

Luiza Elena L. Ribeiro do Valle, Eduardo Ribeiro do Valle,  
Clara Inocente, Carmen Alcantara

HOSPITAL DAS CLÍNICAS-FMUSP

E-mail address: [hrovere@yahoo.com.br](mailto:hrovere@yahoo.com.br) (H.H. Dal Rovere)

## Resumo

### Introdução

A falta de conhecimento sobre narcolepsia na população geral e, inclusive na classe médica, dificulta a procura por tratamento adequado quando iniciam os sintomas da doença, diminuindo a possibilidade do diagnóstico precoce. Profissionais de saúde precisam estar atentos a fatores clínicos e sociais que podem ser desencadeantes dos primeiros sintomas da doença, já que estressores psicossociais agudos ou alterações nos horários de sono/vigília prenunciam o início da narcolepsia em aproximadamente metade dos casos.

### Objetivo

Identificar os aspectos psicossociais associados ao início dos sintomas da narcolepsia.

### Casuística e Método

Foram avaliados 40 pacientes com diagnóstico de narcolepsia; faixa etária de 20 a 75 anos (média=41,85-DP=14,50); 28 mulheres e 12 homens, idade média do início dos sintomas 22 anos, tempo médio entre início dos sintomas e o diagnóstico de 14 anos, foram atendidos em média por 4 especialidades médicas antes do diagnóstico. Realizadas entrevistas individuais com questionário estruturado composto por perguntas abertas para verificar o tempo de doença e diagnóstico; o número de especialistas procurados antes do diagnóstico da narcolepsia; qual a percepção sobre a doença antes do diagnóstico.

### Resultados

Em relação ao que consideravam que tinham antes de serem diagnosticados, obtivemos as seguintes respostas: não sabia (12%), nada (8%), problema espiritual (8%), problema neurológico (9%), preguiça (10%), estresse (17%), transtorno mental (5%), depressão (5%), epilepsia (8%), anemia (8%), outras doenças não relacionadas ao sono (5%) e narcolepsia (5%). Associaram o início do aparecimento dos sintomas com: problemas emocionais (32%), causa genética (3%), estresse no trabalho (18%) e alcoolismo (3%), não conseguiu associar nenhum fato específico (44%) Os problemas emocionais relatados pelos pacientes foram: perda por morte de familiares, separação e crises conjugais, estresse no trabalho (sonolência, irritação, indisposição), perda de emprego, problemas financeiros, acidente.

### Conclusão

A falta de informação sobre os principais aspectos da narcolepsia, sintomas e consequências no cotidiano são alguns dos agravantes para os pacientes, gerando crenças e mitos que os levam a enfrentarem preconceitos diversos no seu grupo social. A equipe de saúde tem um papel fundamental na identificação das

queixas e sintomas, favorecendo o diagnóstico precoce e minimizando o impacto social e emocional decorrentes da Narcolepsia.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.slsci.2016.02.074>

42306

## FISIOPATOLOGIA DA LIMITAÇÃO AO FLUXO AÉREO DURANTE O SONO: NOVOS CONCEITOS

Luciana Balester Mello de Godoy, Luciana O. Palombini,  
Fernanda L. Martinho Haddad, David M. Rapoport,  
Tatiana de Aguiar Vidigal, Priscila Calixto Klichouvicz, Sergio Tufik,  
Sonia M. Togeiro

INSTITUTO DO SONO/AFIP

E-mail address: [lu\\_bmg@yahoo.com.br](mailto:lu_bmg@yahoo.com.br) (L.B.M. de Godoy)

## Resumo

### Introdução

Limitação ao fluxo aéreo (LFA) é definida como um achatamento da curva de fluxo inspiratório detectado pela cânula de pressão nasal durante o sono e pode indicar aumento da resistência da via aérea superior, especialmente nos distúrbios respiratórios do sono leves (DRS).

### Objetivo

Analisar a associação entre alterações anatômicas da via aérea superior e LFA em pacientes com DRS leve.

### Métodos

Esse estudo foi derivado de uma pesquisa epidemiológica populacional, sendo selecionados os indivíduos com índice de apnea/hipopneia (IAH) menor do que 5 eventos/hora, (grupo “sem apnea obstrutiva do sono”) e indivíduos com IAH entre 5 e 15 eventos/hora (grupo “apneia obstrutiva do sono leve”). Os 754 indivíduos selecionados foram divididos em quatro grupos: grupo 1: IAH < 5 eventos/hora e < 30% do tempo total do sono (TTS) com LFA (515 indivíduos), grupo 2: IAH < 5 eventos/hora e > 30% do TTS com LFA (46 indivíduos), grupo 3: IAH: 5–15 eventos/hora e < 30% do TTS com LFA (168 indivíduos), e grupo 4: IAH: 5–15 eventos/hora e > 30% do TTS com LFA (25 indivíduos).

### Resultados

Indivíduos com queixa de respiração oral apresentaram 2,7 vezes mais chance de pertencer ao grupo 4 do que ao grupo 3. Apresentar alterações nasais (obstrução nasal completa à rinoscopia ou parcial associada à queixa de obstrução nasal) aumentou a chance de pertencer ao grupo 4 em 3,2 vezes em comparação ao grupo 1. Pilares amigdalianos medianizados aumentaram em 4,2 vezes o risco de pertencer ao grupo 4 em relação ao grupo 3.

### Conclusão

Mais de 30% do TTS com LFA avaliado durante polissonografia está associado a alterações anatômicas nasais e palatais em pacientes com DRS leve.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.slsci.2016.02.075>

42195

### FRECUENCIA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO EN NIÑOS CON SÍNDROME DE DOWN

Pablo Brockmann, Felipe Damiani, Maria de los Angeles Paul, Macarena Lizama

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

E-mail address: lfdamiani@gmail.com (F. Damiani)

### Resumo

#### Introducción

Los niños con Síndrome de Down (SD) presentan características anatómicas y fisiológicas específicas que los hacen ser propensos a desarrollar un estrechamiento y colapso de la vía aérea superior favoreciendo la aparición de trastornos respiratorios del sueño (TRS).

#### Objetivo

Determinar la frecuencia de TRS en niños con SD controlados en un programa especializado de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

#### Métodos

Se analizaron retrospectivamente 48 informes de poligrafía (PG) y polisomnografía (PSG) de pacientes con SD menores de 18 años que acuden a control al programa de seguimiento de personas con SD desde el 2004 en adelante. Se utilizaron las definiciones de TRS descritas por la Academia Americana de Sueño el año 2012.

#### Resultados

El 75% de los exámenes realizados fueron poligrafías. Sujetos 64,6% varones, mediana (rango) de edad 39,5 meses (1-218) y 69% eutróficos. Los signos vitales mostraron en promedio  $\pm$  desviación estándar; SpO<sub>2</sub>(%)  $95,3 \pm 2,6$ ; FC(lat/min)  $92,5 \pm 19$ ; y FR(bpm)  $21,5 \pm 8,1$ . El índice de apnea e hipopnea (AHI) y el índice de eventos respiratorios (RDI) mostraron una mediana (rango) 1,3 (0–50,6) y 3,7(0,9–25) respectivamente. La prevalencia de TRS fue 97,8% distribuida en roncadors primarios 26%, resistencia de la vía aérea superior 8,7%, Síndrome de Apnea Obstruktiva del Sueño (SAOS) leve 36,9%, SAOS moderado 19,5% y SAOS severo 6,5%.

#### Conclusión

Los pacientes con SD mostraron una prevalencia muy elevada

de trastornos respiratorios del sueño. Interesantemente la mayor frecuencia correspondió a SAOS espectro de mayor gravedad de TRS.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.slsci.2016.02.076>

43534

### FREQUÊNCIA DE APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO E PRIVAÇÃO DO SONO EM PACIENTES COM DOENÇA CORONARIANA SUBMETIDOS À ANGIOPLASTIA CORONARIANA

Sofia Fontanello Furlan, Carlos Henrique Gomes Uchoa, Matheus Péres, Fernanda Mangione, Pedro Alves Lemos Neto, Geraldo Lorenzi-Filho, Luciano Ferreira Drager

INSTITUTO DO CORAÇÃO- INCORHCFMUSP

E-mail address: sofiafurlan@yahoo.com.br (S.F. Furlan)

### Resumo

#### Introdução

Dados recentes sugerem que a apneia obstrutiva do sono (AOS) e a privação do sono (PS) estão associadas com um aumento do risco cardiovascular. Não está clara a frequência destes distúrbios do sono em pacientes com alto risco cardiovascular, tais como pacientes com doença coronariana estabelecida.

#### Métodos

Recrutamos 89 pacientes consecutivos com doença coronariana estabelecida que tinham indicação de realização de angioplastia percutânea eletiva. Além da avaliação clínica, todos os pacientes realizaram a monitorização do sono com o polígrafo Embletta Gold<sup>®</sup>. Definimos a AOS por um índice de apneia e hipopneia  $\geq 15$  eventos/hora de sono. Além disto, realizamos a quantificação objetiva da duração do sono com a colocação de um actígrafo de pulso (Actiwatch 2, Respironics<sup>®</sup>) por 1 semana. Definimos a PS como uma duração média do sono  $< 6$  horas por noite.

#### Resultados

Estudamos 89 pacientes (idade média:  $64,5 \pm 10$  anos; índice de massa corpórea, IMC,  $27 \pm 3,8$  Kg/m<sup>2</sup>). A frequência da AOS e da PS foi de 43,8% e 6,7%, respectivamente. Onze pacientes (12,35%) apresentaram as duas condições. Ao compararmos pacientes sem AOS e PS (grupo controle: n= 33), pacientes com AOS sem PS (grupo AOS: n=39), pacientes sem AOS com PS (n=6) e pacientes com AOS e PS (n=11), não observamos diferenças significantes com relação à idade, IMC, circunferência abdominal, circunferência do pescoço e tabagismo.

#### Conclusões

A AOS é muito mais frequente do que a PS em pacientes com doença coronariana estabelecida. Estudos futuros são necessários para avaliar se estes distúrbios do sono tem significado prog-