

## Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono em pacientes com Síndrome Coronariana Aguda – Análise Preliminar

Elayne Kelen de Oliveira(IC), Marcio V. Pimenta(IC), Valéria N. Figueiredo(PQ), Andrei C. Sposito(PQ).

### Resumo

A hipóxia intermitente (HI) tem sido apontada como um dos responsáveis pela morbimortalidade na Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS). No entanto, há uma carência de estudos sobre sua caracterização na fase aguda da Síndrome Coronariana Aguda (SCA). Para tal, em análise preliminar, foram analisados oito pacientes com idade mediana (mínimo-máximo) de 53,5 (40-59) anos, IMC de 25,3 (22,3-33,8) Kg/m<sup>2</sup>. Em 75% dos pacientes foi caracterizada a presença SAOS por meio de polissonografia realizada entre 48 e 96 horas após o evento da SCA, e destes 80% eram do tipo grave. A saturação de oxigênio (SpO<sub>2</sub>) atingiu valores < 90% em 2,8 (0,1-28,5)% do tempo total do exame; a SpO<sub>2</sub> mínima observada foi de 83 (74-89)% e foram observadas 12,95 (1,2-74,3) dessaturações de oxigênio maiores que 3% por hora. Portanto, sugere-se que a SAOS é uma doença prevalente e subdiagnosticada na população com SCA, com considerável ciclos de HI. Frente a esse quadro, ressalta-se a importância da avaliação do impacto da SAOS na fase aguda da SCA, como da morbimortalidade após o evento.

*Palavras Chave: Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono, Síndrome Coronariana Aguda, Hipóxia Intermitente.*

### Introdução

A síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS) é uma doença crônica caracterizada por episódios recorrentes de restrições das vias aéreas superiores durante o sono associados a ciclos de hipóxia intermitente (HI). Estes ciclos são apontados como o gatilho para as disfunções endoteliais, do metabolismo da glicose e da resposta inflamatória na SAOS. Frente a isso, sugere-se que a IH seja o principal fator responsável pela morbimortalidade nos pacientes com SAOS. No entanto, até o presente, há uma carência de estudos sobre sua caracterização na fase aguda da Síndrome Coronariana Aguda (SCA).

### Resultados e Discussão

Pacientes consecutivos foram admitidos nas primeiras 24 horas do infarto do miocárdio com supradesnivelamento de ST e angina instável. Foram incluídos os pacientes que não possuíam o diagnóstico de SAOS. Entre as 48 e 96 horas após o evento agudo da SCA, foi realizado o registro da polissonografia na Unidade Coronariana do Hospital das Clínicas da UNICAMP, por meio do equipamento Alice PDx (Phillips Respironics, EUA). Este protocolo foi aprovado pelo CEP/UNICAMP sob nº 678.864.

Em análise preliminar, foram analisados oito pacientes, sendo 6 homens, idade mediana (mínimo-máximo) de 53,5 (40-59) anos, IMC de 25,3 (22,3-33,8) Kg/m<sup>2</sup>. Em 75% dos pacientes foi observado um Índice de Apneia-Hipopneia (IAH) ≥ 15 eventos/hora, o que caracteriza a presença de SAOS. Destes, 80% apresentaram AOS grave com IAH ≥ 30 eventos/hora (Gráfico 1). A porcentagem do tempo total da polissonografia com a saturação de oxigênio (SpO<sub>2</sub>) < 90% foi de 2,8 (0,1-28,5)%. A SpO<sub>2</sub> mínima foi de 83 (74-

89)%. O número de dessaturações de oxigênio maiores que 3% por hora foi de 12,95 (1,2-74,3).



**Gráfico 1 – IAH e a gravidade da SAOS.**

A presença da SAOS na fase aguda sugere ser consoante com a prevalência entre 57 e 79% em coletas de 5 a 21 dias após o evento isquêmico. A gravidade da SAOS, o tempo e o número de dessaturações são notáveis na amostra e são relacionadas na literatura com pior prognóstico.

### Conclusões

Sugere-se que a SAOS é uma doença prevalente e subdiagnosticada na população com SCA. Isto demonstra a importância da continuação deste estudo para verificar prevalência e impacto dessa doença na fase aguda da SCA, como da morbimortalidade após o evento.

### Agradecimentos

A.C.S. é bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq, E.K.O. e M.V.P. são bolsistas de Iniciação Científica do CNPq/UNICAMP.

<sup>1</sup> Dewan, N. A.; Nieto, F. J. e Somers, V. K. Chest **2015**, 147(1), 266.

<sup>2</sup> AASM. J Clin Sleep Med **2009**, 5(3), 263.

<sup>3</sup> Lévy, P.; Ryan, S.; Oldenburg, O. e Parati, G. Eur Respir Rev **2013**, 22: 333.