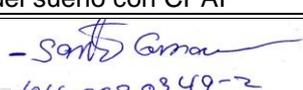
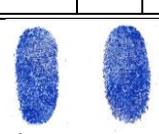
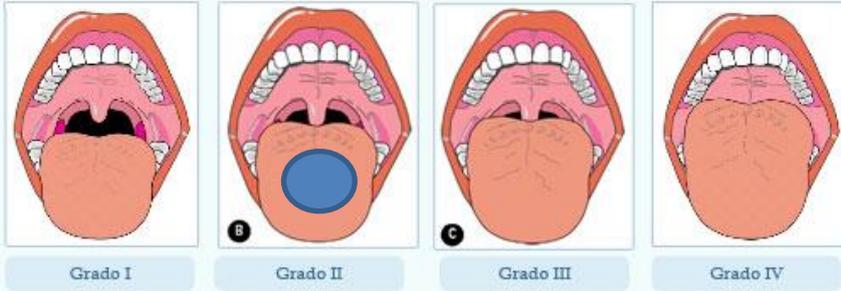
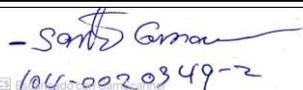


Detección de Síndrome de Apnea del Sueño

FICHA DETECCIÓN DE S.A.S. (Conductores de maquinaria pesada, transporte de personal, transporte de materiales peligrosos)			
1. FILIACIÓN			
Apellidos y Nombres		SANTO GUZMAN	
Fecha: 04/05/2022		DNI: 104-0020349-2	
F. Nacimiento: 01 / 01 / 1982		Sexo: M (X) F ()	
Área de trabajo: MONTARGA		Tipo Licencia: 3	
Empresa: RENDERING SRL			
Trabaja de noche		Si (X) No ()	# días descanso: _____
Años que trabaja en dicho horario de trabajo		# días trabajo: 20	
		0 años	
2. ANTECEDENTES PERSONALES			
Apnea del sueño		Si () No (X)	Último control: NA
HTA: Si () No (X)		Medicación: (riesgo >2)	
Polisomnografía (PSG) realizada alguna vez: Si () No (X)		Fecha de última PSG:	NA
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 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			
En los últimos 5 años, su pareja o esposa le ha comentado que hacer ruidos al respirar mientras duerme			
En los últimos 5 años, su pareja o esposa le ha comentado que deja de respirar cuando duerme (pausa respiratoria)			
Comparado con sus compañeros, usted siente que tiene más sueño o cansancio que ellos mientras trabaja			
¿Tiene usted un familiar con Apnea del sueño?			
Ha tenido algún accidente o incidente vehicular considerado "por falla humana"			
Está recibiendo tratamiento para Apnea del sueño con CPAP			
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: 104-0020349-2	
		 Índice Derecho	

Detección de Síndrome de Apnea del Sueño

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** 0	
4. EXÁMEN FÍSICO:			
Peso (kg): <u>84</u>	Talla (mts): <u>1.52</u>	IMC (Kg/m2): <u>36.33</u> (> 35 es de alto riesgo)	
Circunferencia de cuello: _____ (cm)	Varón (menor de 43,2 cm, es normal) Normal: Si () No ()	Mujer (menor de 40.6 cm, es normal) Normal: Si () No ()	
P. Sistólica: <u>135</u> mm Hg	P. Diastólica: <u>85</u> mm Hg	HTA nueva Si (<input checked="" type="checkbox"/>) No (<input type="checkbox"/>)	
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)			
<p>Criterio A: Excesiva somnolencia (Epworth > 15 o cabeceo presenciado durante espera), incidente por somnolencia o con alta sospecha (último año)</p> <p>Criterio B: Antecedente de SAS sin control reciente o sin cumplimiento de tratamiento (con CPAP o cirugía)</p>			
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)			
<p>Criterio C: Historia de higiene de sueño sugiere SAS (ronquidos + pausas respiratorias + Epworth >10)</p> <p>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</p> <p>Criterio E: Evaluación de vía aérea superior patológico*(Mallampati III o IV)</p>			
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)		X	
Nombre y Apellidos del Médico – Nº de Colegiatura			
DR. WILTON ALVAREZ			
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 DNI: _____	
		 Índice Derecho	

Detección de Síndrome de Apnea del Sueño

Escala de Somnolencia de EPWORTH

Johns MW. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth Sleepiness Scale. Sleep 1991; 14: 540-545.

Se trata de una escala autoadministrada. El evaluador debe explicar al paciente el modo de contestar a las preguntas y este último debe de rellenar el formulario.

