

SAHS y trabajo nocturno: ¿Adaptar es suficiente?

Exposición del Caso: Técnico auxiliar de enfermería, 61 años, turno tarde-noche (4/mes) hospitalización de obstetricia. Solicita exención de turno nocturno por motivos de salud, refiere mal descanso, cefaleas desde 2020 y otras molestias que atribuye a privación de sueño, precisa AINE diarios.

Antecedentes: Síndrome de apneas-hipopneas del sueño (SAHS), tratamiento con presión continua positiva en vía respiratoria (CPAP) sin seguimiento clínico desde 2020. Hipotiroidismo, obesidad preclínica, exfumadora.

Valorado el caso en sesión (patología/puesto), se recomienda que retome el control del SAHS previo a otras actuaciones y control de otros factores contribuyentes. Muestra disconformidad con el abordaje de su patología; solo quiere adecuación.

Resultados: Se le informa en varias consultas sobre la importancia de controlar su patología de base. Finalmente, accede al seguimiento clínico, evidenciándose SAHS grave, mal corregido, que precisa ajuste de parámetros de CPAP. Se procede a la adecuación de puesto temporal, con exención de noches, mientras se corrige el SAHS. Revisión en 3 meses.

Conclusiones: El SAHS reduce calidad de vida y rendimiento laboral, causando somnolencia, cansancio, problemas cognitivos y emocionales. Sin tratamiento, aumenta el riesgo de enfermedades cardiovasculares y deterioro cognitivo. Es esencial un seguimiento adecuado y educar al trabajador, especialmente a quien rechaza evaluaciones o tratamientos necesarios para su salud y seguridad laboral. Conviene priorizar esto más allá de adaptaciones laborales temporales o cumplir expectativas, que podrían mejorar levemente la sintomatología, pero no curarla. La máxima del médico del trabajo será siempre velar por la salud de sus trabajadores.

Tabla 1. Prevalencia del SAHS en diferentes países

País	Estudio	Número de sujetos/intervalo de edad
España	Duran <i>et al.</i> , 2001 ¹²	Hombres: 325 / Mujeres: 235 Edad: (30-70)
Polonia	Plywaczewski <i>et al.</i> , 2008 ¹³	Hombres: 356 / Mujeres: 320 Edad: (30-60)
Hispanoamérica*	Bousoulet <i>et al.</i> , 2008 ¹⁴	Total: 4.533 Edad: ≥ 40
Brasil	Noal <i>et al.</i> , 2005 ¹⁵	Total: 3.136 Edad: ≥ 40
EE.UU.	Young <i>et al.</i> , 1993 ¹⁶	Hombres: 352 / Mujeres: 250 Edad: (30-60)
	Bixler <i>et al.</i> , 2001 ¹⁷	Hombres: 741 / Mujeres: 1.000 Edad: (20-100)

Fuente: Evaluación sanitaria y socioeconómica del síndrome de apneas e hipopneas del sueño (SAHS) en España. Sociedad Española del Sueño. 2015.

Tabla 2. Estudios que evalúan la relación entre SAHS y enfermedad cardiovascular y cerebrovascular

Autor	N.º	Tiempo de seguimiento	IAH	OR/RR	Medida de resultado
Yaggi <i>et al.</i> , 2005 ^{*35}	1.022	3,4 años	≥ 5	1,97	ACV y muerte
Marín <i>et al.</i> , 2005 ^{*34}	1.387	10,1 años	> 30	Fatal: 2,87 No fatal: 3,17	Accidente cardiovascular (IAM y ACV) fatal y no fatal
Muñoz <i>et al.</i> , 2006 ^{**36}	394	6 años	≥ 30	2,52	ACV
Redline <i>et al.</i> , 2010 ^{**38}	5.422	8,7 años	> 19	2,86 (Hombres)	ACV

*Estudios realizados en población con un SAHS.

**Estudios realizados en población general.

OR: *odds ratio*; RR: riesgo relativo; IAH: índice de apnea-hipopnea; ACV: accidente cerebrovascular; IAM: infarto agudo de miocardio.

Fuente: Evaluación sanitaria y socioeconómica del síndrome de apneas e hipopneas del sueño (SAHS) en España. Sociedad Española del Sueño. 2015.

250 PALABRAS