

11233

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Facultad De Medicina
División de Estudios de Posgrado

Centro Médico Nacional "20 de Noviembre"
ISSSTE.

**TRASTORNOS DE SUEÑO EN PACIENTES CON
ESCLEROSIS MÚLTIPLE**

T E S I S DE POSTGRADO

Que para obtener el Diploma de
Especialista en:

NEUROLOGÍA CLÍNICA DE ADULTOS

Presenta

DRA. LAURA ORDOÑEZ BOSCHETTI

Asesor de Tesis:

Dr. Noel I Plascencia Álvarez.

México, DF.
Octubre 2005

2005

0342/35



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).


El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

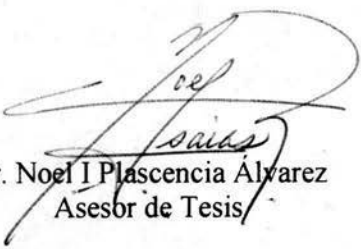
ESTA TESIS NO SALI
DE LA BIBLIOTECA


Hoja de Firmas


Dr. Mauricio Di Silvio López
Subdirector de Enseñanza e Investigación




Dra. Lilia Nuñez Orozco
Profesor Titular, Jefe del Servicio de Neurología Clínica Adultos


Dr. Noel I Plascencia Álvarez
Asesor de Tesis


Dra. Laura Ordoñez Boschetti
Autor de Tesis



Autorizo a la Oficina General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo periodístico.

NOMBRE: Laura Ordóñez Boschetti

FECHA: 18/03/05

FIRMA: [Firma manuscrita]

INDICE

I.	RESUMEN.....	1
II.	INTRODUCCIÓN.....	2-7
III.	MATERIAL Y MÉTODOS.....	8-9
IV.	RESULTADOS.....	10-16
V.	DISCUSIÓN.....	17-18
VI.	CONCLUSIONES.....	18
VII.	BIBLIOGRAFÍA.....	19

TRASTORNOS DEL SUEÑO EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Resumen. La esclerosis múltiple (EM) es un trastorno frecuente que causa importante discapacidad en adultos jóvenes, presenta una gran variedad de síntomas entre los cuales pueden presentarse trastornos del sueño. El objetivo del estudio es determinar si existen alteraciones de sueño y el tipo de los mismos en estos pacientes. Se realizó un estudio de casos y controles en el cual se incluyeron 30 pacientes con EM y 30 controles a los cuales se les aplicó el cuestionario de trastornos del dormir del Dr Douglas, adaptado para la población mexicana por la Dra. Matilde Valencia. Los cuestionarios fueron calificados en base a una escala validada en un grupo de enfermos mexicanos.

El método estadístico usado fue análisis factorial y prueba T para comparar ambos grupos.

Mediante el análisis factorial se encontró significancia estadística para trastornos de Fragmentación del sueño, ansiedad y preocupación, no siendo significativos para somnolencia, ronquido, sueños intensos y parálisis del sueño. Comparando otras variables no incluidas en el análisis factorial, por medio de T de Student se encontró diferencia significativa con una p de 0.000 para alteraciones urinarias y problemas de incoordinación motora. Para piernas inquietas se encontró una diferencia significativa con una p de 0.002. Se puede concluir que en nuestro estudio que los sujetos con EM tienen mas fragmentación del sueño que al compararlos con los sanos. Esto puede estar relacionado a la mayor frecuencia de alteraciones vesicales y del síndrome de piernas inquietas.

Abstract. Multiple Sclerosis (MS) is a frequent disease that causes an important disability in young adults, it is a multi-symptomatic disease that can include sleep disorders. The objective of this study is to determine the presence of sleep disorders in MS patients and to know if there is any difference between healthy controls. The design was a case-control based study in which 30 patients with MS and 30 healthy controls were include. A sleep disorder questionnaire from Dr. Douglas validated for Mexican population by Dr Matilde Valencia was applied. The questionnaire was evaluated by a factorial analysis and T test to compare both groups.

We found statistic significance results in Sleep fragmentation disorders, anxiety and worry, no significance result in somnolence, snore, intensive dreams and sleep paralysis. We compare another variables not included at the factorial analysis and we found significance difference between two groups in urinary alterations, problems with motor coordination and restless legs syndrome. We conclude in our study that patients with MS have more sleep fragmentation disorders than healthy controls. This can be related to urinary problems and restless legs syndrome.

INTRODUCCIÓN.

Más de 100 años han pasado desde que Charcot, Carswell, Cruveilhier y otros describieron las características clínicas y patológicas de la Esclerosis Múltiple (EM). Esta enigmática, remitente y generalmente progresiva enfermedad de las sustancia blanca del sistema nervioso central, continua siendo un reto para los investigadores que tratan de entender su patogénesis y prevenir su progresión.

La Esclerosis Múltiple (EM) es un trastorno relativamente frecuente que causa una importante discapacidad en adultos jóvenes, es una enfermedad inflamatoria, desmielinizante del SNC que afecta cerca de 350,000 personas en EU. (1,2)

La prevalencia de EM varía considerablemente en todo el mundo, existiendo prevalencias más altas en el noreste de Europa, Australia y la parte media de Norte América.(3)

Existe evidencia suficiente para sustentar que la lesión tisular que origina la formación de placas desmielinizantes en la EM, resulta de una respuesta autoinmunitaria anormal a uno o más antígenos de la mielina, ocurriendo en personas con susceptibilidad genética, después de haberse expuesto a un antígeno disparador, el cual continua siendo desconocido hasta ahora y para el cual se han postulado diferentes agentes virales.(4)

La esclerosis múltiple típicamente inicia con episodios de síntomas neurológicos remitentes-recurrentes en adultos jóvenes.

Las presentaciones comunes incluyen:

- Alteraciones mono-oculares secundarias a neuritis óptica.
- Parestesias o debilidad causadas por trastornos medulares.
- Incoordinación provocada por lesiones en cerebelo.
- Diplopia como resultado de disfunción del tallo cerebral.

En autopsias la EM se caracteriza por múltiples áreas de pérdida de mielina y gliosis a lo largo de la sustancia blanca del cerebro y médula espinal.

Los síntomas se presentan por brotes episódicos, estos ataques y remisiones generalmente duran algunas semanas y típicamente van seguidas de

recuperación parcial o completa de los síntomas. Estudios de patología y de resonancia magnética muestran nuevas lesiones desmielinizantes ante cada brote. Los pacientes que presentan síntomas episódicos, con un patrón recurrente se clasifican como EM remitente-recurrente.

Eventualmente un substancial número de pacientes con EM R-R presentaran un curso progresivo de la enfermedad, esto se define como secundariamente progresivo.(1)

También una minoría de pacientes tienen un curso clínico que es progresivo desde el inicio sin presentar remisiones lo que se denomina primariamente progresiva o presentan un curso progresivo con recaídas lo que se denomina progresiva recurrente.

La enfermedad es más frecuentes en mujeres entre 20 y 30 años de edad.

Las manifestaciones clínicas son muy diversas y pueden incluir alteraciones sensitivas, motoras, neuritis óptica, oftalmoplejia internuclear, disfunción cerebelosa o vesical. Estas pueden remitir en 6 a 8 semanas en las formas R-R o dejar secuelas en las formas progresivas. También pueden existir manifestaciones psiquiátrica y alteraciones cognitivas.

La escala funcional puede ser medida clínicamente por medio de la Escala de discapacidad de Kurtzke (EDSS) con puntuaciones de 0.0 asintomático y asignológico hasta 10.0 muerte por esclerosis múltiple. Los paciente que presentan puntuaciones mayores a 5.0 puntos tienen una discapacidad importante y suficiente para afectar las funciones de la vida diaria.

El diagnóstico se realiza basado en criterios clínicos establecidos y por medio del estudio de LCR, realización de potenciales evocados somatosensoriales y estudio de Resonancia Magnética el cual muestra la evidencia de lesiones desmielinizantes.

Las formas remitentes-recurrentes se consideran clínicamente definidas cuando la disfunción neurológica es diseminada en tiempo y espacio. La EM primariamente progresiva puede sugerirse cuando hay progresión clínica de los síntomas por más de 6 meses y los estudios paraclínicos descartan otras enfermedades potencialmente tratables.

Por resonancia magnética se encuentran lesiones multifocales de diferentes edades, especialmente las que involucran la sustancia blanca periventricular y sustancia blanca de tallo, cerebelo y médula espinal. La presencia de lesiones que refuerzan con gadolinio son indicativas de lesiones activas.

El tratamiento en la fase aguda es a base de metilprednisolona o prednisona para disminuir el proceso inflamatorio. En las formas remitente-recurrente está

indicado el uso de Interferones Beta 1^a los cuales pueden limitar la progresión de la enfermedad, al igual que el copolimero. En las formas progresivas está indicado el tratamiento con inmunosupresores, como mitoxantrona.

También debe incluirse tratamiento sintomático para alteraciones como fatiga, alteraciones vesicales, espasticidad, temblor, dolor, trastornos psiquiátricos y del sueño.

El pronóstico de la enfermedad depende del tipo de EM que presente, aunque generalmente es malo a largo plazo.

El sueño es una de las funciones más importantes del cerebro. La evaluación de este es relativamente reciente y se empezó a estudiar por los neurólogos después de encontrarse que se relaciona con muchos trastornos neurológicos, por lo que su estudio y conocimiento del mismo puede llevar a mejorar los tratamientos y por tanto la calidad de vida de los pacientes. (4)

El sueño es un estado fisiológico reversible que implica una disminución de la respuesta a los estímulos ambientales, en el que se adopta una postura estereotipada, rítmico y reversible, que se acompaña de cambios en varias funciones.

