



MESA TRASTORNOS DEL SUEÑO

Riesgo laboral en el paciente con SAHS

M.J. Díaz de Atauri Rodríguez de los Ríos

Unidad Multidisciplinar de Sueño, Servicio de Neumología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

El síndrome de apneas-hipopneas durante el sueño (SAHS) representa un problema médico y social debido a su elevada frecuencia y a las implicaciones sanitarias y económicas que del mismo se derivan. Entre sus diversas consecuencias inmediatas y tardías, la fragmentación de sueño secundaria a los microdespertares produce somnolencia diurna excesiva responsable del deterioro cognitivo y de la dificultad para mantener un grado de vigilancia adecuado, con el consiguiente impedimento para realizar diferentes actividades.

Así, se ha confirmado una mayor incidencia de accidentes de tráfico entre 3 y 7 veces más que la población general sana, revirtiendo este porcentaje cuando se dispone de un adecuado diagnóstico y tratamiento.

Característicamente, los accidentes debidos a excesiva somnolencia suelen ser más frecuentes por la noche, a mayores velocidades y en conductores más jóvenes. También la incidencia es mayor en trabajadores a turnos y en individuos bajo los efectos de psicotropos y del alcohol, además de otras enfermedades relacionadas con el sueño.

Las condiciones laborales y sociales actuales condicionan la necesidad de frecuentes desplazamientos por razones de trabajo y por las distancias entre la vivienda habitual y el lugar de trabajo. Este aumento en el kilometraje diario es responsable de que la frecuencia de accidentes de tráfico en itinerancia sea aproximadamente la mitad de los accidentes graves que se ocasionan en el propio lugar de trabajo.

En diversos estudios poblacionales de conductores profesionales se ha objetivado una incidencia mayor de SAHS, que se ha relacionado con los hábitos sedentarios y la obesidad objetivados en conductores profesionales y especialmente en aquellos que deben efectuar largos recorridos.

Desde el punto de vista económico, además de los costes aumentados hasta en un 50% previo a la confirmación del

diagnóstico de SAHS y los derivados del mismo, hay que tener en cuenta los costes indirectos ocasionados por los accidentes de tráfico secundarios a la somnolencia; costes que también se ven reducidos con la aplicación de presión positiva continua en la vía aérea (CPAP). Este efecto beneficioso coste-efectivo de diagnóstico de SAHS y tratamiento con CPAP se mantiene a largo plazo, como se ha demostrado en diferentes trabajos.

Esta incidencia aumentada de SAHS entre conductores profesionales ha sido demostrada fundamentalmente en colectivos que manejan vehículos en largos recorridos tanto en transporte de mercancías como de pasajeros. Pero aunque son menores las publicaciones, también existen datos sobre mayor prevalencia de SAHS en conductores profesionales en áreas metropolitanas. En esta línea, y bajo los auspicios de NEUMOMADRID, se llevó a cabo un estudio de prevalencia de SAHS en conductores en activo de la empresa municipal de transportes (EMT) de Madrid, objetivándose que el 67% presentaba un IAH ≥ 10 y de estos un 19% un IAH ≥ 30 . En este estudio, y considerando la presencia de SAHS a un IAH ≥ 10 en aquellos profesionales que además referían ronquido, apneas y escala de somnolencia de Epworth > 10 , se comprobó que un 9% de los conductores tenía SAHS, siendo en un 3% de ellos grave. Si bien en este estudio no se ha hecho un análisis de posibles accidentes o incidencias relacionadas con dicho diagnóstico, también confirma una prevalencia aumentada de SAHS en este colectivo en comparación con la esperada en población general.

A pesar de todos estos datos, y de que estos profesionales cruzan fronteras por Europa, no existen dentro de los países que conforman la Unión Europea criterios homogéneos que regulen las limitaciones a la hora de conducir diferentes vehículos. Así, se da la paradoja de que determinados conductores que según la ley de su país pueden conducir sin li-

mitaciones por su condición de padecer SAHS, incumplen las leyes de otros países por los que deben circular debido a su profesión.

En España, actualmente se recogen mediante el IV Real Decreto (RD) 772/1997 las aptitudes necesarias para garantizar el adecuado control de situaciones de riesgo de los conductores. Se establecen los requisitos de modo diferencial para conductores en función del tipo de permiso que se solicita, según sean conductores profesionales o no. En aquellos casos en los que se confirma la presencia de SAHS, deberán aportar los correspondientes informes favorables de unidades de sueño en los que se acredite el adecuado control de la sintomatología.

Pero no solamente hay una relación entre SAHS y conductores, sino que también se ha objetivado una mayor incidencia de accidentes laborales. Se ha demostrado que el ser roncador y presentar excesiva somnolencia diurna constituye un riesgo a la hora de padecer accidentes en el lugar de trabajo, datos que se mantienen en períodos de observación y seguimiento de 10 años. Una vez más, la aplicación de CPAP disminuye la incidencia tanto de accidentes domésticos como laborales. Además, el SAHS es responsable de la reducción en la productividad de los trabajadores, derivada tanto de la inadecuada concentración y atención como por la alteración del estado de salud del trabajador.

Es fundamental el consejo médico adecuado y la acción preventiva conjunta entre unidades de sueño y centros de

reconocimiento de conductores para conseguir informar y formar a los conductores y evitar la siniestralidad asociada a la somnolencia y falta de atención por SAHS.

Bibliografía

1. Mwenge GB, Rodenstein D. Public health and legal implications of OSA. *Eur Respir Mon.* 2010;50:216-24.
2. Sassani A, Findley LJ, Kryger M, et al. Reducing motor-vehicle collisions, costs, and fatalities by treating obstructive sleep apnea syndrome. *Sleep.* 2004;27:453-8.
3. European Commission Road Safety. Directive 2003/59/EC.
4. Ulfberg J, Carter N, Edling C. Excessive daytime sleepiness at work and subjective work performance in the general population and among heavy snorers and patients with obstructive sleep apnea. *J Work Environ Health.* 2000;26: 237-42.
5. Terán Santos J, Moreno G, Rodenstein DO. Medicina del sueño y profesionales del transporte. Aspectos médico-sociales con especial referencia al síndrome de apneas del sueño. *Arch Bronconeumol.* 2010;46:143-7.
6. Lindberg E, Carter N, Gislason T, et al. Role of snoring and daytime sleepiness in occupational accidents. *Am J Respir Crit Care Med.* 2001;164: 2031-5.
7. Rodenstein D. Cost-B26 action on sleep apnoea syndrome. Driving in Europe: the need of a common policy for drivers with obstructive sleep apnoea syndrome. *J Sleep Res.* 2008;17: 281-4.