanas 12 y 36, atendidas en un centro materno-infantil de atención primaria en Perú.	Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh -PSQI- para la calidad de sueño y Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo -EPDS- para depresión perinatal.	El 52,0% presentó mala calidad del sueño y el 31,5% riesgo de depresión perinatal. La mala calidad del sueño se asoció con mayor frecuencia de depresión perinatal: RPa = 4,8 si merecía atención médica y RPa = 6,6 si requería atención y tratamiento médico.	Refuerza, desde la población peruana, la relación entre la mala calidad del sueño y depresión perinatal; justifica incluir el sueño como dimensión evaluable dentro del tamizaje integral de salud mental gestacional.

PSQI: Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh; ISI: Índice de Severidad del Insomnio. IC 95%: intervalo de confianza de 95%; OR: odds ratio. CBT-I: terapia cognitivo-conductual para insomnio. CESD-R10: Escala para Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos en Depresión, versión de 10 ítems. EPP-10: Escala de Estrés Percibido de 10 ítems. RPa: Relación de prevalencias ajustada.

Trastornos específicos de mayor relevancia obstétrica

El insomnio se expresa como dificultad para iniciar o mantener el sueño, despertar precoz o sueño no reparador, con impacto diurno. En la gestación puede surgir por nicturia, reflujo, dolor, ansiedad, temor al parto o cuidados familiares. Su importancia no radica solo en el malestar nocturno, sino también en su relación bidireccional con la ansiedad, la depresión, la fatiga y el dolor, así como con la baja capacidad de afrontamiento. Los modelos contemporáneos de intervención resaltan que la educación en higiene del sueño aislada suele ser insuficiente para el insomnio clínico; se requieren componentes conductuales y cognitivos, como el control de estímulos, la regularidad, la reestructuración de preocupaciones y el autorregistro (4-6,19).

La apnea obstructiva del sueño es especialmente relevante por su plausibilidad biológica y por la posibilidad de tratamiento. Durante el embarazo, la congestión nasal, el edema de la vía

aérea superior, el aumento ponderal y la disminución relativa de la capacidad residual funcional pueden favorecer el ronquido, las hipopneas, las apneas, la hipoxia intermitente y los microdespertares. La sospecha clínica debe aumentar ante ronquido habitual, pausas respiratorias observadas, hipertensión, obesidad, cefalea matinal, somnolencia diurna o antecedentes de apnea (4,5,14,18).

El síndrome de piernas inquietas puede aparecer o intensificarse durante el embarazo y suele empeorar en el tercer trimestre. Se caracteriza por urgencia de mover las piernas, empeoramiento en reposo y por la noche, alivio con el movimiento y alteración del inicio del sueño. Es importante diferenciarlo de calambres, neuropatía, ansiedad o dolor musculoesquelético. El abordaje incluye evaluación de la deficiencia de hierro cuando corresponda, la revisión de fármacos y la reducción de algunos desencadenantes, como la cafeína nocturna (3,5-8). (Figura 3).

