

## Detección de Síndrome de Apnea del Sueño

| <b>FICHA DETECCIÓN DE S.A.S.</b><br>(Conductores de maquinaria pesada, transporte de personal, transporte de materiales peligrosos)   |                 |   |   |                   |  |
|---|-----------------|---|---|-------------------|--|
| <b>1. FILIACIÓN</b>   |                 |   |   |                   |  |
| Apellidos y Nombres   |                 | CASTILLO DE LOS SANTOS, FRANCISCO   |   | Fecha: 30/09/2021 |  |
| DNI   | 0680034336<br>7 | F. Nacimiento:  | 01/03/1977  | Sexo              | M ( <input checked="" type="checkbox"/> ) F ( <input type="checkbox"/> ) |
| Área de trabajo:  |                 | CHOFER DE CAMION  |   | Tipo Licencia: 4  |  |
| Empresa   |                 | IDC   |   |                   |  |
| Trabaja de noche  |                 | Si ( <input checked="" type="checkbox"/> ) No ( <input type="checkbox"/> )  | # días trabajo:   | # días descanso:  |  |
| Años que trabaja en dicho horario de trabajo  |                 | 0   |   |                   |  |
| <b>2. ANTECEDENTES PERSONALES</b>   |                 |   |   |                   |  |
| Apnea del sueño   |                 | Si ( <input type="checkbox"/> ) No ( <input checked="" type="checkbox"/> )  | Último control:   |                   |  |
| HTA: Si ( <input type="checkbox"/> ) No ( <input checked="" type="checkbox"/> )   |                 | Medicación: (riesgo >2)   |   |                   |  |
| Polisomnografía (PSG) realizada alguna vez: Si ( <input type="checkbox"/> ) No ( <input checked="" type="checkbox"/> )  |                 | Fecha de última PSG:  | N/A   |                   |  |
| Antecedente de choque de vehículo:  |                 | En mina: Si ( <input type="checkbox"/> ) No ( <input checked="" type="checkbox"/> )<br>(si es NO, pase a sección 4) | Fuera de mina: Si ( <input type="checkbox"/> ) No ( <input checked="" type="checkbox"/> )<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>  |
| 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 (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)   |                 |   |   |                   |  |
| 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  |

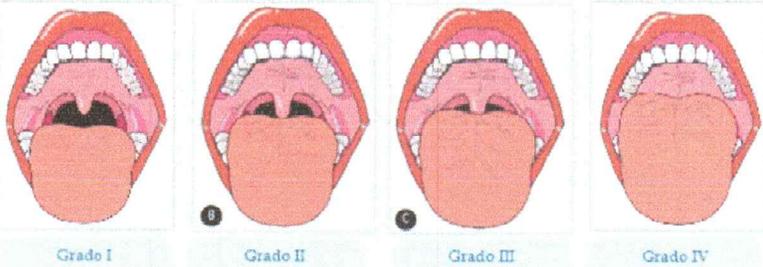
Declaro que las respuestas son ciertas según mi leal saber y entender. En caso de ser requeridos, los resultados del examen médico pueden ser revelados, en términos generales, al Departamento de Salud Ocupacional de la compañía. Los resultados pueden ser enviados a mi médico particular de ser considerado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

*J. W. Castro*  
Firma del trabajador o postulante  
DNI:

Índice Derecho



## Detección de Síndrome de Apnea del Sueño

|  |   |  |
|--|---|--|
| 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><br>(Nunca=0, poca=1, moderada=2, alta=3)   |   | Total puntos (sumatoria) >10**   |
| <b>4. EXÁMEN FÍSICO:</b>   |   |  |
| Peso (kg): <u>76.2</u>   | Talla (mts): <u>1.70</u>  | IMC (Kg/m <sup>2</sup> ): <u>26.31</u><br>(> 35 es de alto riesgo)   |
| Circunferencia de cuello:<br><u>40</u> (cm)  | Varón (menor de 43,2 cm, es normal)<br>Normal: Si ( <input checked="" type="checkbox"/> ) No ( <input type="checkbox"/> ) | Mujer (menor de 40.6 cm, es normal)<br>Normal: Si ( <input type="checkbox"/> ) No ( <input type="checkbox"/> ) |
| P. Sistólica: <u>120</u> mm Hg   | P. Diastólica: <u>70</u> mm Hg  | HTA nueva Si ( <input checked="" type="checkbox"/> ) No ( <input type="checkbox"/> )                           |
| 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 <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   |  |
| <b>Nombre y Apellidos del Médico – N° de Colegiatura</b>   |   |  |
| 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 terminos generales, al Departamento de Salud Ocupacional de la compañía. Los resultados pueden ser enviados a mi médico particular de ser considerado necesario.   | Firma <i>[Firma]</i><br>del trabajador o postulante<br>DNI:   | Índice Derecho   |

## Detección de Síndrome de Apnea del Sueño

|  |
|--|
|  |
|--|

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 terminos 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:

Índice Derecho

✕