

## Detección de Síndrome de Apnea del Sueño

FICHA DETECCIÓN DE S.A.S. (Conductores de maquinaria pesada, transporte de personal, transporte de materiales peligrosos)			
<b>1. FILIACIÓN</b>			
Apellidos y Nombres	JOSE ANTONIO REYES CASTILLO	Fecha: 24/11/2021	
DNI	12300005563	F. Nacimiento: 02/08/1973	Sexo: M ( X ) F ( )
Área de trabajo:	OP. DE EQUIPO PESADO	Tipo Licencia: 3	
Empresa	IDC	# días trabajo: 6	# días descanso: 2
Trabaja de noche	Si ( X ) No ( )	<b>1 AÑO</b>	
Años que trabaja en dicho horario de trabajo			
<b>2. ANTECEDENTES PERSONALES</b>			
Apnea del sueño	Si ( ) No ( X )	Último control:	
HTA:	Si ( ) No ( X )	Medicación: (riesgo >2)	
Polisomnografía (PSG) realizada alguna vez: Si ( ) No ( X )	Fecha de última PSG:	N/A	
Antecedente de choque de vehículo:	En mina: Si ( ) No ( X ) (si es NO, pase a sección 4)	Fuera de mina: Si ( ) No ( X ) (si es NO, pase a sección 4)	
Detalle lo siguiente de los antecedentes de (los) choques (incidentes o accidentes):			
	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
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		<b>SI</b>	<b>NO</b>
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)			
<b>3. ENTREVISTA AL PACIENTE:</b>			
	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
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	
Está recibiendo tratamiento para Apnea del sueño con CPAP		X	
Declaro que las respuestas son ciertas según mi real 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:  Índice Detecho: 	

## Detección de Síndrome de Apnea del Sueño

Se le ha realizado una PSG durante el sueño para descartarle un trastorno del sueño		<input checked="" type="checkbox"/>	X
<b>PUNTUACIÓN DE LA ESCALA DE EPWORTH (ESS)</b> (Nunca=0, poca=1, moderada=2, alta=3)		Total puntos (sumatoria) >10*	
<b>4. EXÁMEN FÍSICO:</b>			
Peso (kg): 102.06	Talla (mts): 180.34	IMC (Kg/m <sup>2</sup> ): 31.38 (> 35 es de alto riesgo)	
Circunferencia de cuello: 44.0 (cm)	Varón (menor de 43.2 cm, es normal) Normal: Si ( X ) No ( )	Mujer (menor de 40.6 cm, es normal) Normal: Si ( ) No ( )	
P. Sistólica: 120 mm Hg	P. Diastólica: 80 mm Hg	HTA nueva Si ( X )	No ( )
Evaluación de vía aérea superior MALLAMPATI (marque con una X)			
<b>5. CONCLUSIÓN DE LA EVALUACIÓN</b>			
*Ampliación: oximetría, polisomnografía, seguimiento tratamiento, interconsulta		SI	NO
<b>RIESGO ALTO:</b> (criterio A o B positivo)			
<p><b>Criterio A:</b> Excesiva somnolencia (Epworth &gt; 15 o cabeceo presenciado durante espera), incidente por somnolencia o con alta sospecha (último año)</p> <p><b>Criterio B:</b> Antecedente de SAS sin control reciente o sin cumplimiento de tratamiento (con CPAP o cirugía)</p>			
<b>Acción requerida:</b> en RIESGO ALTO, el paciente requiere pruebas ampliatorias (oximetría, PSG o certificación de cumplimiento de tratamiento de apnea del sueño)			
<b>RIESGO MEDIO:</b> (Criterio C, D o E positivo)			
<p><b>Criterio C:</b> Historia de higiene de sueño sugiere SAS (ronquidos + pausas respiratorias + Epworth &gt;10)</p> <p><b>Criterio D:</b> 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</p> <p><b>Criterio E:</b> Evaluación de vía aérea superior patológica*(Mallampati III o IV)</p>			
<b>Acción requerida:</b> 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.			
<b>RIESGO BAJO:</b> Apto para conducir vehículos (ningún criterio positivo)		X	
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.			
		Firma del trabajador o postulante	Índice Derecho
		DNI:	