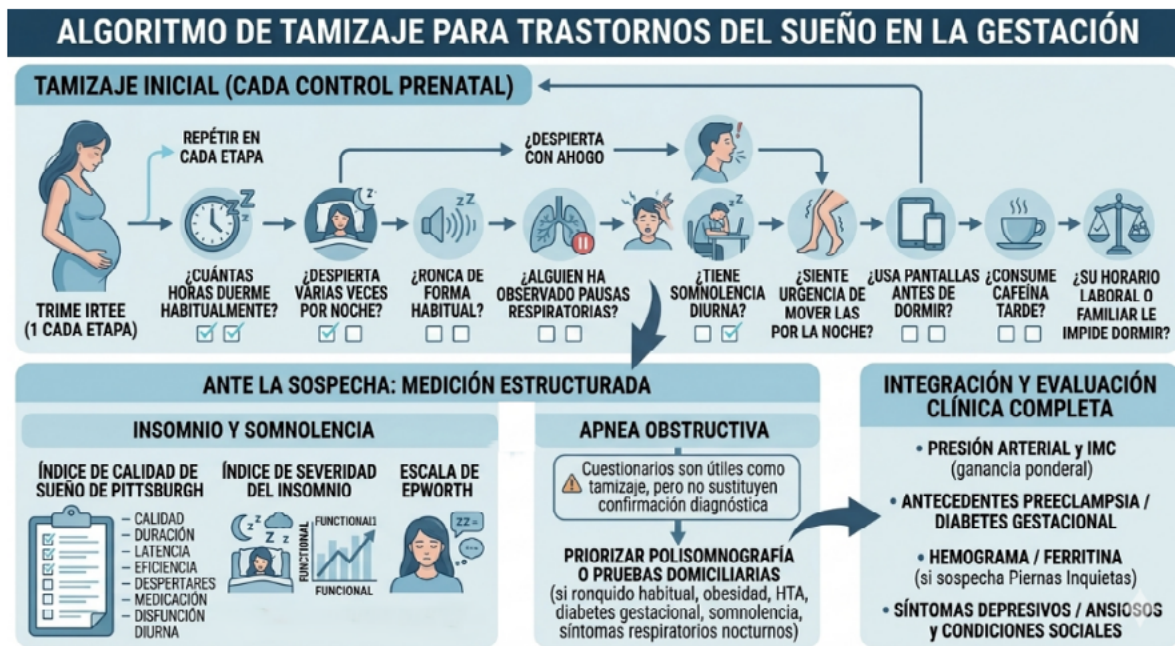


Figura 3. Algoritmo para el diagnóstico precoz de los trastornos del sueño durante la gestación. Elaboración propia con gemini.google.com

Desenlaces maternos y obstétricos

La evidencia disponible asocia los trastornos del sueño durante la gestación con desenlaces maternos adversos, aunque no todos los desenlaces tienen la misma consistencia. El metaanálisis de Lu et al. integró 120 estudios y más de 58 millones de gestantes, informando asociaciones con preeclampsia, hipertensión gestacional, diabetes gestacional,

cesárea, parto prematuro, recién nacido grande para la edad gestacional, muerte fetal y depresión posparto (16). La interpretación debe considerar que la categoría “trastornos del sueño” agrupa exposiciones heterogéneas y que algunos desenlaces pueden estar mediados por el índice de masa corporal, la edad, las comorbilidades o la salud mental previa (16,20).

La diabetes gestacional y los trastornos hipertensivos son desenlaces biológicamente plausibles. La restricción y fragmentación del sueño pueden alterar la sensibilidad a la insulina, el apetito, la inflamación y la actividad simpática; la apnea obstructiva agrega hipoxia intermitente y disfunción endotelial. Por ello, el sueño debería considerarse un factor clínico modificable dentro de un modelo de riesgo que también incluye el peso pregestacional, la edad, los antecedentes obstétricos, la actividad física, la dieta y las condiciones socioeconómicas (16,17,20).

En una cohorte prospectiva iraní de 500 gestantes, Saraei et al. encontraron una asociación entre la mala calidad del sueño, medida por el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh, y el parto prematuro, la preeclampsia, la cesárea y el puntaje de Apgar a los 5 min (24). Aunque el diseño prospectivo fortalece la temporalidad, los resultados deben interpretarse con cautela debido a la posible confusión residual y a que las asociaciones varían según el componente específico del sueño evaluado (Tabla 2).

Tabla 2. Dimensiones de la deficiencia de sueño durante la gestación y evaluación clínica sugerida.

Dimensión clínica	Hallazgos que deben preguntarse	Instrumento o prueba útil	Conducta sugerida
Duración y continuidad	Horas reales de sueño, despertares, nicturia, reflujo, dolor, eficiencia subjetiva.	PSQJ; diario de sueño; actigrafía si disponible.	Medidas conductuales, manejo de síntomas obstétricos y seguimiento por trimestre.
Insomnio	Latencia prolongada, despertares, despertar precoz, preocupación nocturna, impacto diurno.	ISI; entrevista clínica.	Terapia cognitivo-conductual para insomnio o intervención digital estructurada; evitar hipnóticos de rutina.
Apnea obstructiva del sueño	Ronquido habitual, pausas observadas, ahogo nocturno, cefalea matinal, somnolencia, hipertensión, obesidad.	Cuestionarios de tamizaje; prueba domiciliaria o polisomnografía.	Derivación a medicina del sueño; considerar CPAP si se confirma apnea.
Síndrome de piernas inquietas	Urgencia de mover piernas, empeora en reposo/noche, alivia con movimiento.	Criterios clínicos; hemograma y ferritina según contexto.	Corregir deficiencia de hierro si corresponde; reducir cafeína nocturna; manejo especializado si severo.
Somnolencia/fatiga y salud mental	Sueño no reparador, fatiga, ansiedad, tristeza, irritabilidad, bajo funcionamiento.	Escala de Somnolencia Diurna de Epworth; tamizaje de depresión/ ansiedad perinatal.	Evaluación integral; apoyo psicosocial; intervención de sueño y salud mental.

PSQJ: Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh; ISI: Índice de Severidad del Insomnio; CPAP: presión positiva continua en la vía aérea.

Desenlaces fetales y neonatales: hallazgos consistentes y controversias

Los desenlaces fetales y neonatales pueden explicarse por las vías materno-placentarias: hipoxia intermitente, inflamación, alteración de la perfusión uteroplacentaria, trastornos hipertensivos, hiperglucemia e incremento del parto prematuro. Sin embargo, la evidencia no es uniforme para un bajo peso al nacer o un producto pequeño para la edad gestacional (16,20,23).

Huang et al. aportan información relevante en su cohorte prospectiva de 5418 gestantes. En comparación con dormir 7,1-8,0 h por noche, dormir 7,0 h o menos durante el segundo

trimestre se asoció con mayor riesgo de parto prematuro (OR: 1,43; IC 95%: 1,12-1,85), mientras que dormir más de 9,0 h se asoció con menor riesgo de parto prematuro (OR: 0,79; IC 95%: 0,53-0,93), hallazgo que los autores consideran pendiente de verificación. La calidad del sueño, los cambios de la calidad entre el primer y segundo trimestre y la duración del sueño en etapas tempranas no se asociaron significativamente con el parto prematuro, el bajo peso al nacer ni ser pequeño para la edad gestacional (23).

Estos resultados obligan a matizar el mensaje clínico: el sueño deficiente persistente puede ser un marcador de riesgo y un blanco de intervención, pero no debe comunicarse como

causalidad directa de daño fetal. La atención debe centrarse en identificar los patrones persistentes, los síntomas de alarma y condiciones tratables, evitando culpabilizar a la gestante por síntomas que a menudo son consecuencia de cambios fisiológicos, la carga familiar o las inequidades sociales.

Sueño, salud mental perinatal y puerperio

La relación entre el sueño y la salud mental perinatal es bidireccional. La ansiedad, el estrés, la depresión previa y las preocupaciones nocturnas aumentan la latencia y los despertares; a su vez, el sueño insuficiente o fragmentado deteriora la regulación emocional, la tolerancia al estrés, la concentración y la percepción de autoeficacia. El puerperio temprano es un periodo de máxima vulnerabilidad debido a las interrupciones nocturnas, la lactancia, la recuperación física, el dolor, los cambios hormonales y la adaptación familiar (12,19).

El protocolo MOTHERS representa una línea de investigación importante porque evalúa una intervención psicoeducativa digital basada en la terapia cognitivo-conductual para el insomnio en gestantes con síntomas de insomnio, integrando cuestionarios, diarios de sueño, actigrafía, cortisol salival y biomarcadores epigenéticos relacionados con la respuesta al estrés (12). Aunque se trata de un protocolo y no de resultados de eficacia, su aporte conceptual es relevante: la intervención del sueño perinatal debe ir más allá de la higiene del sueño e incluir el autorregistro, el manejo de las preocupaciones, la regulación emocional y las estrategias conductuales aplicables al contexto familiar.

Evaluación clínica durante el control prenatal

El control prenatal debería incorporar preguntas breves sobre el sueño (tamizaje) desde el primer trimestre y repetir las en cada etapa. Preguntas útiles son: ¿cuántas horas duerme habitualmente?, ¿despierta varias veces por noche?, ¿ronca de forma habitual?, ¿alguien ha observado pausas respiratorias?, ¿despierta con ahogo o cefalea?, ¿tiene somnolencia diurna?, ¿siente urgencia de mover las piernas por la noche?, ¿usa pantallas antes de dormir?, ¿consume cafeína tarde?, ¿su horario laboral o familiar le impide dormir? (Figura 3)

Cuando se requiere una medición estructurada, ante la sospecha detectada en el tamizaje, el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh evalúa la calidad, la duración, la latencia, la eficiencia, los despertares, la medicación y la disfunción diurna (9). El Índice de Severidad del Insomnio cuantifica los síntomas de insomnio e impacto funcional (10). La escala de

Epworth ayuda a objetivar la somnolencia diurna (11). Cuando exista sospecha de apnea obstructiva, los cuestionarios son útiles como tamizaje, pero no sustituyen la confirmación diagnóstica mediante la prueba de sueño cuando esté disponible. La polisomnografía o las pruebas domiciliarias deben priorizarse en gestantes con ronquido habitual, obesidad, hipertensión, diabetes gestacional, somnolencia importante o síntomas respiratorios nocturnos.

La evaluación debe integrarse con la medición de la presión arterial, el índice de masa corporal, la ganancia ponderal, los antecedentes de preeclampsia o diabetes gestacional, el hemograma, la ferritina si hay sospecha de síndrome de piernas inquietas, síntomas depresivos o ansiosos y condiciones sociales. Esta aproximación evita medicalizar molestias leves y permite identificar problemas persistentes, severos o tratables (4-6,9-11,14).

Intervenciones y abordaje terapéutico

El manejo inicial del trastorno del sueño no complicado debe priorizar las intervenciones no farmacológicas. Las medidas básicas incluyen cumplir un horario regular, reducción de pantallas y luz intensa antes de dormir, ambiente oscuro y silencioso, limitar el consumo de cafeína después del mediodía, realizar actividad física adecuada al riesgo obstétrico, manejo del reflujo y la nicturia, posiciones cómodas con soporte lateral y planificación familiar del descanso. Estas recomendaciones deben individualizarse, en una gestante con insomnio clínico, la higiene del sueño aislada rara vez será suficiente (4,5,13,25).

La terapia cognitivo-conductual para el insomnio es el enfoque psicológico de primera línea en adultos, y su adaptación perinatal es atractiva por la preferencia de evitar los hipnóticos durante el embarazo. Las intervenciones digitales pueden ampliar el acceso y reducir barreras, siempre que incluyan componentes activos: control de estímulos, regularidad, autorregistro, manejo de pensamientos, reducción del estado hiperalerta y estrategias de afrontamiento (12,25).

Ante sospecha o confirmación de apnea obstructiva del sueño, debe realizarse la derivación a medicina del sueño. La presión positiva continua en la vía aérea es el tratamiento estándar de la apnea obstructiva y puede considerarse especialmente relevante en gestantes con hipertensión, preeclampsia, obesidad o somnolencia significativa. Para el síndrome de piernas inquietas, se debe descartar deficiencia de hierro, optimizar hábitos, evitar desencadenantes y coordinar el manejo farmacológico únicamente cuando el beneficio supere los riesgos (4,5,14,18).

Implicancias de salud pública e investigación

La salud del sueño debe considerarse un componente de la calidad de la atención prenatal. La perspectiva One Sleep Health ayuda a desplazar el enfoque desde la responsabilidad individual hacia determinantes multiescala: vivienda, ruido, luz nocturna, temperatura, seguridad, horarios laborales, soporte familiar, acceso a atención y alfabetización en sueño (2). En los sistemas de salud con recursos limitados, la intervención mínima podría consistir en tres acciones: preguntar por el sueño, identificar síntomas de alarma y ofrecer recomendaciones breves culturalmente adaptadas.

La investigación futura en América Latina debería priorizar cohortes longitudinales que midan el sueño por trimestre y puerperio, combinen instrumentos subjetivos con actigrafía o pruebas de sueño en submuestras, que diferencien el insomnio de la apnea y síndrome de piernas inquietas, y ajusten por edad, paridad, índice de masa corporal, salud mental, actividad física, trabajo nocturno y nivel socioeconómico. También se requieren ensayos pragmáticos de intervenciones breves y digitales durante el control prenatal, con desenlaces en el sueño, la salud mental, la adherencia, la satisfacción, el parto prematuro, los trastornos hipertensivos y la diabetes gestacional (2,3,23,24).

Fortalezas y limitaciones de esta revisión

Esta revisión integra evidencia reciente de obstetricia, medicina del sueño, salud mental perinatal y salud pública, incluyendo artículos prospectivos, datos polisomnográficos, evidencia de países de ingresos bajos y medianos y protocolos de intervención digital. Además, traduce los hallazgos a recomendaciones prácticas para el control prenatal.

Las limitaciones derivan del diseño narrativo. La evidencia disponible es heterogénea en definiciones, instrumentos, puntos de corte y momento de medición. Muchos estudios dependen de autorreporte y pueden sobreestimar la duración del sueño o subdiagnosticar la apnea obstructiva. Por ello, las asociaciones deben interpretarse como señales clínicas y epidemiológicas, no como una prueba definitiva de causalidad.

CONCLUSIONES

Los trastornos del sueño durante la gestación son frecuentes, multifactoriales y clínicamente relevantes. No se limita a dormir pocas horas; incluye mala calidad de sueño, insomnio, somnolencia diurna, apnea obstructiva del sueño, síndrome de piernas inquietas, fragmentación y desalineación circadiana. Su prevalencia aumenta a lo largo del embarazo y alcanza especial importancia en el puerperio temprano.

La evidencia disponible vincula el sueño deficiente con la diabetes gestacional, los trastornos hipertensivos, la preeclampsia, la cesárea, el parto prematuro y la depresión perinatal. Los hallazgos sobre el bajo peso al nacer y pequeño para la edad gestacional son menos consistentes. La integración de tamizaje breve, instrumentos validados, intervención no farmacológica y derivación oportuna ante la apnea obstructiva puede convertir la salud del sueño en una oportunidad concreta de prevención materno-fetal.

Las futuras investigaciones deberían evaluar el sueño como la dimensión longitudinal, multidimensional y contextual, incorporando determinantes sociales y ambientales. En la práctica clínica, preguntar por el sueño debe considerarse parte del control prenatal integral.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Watson NF, Badr MS, Belenky G, Bliwise DL, Buxton OM, Buysse D, et al. Recommended amount of sleep for a healthy adult: a joint consensus statement of the American Academy of Sleep Medicine and Sleep Research Society. *J Clin Sleep Med*. 2015;11(6):591-592. doi:10.5664/jcsm.4758.
- 2 Manconi M, van der Gaag LC, Mangili F, Garbazza C, Riccardi S, Cajochen C, et al. Sleep and sleep disorders during pregnancy and postpartum: the Life-ON study. *Sleep Med*. 2024;113:41-48. doi:10.1016/j.sleep.2023.10.021.
- 3 Tahmasian M, Küppers V, Genon S, Eickhoff SB, Golombek DA, Ibanez A. Elevating sleep to a global health priority: The One Sleep Health framework. *Cell Rep Med*. 2026;7:102828. doi:10.1016/j.xcrm.2026.102828.

