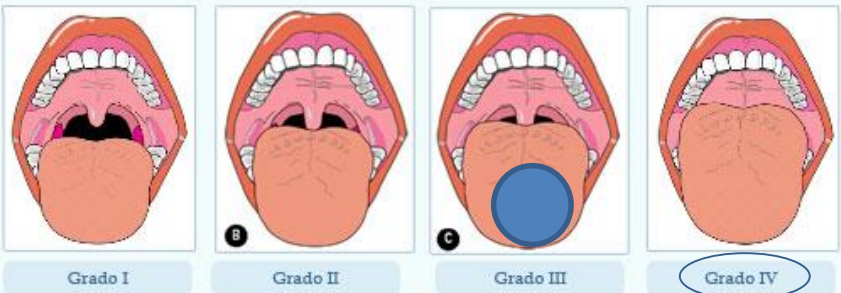


## Detección de Síndrome de Apnea del Sueño

| 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                                                                                                                                                                              |               | SANDY FIGUEROO GONZALEZ                                                                                             |  | Fecha 23/03/2024                                                                                                          |                                                                          |           |
| DNI                                                                                                                                                                                              | 073-0016061-6 | F. Nacimiento 04/12/1981                                                                                            |  | Sexo                                                                                                                      | M ( <input checked="" type="checkbox"/> ) F ( <input type="checkbox"/> ) |           |
| Área de trabajo:                                                                                                                                                                                 |               | CHOFER                                                                                                              |  | Tipo Licencia: 3                                                                                                          |                                                                          |           |
| Empresa                                                                                                                                                                                          |               | J FORTUNA                                                                                                           |  |                                                                                                                           |                                                                          |           |
| 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                                                                                                                                                     |               | <b>2 AÑOS Y 4 MESES</b>                                                                                             |  |                                                                                                                           |                                                                          |           |
| <b>2. ANTECEDENTES PERSONALES</b>                                                                                                                                                                |               |                                                                                                                     |  |                                                                                                                           |                                                                          |           |
| 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"/> )<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         |
| Ha tenido algún accidente o incidente vehicular considerado "por falla humana"                                                                                                                   |               |                                                                                                                     |  |                                                                                                                           |                                                                          | X         |
| Está recibiendo tratamiento para Ápnea 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): 94.80                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Talla (CM): 173.99                                              | IMC (Kg/m <sup>2</sup> ): 31.32<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: ___110___ 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)<br><br><u>Criterio A:</u> Excesiva somnolencia (Epworth > 15 o cabeceo presenciado durante espera), incidente por somnolencia o con alta sospecha (último año)<br><u>Criterio B:</u> Antecedente de SAS sin control reciente o sin cumplimiento de tratamiento (con CPAP o cirugía)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                 | <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 10px auto;"></div>                      |
| <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)<br><u>Criterio C:</u> Historia de higiene de sueño sugiere SAS (ronquidos + pausas respiratorias + Epworth >10)<br><u>Criterio D:</u> 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<br><u>Criterio E:</u> Evaluación de vía aérea superior patológico*(Mallampati III o IV) |                                                                 | <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 10px auto;"></div>                      |
| <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)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                 | <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 10px auto; text-align: center;">X</div> |
| Nombre y Apellidos del Médico – N° de Colegiatura<br><br><div style="font-family: cursive; font-size: 1.5em; color: blue; text-align: center;">Dr. William Botex</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                 |                                                                                                                 |

## Detección de Síndrome de Apnea del Sueño

Observaciones/recomendaciones: