

Importancia del sueño en la neumología

D.O. Rodenstein

Service de Pneumologie. Université Catholique de Louvain. Cliniques Universitaires Saint-Luc. Bruselas.

En 1972, un grupo de neurofisiólogos de la Cátedra de Clínica Neurológica de la Universidad de Boloña organizó en Rímíni, Italia, una conferencia sobre "La hipersomnia con respiración periódica". Las actas de esta reunión¹, curiosamente, no fueron publicadas en una revista neurológica, sino en el "Bulletin de Physiopathologie Respiratoire" dirigido por el profesor Sadoul de Nancy (la reunión fue coauspicada por la Société Européenne de Physiopathologie Respiratoire). En su introducción, el profesor Sadoul se refiere a la dificultad que tienen los fisiólogos y los fisiopatólogos respiratorios en ponerse al tanto de los progresos en la comprensión del sueño y de las hipersomnias, debidos a los trabajos de los neurofisiólogos: "las observaciones de los neurofisiólogos, usando métodos poligráficos, desconciertan muchas veces a los neumólogos".

Veinticinco años más tarde, no sólo los neumólogos conocen mucho mejor el sueño y las hipersomnias, sino que contribuyen en gran medida al avance de los conocimientos en este tema². Ya no se puede concebir un tratado de neumología³ en el que no se aborde este capítulo, ni un servicio de neumología que ignore la patología respiratoria ligada al sueño. El interrogatorio neumológico se ha enriquecido con una serie de preguntas sistemáticas que exploran lo que sucede en "el reino de la noche", y sus consecuencias diurnas. El neumólogo debe tener en cuenta el doble problema de las consecuencias de las enfermedades respiratorias sobre el sueño, y de la influencia del sueño sobre las enfermedades respiratorias.

Si uno trata de analizar los elementos que explican esta extraordinaria evolución, dos aparecen como esenciales. Uno es la identificación del síndrome de las apneas ligadas al sueño⁴ y, sobre todo, la descripción de su tratamiento por presión positiva continua por vía nasal⁵. El otro es la introducción en el campo clínico cotidiano de la oximetría transcutánea y su variante más moderna, la oximetría de pulso⁶.

El descubrimiento de la dependencia de la ventilación respecto al estado de vigilia o sueño no sólo en condiciones fisiológicas, sino también en condiciones patológicas, despertó el interés de los neumólogos y fisiólogos respiratorios, que comenzaron una serie de trabajos de investigación tanto en el animal experimental como en el ser humano sobre los cambios ventilatorios inducidos por el sueño en condiciones normales, así como en la influencia del sueño en la respuesta ventilatoria a una serie de estímulos químicos y mecánicos⁷. Pero fue la descripción por Sullivan et al de la presión positiva continua por vía nasal como tratamiento del síndrome de las apneas ligadas al sueño lo que más contribuyó a incluir esta afección en el campo de la neumología. En efecto, las personas más capacitadas para manejar los conceptos de presión en la vía aérea, flujo, presiones transmurales, turbinas y válvulas respiratorias eran los neumólogos con experiencia en pruebas funcionales y mecánica pulmonar. Parafraseando a Sadoul, se podría decir que los neurofisiólogos estaban desconcertados por los trabajos de los neumólogos con bombas, tuberías y turbinas. Junto al privilegio de poder tratar a estos pacientes (lo que dicho sea de paso es una experiencia sumamente gratificante para el clínico), llegó la necesidad de conocer cada vez mejor los aspectos cualitativos y cuantitativos del sueño, para poder evaluar correctamente la respuesta al tratamiento^{8,9}.

La introducción en la práctica clínica de los registros de oximetría transcutánea a finales de los años setenta reveló la existencia de modificaciones a la vez profundas e insospechadas anteriormente en la evolución de la saturación arterial de oxígeno durante el sueño en los pacientes con enfermedades pulmonares. Probablemente, este avance tecnológico fue el segundo factor que obligó a los neumólogos a interesarse en el estudio del sueño. En efecto, se hizo necesario poder encontrar una explicación a las caídas de la saturación arterial de oxígeno durante el sueño en los pacientes con enfermedades pulmonares "clásicas" (enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC] y fibrosis pulmonar, entre otras), pero sin apneas ligadas al sueño^{10,11}, como también saber qué jerarquía fisiopatológica (y por ende qué enfoque terapéutico) atribuir a estos fenómenos propios del dormir¹², lo que también estimuló la investigación neumológica del sueño.

Correspondencia: Dr. D.O. Rodenstein.
Service de Pneumologie. Cliniques Universitaires Saint-Luc.
Université Catholique de Louvain.
Avenue Hippocrate, 10 UCL 10/2832. 1200 Bruselas.

Recibido: 26-5-98; aceptado para su publicación: 28-5-98.