- 4 Facco FL, Chan M, Patel SR. Common sleep disorders in pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2022;140(2):321-339. doi:10.1097/AOG.0000000000004866.
- 5 Kember AJ, Elangainesan P, Ferraro ZM, Jones C, Hobson SR. Common sleep disorders in pregnancy: a review. *Front Med (Lausanne).* 2023;10:1235252. doi:10.3389/fmed.2023.1235252.
- 6 Silvestri R, Aricò I. Sleep disorders in pregnancy. *Sleep Sci.* 2019;12(3):232-239. doi:10.5935/1984-0063.20190098.
- 7 Dorsey A, de Lecea L, Jennings KJ. Neurobiological and hormonal mechanisms regulating women's sleep. *Front Neurosci.* 2021;14:625397. doi:10.3389/fnins.2020.625397.
- 8 Ojelere BO, Adeoye IA. Sleep pattern and disorders among pregnant women in Ibadan, Southwest Nigeria. *BMC Womens Health.* 2024;24:250. doi:10.1186/s12905-024-03086-z.
- 9 Buysse DJ, Reynolds CF 3rd, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res.* 1989;28(2):193-213. doi:10.1016/0165-1781(89)90047-4.
- 10 Bastien CH, Vallières A, Morin CM. Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep Med.* 2001;2(4):297-307. doi:10.1016/S1389-9457(00)00065-4.
- 11 Johns MW. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth Sleepiness Scale. *Sleep.* 1991;14(6):540-545. doi:10.1093/sleep/14.6.540.
- 12 Meneo D, Baldi E, Cerolini S, Curati S, Bastianini S, Berteotti C, et al. Promoting sleep health during pregnancy for enhancing women's health: a longitudinal randomized controlled trial combining biological, physiological and psychological measures, Maternal Outcome after THERapy for Sleep (MOTHERS). *BMC Psychol.* 2024;12:340. doi:10.1186/s40359-024-01827-1.
- 13 Aguilar Cordero MJ, Fajardo Gaitán M, Pérez Castillo IM, Rojas Carvajal AM, Latorre García J, Núñez Negrillo AM. Alteraciones y efectos del sueño durante el embarazo. *JONNPR.* 2020;5(12):1558-1574. doi:10.19230/jonnpr.3979.
- 14 Roig-Vázquez FJ. Trastornos respiratorios del sueño en la gestación y sus implicaciones materno fetales. *Clin Invest Ginecol Obstet.* 2021;48(4):172-176. doi:10.1016/j.gine.2020.03.001.
- 15 Won CHJ. Sleeping for two: the great paradox of sleep in pregnancy. *J Clin Sleep Med.* 2015;11(6):593-594. doi:10.5664/jcsm.4760.
- 16 Lu Q, Zhang X, Wang Y, Li J, Xu Y, Song X, et al. Sleep disturbances during pregnancy and adverse maternal and fetal outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Sleep Med Rev.* 2021;58:101436. doi:10.1016/j.smrv.2021.101436.
- 17 Li Y, Liang C, Wu C, Zheng N. Association between sleep duration during pregnancy and gestational diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. *Front Med (Lausanne).* 2024;11:1337492. doi:10.3389/fmed.2024.1337492.
- 18 Lee YC, Chang YC, Tseng LW, Lin WN, Lu CT, Lee LA, et al. Continuous positive airway pressure treatment and hypertensive adverse outcomes in pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Netw Open.* 2024;7(8):e2427557. doi:10.1001/jamanetworkopen.2024.27557.
- 19 Li H, Li H, Zhong J, Wu Q, Shen L, Tao Z, et al. Association between sleep disorders during pregnancy and risk of postpartum depression: a systematic review and meta-analysis. *Arch Womens Ment Health.* 2023;26(2):259-267. doi:10.1007/s00737-023-01295-3.
- 20 Yang Z, Zhu Z, Wang C, Zhang F, Zeng H. Association between adverse perinatal outcomes and sleep disturbances during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2022;35(1):166-174. doi:10.1080/14767058.2020.1711727.
- 21 Monterrosa-Castro Álvaro, Romero-Martínez Shairine, Monterrosa-Blanco Angélica. Somnolencia diurna excesiva identificada con la escala de Epworth en gestantes que acuden a consulta prenatal ambulatoria. *Rev. chil. obstet. ginecol.* 2021;86(3):265-273. doi:10.24875/rechog.m21000002.
- 22 Choquez-Millan L, Soto A. Calidad del sueño y depresión perinatal en gestantes atendidas en un centro de atención primaria en Lima, Perú. *Revista Colombiana de Psiquiatría.* 2023;52(4):287-96. doi:10.1016/j.rcp.2021.07.003.
- 23 Huang L, Chen H, Yao F, Sun Z, Yan S, Lai Y, et al. Association between sleep during pregnancy and birth outcomes: a prospective cohort study. *Reprod Biol Endocrinol.* 2025;23:18. doi:10.1186/s12958-025-01350-x.
- 24 Saraei M, Shafaat M, Aminian O, Eftekhari S, Hesari E, Behkar A, et al. Poor maternal sleep health adversely affects neonatal and pregnancy outcomes: an important ignored health issue in prenatal care. *J Obstet Gynecol Cancer Res.* 2024;9(3):288-294. doi:10.30699/jogcr.9.3.288.
- 25 Bacaro V, Benz F, Pappaccogli A, De Bartolo P, Johann AF, Palagini L, et al. Interventions for sleep problems during pregnancy: a systematic review. *Sleep Med Rev.* 2020;50:101234. doi:10.1016/j.smrv.2019.101234.