

Detección de Síndrome de Apnea del Sueño

FICHA DETECCIÓN DE S.A.S. (Conductores de maquinaria pesada, transporte de personal, transporte de materiales peligrosos)

1. FILIACIÓN

Apellidos y Nombres	SANCHEZ MONTERO, OSTAIVIO	Fecha: 15/11/2021
DNI: 00117550160	F. Nacimiento: 22/05/1984	Sexo: M (☒) F ()
Área de trabajo:	TRANSPORTACION	Tipo Licencia: 3
Empresa	JFORTUNA	
Trabaja de noche	Si () No (☒)	# días trabajo: # días descanso:
Años que trabaja en dicho horario de trabajo		0 AÑOS

2. ANTECEDENTES PERSONALES

Apnea del sueño	Si () No (☒)	Último control:	
HTA: Si () No (☒)		Medicación: (riesgo >2)	
Polisomnografía (PSG) realizada alguna vez:	Fecha de última PSG:	N/A	
Antecedente de choque de vehículo:	En mina: Si () No (☒) (si es NO, pase a sección 4)	Fuera de mina: Si () No (☒) (si es NO, pase a sección 4)	

Detalle lo siguiente de los antecedentes del (los) choques (incidentes o accidentes):

	SI	NO
Criterio 1: Se "cabeceó" y por ello le ocurrió un accidente (incidente) con un vehículo (alguna vez)		

Criterio 2 (2 o más es positivo)

Accidente ocurrido en las últimas 5 horas de un turno nocturno o entre las 14 y 17 horas (tarde)

AUSENCIA DE evidencia de maniobra evasiva del chofer para evitar la colisión

Colisión frontal del vehículo contra otro, cayó a un precipicio, río o chocó contra un poste, puente, edificio u otra estructura estática sin motivo aparente

Vehículo que invadió el otro carril o se desvió sin causa aparente

El conductor no recuerda claramente lo ocurrido 10 segundos antes del impacto

El conductor tomó alguna medicación o recientemente terminó un tratamiento con medicinas que causan somnolencia (benzodicepinas, antihistamínicos, relajantes musculares o antidepressivos, Etc.)

El conductor se encontraba en horas extra (excediendo sus horas habituales de trabajo) o realizando días adicionales de trabajo (sobretiempo)

Clasificación del (los) "Choques" o accidentes vehiculares del postulante	SI	NO
Accidente confirmado por Somnolencia (Criterio 1 positivo)		
Accidente con alta sospecha de somnolencia (Criterio 2 positivo)		
Accidente con escasa evidencia/ sospecha por somnolencia (solo 1 ítem de Criterio 2)		
No se dispone de datos suficientes para clasificar el (los) incidentes		
Accidente no debido a somnolencia (información suficiente que descarta la somnolencia)		

3. ENTREVISTA AL PACIENTE:

	SI	NO
En los últimos 5 años, su pareja o esposa le ha comentado que ronca al dormir	X	
En los últimos 5 años, su pareja o esposa le ha comentado que hacer ruidos al respirar mientras duerme		X
En los últimos 5 años, su pareja o esposa le ha comentado que deja de respirar cuando duerme (pausa respiratoria)		X
Comparado con sus compañeros, usted siente que tiene más sueño o cansancio que ellos mientras trabaja		X
¿Tiene usted un familiar con Apnea del sueño?		X
Ha tenido algún accidente o incidente vehicular considerado "por falla humana"		X

Declaro que las respuestas son ciertas según mi leal saber y entender. En caso de ser requeridos, los resultados del examen médico pueden ser revelados, en términos generales, al Departamento de Salud Ocupacional de la compañía. Los resultados pueden ser enviados a mi médico particular de ser considerado necesario.



Firma del trabajador o postulante
DNI:



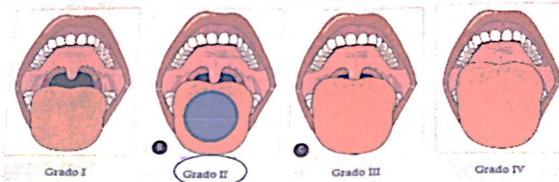
Detección de Síndrome de Apnea del Sueño

Está recibiendo tratamiento para Apnea del sueño con CPAP	☒
Se le ha realizado una PSG durante el sueño para descartarle un trastorno del sueño	☒
Puntuación de la Escala de Epworth (ESS) (Nunca=0, poca=1, moderada=2, alta=3)	
Total puntos (sumatoria) >10=*	

4. EXÁMEN FÍSICO:

Peso (kg): <u>66.22</u>	Talla (mts): <u>1.70</u>	IMC (Kg/m ²): <u>22.87</u> (> 35 es de alto riesgo)
Circunferencia de cuello: <u>37.5</u> (cm)	Varón (menor de 43.2 cm, es normal) Normal: Si () No (X)	Mujer (menor de 40.6 cm, es normal) Normal: Si () No ()
P. Sistólica: <u>110</u> mm Hg	P. Diastólica: <u>70</u> mm Hg	HTA nueva Si (X) No ()

Evaluación de vía aérea superior MALLAMPATI (marque con una X)



5. CONCLUSIÓN DE LA EVALUACIÓN

*Ampliación: oximetría, polisomnografía, seguimiento tratamiento, interconsulta SI NO

RIESGO ALTO: (criterio A o B positivo)

Criterio A: Excesiva somnolencia (Epworth > 15 o cabeceo presenciado durante espera), incidente por somnolencia o con alta sospecha (último año)

Criterio B: Antecedente de SAS sin control reciente o sin cumplimiento de tratamiento (con CPAP o cirugía)

Acción requerida: en **RIESGO ALTO**, el paciente requiere pruebas ampliatorias (oximetría, PSG o certificación de cumplimiento de tratamiento de apnea del sueño)

RIESGO MEDIO: (Criterio C, D o E positivo)

Criterio C: Historia de higiene de sueño sugiere SAS (ronquidos + pausas respiratorias + Epworth >10)

Criterio D: Cumple con 2 o más de los siguientes:

- IMC mayor o igual a 30
- Hipertensión Arterial (nueva o no controlada con una sola medicación)
- Circunferencia del cuello anormal
- Puntuación de Epworth mayor de 10 y menor de 16
- Antecedente de trastorno del sueño (diagnosticado) sin seguimiento
- Índice de apnea-hipopnea (AHI) mayor de 5 y menor de 30

Criterio E: Evaluación de vía aérea superior patológica*(Mallampati III o IV)

Acción requerida: en **RIESGO MEDIO**, el paciente TIENE 3 MESES de aptitud TEMPORAL. Requiere pruebas ampliatorias (oximetría, PSG o certificación de cumplimiento de tratamiento de apnea del sueño) antes de emitir aptitud por 12 meses.

RIESGO BAJO: Apto para conducir vehículos (ningún criterio positivo)

Nombre y Apellidos del Médico – N° de Colegiatura

Observaciones/recomendaciones:

Declaro que las respuestas son ciertas según mi leal saber y entender. En caso de ser requeridos, los resultados del examen médico pueden ser revelados, en términos generales, al Departamento de Salud Ocupacional de la compañía. Los resultados pueden ser enviados a mi médico particular de ser considerado necesario.

Estanislao

Firma del trabajador o postulante
DNI: _____

Índice Derecho

