

INCIDÊNCIA DA SÍNDROME APNÉIA OBSTRUTIVA DO SONO EM IDOSOS HIPERTENSOS DA CIDADE DE JACAREZINHO

Bruna Prado Gomes (1); Anderson da Silva Honorato (1, 2, 3); Denílson de Castro Teixeira (1, 2).

GEPEHAF – Grupo de Estudos e Pesquisa sobre Envelhecimento Humano e Atividade Física (1), Programa de Mestrado e Doutorado de Educação Física Universidade Estadual de Londrina/Universidade Estadual de Maringá (2), Instituto Federal de Santa Catarina (3), brunapradofisio@hotmail.com

Introdução

A Síndrome Apnéia Obstrutiva do Sono (SAOS) é uma disfunção respiratória, caracterizada por: episódios repetidos de obstrução parcial ou completa das vias aéreas superiores, durante o sono¹. Que resulta em períodos de apnéia e dessaturação da oxihemoglobina e, leva à ativação do sistema nervoso simpático com aumento da frequência cardíaca, da resistência vascular e da pressão arterial, mesmo em indivíduos normotensos durante a vigília¹, que ocasiona microdespertar para contrair novamente a musculatura da faringe, para estabelecer ventilação normal³ e, leva ao desenvolvimento de estresse oxidativo com formação de radicais livres. Estes despertares pode ocorrer várias vezes durante a noite¹.

A SAOS⁴ tem demonstrado causar uma limitação significativa da qualidade de vida do indivíduo, bem como um aumento da morbidade e mortalidade, devido às consequências como hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e aos riscos de acidentes ocupacionais e automobilísticos em decorrência da sonolência diurna excessiva, ainda sim, tem revelado ser o mais frequente distúrbio respiratório do sono que levam a apnéia⁵, além dessas doenças a síndrome também pode ser um fator de risco independente para o desenvolvimento de hipertensão arterial sistêmica (HAS)⁶.

Apesar de estudos citarem uma alta prevalência para a síndrome, ela é frequentemente subdiagnosticada^{1,6}. Em estudos populacionais americanos mostraram que os médicos diagnosticam apenas 2% do total de pacientes com síndrome da apnéia obstrutiva do sono¹.

O diagnóstico da SAOS deve ser suspeitado com base no quadro clínico, porém, a certeza diagnóstica é obtida como estudo laboratorial do sono através da polissonografia além dos achados clínicos como ronco; engasgos frequentes; sonolência diurna; cansaço; alteração na capacidade de concentração, muitas vezes associado á obesidade e a orofaringe pequena⁷, entretanto, sua utilização é pouco executada.

O objetivo deste trabalho foi verificar o índice de risco da Síndrome da Apnéia Obstrutiva do Sono em idosos hipertensos e obesos de clínicas médicas da cidade de Jacarezinho/PR, por meio do Questionário de Berlim.

Metodologia

A pesquisa realizada foi do tipo descritivo e caráter quantitativo segundo Thomas Nelson e Silverman⁸, onde foi aplicado um questionário específico que evidencia os sintomas e indica alta probabilidade da doença em pacientes cardíacos. Todos os pacientes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido que foi aprovado pelo comitê de ética (012/2012), realizado pela Universidade Estadual do Norte do Paraná (UENP).

A amostra deste estudo foi composta por 38 idosos hipertensos, com idade entre 61 a 79 anos, de ambos os sexos, abordados em consultórios de cardiologistas nas cidades de Jacarezinho, Paraná.

Embora a polissonografia seja o padrão ouro para o diagnóstico da SAOS, instrumentos subjetivos são utilizados em estudos populacionais para a identificação de indivíduos com maior risco de desenvolver a doença. O Questionário de Berlim é um desses instrumentos usados para se realizar um diagnóstico subjetivo da síndrome⁹.

O questionário de Berlim apresenta várias características inerentes à SAOS, sendo sua positividade indicativa à alta probabilidade da mesma. A presença de sintomas como sonolência ou ronco habitual e intenso tem o mesmo peso que a HAS ou o IMC para prever a doença¹⁰. Este questionário inclui 10 itens, organizados em 3 categorias referentes à roncopatia e apnéias presenciadas (5 itens), sonolência diurna (4 itens) e hipertensão arterial (HTA)/obesidade (1 item). A determinação do alto ou baixo risco para a SAOS é baseada nas respostas em cada categoria de itens. Doente de alto risco para a SAOS: duas ou mais categorias com pontuação positiva. Doente de baixo risco para a SAOS: nenhuma ou apenas uma categoria com pontuação positiva¹¹.

As análises foram feitas com o programa Statistical Package for Social Sciences, versão 17.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, EUA), e o teste estatístico empregado foi o de Qui-quadrado.

Resultados

Na amostra composta por 38 indivíduos idosos e hipertensos, 78,3% apresentam uma alteração em seu IMC com pelo menos sobrepeso. Do percentual total de alto risco para SAOS

(83,8%) o percentual de idosos que apresentaram alteração da massa corporal e também alto risco para ter/desenvolver a síndrome é de 65,5%.

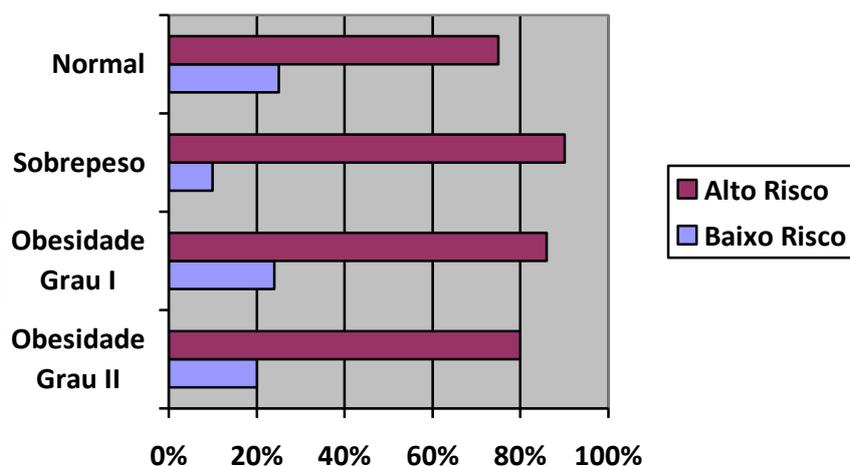
Tabela 1. Associação entre o IMC e a SAOS.

IMC	Baixo Risco SAOS	Alto Risco SAOS	Total
Normal	5,4%	16,2%	21,6%
Sobrepeso	2,7%	24,3%	27%
Obesidade I	5,4%	32,4%	37,8%
Obesidade II	2,7%	10,8%	13,5%
Total	16,2%	83,8%	100%

IMC – Índice de Massa Corporal; SAOS – Síndrome da Apnéia Obstrutiva do Sono.

A partir desses dados, observa-se no gráfico que todas as categorias apresentam um alto risco de ter/desenvolver a SAOS, mas os categorizados como sobrepesos e obesidade grau I foram os que mais obtiveram alto risco na Escala de Berlim, com 86% dos obesos de grau I com alto risco de ter/desenvolver a síndrome enquanto sobrepeso com 90%.

Gráfico 1. Percentual de Alto e Baixo Risco de SAOS segundo as categorias do IMC.



Normal, Sobrepeso, Obesidade Grau I, Obesidade Grau II (categorias IMC); Alto e Baixo Risco (resultados do Questionário de Berlim).

Por meio de uma análise estatística pelo Teste χ^2 foi possível observar que existe uma associação com significância de Síndrome da Apnéia Obstrutiva do Sono com o IMC, já que o valor de $p < 0,001$.

Discussão

Segundo Drager et. al. (2006)¹ a prevalência da SAOS na população de pacientes com doenças cardiovasculares é muito maior do que na população em geral, contribuindo de forma independente para o aumento da morbimortalidade cardiovascular.

Leão et. al. (2010)⁶ relatam que 40 a 90% dos pacientes com SAOS apresentam HAS e que 22 a 62% dos pacientes com hipertensão apresentam a síndrome.

Um estudo realizado por Baguet et. al. (2005)¹² mostrou a prevalência de hipertensão arterial foi de 67% em doentes com SAOS recentemente diagnosticados, que não tinham conhecimento de serem hipertensos antes de serem submetidos à avaliação das perturbações respiratórias relacionadas com o sono.

Pacientes normotensos com síndrome da apnéia obstrutiva do sono apresentam alterações estruturais cardíacas e rigidez arterial na mesma proporção que pacientes hipertensos, e a associação desses dois fatores têm efeito aditivo no aumento da rigidez arterial, na massa do ventrículo esquerdo e, conseqüentemente, na porcentagem de hipertrofia ventricular³.

Lavie et. al. (2000)¹³ avaliaram 393 pacientes que vinham utilizando anti-hipertensivos dentre 1.485 pacientes com SAOS submetidos à Polissonografia constataram que, naqueles sem controle adequado da pressão arterial, quando comparados com pacientes com bom controle pressórico, a síndrome era significativamente mais grave.

Estudos confirmam a associação entre a HAS e a SAOS, e demonstram que, em um período de quatro anos, aqueles indivíduos com um índice de apnéia/hipopnéia maior que 15 por hora de sono têm um risco três vezes maior (45% de probabilidade) de desenvolver hipertensão. Um estudo com 44 pacientes portadores de HAS resistente à medicação mostrou que 83% apresentavam SAOS². No estudo de Pedrosa et. al. (2008)¹⁴ observou-se que em 15 pacientes consecutivos com hipertensão, a síndrome da apnéia obstrutiva do sono foi detectada em todos os casos. Apnéia grave foi encontrada em 21% desses pacientes, sendo moderada em 53% e leve em 26% dos casos.

Embora a hipertensão arterial seja a consequência mais comum da síndrome, a obesidade é um achado muito frequente nesses pacientes; assim, a possibilidade de ocorrência de SAOS é reduzida quando a amostra é ajustada. Baixos níveis de colesterol HDL isoladamente correspondem a 2,7 vezes mais chances para o diagnóstico da síndrome da apnéia do sono. Quando o cálculo leva em consideração a hipertensão e os níveis mais baixos de HDL em conjunto, no entanto, ocorre um aumento na probabilidade de SAOS em 4,8 vezes em nosso estudo, para ambos os sexos¹⁵.

Conclusões

A literatura trás fortes evidências entre a apnéia do sono e doenças cardiovasculares. Este estudo demonstra que o IMC é um fator importante para apresentar alta probabilidade no teste de Berlim para ter/desenvolver a SAOS. Por se tratar de uma síndrome prevalente na população, se tornando cada vez mais um problema para a saúde pública, os distúrbios respiratórios do sono deveriam ser lembrados na área da saúde, principalmente nos pacientes cardiopatas; hipertensos e obesos, assim, a polissonografia deveria ser solicitada por profissionais da saúde para estes pacientes. Além disso, sugere-se que em pesquisas posteriores a amostra seja ampliada.

Referências Bibliográficas

1. Drager LF. Síndrome da apnéia obstrutiva do sono, hipertensão e inflamação. Revista Brasileira Hipertensão vol.13(2): 144-145, 2006.
2. Haggsträm FM, Zettler EW, Fam CF. Apnéia Obstrutiva do sono e alterações Cardiovasculares. Scientia Medica, Porto Alegre, vol. 19, 2009.
3. Pedrosa RP. Prevalência e Importância Cardiovascular dos distúrbios respiratórios do sono na miocardiopatia hipertrófica [Tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2010.
4. Mediano O, La Peña M, Gozal D, Agusti A. Hipersonolência diurna e variáveis polissonográficas em doentes com síndrome da apnéia do sono. European Respiratory Journal. vol.13(6); 2007.
5. Simas JMM; Silva KF; Camargo SPP; Bredariol IF; Mitsyua MMF. Síndrome da Apnéia Obstrutiva do Sono: uma revisão bibliográfica sobre conceitos, sintomatologia, tratamento e qualidade de vida.[Tese] Lins-SP: Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium (UNISALESIANO); 2009.
6. Leão BC, Petlik D, Guedes MA, Cordeiro A, Gonzaga C, et. al. Síndrome da apneia-hipopneia obstrutiva do sono – Alta prevalência, mas subdiagnosticada. Rev Bras Hipertens. vol.17, 2010.
7. Brasileiro, H. Síndrome a Apneia e Hipopneia Obstrutiva do Sono –SAOS. Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba. 2009.
8. Thomas JR, Nelson JK, Silverman SJ. Métodos de pesquisa em atividade física. Porto Alegre: Artmed, 5 ed., 2007.
9. Soares FSN. A prevalência e o impacto da síndrome de apnéia obstrutiva do sono em pacientes submetidos á cirurgia de revascularização miocárdica [Tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2010.
10. Togeiro SMGP. Avaliação Peri-Operatória da Apnéia Obstrutiva do Sono no Obeso. Pneumologia Paulista. São Paulo. vol.21(3):21-4; 2008.

11. Vaz AP, Drummond M, Caetano MP, Severo M, Almeida J, Winck CJ. Tradução do Questionário de Berlim para língua portuguesa e sua aplicação na identificação da SAOS numa consulta de patologia respiratória do sono. Portuguese journal of pulmonology. Vol. 17(2):59-65; 2011.
12. Baguet JP, Hammer L, Levy P, Pierre H, Rossini E, et. al. Night-time and diastolic hypertension are common and underestimated conditions in newly diagnosed apnoeic patients. J Hypertens. Vol. 23; 521-7; 2005.
13. Lavie P, Herer P, Hoffstein V. Obstructive sleep apnoea syndrome as a risk factor for hypertension: population study. Br Med J. Vol. 320:479-82, 2003.
14. Pedrosa RP, Filho GL, Drager LF. Síndrome da Apnéia Obstrutiva do Sono, Obesidade e Hipertensão. Revista Soc. Cardiologia; Vol. 18(2):114-121, 2008.
15. Cintra FD, Poyares D, Guilleminault C; Carvalho, AC; Tufik S; Paola, AAV. Alterações Cardiovasculares na Síndrome da Apnéia Obstrutiva do Sono. Sociedade Brasileira de Cardiologia; São Paulo. Vol. 86(6); 2006.