Rev Esp Cardiol. 2015;68 Supl 1: 1143

Revista Española de Cardiología

6048-607. ¿ES LA OBESIDAD UN FACTOR DE CONFUSIÓN EN LA RELACIÓN ENTRE EL SÍNDROME DE APNEA DEL SUEÑO Y LA PRESENCIA DE LESIONES CORONARIAS EN PACIENTES INGRESADOS POR SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Jana Pérez Gozalbo, Ildefonso Roldán Torres, Carmen Pérez-Olivares Delgado, Daniela Dubois Marques, Rubén Fernández Galera, Marta Monteagudo Viana, José Ferrando Cervelló y Vicente Mora Llabata del Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia.

Resumen

Introducción y objetivos: La prevalencia del síndrome de apnea del sueño (SAS) en pacientes con síndrome coronario agudo (SCA) es frecuente y se ha asociado a peor pronóstico. Su relación con estenosis coronarias (EC) puede estar confundida por la presencia de obesidad. Nuestro objetivo ha sido analizar esta asociación en pacientes ingresados por SCA.

Métodos: Estudio prospectivo de cohortes en condiciones de práctica clínica habitual de pacientes consecutivos ingresados por SCA con y sin elevación del segmento ST a los que se les realizó coronariografía. Consideramos SAS un índice de apnea/hipopnea > 10 eventos/hora y EC como la presencia de estenosis significativas (> 70%) en el cateterismo. Analizamos las diferencias en las características demográficas y clínicas. Estratificamos por índice de masa corporal (< 30 frente a ? 30 kg/m^2). Determinamos mediante regresión logística ajustada las odds ratio (OR) de la gravedad de EC en pacientes con y sin SAS.

Resultados: Incluimos 355 pacientes, con edad media de 66,3 años (12,7), 24,5% mujeres. La prevalencia de SAS fue de 13,5%. En estos p fue mayor la proporción de hombres (91,7% frente a 73%; p = 0,005), obesidad (66,7% frente a 36,8%; p < 0,001)), ictus (21,3% frente a 6,2%; p < 0,001), EPOC (27,7% frente a 8,6%; p < 0,001), enfermedad renal (20,8% frente a 9,8%; p = 0,024), dislipemia (79,2% frente a 61,2%; p = 0,016) y tabaquismo (74,5% frente a 57,1%; p = 0,024). La PCRus fue también superior: 34,95 (47,8) frente a 22,82 (30,4); p = 0,031.

Estenosis coronarias en relación con SAS en la muestra total y estratificada por IMC			
Muestra	OR*	IC95%	p
Total (n = 355)	2,335	0,652-8,362	0,193
IMC < 30 Kg/m^2 (n = 210)	2,519	0,287-22,098	0,404

IMC > 30 Kg/m^2 (n = 145)	1,850	0,355-9,639	0,465
*Sexo, EPOC, ictus, enfermedad renal, tabaquismo, dislipemia.			

Conclusiones: En nuestro medio, el SAS está infradiagnosticado en pacientes que ingresan por SCA. Se relaciona con varios factores de riesgo cardiovascular. A pesar de ser más frecuente en obesos, no observamos asociación entre SAS y gravedad de EC tras estratificar por IMC.