

42205

RESPOSTAS CARDIORRESPIRATÓRIAS AO TESTE DE AVD-GLITTRE EM PACIENTES COM APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO

Adília Karoline Ferreira Souza, Larissa Bouwman Sayão, Armêle de Fátima Dornelas de Andrade, Rodrigo Pinto Pedrosa, Anna Myrna Jaguaribe de Lima

UFPE

E-mail address: adiliakaroline@hotmail.com (A.K. Ferreira Souza)

Resumo

Introdução

A apnéia obstrutiva do sono (AOS) é uma doença crônica, progressiva e incapacitante, caracterizada por obstruções parciais ou totais das vias aéreas superiores durante o sono. Alguns estudos demonstraram que pacientes com AOS podem apresentar fadiga generalizada e consequente comprometimento da capacidade funcional, afetando o sistema cardiorrespiratório de forma aguda ou crônica. Dentre os testes clínicos de campo para aferir a capacidade funcional, o teste de AVD-Glittre tem sido utilizado em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), destacando-se por fornecer elementos incrementais ao teste de caminhada de seis minutos (TC6). Desta forma, esse trabalho objetivou avaliar as respostas cardiorrespiratórias dos pacientes com AOS submetidos ao teste de AVD-Glittre.

Métodos

Foram analisados 11 pacientes com AOS moderada/grave ($15 \geq$ IAH), sendo 4 mulheres (36%) e 7 homens (64%), com idade de $51,0 \pm 11,3$ anos, peso $86,8 \pm 12,3$ kg, altura $1,63 \pm 0,08$ m e IMC de $32,2 \pm 3,0$ m/kg². Eles foram submetidos à espirometria e ao teste de AVD-Glittre. As variáveis cardiorrespiratórias analisadas foram pressão arterial sistólica (PAS), pressão arterial diastólica (PAD), saturação de oxigênio (SaO₂), frequência cardíaca (FC) e tempo de realização do teste (T).

Resultados

Os dados espirométricos apresentaram VEF1(%previsto)= $88,4 \pm 14,3\%$; CVF(%previsto)= $86,6 \pm 11,9\%$ e VEF1/CVF(previsto)= $102,2 \pm 7,3\%$. O T(min)= $3, 49 \pm 0,44$ min, a SaO₂ 1'recuperação= $98,4 \pm 1,3\%$ e a SaO₂ 2'recuperação= $98,7 \pm 0,6\%$. A FCMáx. foi de $133,0 \pm 12,2$ bpm, a FC1'recuperação foi de $132,3 \pm 15,7$ bpm e a FC2'recuperação foi de $87,6 \pm 10,2$ bpm. Em relação à pressão arterial, PAS1'recuperação= $153,6 \pm 19,6$ mmHg; PAS2'recuperação= $133,6 \pm 12,1$ mmHg e PAD1'recuperação= $90,0 \pm 13,4$ mmHg; PAD2'recuperação= $84,5 \pm 10,3$ mmHg.

Conclusão

O teste de AVD-Glittre parece ser um teste de esforço submáximo útil para avaliação das respostas cardiorrespiratórias em pacientes com AOS. No entanto, é necessário que haja a validação do teste de AVD-Glittre em indivíduos com AOS, o que tornaria possível sua utilização para determinação da capacidade funcional na AOS, como já vem sendo feito em pacientes com outros tipos de doenças cardiorrespiratórias.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.slsci.2016.02.135>

41967

RISCO DA APNÉIA OBSTRUTIVA DO SONO E VARIÁVEIS CARDIOVASCULARES EM PACIENTES INTERNADOS EM PRÉ-OPERATÓRIO DE CIRURGIAS CARDÍACAS

Tarcy Leiane Guerra de Couto, Rodrigo de Lemos Soares Patriota, Fabrício Olinda de Souza Mesquita, Flávio Maciel Dias de Andrade, Marco Aurélio de Valois Correia Júnior, Alexa Audrey de Melo Sena, Janaína da Silva Pereira

