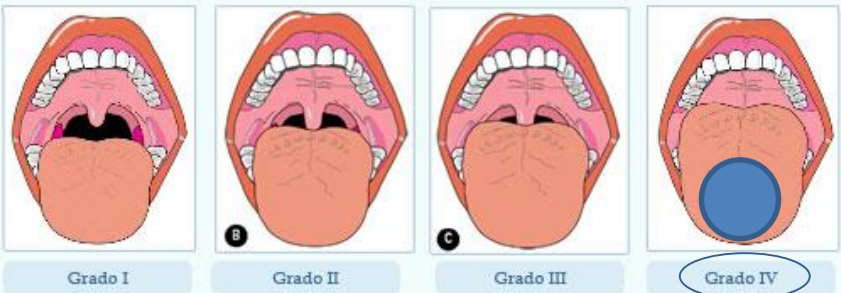


## Detección de Síndrome de Apnea del Sueño

| FICHA DETECCIÓN DE S.A.S.<br>(Conductores de maquinaria pesada, transporte de personal,<br>transporte de materiales peligrosos)                                                                  |               |                                                         |                                                               |                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| <b>1. FILIACIÓN</b>                                                                                                                                                                              |               |                                                         |                                                               |                                |
| Apellidos y Nombres                                                                                                                                                                              |               | ELY ANTHONY ALBERTO GREEN                               |                                                               | Fecha 01/05/2024               |
| DNI                                                                                                                                                                                              | 048-0084265-2 | F. Nacimiento                                           | 30/07/1984                                                    | Sexo M (X) F ( )               |
| Área de trabajo:                                                                                                                                                                                 |               | CHOFER                                                  |                                                               | Tipo Licencia: 4               |
| Empresa                                                                                                                                                                                          |               | Maimon Taxi                                             |                                                               |                                |
| Trabaja de noche                                                                                                                                                                                 |               | Si ( ) No (X)                                           | # días trabajo:4                                              | # días descanso:2              |
| Años que trabaja en dicho horario de trabajo                                                                                                                                                     |               | <b>6 AÑOS</b>                                           |                                                               |                                |
| <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 )<br>(si es NO, pase a sección 4) | Fuera de mina: Si ( ) No (X )<br>(si es NO, pase a sección 4) |                                |
| Detalle lo siguiente de los antecedentes del (los) choques (incidentes o accidentes):                                                                                                            |               |                                                         |                                                               |                                |
|                                                                                                                                                                                                  |               |                                                         |                                                               | <b>SI</b>                      |
|                                                                                                                                                                                                  |               |                                                         |                                                               | <b>NO</b>                      |
| <b>Criterio 1:</b> Se "cabeceó" y por ello le ocurrió un accidente (incidente) con un vehículo (alguna vez)                                                                                      |               |                                                         |                                                               |                                |
| <b>Criterio 2</b> (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 (benzodiazepinas, antihistamínicos, relajantes musculares o antidepresivos, etc) |               |                                                         |                                                               |                                |
| El conductor se encontraba en horas extra (excediendo sus horas habituales de trabajo) o realizando días adicionales de trabajo (sobretiempo)                                                    |               |                                                         |                                                               |                                |
| <b>Clasificación del (los) "Choques" o accidentes vehiculares del postulante</b>                                                                                                                 |               |                                                         |                                                               | <b>SI</b>                      |
| Accidente confirmado por Somnolencia (Criterio 1 positivo)                                                                                                                                       |               |                                                         |                                                               | <b>NO</b>                      |
| 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>S</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                              |
| Se le ha realizado una PSG durante el sueño para descartarle un trastorno del sueño                                                                                                              |               |                                                         |                                                               | X                              |
| <b>PUNTUACIÓN DE LA ESCALA DE EPWORTH (ESS)</b>                                                                                                                                                  |               |                                                         |                                                               | Total puntos (sumatoria) >10** |

## Detección de Síndrome de Apnea del Sueño

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                 |                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| (Nunca=0, poca=1, moderada=2, alta=3)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                 |                                                                 |
| <b>4. EXÁMEN FÍSICO:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                 |                                                                 |
| Peso (kg): 91.63                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Talla (CM): 170                                                 | IMC (Kg/m <sup>2</sup> ): 31.71<br>(> 35 es de alto riesgo)     |
| Circunferencia de cuello:<br>42 (cm)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Varón (menor de 43,2 cm, es normal)<br>Normal: Si (X)    No ( ) | Mujer (menor de 40,6 cm, es normal)<br>Normal: Si ( )    No ( ) |
| P. Sistólica: ___120___ mm Hg                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | P. Diastólica: ___70___ mm Hg                                   | HTA nueva Si ( X )    No ( )                                    |
| Evaluación de vía aérea superior MALLAMPATI (marque con una X)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                 |                                                                 |
|  <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> <span>Grado I</span> <span>Grado II</span> <span>Grado III</span> <span style="border: 1px solid blue; border-radius: 50%; padding: 2px;">Grado IV</span> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                 |                                                                 |
| <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 <b>RIESGO ALTO</b> , 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:<br/> IMC mayor o igual a <b>30</b><br/> Hipertensión Arterial (nueva o no controlada con una sola medicación)<br/> Circunferencia del cuello anormal<br/> Puntuación de Epworth mayor de 10 y menor de 16<br/> Antecedente de trastorno del sueño (diagnosticado) sin seguimiento<br/> Índice de apnea-hipopnea (AHI) mayor de 5 y menor de 30</p> <p><b>Criterio E:</b> Evaluación de vía aérea superior patológico*(Mallampati III o IV)</p> |                                                                 |                                                                 |
| <b>Acción requerida:</b> en <b>RIESGO MEDIO</b> , 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                 |                                                                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                 |                                                                 |

## Detección de Síndrome de Apnea del Sueño

Observaciones/recomendaciones: