

EDITORIAL



La medicina del sueño, especialidad médica quirúrgica en formación

La medicina del sueño o del dormir, también conocida como somnología, es el nombre que se le ha dado a este campo de la medicina que ha venido creciendo progresivamente en los últimos cuarenta años, en donde se ha tenido un desarrollo tecnológico y científico cada día mayor (1). El sueño ha despertado mucho interés en todas las épocas de la historia de la humanidad; sin embargo, su estudio es realmente joven. Se han publicado varias clasificaciones, la primera en EE.UU; en 1970; luego, la primera de carácter internacional, en 1990, y la segunda, en el 2005 (2). La de 1990 le dio mucho énfasis a los hallazgos polisomnográficos, y la de 2005 está más enfocada a la clínica.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que una tercera parte de la población presenta alteraciones en su sueño (3). De acuerdo con investigaciones llevadas a cabo en diversos lugares del mundo se considera que hasta un 40 por ciento de la población tiene problemas para conciliar o mantener el sueño debido a múltiples causas, que van desde malos hábitos y cambios ambientales hasta graves alteraciones orgánicas y psíquicas que pueden llegar a poner en riesgo la propia vida y la de los demás (3). De otro lado, alrededor de un diez por ciento de la población sufre de somnolencia diurna ocasionada por alteraciones del sueño, lo que causa un gran impacto en el funcionamiento social y laboral (4).

Se sabe que las personas que duermen menos tienen mayor morbilidad y mortalidad (5,6). En relación con la mortalidad se han estudiado dos fenómenos: accidentes laborales y de tránsito. Los factores más frecuentemente asociados a los accidentes ocupacionales son los sistemas inadecuados de turnos, los cuales son programados secuencialmente en el sentido contrario a las manecillas del reloj, yendo en contravía al ritmo biológico y el tiempo de sueño insuficiente para la recuperación post turno, con las consecuentes privaciones crónicas que generan somnolencia y facilitan la accidentalidad. Además de lo anterior, estudios llevados a cabo en la Unión Europea demuestran que un 40 por ciento de los accidentes de tránsito están asociados a somnolencia en los conductores (7).

Estas cifras indican un serio compromiso de la salud y calidad de vida de quienes padecen estos trastornos, haciéndose evidente la morbilidad y la necesidad de tratamiento, ya que estas alteraciones repercuten no sólo en el adecuado desarrollo individual y familiar, sino en el desarrollo social y económico. En los servicios hospitalarios de medicina interna se ha calculado que de cada diez pacientes, cuatro deberían asistir al laboratorio de sueño, para un adecuado diagnóstico. Patologías como hipertensión arterial, diabetes y obesidad, entre otras, se diagnosticaron como idiopáticas, ignorando su causa real (8,9).

Además, la mayoría de las personas que tienen problemas con su sueño no consultan a los servicios de salud y prefieren acudir al farmacéuta o automedicarse con terapias empíricas. Se consideró que solo entre un cinco a diez por ciento consultan al médico, pero otro problema se suma a la baja cobertura: pocos médicos han recibido una adecuada capacitación durante su formación. Los estudios de la OMS revelan que los estudiantes de medicina reciben en promedio sólo dos horas de instrucción sobre este tema durante toda su formación académica de pregrado (3).

El sueño se ha estudiado desde diversos ángulos, conductuales, psicológicos, interpretación de los sueños, pero es solo hasta 1875 cuando Caton hace los primeros registros electroencefalográficos en conejos y monos. En 1918 Von Economo, durante una epidemia de encefalitis letárgica en Europa, observó que cuando el daño se produce en el hipotálamo posterior los pacientes presenta somnolencia, pero si la lesión se presenta en el hipotálamo anterior los sujetos padecen insomnio. Berger, psiquiatra, en 1929 perfeccionó el electroencefalograma, logrando amplificar un millón de veces la actividad eléctrica producida por las células del cerebro, técnica hoy en día utilizada. Bremer, en 1935, realizó los estudios clásicos donde separó el cerebro del tallo cerebral, cortando el mesencéfalo a diferentes niveles. Si este corte se hacía a nivel mesencefálico el animal permanecía dormido, si el corte se efectuaba a nivel cervical el animal alternaba del sueño a la vigilia. Con estos estudios se concluyó que el sueño tiene un componente mesencefálico. Loomis describió la primera clasificación electroencefalográfica de los diversos estadios de sueño, los husos de sueño y los complejos K, en 1937. Moruzzi y Mogoum, al estimular el sistema activador reticular ascendente, observaron una respuesta similar al despertar. Hess, en 1950, apreció que al estimular el tálamo se producía sueño en el animal, con lo cual cambió el concepto de que el sueño era un fenómeno pasivo, en el que se producía por un fenómeno de desaferentación. Aserinsky y Kleitman, de la universidad de Chicago, encontraron en los niños activación electroencefalográfica con un bajo voltaje, el cual y se asocia a movimientos oculares rápidos (MOR). A esta fase se le denominó sueño MOR, también, sueño paradójico o R, con la clasificación actual, debido a que en ella el cuerpo duerme mientras el cerebro está activo. En esta fase del sueño se presenta la mayoría de la actividad onírica. En 1959, Jouvet, al registrar la actividad eléctrica de los músculos del cuello, halló silencio o atonía acompañando a los cambios electroencefalográficos y a la actividad de MOR. En 1968 se publicó el manual de Rechtschaffen y Kales donde se estandarizaron las señales que se toman, logrando definir las diversas etapas del sueño no MOR y del sueño MOR. Con este manual se inicia el reporte de los estudios de las etapas del sueño en humanos. Estos avances desencadenaron el interés de muchos investigadores en el campo de la medicina del sueño, se comenzó a observar los cambios de las variables fisiológicas durante el sueño y sus etapas así como las variaciones que estas presentan durante la vigilia; aparece el concepto de ritmos y relojes biológicos, así como el de áreas de la cronobiología.

Se constató que un porcentaje de la población tiene problemas con el sueño, el cual ocupa una tercera parte de la vida del hombre. Se le dio importancia al sueño y las consecuencias de no dormir, la privación del sueño, la somnolencia diurna excesiva y su relación con la productividad, la disminución del funcionamiento cognitivo y el aumento de la posibilidad de accidentes. Tanto en las universidades como en los hospitales comenzaron a aparecer los centros y laboratorios que estu-

dian el sueño. Latinoamérica ha tenido importantes investigadores en el área de sueño, en países como Brasil, Uruguay, Chile, Argentina y México. Colombia no ha sido ajena a estos avances: hemos visto cómo en los últimos diez años los laboratorios han tenido un crecimiento rápido, desafortunadamente sin control ni reglamentación alguna. La mayoría de los médicos que hacen evaluación, estudios de sueño, diagnóstico y tratamiento de los pacientes con trastornos de sueño, se han entrenado en el exterior (10). Existen laboratorios de sueño en la mayoría de las capitales de los departamentos, pero pocos centros donde se realice una valoración integral del paciente. Existe la necesidad imperiosa de formar profesionales médicos en esta nueva especialidad, que cada día toma más cuerpo. Esta formación se debe brindar a nivel clínico, con la finalidad que el profesional médico haga una valoración adecuada del paciente, un estudio que sea pertinente y un tratamiento que en la mayoría de los casos va a requerir del concurso de otras especialidades para darle solución y tratamiento a la enfermedad.

La somnología debe ser la encargada del estudio del sueño y sus alteraciones, que son consecuencia de disfunción en las áreas biológica, psicológica y social, las cuales se asocian a malestar, discapacidad o riesgo aumentado de morir.

El estudio de las alteraciones del dormir incluye conocimiento acerca de la prevención, causas, evolución, diagnóstico, terapéutica y rehabilitación, pero estudia igualmente la manera de conservar la estructura normal del sueño; por lo tanto, sus campos de aplicación se encuentran tanto en ambientes hospitalarios y ambulatorios como en la comunidad, especialmente en el ámbito laboral.

Todas las acciones de esta especialidad se requieren realizarse bajo una estricta fundamentación científica y tecnológica reconocida por instituciones académicas, hospitalarias e investigativas de carácter nacional e internacional.

En este número aparece una contribución original del profesor Édgar Osuna y cols, titulado: "Frecuencia de presentación del síndrome de piernas inquietas y su asociación con apnea obstructiva del sueño". Los autores llevaron a cabo un estudio de prevalencia analítica con aporte de datos poligráficos de pacientes que habían sido sometidos a un estudio de sueño basal por sospecha de un trastorno del sueño, estableciendo la frecuencia de asociación entre el diagnóstico de apnea del sueño, severidad, y el síndrome de piernas inquietas, hallazgo no conocido a la fecha en la literatura nacional.

Jorge Echeverry-Chabur

*Profesor Titular de Psiquiatría
Facultad de Ciencias de la Medicina
Universidad Tecnológica de Pereira
jechever@utp.edu.co*

Franklin Escobar-Córdoba

*Profesor Asociado de Psiquiatría
Facultad de Medicina
Universidad Nacional de Colombia
feescobar@bt.unal.edu.co*

Referencias

1. **Schmidt-Nowara W.** A review of sleep disorders. The history and diagnosis of sleep disorders related to the dentist. *Dental clinics of North America.* 2001; 45: 631-642.
2. American Sleep Disorders Association DCSC. *International Classification of Sleep Disorders: Diagnostic and Coding Manual, ICSD-R.* Westchester, IL: American Academy of Sleep Medicine; 2005.
3. **Costa e Silva JA, Chase M, Sartorius N, Roth T.** Special report from a symposium held by the World Health Organization and the World Federation of Sleep Research Societies: an overview of insomnias and related disorders—recognition, epidemiology, and rational management. *Sleep.* 1996; 19: 412-416.
4. **Wittchen HU, Lieb R, Wunderlich U, Schuster P.** Comorbidity in primary care: presentation and consequences. *The Journal of clinical psychiatry.* 1999; 60 Suppl 7: 29-36; discussion 7-8.
5. **Kripke DF, Garfinkel L, Wingard DL, Klauber MR, Marler MR.** Mortality associated with sleep duration and insomnia. *Archives of general psychiatry.* 2002; 59: 131-6.
6. **Youngstedt SD, Kripke DF.** Long sleep and mortality: rationale for sleep restriction. *Sleep medicine reviews.* 2004; 8: 159-74.
7. **Rodenstein D.** Sleep apnea: traffic and occupational accidents-individual risks, socioeconomic and legal implications. *Respiration; international review of thoracic diseases.* 2009; 78: 241-8.
8. **Calvin AD, Somers VK.** Obstructive sleep apnea and cardiovascular disease. *Current opinion in cardiology.* 2009, aug 6.
9. **Parish JM.** Sleep-related problems in common medical conditions. *Chest.* 2009; 135: 563-72.
10. **Escobar-Córdoba F.** La medicina del sueño. Una nueva especialidad. *Rev Fac Med (Bogotá).* 1999; 47: 26 - 31.