El sueño está constituido por dos estados bien diferenciados, el sueño lento o No MOR (movimientos oculares rápidos) que consta de 4 etapas y el sueño paradójico o MOR. Una noche de sueño incluye varios cambios de uno a otro estado, cada uno definido o caracterizado por varios parámetros electrográficos, vegetativos, cardiovasculares, endocrinos y otros que permiten su identificación como entidades funcionalmente diferentes. El sueño emerge como un conjunto o una constelación de cambios fisiológicos, rítmicos en los que participan diferentes sistemas del organismo regulados por el SNC. (5)

Muchas enfermedades neurológicas alteran de manera grave la cantidad total y los patrones de sueño, las lesiones de la parte alta del puente, cerca del locus ceruleus son particularmente proclives a ocasionar estos efectos.

Cualquier lesión que pueda afectar el tallo cerebral puede dar trastornos del sueño, por lo que una amplia variedad de enfermedades neurológicas (neoplásicas, vasculares, desmielinizantes) pueden cursar con ellos. (5)

La evaluación de los trastornos del sueño debe iniciarse con una historia clínica detallada y exploración física la cual debe ir detallada en aspectos neumológicos, neurológicos y siquiátricos.

La evaluación puede realizarse por medio de escalas subjetivas de sueño como son la escala de Stanford de somnolencia o la escala de Epworth, estos instrumentos tienen cierta limitación por su baja sensibilidad.

La Fisiología del sueño puede evaluarse por medio de polisomnografía la cual utiliza técnicas estándar de electrofisiología.

Los Trastornos del sueño pueden englobarse en varias categorías:

- Somnolencia diurna.
- Insomnio.
- Alteraciones del ritmo circadiano.
- Trastornos primarios del ritmo circadiano.
- Disrritmias circadianas secundarias.
- Parasomnias.

Investigaciones de trastornos del sueño en pacientes con Esclerosis Múltiple (EM) no han sido muy estudiadas en los últimos 15 años.

Las alteraciones del sueño son subdiagnosticadas en la EM ya que pueden ser hasta tres veces más frecuentes en los enfermos que en el resto de la población.

La Fatiga es un síntoma común en la EM y las alteraciones en el sueño pueden contribuir en forma importante a la fatiga.(6)

En un estudio de Attarian, en el cual se buscó la relación entre trastornos del sueño y fatiga en esclerosis múltiple por medio de la aplicación de cuestionarios para fatiga (FDS) y la escala Epworth para sueño, así como la medición de ritmos circadianos por medio de un actígrafo . Se encontró que de 15 pacientes con EM y fatiga, 2 tenían fases retardadas del sueño, 10 sueño alterado y 3 sueño normal, de 15 pacientes con EM y sin fatiga, 1 presentó ciclos irregulares de sueño, 2 sueño alterado y 12 sueño normal. Los 15 sujetos controles tuvieron un sueño normal. Los resultados encontraron una relación significativa entre fatiga, EM y sueño alterado o ciclos anormales de sueño. (7)

Los trastornos del sueño encontrados en pacientes con EM han sido fatiga en el día, hipersomnolencia, insomnio y asociación con depresión. Además los trastornos del sueño pueden resultar de inmovilidad , espasticidad y trastornos esfinterianos. Debilidad bulbar o de músculos respiratorios como manifestaciones de la enfermedad pueden contribuir a la aparición de apnea obstructiva del sueño.(6,14)

La apnea central igualmente se puede relacionar con lesiones del bulbo o médula cervical.(8)

Algunos pacientes presentan más somnolencia diurna, latencias del sueño mayores y más despertares nocturnos. Por otra parte, en algunos casos, estudios polisomnográficos han demostrado la presencia de un incremento en

los movimientos periódicos nocturnos de miembros inferiores y hallazgos sugestivos de apnea del sueño, obstructiva, central y narcolepsia. (9)

Las causas de estas alteraciones son múltiples. Hay que considerar efectos secundarios de medicación, alteraciones psicopatológicas como ansiedad, depresión, agitación, psicosis y problemas derivados de las secuelas de la enfermedad como disfunción vesical, espamos, etc. (8)

Tachibana y cols estudiaron 28 pacientes con EM los cuales fueron clínicamente evaluados para determinar la presencia de trastornos del sueño, la edad de estos pacientes fueron entre 22 y 67 años, su escala EDSS fue entre 1.5 y 8.5. De estos pacientes (15) 54% reportaron alteraciones del sueño, las cuales fueron dificultad para iniciar el sueño, despertares frecuentes por espamos o malestar en las piernas, dificultad para iniciar y mantener el sueño, ronquidos y nicturia. En estudios del laboratorio se demostró que el 10.7% de estos pacientes presentan desaturación de oxígeno durante el sueño. Los autores concluyeron que las alteraciones del sueño en Esclerosis Múltiple se presentan comunmente por espamos en las piernas, dolor, inmovilidad, nicturia o relacionado a la medicación. Se encontró alteración en la latencia del sueño, pero no en los ritmos circadianos.(9)

En otro estudio realizado por Clark y colaboradores en 1992, en cual estudiaron a 143 pacientes con EM y a 70 sujetos control, a estos se les aplicó el Cuestionario de Personalidad Multifásico de Minnesota el cual tiene 10 reactivos relacionados a patrones de sueño. También se les aplicó el cuestionario de Depresión de Beck. De los 143 pacientes a 117 se les realizó IRM para determinar el sitio de lesión y su correlación con trastornos del sueño. Los resultados mostraron que la prevalencia en los trastornos del sueño es tres veces más frecuente en pacientes con EM que en sujetos control (25.2% vs 8.2%), así como también niveles más altos de depresión. Los sitios de lesión encontrados por IRM relacionados con alteraciones del sueño fueron en 3 regiones: sustancia blanca supraventricular derecha e izquierda y sustancia blanca profunda insular derecha. Estos resultados sugirieron que pacientes con EM los trastornos del sueño y niveles mayores de depresión pueden ser el resultado de una lesión funcional lo que resulta en espamos nocturnos. (10).

En otro estudio similar en el cual se realizó la aplicación de cuestionarios de sueño, fatiga y depresión se encontró que el tiempo de evolución de la enfermedad, discapacidad motora no se relacionaban con el sueño, fatiga, se encontró que las alteraciones del sueño eran frecuentes en la enfermedad y se relacionaban con depresión. (11)

En otro estudio realizado por Gary en el cual a 47 pacientes con EM y a 63 sujetos control se les aplicó un cuestionario de sueño, se encontró que en ambos grupos reportaban las mismas horas de sueño durante la noche, los paciente con EM realizaban mas siestas durante el día (53% vs 21 % de los controles) y tenían despertares nocturnos más frecuentes, pobre recuerdo de sueños y latencias de inicio de sueño más prolongadas. Algunos síntomas fueron relacionados a estas alteraciones como son alteraciones vesicales, espasticidad y fatiga. Estas alteraciones no tuvieron correlación con la duración de la enfermedad, la discapacidad funcional o con alteraciones cognitivas o lesiones por IRM. Este estudio concluyó que los trastornos del sueño son comunes en EM y su etiología es multifactorial, involucrando alteraciones físicas y emocionales.(12)

Otro trastorno del sueño que ha sido relacionado con la EM es la Narcolepsia la cual es un síndrome caracterizado por sueño excesivo o ataques de sueño en conjunto con cataplejía, la cual se define como una perdida súbita del tono muscular, desencadenado por risa, enojo o estímulos externos. Otros síntomas asociados a la narcolepsia son parálisis del sueño, alucinaciones hipnagógicas, automatismos y alteraciones nocturnas del sueño. El diagnóstico clínico se tiene que confirmar con estudio polisomnográfico.

La asociación en entre EM y narcolepsia es debida a reportes de familias que presentan las dos enfermedades, sin embargo la EM ha sido también postulada como una potencial causa de narcolepsia, ya que en algunos pacientes se ha manifestado la EM muchos años antes de la aparición de narcolepsia.(13)

El objetivo de este estudio es determinar si existen trastornos del sueño usando un cuestionario validado en población mexicana, en una muestra de pacientes con EM en el CMN "20 de Noviembre" ISSSTE; determinar el tipo de trastornos que existen y saber si son más frecuentes que en la población general.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyeron a 30 pacientes con Esclerosis Múltiple y a 30 sujetos control, a los cuales se le aplicó el cuestionario de Trastornos del Dormir del Dr. Douglas, et al, adaptado para la población mexicana por la Dra. Matilde Valencia el cual consta de 179 preguntas.

Fueron incluidos 30 pacientes con Esclerosis Múltiple definida tanto clínica como radiológicamente y a 30 sujetos controles sanos.

En los pacientes con Esclerosis Múltiple se determinó:

- 1.- Tipo de Esclerosis Múltiple.
- 2.- Tiempo de Evolución de la Enfermedad.
- 3.- Principales síntomas.
- 4.- EDSS actual.
- 5.- Tratamientos.

Se excluyeron a los pacientes que no contaban con diagnóstico definido de EM y se eliminaron a los pacientes con cuestionario incompletos.

Los cuestionarios de pacientes y controles fueron calificados en base a una escala validada en un grupo de enfermos mexicanos y comparados con controles por T de student . La escala fue validada bajo los criterios de la Academia Americana de Medicina del Sueño. Para validar esta escala se realizó un Análisis Factorial por componentes principales con rotación.

Los componentes del análisis factorial fueron los siguientes:

1.- Fragmentación del sueño y maldormir que incluye las siguientes preguntas del cuestionario:

- Duermo escasamente durante la noche.
- Duermo mal durante la noche.
- Tengo problemas para conciliar el sueño durante la noche.
- Me despierto repetidas veces durante la noche.
- Cuanto tiempo dura mi despertar nocturno más largo.
- Cuántas veces se levanta al baño durante la noche.

2.- Ansiedad y Preocupación:

-A la hora de acostarme, acuden en ráfaga diversos pensamientos a mi mente.

-A la hora de acostarme me siento triste y deprimido.

-A la hora de acostarme me preocupan ciertas cosas.