LABORATÓRIO DO SONO E CORAÇÃO-PROCAPE

E-mail address: tarcyacouto@gmail.com (T.L. Guerra de Couto)

Resumo

Introdução

A apnéia obstrutiva do sono (AOS) é caracterizada por episódios recorrentes de obstrução parcial ou completa das vias aéreas superiores durante o sono, levando à fragmentação do sono e hipóxia intermitente. Quando associada com sonolência diurna excessiva, é denominada síndrome da apnéia obstrutiva do sono (SAOS). Está associada ao desenvolvimento de complicações como hipertensão arterial sistêmica, acidente vascular encefálico e infarto agudo do miocárdio. Seu diagnóstico considerado padrão-ouro é a polissonografia (PSG), a qual nem sempre está disponível nas unidades hospitalares.

Objetivo

Identificar a incidência da síndrome da apnéia obstrutiva do sono através da aplicação dos questionários de Berlim, Epworth e fatores de risco correlacionando com o nível de atividade física em pacientes de pré-operatório de cirurgia cardíaca.

Materiais e Métodos

Trata-se de um estudo transversal realizado no Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco-PROCAPE, no período de outubro a novembro de 2014. A amostra foi composta por 63 pacientes de pré-operatório de cirurgia cardíaca internados no hospital, maiores de 18 anos, de ambos os sexos, com nível de consciência preservado. Foram aplicados o questionário de Berlim, a escala de sonolência de Epworth e o questionário internacional de atividade física-IPAQ em sua versão curta, como também foram mensurados a circunferência do pescoço e do abdômen, o peso e a pressão arterial (PA).

Resultados

Foi observado no estudo que 43% da amostra tinham risco para apnéia do sono de acordo com ambos os questionários: escala de sonolência de Epworth (ESE) e questionário de Berlim (QB). Em relação aos fatores de risco, a hipertensão e a obesidade contribuíram respectivamente com uma OR de 10 e 5,1. Em relação ao nível de atividade física, 26 (41,9%) dos pacientes entrevistados foram qualificados como sedentários e propensos a desenvolverem a SAOS, e 1 (100%) dos participantes da pesquisa que foi tido como ativo, apresentou propensão à SAOS.

Conclusão

No estudo observou-se que a prevalência da síndrome da apnéia obstrutiva do sono constatada através dos questionários ESE e QB tem relações importantes em pacientes de pré-operatório de cirurgia

cardíaca. A hipertensão e a obesidade são fatores de risco significativos para o desenvolvimento da SAOS e o nível de atividade física não comprovou correlação estatisticamente significativa nessa população.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.slsci.2016.02.136>

43573

SEGUIMENTO OBJETIVO DA TERAPIA COM PRESSÃO POSITIVA NA VIA AÉREA

Gisele Cristina Silva Bartarin, Maysa Andrade Magalhães Cabrini, Mila Oliveira da Cunha, Edilson Zancanella

UNICAMP

E-mail address: zancaedi@gmail.com (E. Zancanella)

Resumo

Introdução A indicação da terapia com pressão positiva para a via aérea (PAP) pressupõe um tratamento por tempo indeterminado. Os critérios de adesão ao tratamento e a objetividade no seguimento do portador de Síndrome da Apneia do Sono (SAOS) são fatores fundamentais para o sucesso da terapêutica. A troca frequente de máscara, a correção de vazamentos, mudanças na pressão terapêutica, horas de uso do equipamento, são dados fundamentais para o seguimento. O uso de uma ferramenta que centraliza e resume os registros torna objetivo o seguimento e favorece o acesso à equipe multidisciplinar permitindo medidas de melhora à adesão a terapia com PAP. **Objetivo** Avaliar a funcionalidade de um software específico para seguimento objetivo de portadores de Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono em uso de PAP. **Material e método** Avaliamos o uso do software de gestão Soft SAOS Philips® com o cadastro de 10 pacientes: 5 homens e 5 mulheres, com idade entre 43 e 70 anos, em seguimento no Ambulatório de Distúrbios do Sono em uso de PAP. Incluímos dados sobre pressão terapêutica, vazamento, conforto expiratório, índice de apneia/hipopneia residual, umidificação, tempo de uso e tipo de máscara. **Conclusão** Dados iniciais sugerem adequada gestão no seguimento objetivo da terapia com PAP. O uso desta ferramenta por tempo prolongado permitirá armazenar informações em único local, trazendo praticidade no acesso aos dados de seguimento, unificando a linguagem terapêutica e permitindo a compilação de dados para avaliação da adesão objetiva ao tratamento com PAP.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.slsci.2016.02.137>

42237

SERVOVENTILAÇÃO NA DOENÇA CARDIOVASCULAR

Catarina Lacerda, Pedro Ramalho, Fátima Teixeira, Clara Santos, Lúcia Batata, Inês Almeida, Joaquim Moita

HOSPITAL DE BRAGA

E-mail address: catarinalacerda@hotmail.com (C. Lacerda)

Resumo

Introdução

A prevalência dos distúrbios respiratórios do sono (DRS) nos pacientes (pts) com doença cardiovascular (DCV) pode variar de 47 a 87%. A Apneia Central do Sono com Respiração de Cheyne-Stokes (ACS-RCS) surge amplamente associada à Insuficiência Cardíaca (IC). A Servoventilação Adaptativa (SVA) revelou-se, até à data, o modo ventilatório mais eficaz no tratamento da ACS-RCS. A SVS também é usada na Apneia Central Emergente do Tratamento (ACET). Recentemente o estudo SERVE-HF (Resmed®) mostrou um aumento da mortalidade nos pts com IC grave, tratados com SVA versus terapêutica farmacológica convencional.

Objetivo

Avaliar as repercussões clínicas, ecocardiográficas e polissonográficas da SVA nos pts com DCV e DRS. Considerar a possibilidade de mudança deste modo ventilatório.

Métodos

Todos os pts do CMS-CHUC com DCV sob SVA, foram reavaliados clinicamente e realizaram novo ecocardiograma e estudo polissonográfico do sono nível I (PSG).

Resultados

Incluídos 23 pts (22 homens), idade média de 74 anos e IMC médio de 32,6 Kg/m². Os DRS que motivaram o início de SVA, com base na primeira PSG, foram ACS-RSC em 16 e ACET em 7 pts. O IAH médio inicial foi 41,1 ± 21,1/h. A ecocardiografia confirmou o diagnóstico de IC em 18 pts (78%). Oito pts (44%) apresentavam disfunção sistólica do ventrículo esquerdo, 13 (72%) disfunção diastólica do ventrículo direito, 4 (22%) cardiomiopatia, 9 (50%) distúrbios do ritmo e condução cardíaca (DRCC) e 4 (22%) patologia valvular. Os 5 pts sem de IC tinham DRCC. Clinicamente 4 pts encontravam-se assintomáticos, 13 com NYHA=2 e 6 com NYHA=3. A PSG de reavaliação mostrou persistência maioritária de eventos centrais ou RSC em 12 pts (47,8%) tendo sido mantida a SVA. Nos outros 13 pts registaram-se apenas eventos obstrutivos que foram corrigidos por pressão positiva contínua (CPAP). Nove (82%) destes pts tinham previamente ACS-RSC e os outros dois ACET. Foi possível mudar de SVA para CPAP em 6 dos 8 pts com IC sintomáticos e fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) ≤ 45% (os pts de risco do HF-Serve).

Conclusão

Nos nossos pacientes com IC que desenvolveram ACET a servoventilação foi eficaz e dificilmente substituível pelo CPAP. O mesmo não aconteceu nos pts com ACS-RCS em que tal foi maioritariamente possível, inclusive nos doentes de alto risco do HF-Serve. Recomendamos, por isso, que nestes pts seja tentado o CPAP aferido em PSG e não a mudança compulsiva da SVA para tratamento farmacológico convencional.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.slsci.2016.02.138>