

13ª JORNADA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

M E D I C I N A

AValiação DO RISCO DA SÍNDROME DA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO EM PACIENTES SUBMETIDOS AO MAPA NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE

¹ Rafael Nigri (IC – bolsista CNPq); ² Denise Duprat Neves (orientadora); ³ Maria Helena de Araújo-Melo (co-orientadora); ² Maria do Carmo Valente de Crasto; ⁴ Eduardo Marinho Tassi; ¹ Sílvia Maria Guimarães Simões (IC – bolsista UNIRIO); ¹ Marlos Luiz Villela Moreira (IC – bolsista UNIRIO); ¹ Lucas Vega Martinez Veras Ferreira (IC – bolsista UNIRIO).

1: Discentes do 10º período; Escola de Medicina e Cirurgia; Centro de Ciências Biológicas e da Saúde; Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.

2: Departamento de Medicina Especializada, Escola de Medicina de Cirurgia, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde; Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.

3: Departamento de Cirurgia Geral e Especializada; Escola de Medicina e Cirurgia; Centro de Ciências Biológicas e da Saúde; Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.

4: Médico cardiologista do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle

Apoio Financeiro: FAPERJ, UNIRIO, CNPQ.

Palavras-chave: SAOS; Hipertensão arterial sistêmica; MAPA.

INTRODUÇÃO

A Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS) é caracterizada por episódios recorrentes de obstrução parcial ou total das vias aéreas superiores durante o sono¹. A polissonografia é o exame de eleição para a confirmação do diagnóstico¹ e, apesar desta ser o padrão ouro, diversos outros métodos vem sendo testados, devido ao alto custo e pouca disponibilidade do exame polissonográfico². Dentre eles, o questionário de Berlin que leva em conta a hipertensão arterial sistêmica (HAS) está entre os mais utilizados, sendo inclusive uma recomendação internacional^{3,4}. O uso do questionário de Berlin teve sensibilidade de 86% e especificidade de 77% para índice de distúrbios respiratórios maiores do que 5 eventos por hora e comparado a um monitor portátil de distúrbios respiratórios do sono⁵. A ocorrência repetitiva de hipoxemia durante o sono é associada com a ativação de diversos mecanismos neuro-hormonais como ativação simpática, disfunção endotelial, aumento do estresse oxidativo e aumento de fatores pró-trombóticos que contribuem para uma patologia cardiovascular⁶. Dentre essas enfermidades merece ser destacada, por sua importância, a hipertensão arterial sistêmica (HAS), que pode estar presente em até 30% dos casos^{7, 8}. Estudos sugerem que muitos casos diagnosticados como hipertensão arterial primária podem na verdade ter como causa a SAOS. Por isso, é importante que esta seja excluída em pacientes hipertensos com sintomatologia compatível com SAOS⁶. Uma evidência que contribui com essa hipótese foi um estudo realizado em Toronto que demonstrou que 83% dos pacientes estudados com hipertensão arterial refratária, tinham índice de apneia hipopnéia maior do que 109. Outro estudo mostrou alta prevalência de hipertensão arterial refratária e alto risco para SAOS quantificado pelo questionário de Berlin¹⁰. A monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA) é o método que permite o registro indireto e intermitente da pressão arterial durante 24 horas ou mais, enquanto o paciente realiza suas atividades habituais durante os períodos de vigília e sono¹¹. Além de poder diagnosticar HAS refratária ou mal controlada, é capaz de identificar pacientes com pior prognóstico cardiovascular através da avaliação do descenso noturno (que está atenuado se menor que 10% ou ausente nestes) e é um indicativo de SAOS. Outro sinal de possível SAOS é a predominância do componente diastólico durante o sono¹².

OBJETIVO

Identificar a possibilidade da presença de SAOS em pacientes encaminhados para realização do MAPA por meio da aplicação do questionário de Berlin e do STOP-BANG e assim quantificar a demanda do exame polissonográfico nesta população.

METODOLOGIA

Este estudo é um subprojeto do projeto "Avaliação endoscópica e polissonográfica de pacientes com distúrbios respiratórios obstrutivos do sono". É um estudo transversal realizado em pacientes consecutivos submetidos ao MAPA, no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, previsto para o período de um ano. Foram avaliados pacientes que atenderam aos critérios de inclusão (idade superior ou igual a 20 anos), sem distinção de sexo, e que concordaram em participar do projeto firmando o termo de consentimento livre e esclarecido. Os pacientes foram avaliados através da Escala de Epworth (sonolência diurna), escala do ronco de Stanford, questionário de Berlin e questionário STOP-BANG. Os pacientes foram submetidos à monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA) e tiveram suas pressões arteriais avaliadas de acordo com a V Diretrizes de Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial, portanto, foram considerados como valores alterados: pressão arterial sistólica (PAS) e diastólica (PAD) nas 24 horas maiores ou iguais a 130 e 80, valores em vigília maiores ou iguais a 135 e 85 e valores durante o sono maiores ou iguais a 120 e 70, respectivamente. Em relação ao descenso noturno foram considerados ausentes se negativos ou iguais a zero, atenuados se entre 0 e 10% e preservado se maior ou igual a 10%¹².

13ª JORNADA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

RESULTADOS

Foram avaliados até o momento 15 pacientes, entre 20 e 78 anos, com média de idade de 60,6 anos e desvio padrão de 14, sendo 8 homens. Todos os pacientes incluídos no estudo estão em vigência de tratamento anti-hipertensivo farmacológico, 12 em uso de menos de 3 fármacos e 3 com uso de pelo menos 3 fármacos e com diurético incluído no esquema. Apenas um paciente (7%) foi classificado como baixo risco para SAOS, através do questionário STOP-BANG. Pelo questionário de Berlin quatro (27%) foram classificados como baixo risco para SAOS. Em relação ao resultado da MAPA, dos 4 pacientes com questionário de Berlin indicando baixo risco para SAOS, todos (100%) tiveram descenso noturno ausente ou atenuado, com média das pressões sistólica e diastólica das 24 horas 121,75 e 69,75; média das pressões sistólica e diastólica em vigília de 121,5 e 71,25; média das pressões sistólica e diastólica durante o sono de 120,25 e 65; e nenhum desses pacientes apresentou pressão diastólica no sono maior do que a pressão diastólica em vigília. Dos 11 pacientes classificados como alto risco para SAOS pelo questionário de Berlin, 6 (54%) tiveram descenso noturno preservado e 5 (46%) tiveram descenso noturno ausente ou atenuado, com média das pressões sistólica e diastólica das 24 horas 132,73 e 80,3; média das pressões em vigília de 134,8 e 82; média das pressões sistólica e diastólica durante o sono de 122,4 e 72; e 3 (27%) desses pacientes apresentaram pressão arterial diastólica durante o sono maior do que a pressão arterial diastólica durante a vigília.

CONCLUSÃO

Grande parte dos pacientes hipertensos avaliados pelos questionários de Berlin (73%) e STOP-BANG (93%), que são os métodos de triagem mais recentes e validados da literatura, apresentaram alto risco para a SAOS. Este dado indica que esses pacientes são candidatos ao exame polissonográfico, pois já foi demonstrado em meta-análise feita pela American Heart Association que pacientes hipertensos portadores da SAOS tratados com CPAP tiveram diminuição da pressão arterial sistólica, diastólica e média¹³. Em vista da indisponibilidade do exame da polissonografia poderia ser observado outros dois elementos relacionados à SAOS para selecionar mais ainda os pacientes que foram submetidos à MAPA que são a diminuição ou ausência de descenso noturno observado em 9 (60%) pacientes estudados e o aumento da pressão diastólica durante o sono, observado em 3 (20%) pacientes. Além disso, mais um fator que destaca a importância da polissonografia para esses pacientes é a maior média de todas as medidas da pressão arterial nos pacientes com alto risco para SAOS. Vale ainda destacar, que é esperada uma alta prevalência de pacientes hipertensos com SAOS, já que a maioria dos fatores de risco é concordante para os dois¹¹.

REFERÊNCIAS

- 1-Soares MCM, Bittencourt LRA, Zonato AL, Gregorio LC. Aplicação do modelo morfométrico de Kushida em pacientes com distúrbios respiratórios do sono. Rev. Bras. Otorrinolaringol 2006; 72(4):541-548.
- 2- Dragger L.F.; Ladeira R.T.; Brandão-Neto R.A.; Lorenzi-Filho G.; Benseñor I.M. São Paulo: Síndrome da Apnéia Obstrutiva do Sono e sua Relação com a Hipertensão Arterial Sistêmica. Evidências Atuais. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v.78, n.5, p.531-536, 2002;12,13- 8.
- 3-Pang KP, Terris DJ. Screening for obstructive sleep apnea: an evidence-based analysis. Am J Otolaryngol 2006; 27:112–118.
- 4-Jenkinson C, Davies RJ, Mullins R, Stradling JR. Comparison of therapeutic and subtherapeutic nasal continuous positive airway pressure for obstructive sleep apnoea: a randomised prospective parallel trial. Lancet 1999; 353:2100–2105.
- 5-Netzer NC, Stoohs RA, Netzer CM, Clark K, Strohl KP. Using the Berlin Questionnaire to identify patients at risk for the sleep apnea syndrome. Ann Intern Med 1999;131:485–491.
- 6-Shamsuzzaman ASM, Gersh BJ, Somers VK. Obstructive sleep apnea: implications for cardiac and vascular disease. JAMA 2003 Vol. 290, No14, pag 1906-14.
- 7-Olson LG, King MT, Hensley MJ, Saunders NA. A community study of snoring and sleep-disordered breathing. Am J Respir Care Med 1995;152:711-6.
- 8-Schmid-Nowara WW, Coultas D, Wiggins C, et al. Snoring in Hispanic-American population: risk factors and association with hypertension and others morbidity. Arch Intern Med 1990; 150:597.
- 9-Logan AG, Perlikowski SM, Mente A, et al. High prevalence of unrecognized sleep apnea in drug-resistance hypertension. J. Hypertens.2001dez;19(12)2271-7.
- 10-Gus M., Gonçalves S.C., Martinez D., et al. Risk for Obstructive Sleep Apnea by Berlin Questionnaire, But Not Daytime Sleepiness, Is Associated With Resistant Hypertension: A Case-control Study. American Journal of hypertension. 2008, vol. 21, no7, 832-5.
- 11- Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol 2010; 95(1 supl.1): 1-51
- 12- V Diretrizes Brasileiras de Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA V) e III Diretrizes Brasileiras de Monitorização Residencial da Pressão Arterial (MRPA III). Sociedades Brasileiras de Cardiologia, Hipertensão e Nefrologia. Arq Bras Cardiol 2011; 97(3 Supl 3):1-24.
- 13-Bazzano LA, Khan Z, Reynolds K, et al. Effect of Nocturnal Nasal Continuous Positive Airway Pressure on Blood Pressure in Obstructive Sleep Apnea. Hypertension. 2007;50:417-423).