PREGUNTA

¿Con qué frecuencia se queda Vd. dormido en las siguientes situaciones? Incluso si no ha realizado recientemente alguna de las actividades mencionadas a continuación, trate de imaginar en qué medida le afectarían.

Utilice la siguiente escala y elija la cifra adecuada para cada situación.

- 0 = nunca se ha dormido
- 1 = escasa posibilidad de dormirse
- 2 = moderada posibilidad de dormirse

Valore las situaciones asociadas a la somnolencia:

Sentado y leyendo

- Sin posibilidad de adormecerse (0 puntos)
- Ligera posibilidad de adormecerse (1 punto)
- Posibilidad moderada de adormecerse (2 puntos)
- Posibilidad alta de adormecerse (3 puntos)

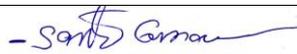
Viendo la televisión

- Sin posibilidad de adormecerse (0 puntos)
- Ligera posibilidad de adormecerse (1 punto)
- Posibilidad moderada de adormecerse (2 puntos)
- Posibilidad alta de adormecerse (3 puntos)

Sentado inactivo en un lugar público

- Sin posibilidad de adormecerse (0 puntos)
- Ligera posibilidad de adormecerse (1 punto)

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.


104-0020349-2

Firma del trabajador o postulante
DNI: _____



Índice Derecho

Detección de Síndrome de Apnea del Sueño

Posibilidad moderada de adormecerse (2 puntos)

Posibilidad alta de adormecerse (3 puntos)

Sentado durante una hora como pasajero en un coche

Sin posibilidad de adormecerse (0 puntos)

Ligera posibilidad de adormecerse (1 punto)

Posibilidad moderada de adormecerse (2 puntos)

Posibilidad alta de adormecerse (3 puntos)

Tumbado por la tarde para descansar

Sin posibilidad de adormecerse (0 puntos)

Ligera posibilidad de adormecerse (1 punto)

Posibilidad moderada de adormecerse (2 puntos)

Posibilidad alta de adormecerse (3 puntos)

Sentado y hablando con otra persona

Sin posibilidad de adormecerse (0 puntos)

Ligera posibilidad de adormecerse (1 punto)

Posibilidad moderada de adormecerse (2 puntos)

Posibilidad alta de adormecerse (3 puntos)

Sentado tranquilamente después de una comida (sin consumo de alcohol en la comida)

Sin posibilidad de adormecerse (0 puntos)

Ligera posibilidad de adormecerse (1 punto)

Posibilidad moderada de adormecerse (2 puntos)

Posibilidad alta de adormecerse (3 puntos)

Sentado en un coche, detenido durante unos pocos minutos por un atasco

Sin posibilidad de adormecerse (0 puntos)

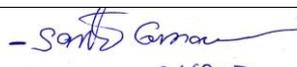
Ligera posibilidad de adormecerse (1 punto)

Posibilidad moderada de adormecerse (2 puntos)

Posibilidad alta de adormecerse (3 puntos)

TOTAL PUNTOS _____ 2 _____

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.


104-0020349-2

Firma del trabajador o postulante
DNI: _____



Índice Derecho

Detección de Síndrome de Apnea del Sueño

1 - 6 puntos: Sueño normal
7 - 8 puntos: Somnolencia media
9 - 24 puntos: Somnolencia anómala (posiblemente patológica)

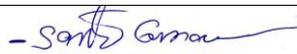
GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ESS	RANGO	DIAGNÓSTICO	EDAD
5.9 ± 2.2	2 - 10	NORMALES	30 ± 9
6.5 ± 3.0	0 - 11	RONQUIDO	45.7 ± 10
11.7 ± 4.6	4 - 23	SAOS	48.4 ± 10
17.5 ± 3.5	13 - 23	NARCOLEPSIA	46.6 ± 12
17.9 ± 3.1	12 - 24	HIPERSOMNIA	41.4 ± 14
2.2 ± 2.0	0 - 6	INSOMNIO	40.3 ± 14.6
9.2 ± 4.0	2 - 16	SPI + MPPS	52.5 ± 10.3

PUNTUACIONES DEL ESS EN EL SAOS

Grado de SAOS	Media IHA ± DS	Sujetos M/F	Puntuación media ± DS	Rango
SAOS leve	8.8 ± 2.3	22 (22/1)	9.5 ± 3.3	4 - 16
SAOS mod.	21.1 ± 4.0	20 (20/0)	11.5 ± 4.2	5 - 20
SAOS severo	49.5 ± 9.6	13 (21/1)	16.0 ± 4.4	8 - 23

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: _____



Índice Derecho