

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 | | JAVIER PEREZ LIRIANO | | Fecha 21/03/2024 | |
| DNI | 402-1317558-7 | F. Nacimiento | 25/10/1998 | Sexo | M (<input checked="" type="checkbox"/>) F (<input type="checkbox"/>) |
| Área de trabajo: | | OPERADOR | | Tipo Licencia: 4 | |
| Empresa | | CENTRO DE SERVICIOS MORENO, SRL | | | |
| Trabaja de noche | | Si (<input checked="" type="checkbox"/>) No (<input type="checkbox"/>) | # días trabajo: 6 | # días descanso: 1 | |
| Años que trabaja en dicho horario de trabajo | | NUEVO INGRESO | | | |
| 2. ANTECEDENTES PERSONALES | | | | | |
| Ápnea 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"/>) (si es NO, pase a sección 4) | Fuera de mina: Si (<input type="checkbox"/>) No (<input checked="" type="checkbox"/>) (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 (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 | | | | 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 |

Detección de Síndrome de Apnea del Sueño

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

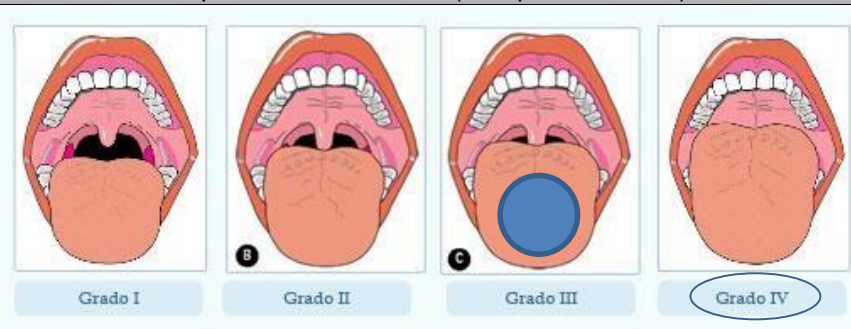
| | | |
|---|--|---|
| Está recibiendo tratamiento para Apnea del sueño con CPAP | | X |
| Se le ha realizado una PSG durante el sueño para descartarle un trastorno del sueño | | X |

| | |
|--|--------------------------------|
| PUNTUACIÓN DE LA ESCALA DE EPWORTH (ESS) (Nunca=0, poca=1, moderada=2, alta=3) | Total puntos (sumatoria) >10** |
|--|--------------------------------|

4. EXÁMEN FÍSICO:

| | | |
|---|--|--|
| Peso (kg): 64.86 | Talla (CM): 165.99 | IMC (Kg/m2): 23.54 (> 35 es de alto riesgo) |
| Circunferencia de cuello: 38 (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: ___100___ mm P.) Hg mm Hg | Diastólica: ___80___ | 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 patológico*(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.

Detección de Síndrome de Apnea del Sueño

| | | |
|--|---|--|
| RIESGO BAJO: Apto para conducir vehículos (ningún criterio positivo) | X | |
| Nombre y Apellidos del Médico – Nº de Colegiatura <i>Dr. William Peters</i> — | | |

Observaciones/recomendaciones: