

SOBRE EL SUEÑO, LOS SUEÑOS, EL VIVIR DURMIENDO Y EL MORIR SOÑANDO.

*La polisomnografía en el registro de sus trastornos
El sueño es la puerta mas pequeña y escondida en lo
mas profundo y mas íntimo del santuario del alma.*

Carl Jung

Desde el principio de los tiempos, la humanidad se ha ocupado del sueño y los sueños, tratando de comprender esta oscura y misteriosa región en la vida de un individuo.

Dado que los seres humanos pasan la tercera parte de su vida durmiendo, a los sesenta años cualquier individuo puede decir que ha estado aproximadamente veinte años de ella, en una dimensión de la que no conoce prácticamente nada y de la que no conserva ningún recuerdo. Cada noche soñamos un promedio de una hora y media, lo que significa pasar 5-6 años de nuestra existencia en la misteriosa e ignota región de los sueños.

Las alteraciones del sueño son mucho más frecuentes de lo que se sospechaba hace algunos años. Los trastornos del dormir y del soñar, con un sueño insatisfactorio e insuficiente o por el contrario la excesiva somnolencia diurna, son quejas comunes en la consulta médica. Se presentan durante toda la vida desde la lactancia hasta la vejez, por lo que ignorar su existencia e insistir en el tratamiento exclusivo de los síntomas puede conducir a errores diagnósticos y a tratamientos equivocados.

No existen datos epidemiológicos confiables sobre la prevalencia de los trastornos del sueño en el hemisferio sur.

Diferentes estadísticas en el hemisferio norte, indican que **el insomnio**, es el más común de los trastornos del sueño, afectando cada año a más de 60 millones de adultos y entre el 30-40 % de la población general. El insomnio es un síntoma y no una entidad propia, que puede poner en evidencia innumerables cuadros médicos, psiquiátricos y so-

Dra. Celcilia Lucero ⁽¹⁾
Servicio de Neurología - Hospital Privado

ciales. Muchas veces es consecuencia de movimientos periódicos de los miembros durante el sueño o del **síndrome de piernas inquietas**.

El síndrome de piernas inquietas (RLS), se presenta en el 10-15 % de la población general, en el 20 % de las mujeres embarazadas y en el 30-40 % de los pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. Produce dificultad en el inicio del sueño.

Los movimientos periódicos de los miembros durante el sueño (PLMS), se confirman en el 15 % de los pacientes con insomnio. Su prevalencia aumenta con la edad, de tal forma que alrededor del 30 % de la población de más de 50 años es afectada. Produce dificultad en el mantenimiento del sueño.

La excesiva somnolencia diurna, afecta al 10-15 % de la población general. El dormirse en cualquier situación o lugar, trae aparejado riesgos físicos con posibilidad de accidentes, desventajas laborales, conflictos familiares y pérdida de la estima personal y social que rara vez se observa en los insomnes. Los disturbios respiratorios durante el sueño son la causa más común de excesiva somnolencia diurna.

La apnea obstructiva del sueño es el trastorno más comúnmente observado en los laboratorios de sueño, con una prevalencia del 5-10 % de la población general. Se relaciona con mayor riesgo de hipertensión arterial, accidente cerebrovascular e infarto agudo de miocardio. Su diagnóstico es imprescindible dado que la mayoría de los pacientes pueden tratarse de manera exitosa.

La narcolepsia, se encuentra junto con la apnea obstructiva del sueño, entre las principales causas de excesiva somnolencia diurna. A pesar de que su prevalencia es similar a la de la esclerosis

(1) Médica del Servicio de Neurología - Hospital Privado

múltiple (0.6/1000) y aún existiendo disponibilidad de tratamientos eficaces, con frecuencia el conocimiento sobre la misma es limitado.

Otros trastornos del sueño sobre los que no existen datos epidemiológicos precisos, pero no por eso menos importantes, son motivo de consulta diaria en todas las especialidades (**sonambulismo, terrores nocturnos, enuresis, bruxismo, convulsiones durante el sueño, trastornos del ritmo circadiano**).

El sueño no solo se altera en cantidad, sino también en calidad, por lo que no solo se trata de dormir un determinado número de horas, sino que estas, cuantas fueran, deben permitir un buen funcionamiento diurno tanto físico como psíquico. Aunque el mal dormir demuestra entonces ser un fenómeno extendido y dramática la investigación del sueño recién se ha llevado a cabo en las últimas décadas.

En medicina fue Berger, quién en 1929, registró por primera vez la actividad eléctrica cortical cerebral humana, dando el nombre de electroencefalograma al registro de los potenciales eléctricos originados en el encéfalo, observando que esta actividad se modificaba con estímulos sensoriales y con los estados de vigilia y sueño. En 1955, Aserinsky y Kleitman, registraron un patrón nuevo de sueño, consistente en una actividad rápida de bajo voltaje, que ocurría junto con descargas de movimientos oculares rápidos y que coincidía junto con el momento de los sueños. Lo denominaron **sueño de movimientos oculares rápidos (REM)** reconociéndose como su característica fisiológica más importante, la completa atonía de los músculos voluntarios.

Desde entonces se conoce como se alterna regularmente el sueño REM, con las otras etapas antes conocidas, a las que llamaron en conjunto sueño No-REM (NREM).

A partir de ese momento quedó determinado un patrón o modelo de sueño, que se presenta en todas las personas con mínimas variaciones, con la aparición cíclica del sueño NREM-REM, en pro-

porciones que varían a lo largo de la noche y de la vida, en forma más o menos estable en los individuos sanos.

La electroencefalografía necesitó de la incorporación de otras modalidades de registro para explorar no sólo la actividad cerebral, sino también la actividad cardíaca, respiratoria y motora entre otras, que sufren modificaciones muy significativas durante el sueño y permiten aclarar cuadros clínicos antes ni siquiera sospechados.

De esa forma nace la **polisomnografía**, que es el registro gráfico simultáneo y de duración suficiente de diferentes variables que ocurren cuando el individuo duerme. En una noche de sueño se registra el electroencefalograma, electrooculograma-electromiograma del mentón y de los miembros, electrocardiograma, saturación de oxígeno arterial de la hemoglobina, flujo nasal, movimientos toracoabdominales y ronquidos. El monitoreo del comportamiento del paciente durante el sueño es, en muchas patologías parte esencial del estudio, lográndose por medio de un circuito cerrado de T.V. con grabación de los datos en video, la correlación clínica -electrofisiológica necesaria para realizar un correcto diagnóstico (video-polisomnografía).

A partir de 1970 y con la incorporación de estos nuevos métodos de registro, se crearon laboratorios de sueño, especializados en el diagnóstico y tratamiento de estas patologías. La medicina del sueño ha crecido como sub-especialidad clínica, paralelamente con los avances en tecnología médica y particularmente con la electrofisiología aplicada.

Nuestro hospital cuenta con la posibilidad de estudiar los trastornos del sueño, al igual que otros centros importantes del país. Muchos de ellos ser diagnosticados correctamente con una completa anamnesis, sin embargo la polisomnografía es un procedimiento indispensable, que proporciona información objetiva y definitiva, evitándose de esta forma errores diagnósticos y tratamientos equivocados.