



6000-95. IMPORTANCIA CLÍNICA DEL SÍNDROME DE APNEA-HIPOPNEA DEL SUEÑO EN PACIENTES POSTINFARTO

Rosalía Cadenas Chamorro, Nieves Montoro López, Regina Dalmau, Almudena Castro, Fernando de Torres y José Luis López Sendón del Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: Numerosos estudios indican la alta prevalencia de síndrome de apnea-hipopnea obstructiva del sueño (SAHOS) en pacientes con cardiopatía isquémica. El objetivo de nuestro estudio fue evaluar la frecuencia en nuestro medio y si este grupo de pacientes presenta un perfil de peor pronóstico.

Métodos: Se seleccionaron los 49 pacientes de rehabilitación cardíaca que en el periodo de 28 meses se habían derivado a Neumología ante la sospecha de SAHOS tras haberse realizado un test de *screening* (por protocolo). Se excluyeron los 3 pacientes no isquémicos. Se recogieron datos demográficos, gravedad según el índice de apnea-hipopnea (IAH), parámetros angiográficos (número de vasos con = 1 lesión aterosclerótica grave; índice flujo TIMI) y ecocardiográficos (FEVI en fase aguda y tardía (3-6 meses post)). Se definió mejoría ecocardiográfica un aumento de la FEVI de = 20%. Los resultados se compararon con los obtenidos en un grupo de 10 pacientes sin SAHOS (los 10 últimos incluidos en la Unidad).

Resultados: El 89,13% de los pacientes derivados, fueron positivos para SAHOS. Sólo el 0,82% fueron mujeres. Los FRCV más fueron HTA (69,6%), tabaco (73,9%) y DL (65,2%). Más de la mitad (51%) tenían SAHOS grave (IAH > 30), el 33% moderado (IAH entre 15-30) y el 16% leve (IAH entre 5-15). El 41% tenía enfermedad de un vaso, el 37,9% enfermedad de dos vasos y el 21,1% enfermedad de tres vasos o tronco. De los 41 pacientes con SAHOS, 12,2% presentaron un resultado angiográfico subóptimo (TIMI 1-2). Presentaron mejoría ecocardiográfica, un 38%. En el grupo control, el 10% presentó TIMI 1-2 y presentaron mejoría de la FEVI un 21%, sin existir diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,51$).

Conclusiones: El SAHOS es muy prevalente en los pacientes postinfarto, también de nuestro medio. Además, en nuestra serie, más de la mitad fue un SAHOS grave. En la muestra, no existe correlación entre la gravedad del SAHOS y el número de vasos afectados, ni hay un peor pronóstico, pero serían necesarios estudios más amplios. En conclusión, dado que la prevalencia y la repercusión del SAHOS no tratado, es mayor que en la población general, creemos aconsejable la protocolización de test de despistaje del SAHOS en pacientes postinfarto que acuden a programas de rehabilitación cardíaca o que son seguidos por su Médico de Atención Primaria.