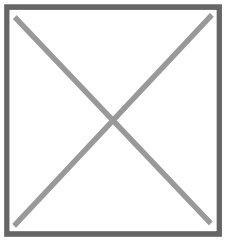
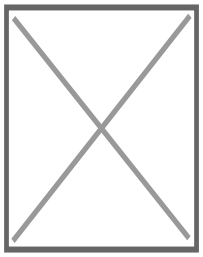
Rev Esp Cardiol. 2013;66 Supl 1: 124



Revista Española de Cardiología



4014-8. IMPACTO DEL SÍNDROME DE APNEA-HIPOPNEA DE SUEÑO EN LA GRAVEDAD DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Albina Aldomà Balasch, Cristina Esquinas López, Dolors Viles Bertran, Marina Florés Paredes, Ferrán Barbé Illa y Fernando Worner Diz del Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida.

Resumen

Introducción y objetivos: El síndrome de apnea-hipopnea del sueño (SAHS) se asocia a mayor prevalencia de HTA y enfermedades cardio-vasculares como la cardiopatía isquémica. Nuestro objetivo es estudiar las características de los pacientes y el impacto del SAHS sobre la gravedad del síndrome coronario agudo (SCA).

Métodos: Estudio multicéntrico transversal en que valoramos pacientes que ingresaron consecutivamente por un evento coronario agudo desde noviembre de 2011 hasta marzo de 2013. Excluimos pacientes con expectativa vital < 1 año, insuficiencia cardiaca severa, tratamiento crónico con psicotropos, problemas para el seguimiento clínico e intolerancia a la poligrafía cardiorrespiratoria (PCR). Todos recibieron tratamiento según guías. Se realizó una PCR entre el 1º y 3º día de ingreso a 431 pacientes y se clasificaron según su índice de apnea-hipopnea por hora de sueño (IAH) en grupo IAH ? 15 (SAHS moderado-severo) y un grupo IAH < 15 (SAHS leve o no SAHS).

Resultados: 213 pacientes presentaron SAHS moderado-severo y 218 leve o no SAHS. El 82% fueron varones de 60 años de edad media, sin diferencias respecto a la prevalencia de tabaquismo activo, diabetes, dislipemia y antecedentes de patología cardio-vascular. La HTA fue más frecuente en el grupo IAH ? 15 (54% vs 40%; p = 0,006) con cifras de TA sistólica al ingreso de 126 ± 19 vs 120 ± 20 mmHg (p = 0,009). No hubo diferencias en los parámetros antropométricos (perímetro de cuello y cintura) entre ambos grupos, excepto en el perímetro de cadera y el IMC, que fueron mayores en el grupo IAH ? 15 (104,8 ± 11 vs 101,2 ± 13 cm, p = 0,018 y 28,6 ± 6 vs 25,5 ± 7, p < 0,001, respectivamente). No encontramos diferencias en los niveles de glucemia, colesterol total, LDLc o triglicéridos. Los niveles de HDLc fueron más bajos en el grupo IAH ? 15 (40 ± 9 vs 45,5 ± 10 g/dL; p = 0,021). No hubo diferencias en la fracción de eyección ni en los niveles de los marcadores de necrosis miocárdica. La coronariografía objetivó un mayor número de vasos con lesiones significativas en el grupo IAH ? 15 (1,9 ± 1 vs 1,69 ± 0,9; p = 0,005). No hubo diferencias en el desarrollo de insuficiencia cardiaca ni duración de la estancia hospitalaria.

Conclusiones: Los pacientes con SAHS moderado-severo presentaron un perfil de riesgo cardiovascular más desfavorable. El curso clínico hospitalario de estos pacientes no fue peor pero presentaron mayor número de vasos afectados.