# 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 | YESSI MICHAEL SANTOS SOTO | | Fecha: 30/1/2024 |
| DNI 402-2367384-5 | F. Nacimiento: **21/5/1995** | | Sexo M ( X ) F ( ) |
| Área de trabajo: | CHOFER | | Tipo Licencia: 3 |
| Empresa | **MAIMON TAXI** | | |
| Trabaja de noche | Si ( ) No ( X ) | # días trabajo: 5 | # días descanso: 2 |
| Años que trabaja en dicho horario de trabajo | **NUEVO INGRESO** | | |

| **2. ANTECEDENTES PERSONALES** | | | |
|---|---|---|---|
| Ápnea 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 ) (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 (benzodiacepinas, 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 |
| 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 |

| | | |
|---|---|---|
| **Declaro que las respuestas son ciertas según mi leal saber** | YESSI Michael Santos 402-2367384-5 | |
| **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<br>DNI: _____ | Índice Derecho |

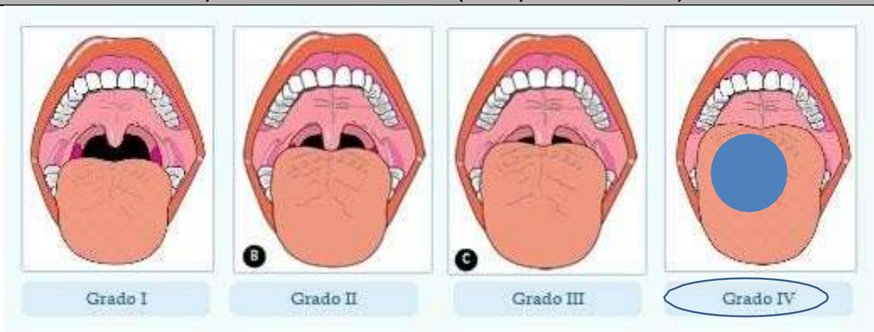
# Detección de Síndrome de Apnea del Sueño

| | | |
|---|---|---|
| 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): 100.70 | Talla (mts): 1.75 | IMC (Kg/m2): 32 (> 35 es de alto riesgo) |
| Circunferencia de cuello: 43 (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: 120 mm Hg | P. Diastólica: 80 mm Hg | HTA nueva Si ( ) No ( X ) |

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)<br>**Criterio A**: Excesiva somnolencia (Epworth > 15 o cabeceo presenciado durante espera), incidente por somnolencia o con alta sospecha (último año)<br>**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)<br>**Criterio C**: Historia de higiene de sueño sugiere SAS (ronquidos + pausas respiratorias + Epworth >10)<br>**Criterio D**: Cumple con 2 o más de los siguientes:<br>IMC mayor o igual a **30**<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 ápnea-hipopnea (AHI) mayor de 5 y menor de 30<br>**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. | | |
| **RIESGO BAJO: Apto para conducir vehículos (ningún criterio positivo)** | X | |
| **Nombre y Apellidos del Médico – Nº de Colegiatura** | | |

| | | |
|---|---|---|
| **Declaro que las respuestas son ciertas según mi leal saber 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.** | YESSI Michael Santos<br>Firma del trabajador o postulante<br>DNI: ______________________ | <br>Índice Derecho |

## Detección de Síndrome de Apnea del Sueño

## Nombre y Apellidos del Médico – Nº de Colegiatura

Aux. Hernandez

| | | |
|---|---|---|
| **Declaro que las respuestas son ciertas según mi leal saber 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.** | YESSi Michael SanTos<br>1102236733u5<br>Firma del trabajador o postulante<br>DNI: ______________________ | <br>Índice Derecho |