-Cuando me despierto durante la noche, me da miedo de no ser capaz de volver a conciliar el sueño.

-Mi dormir se altera por pensamientos que acuden a mi mente.

-El estrés mental, las preocupaciones o la ansiedad empeoran mi sueño.

3.- Somnolencia.

-Durante los últimos 6 meses, me he quedado dormido accidentalmente en alguna de las siguientes situaciones: mientras comía, hablando por teléfono, mientras mantenía una conversación, yendo en autobús o en coche, viendo televisión, en el teatro, leyendo un libro o en una clase.

-Actualmente tengo dificultad para hacer mi trabajo debido a mi somnolencia o fatiga.

-Me siento excesivamente somnoliento durante el día.

4.- Ronquido.

-Ronco mientras estoy dormido.

-Me han dicho que ronco estrepitosamente, molestando a los demás.

5.- Sueños vívidos y parálisis del sueño.

-Cuando me estoy quedando dormido, me siento como paralizado (incapaz de moverme)

-Tengo muchas pesadillas (sueños aterradores).

-Veo imágenes similares a sueños que parecen muy reales (alucinaciones), ya se inmediatamente después de una siesta, aunque estoy seguro de estar despierto cuando esto ocurre.

-Tengo sueños muy intensos y vívidos durante las siestas.

Otras variables no incluidas en la escala validada fueron comparadas por medio de T de student entre grupos y controles.

Las preguntas fueron las siguientes:

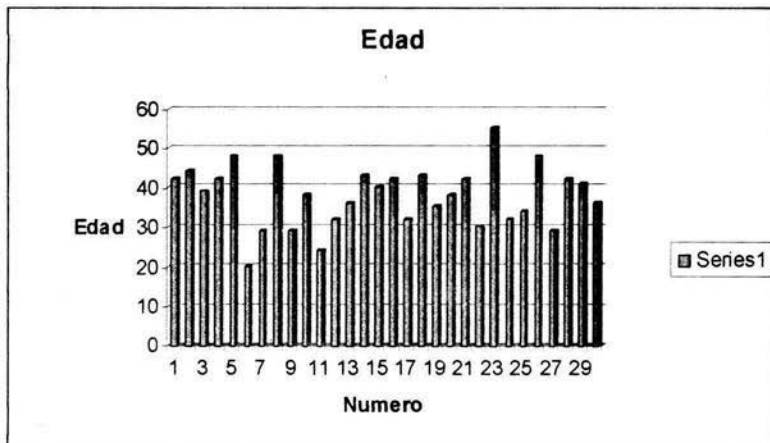
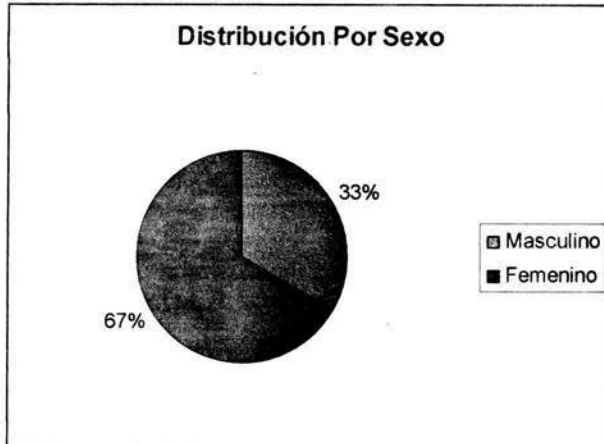
-Alguna vez he tenido problemas de vejiga.

-Tengo problemas de incoordinación y torpeza motora.

-Cuando me estoy quedando dormido tengo las piernas inquietas (Sensación de hormigueo, dolor o incapacidad para mantenerlas quietas)

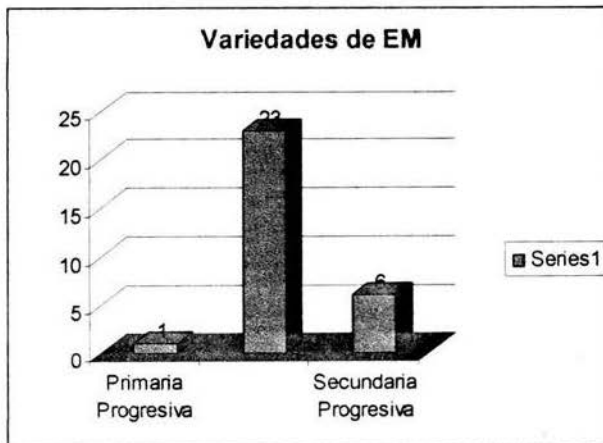
RESULTADOS.

De los 30 pacientes con Esclerosis Múltiple 20 mujeres y 10 hombres con una edad promedio de 37.7 años (20-55).



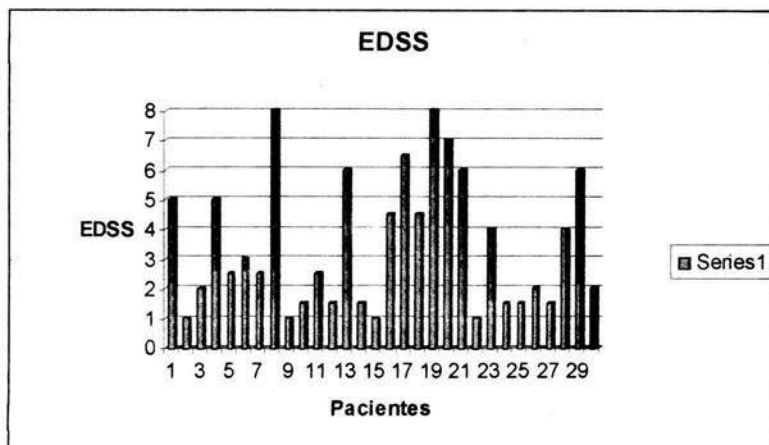
Las variedades de EM fueron las siguientes:

Variedad de EM	No. de pacientes
Primariamente progresiva	1
Remitente-Recurrente	23
Secundariamente progresiva	6



Escalas funcionales EDSS entre 1.0 y 8.0 puntos.

Teniendo el 70% (21) escalas menores a 5.0 puntos y el 30% (9) escalas mayores de 5.0 puntos.



Los principales síntomas referidos fueron los siguientes:

Síntoma	% de Pacientes
Debilidad	53%
Sensitivos	36%
Incoordinación	36%
Fatiga	33%
Espasticidad	26%

El tiempo de evolución de la enfermedad fue entre 6 meses y 20 años con un promedio de 7.5 años.

Los tratamientos que tenían los pacientes fueron los siguientes:

Tratamiento	Número de pacientes (30)
Azatioprina	3
Ciclofosfamida	1
Mitoxantrona	4
Interferon Beta 1 ^a (12 millones)	17
Interferon Beta 1 ^a (6 millones)	3
Esteroides	2

Los resultados del análisis estadístico fueron los siguientes:

	Control n = 30	Paciente n = 30	p
FS	11.7+- 3.7	16.2+- 5.5	p=0.000
A/P	12.2+- 4.0	15.2+- 5.0	p=0.015
S	8.0+-2.8	9.1+-3.1	NS
Ron	3.4+-1.7	3.7+-1.9	NS
SV/P	5.7+-1.7	5.4+-1.9	NS

Representa la media +- DE.

FS=Fragmentación del sueño A/P= Ansiedad y depresión S= somnolencia
Ron= Ronquido SV/P= Sueños intensos y parálisis del sueño NS= No significativo.

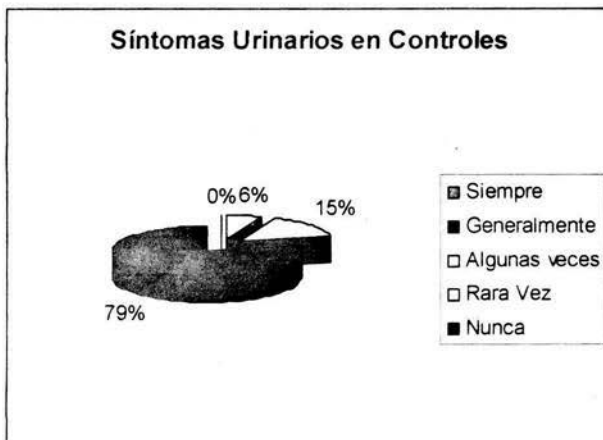
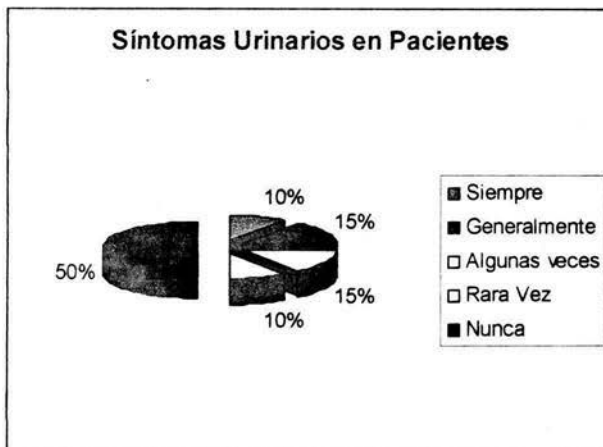
En base a la escala validada y comparando casos y controles fueron significativos trastornos de fragmentación del sueño y maldormir, así como ansiedad y depresión, no fueron significativos somnolencia, ronquido y sueños intensos y parálisis del sueño.

Se puede concluir en este análisis que fragmentación del sueño y maldormir, así como ansiedad y depresión son los trastornos que se presentan en este grupo de pacientes estudiados.