(Arch Bronconeumol 1998; 34: 415-416)

De esta forma, y en pocos años, un extenso campo del conocimiento se fue incorporando al saber de nuestra especialidad. El neumólogo no sólo debe interesarse en las afecciones estrictamente ligadas al sueño, sino también en los aspectos "nocturnos" de las enfermedades respiratorias "clásicas". Un buen ejemplo lo constituye el interés por el asma "nocturna", que no es más que el asma del paciente asmático cuando éste duerme, pero que hasta estos últimos años había quedado excluida del cuadro conceptual de la enfermedad¹³. Otro buen ejemplo es la evaluación de los efectos secundarios de fármacos clásicos (como la teofilina) en la calidad del sueño, y por ende sus repercusiones sobre la calidad de la vigilia diurna, en los pacientes con enfermedades pulmonares de tipo obstructivo¹⁴.

La actividad del neumólogo requiere en general ocuparse de la clínica neumológica, del laboratorio de exploraciones funcionales pulmonares y del laboratorio de exploraciones endoscópicas e "invasivas". A estas ocupaciones clásicas se suma cada vez más la supervisión directa de un laboratorio de sueño, que suele situarse dentro mismo del servicio de neumología, y no ya exclusivamente en los servicios o departamentos de neurología. Naturalmente, y en la medida que uno debe ocuparse de los pacientes cuyo problema principal es una alteración del sueño, ligada o no a problemas estrictamente respiratorios, uno se verá inevitablemente confrontado a la necesidad de conocer de manera adecuada las enfermedades "propias" del fenómeno del sueño, como la narcolepsia o el insomnio¹⁵. Estas afecciones están muy lejos de la formación clásica del neumólogo. Las opciones, pues, no son muchas: una colaboración estrecha con el neurofisiólogo, que es casi indispensable, no libera al neumólogo de la obligación de ampliar el campo de sus conocimientos para poder encarar correctamente este nuevo aspecto de su actividad. Esto no significa que el neumólogo deba asumir personalmente el seguimiento o el tratamiento de los pacientes con enfermedades no respiratorias propias del sueño, sino que pueda, por lo menos, establecer un diagnóstico correcto y garantizar una derivación adecuada.

Nuestra especialidad ha ampliado considerablemente su campo de acción. Nos incumbe a los "especialistas",

por lo tanto, la tarea de garantizar que los neumólogos adquieran la formación mínima necesaria para mantener una práctica médica de calidad en el campo del sueño en general, y en el de los problemas respiratorios ligados al sueño en particular.

BIBLIOGRAFÍA

1. Symposium on hypersomnia with periodic breathing. P. Sadoul, editor. *Bull Physiopathol Respir* 1972; 8: 967-1.288.
2. Stradling J. *Handbook of sleep-related breathing disorders*. Oxford: Oxford University Press, 1993.
3. Brewis RAL, Corrin B, Geddes DM, Gibson GJ, editores. *Respiratory medicine* (2.ª ed.). Londres: WB Saunders Company Ltd., 1995.
4. Guilleminault C, Tilkian A, Dement WC. The sleep apnea syndromes. *Annu Rev Med* 1976; 27: 465-484.
5. Sullivan CE, Issa FG, Berthon-Jones M, Eves L. Reversal of obstructive sleep apnoea by continuous positive airway pressure applied through the nares. *Lancet* 1981; 1: 862-865.
6. Severinghaus JW, Kelleher JF. Recent developments in pulse oximetry. *Anesthesiology* 1992; 76: 1.018-1.038.
7. Phillipson EA, Bowes G. Control of breathing during sleep. En: Cherniack NS, Widdicombe JG, eds. *Handbook of physiology. Section 3: the Respiratory system* (vol. II, part 2). Bethesda, Maryland: American Physiological Society, 1986; 649-689.
8. Collard P, Dury M, Delguste P, Aubert G, Rodenstein DO. Movement arousals and sleep-related disordered breathing in adults. *Am J Respir Crit Care Med* 1996; 154: 454-459.
9. Series F, Roy N, Marc I. Effects of sleep deprivation and sleep fragmentation on upper airway collapsibility in normal subjects. *Am J Respir Crit Care Med* 1994; 150: 481-485.
10. Douglas NJ, Calverley PMA, Leggett RJE, Brash HM, Flenley DC, Brezina V. Transient hypoxemia during sleep in chronic bronchitis and emphysema. *Lancet* 1979; 1: 1-4.
11. Stradling JR, Lane DJ. Nocturnal hypoxemia in chronic obstructive pulmonary disease. *Clin Sci* 1983; 64: 213-222.
12. Connaughton JJ, Catterall JR, Elton RA, Stradling JR, Douglas NJ. Do sleep studies contribute to the management of patients with severe chronic obstructive pulmonary disease? *Am Rev Respir Dis* 1988; 138: 341-344.
13. Douglas N. Asthma at night. *Clin Chest Med* 1985; 6: 663-674.
14. Berry RB, Desa MM, Branum JP, Light RW. Effect of theophylline on sleep and sleep-disordered breathing in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am Rev Respir Dis* 1991; 143: 245-250.
15. Kryger MH, Roth T, Dement WC, editores. *Principles and practice of sleep medicine* (2.ª ed.). Filadelfia: WB Saunders Company Ltd., 1994.