



6049-585. SÍNDROME DE APNEAS-HIPOAPNEAS DEL SUEÑO, CARDIOPATÍA ISQUÉMICA E INSUFICIENCIA CARDIACA

Yaiza María Rivero Viera¹, Ana Ródenas¹, Noemí Esparza¹, Santiago Suria¹, Rita Guerra¹, Ana Ramírez¹, Juan Rodríguez-Bermejo² y César García-Cantón¹ del ¹Servicio de Nefrología y ²Servicio de Neumología. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas).

Resumen

Introducción y objetivos: El síndrome de apneas-hipoapneas del sueño (SAHS) se ha asociado a una mayor incidencia de enfermedad aterosclerótica coronaria, insuficiencia cardiaca (ICC) y miocardiopatía dilatada idiopática. Además, la gravedad del SAHS se ha asociado a mayores niveles de troponina sugiriendo que la hipoxemia del SAHS puede causar lesión miocárdica.

Métodos: Se estudiaron 99 pacientes diagnosticados de SAHS y 24 pacientes remitidos para estudio de SHAS con resultado negativo. Se recogieron sus datos demográficos, clínicos, analíticos, eventos cardiovasculares previos (cardiopatía isquémica, arritmia cardiaca, insuficiencia cardiaca, accidente cerebrovascular y enfermedad arterial periférica) y el tratamiento que tomaban. La gravedad del SAHS se determinó según el índice de apneas/hipoapneas (IAH): leve (IAH 5-15/h), moderado (IAH 15-30/h), grave (IAH > 30/h).

Resultados: Según el IAH, 31 pacientes presentaban SAHS leve, 34 moderado y 34 grave. Los pacientes con SAHS (n = 99) eran más frecuentemente varones (66 frente a 7 pacientes, p = 0,03), exfumadores (31 frente a 5, p = 0,066), presentaban con más frecuencia AP de cardiopatía isquémica (10 frente a 1, p = 0,09) y tomaban más frecuentemente bloqueadores beta (25 frente a 1, p = 0,076) respecto a los pacientes sin SAHS (n = 24). Los pacientes con SAHS moderado y grave (n = 68) eran más frecuentemente varones (70,6 frente a 45,5%, p = 0,005), de mayor edad (60,38 frente a 55,96 años, p = 0,045), exfumadores (38,2 frente a 18,2%, p = 0,001), tenían niveles mayores de ácido úrico (6,01 + 1,91 frente a 5,09 + 1,31 mg/dl, p = 0,008), presentaban con mayor frecuencia AP de cardiopatía isquémica (14,7 frente a 1,8%, p 0,013) e ICC (8 frente a 0%, p 0,024) y estaban tratados más frecuentemente con bloqueadores beta (27,9 frente a 12,7%, p 0,04). De los pacientes con SAHS moderado y grave, el 23,5% estaban antiagregados, el 36,8% tomaban estatinas y el 47% tomaban un fármaco inhibidor del sistema renina-angiotensina.

Conclusiones: Los pacientes con SAHS suelen ser varones, exfumadores, presentan con más frecuencia AP de cardiopatía isquémica y están tratados más frecuentemente con bloqueadores beta. Las formas más graves del SAHS además se asocian a niveles más elevados de ácido úrico y a eventos previos de ICC y sin embargo no reciben un tratamiento agresivo desde el punto de vista cardiovascular. Se podría sugerir que en los pacientes varones añosos e hiperuricémicos, con cardiopatía isquémica e insuficiencia cardiaca se debería descartar un SAHS.