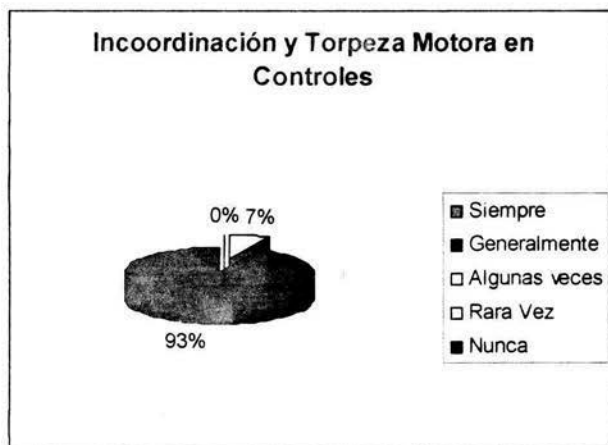
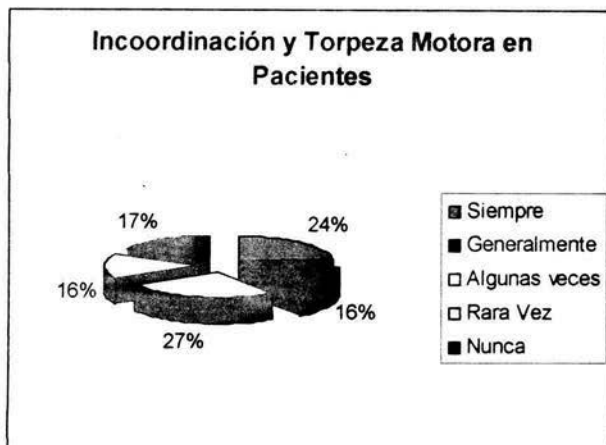
Algunas preguntas no fueron incluidas en el análisis factorial validado, por lo que fueron comparadas por medio de T de Student con los controles y los resultados fueron los siguientes.

Se encontró que el 10% de los pacientes con EM respondió que siempre presentaban alteraciones urinarias, 15% que generalmente, 15% que algunas veces, 10% que rara vez y 50% que nunca a comparación de los sujetos control en los que el 15% respondió que rara vez, el 6% que algunas veces y el 79% que nunca.

Se encontró una diferencia significativa con una $p=0.000$

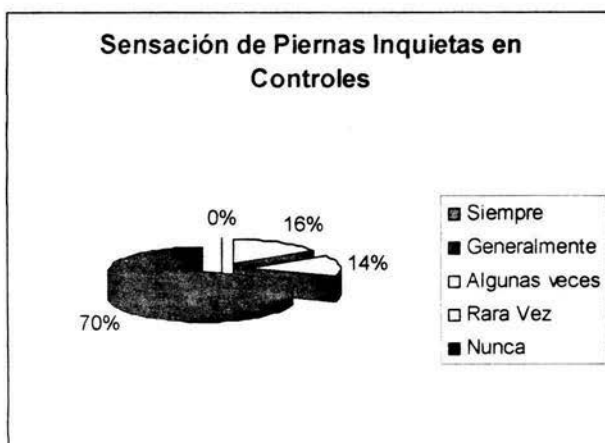
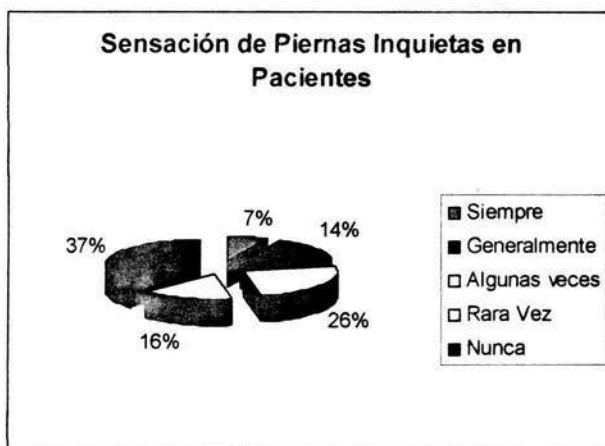


Problemas de incoordinación y torpeza motora el 16% respondió que nunca presentaba alteraciones, el 16% que rara vez, el 27% que algunas veces, el 16% que generalmente y el 24% que siempre a comparación del 93% de controles que respondió que nunca. Se encontró una diferencia significativa con una $p=0.000$.



En cuanto a sensación de piernas inquietas el 37% de los pacientes respondió que nunca presentaba esta sensación, el 16% que rara vez, el 26% que algunas veces, el 14% que generalmente y el 7% que siempre a comparación de los controles en los cuales el 70% respondió que nunca, el 14% que rara vez y el 16% que algunas veces.

Se encontró una diferencia significativa con una $p=0.002$.



DISCUSIÓN

La esclerosis múltiple es una enfermedad discapacitante para la mayoría de los pacientes y con una gran variedad de manifestaciones clínicas, entre las cuales se pueden encontrar trastornos del sueño. Las principales manifestaciones encontradas en nuestros pacientes fueron debilidad, seguida de alteraciones sensitivas y problemas de incoordinación. Las alteraciones del sueño son comunes en pacientes con EM y pueden no ser reconocidas. En este estudio encontramos que los Trastornos de Fragmentación del sueño y de Ansiedad y preocupación fueron significativos en comparación con el grupo control, estos resultados son similares a los encontrados por Tachinaba, Attarian y Gary (9,7,12) los cuales al realizar estudios aplicando cuestionarios de trastornos de sueño reportan que estos son más frecuentes en pacientes con EM hasta en un 50% más que en grupos controles.

Las alteraciones de fragmentación del sueño como son dificultad para iniciar el sueño, mantener el sueño, sueño alterado, despertares nocturnos frecuentes y nicturia fueron relacionadas en estos estudios a síntomas como fatiga, espasticidad, dolor, inmovilidad, alteraciones vesicales y los movimientos de las piernas.

En cuanto al grupo de ansiedad y preocupación el cual fue significativo en nuestros pacientes, en estudios en los cuales se han aplicado cuestionarios de sueño y escalas de depresión (10,11) se relacionan estos trastornos a depresión.

En nuestro grupo de pacientes no se encontró significancia estadística en cuanto a los grupos de somnolencia, ronquido, sueños vívidos y parálisis del sueño. De estos síntomas Tachinaba y Attarian (9,12) si han encontrado relación sobre todo con ronquido y somnolencia, la cual suponemos debería encontrarse en nuestros pacientes ya que al no tener un sueño reparador se esperaría somnolencia durante el día.

El no haber encontrado resultados significativos en estos grupos puede ser debido dificultad para entender y contestar el cuestionario debido a discapacidades propias de los pacientes o a alteraciones cognitivas, las cuales están demostradas en pacientes con EM.

Otra posibilidad es que en la mayoría de los casos los pacientes no son capaces de identificar estos trastornos en ellos mismos debido a dificultades en la autopercepción.

En nuestro grupo al comparar variables no incluidas en el análisis factorial encontramos que fueron significativos problemas de incoordinación y torpeza motora, alteraciones vesicales y piernas inquietas, los cuales pueden ser la causa de trastornos de fragmentación del sueño como lo reportado en la literatura. No se realizó correlación con el tiempo de evolución, EDSS y tratamientos, sin embargo reportes de la literatura (11) no han encontrado resultados significativos al investigar si existe relación con los trastornos del sueño, ya que encontraron que estos son independientes.

CONCLUSIONES

En este estudio encontramos que existe mayor relación de trastornos del sueño en pacientes con Esclerosis Múltiple que en la población general y las alteraciones encontradas fueron Fragmentación del Sueño, Ansiedad y preocupación. Estas pudieran estar relacionadas a problemas de incoordinación motora, alteraciones vesicales y piernas inquietas. Todos estos síntomas deben ser considerados con más frecuencia en estos pacientes para indicar un tratamiento y así mejorar su calidad de vida. Consideramos que existe la necesidad de llevar a cabo estudios polisomnográficos de sueño que puedan establecer la existencia de hipersomnia en este grupo de pacientes a través de latencias de sueño, así como identificar otros trastornos que pudieran estar condicionando la fragmentación del sueño, tales como ronquido y apnea.

ESTA TESIS NO SALI
DE LA BIBLIOTECA

BIBLIOGRAFÍA.

- 1.- Fleming; Diagnosis and Management of Multiple Sclerosis; First Edition; 2002.
- 2.-Noseworthy; Medical Progress: Multiple Sclerosis; NEJM:343(13).2000.
- 3.- Esclerosis Múltiple. Libro 10. Programa de Actualización Continua.
- 4.- Baker's-Joint ; Clinical Neurology, 2001.
- 5.- Micheli; Tratado de Neurología Clínica, 2002.
- 6.- Lashley; A Review of Sleep in Selected Immune and Autoimmune disorders; Holistic Nurs Pract 2003;17(2): 65-80.
- 7.- Attarian; The relationship of Sleep Disturbances and Fatigue in MS. Arch Neurol 2004 Apr; 61: 525-28.
- 8.- Ayuso-Peralta; Symptomatic treatment of MS; Rev Neurol 2002;35(12):1141-1153
- 9.-Tachinaba; Sleep problems in multiple sclerosis ; Eur Neurol. 1994; 34 (6): 320-3
- 10.- Clark CM ; Sleep disturbance, depression, and lesion site in patients with multiple sclerosis. Arch Neurol.1992 Jun; 49 (6): 641-3.
- 11.- Saunders; Sleep Disturbance, Fatigue, and Depression in Multiple Sclerosis; Neurology 41 (Suppl 1) March 1991.
- 12.- Gary G Leo, et al; Sleep disturbance in Multiple Sclerosis; Neurology 41 (Suppl1) March 1991.
- 13.- Poirier; Clinical and sleep laboratory study of narcoleptic symptoms in multiple sclerosis; Neurology;37:693-695;1987.
- 14.-Ferini-Strambi; Nocturnal sleep study in multiple sclerosis:correlations with clinical and brain magnetic resonance imaging finding; J Neurol Sci.1994 Sep;125(2):194-7.