

Escala de Somnolencia de EPWORTH

ADALBERTO SANCHEZ ORTIZ

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)
- 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 _____1_____

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

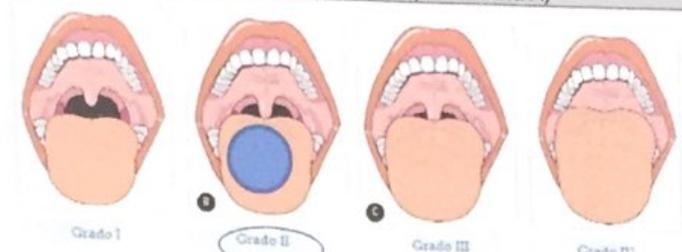
GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

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	ADALBERTO SANCHEZ ORTIZ	Fecha	11/12/2021
DNI	11800191435	F. Nacimiento	15/12/1979
Área de trabajo:	OP. DE EQUIPO PESADO	M (<input checked="" type="checkbox"/>)	F (<input type="checkbox"/>)
Empresa	IDC	Tipo Licencia: 3	
Trabaja de noche	Si (<input checked="" type="checkbox"/>) No (<input type="checkbox"/>)	# días trabajo	# días descanso
Años que trabaja en dicho horario de trabajo		NEGADO	
2. ANTECEDENTES PERSONALES			
Apnea del sueño	Si (<input type="checkbox"/>) No (<input checked="" type="checkbox"/>)	Ultimo 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):			
Criterio 1: Se "cabeceó" y por ello le ocurrió un accidente (incidente) con un vehículo (alguna vez)	SI	NO	
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 (benzodicepinas, antihistaminicos, 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 Apnea del sueño con CPAP		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.		 Firma del trabajador o postulante 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		<input checked="" type="checkbox"/>
PUNTUACIÓN DE LA ESCALA DE EPWORTH (ESS) (Nunca=0, poca=1, moderada=2, alta=3)		Total puntos (sumatoria) >10**
4. EXÁMEN FÍSICO:		
Peso (kg): <u>90.72</u>	Talla (mts): <u>170 18</u>	IMC (Kg/m2): <u>31.32</u> (> 35 es de alto riesgo)
Circunferencia de cuello: <u>37.2</u> (cm)	Varón (menor de 43,2 cm, es normal) Normal: Si (<input checked="" type="checkbox"/>) No ()	Mujer (menor de 40,6 cm, es normal) Normal: Si () No ()
P. Sistólica: <u>120</u> mm Hg	P. Diastólica: <u>80</u> mm Hg	HTA nueva Si (<input checked="" type="checkbox"/>) No ()
Evaluación de vía aérea superior MALLAMPATI (marque con una X)		
		
5. CONCLUSIÓN DE LA EVALUACIÓN		
*Ampliación: oximetría, polisomnografía, seguimiento tratamiento, interconsulta		
RIESGO ALTO: (criterio A o B positivo)	SI	NO
<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)	SI	NO
<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)	<input checked="" type="checkbox"/>	
Nombre y Apellidos del Médico – N° de Colegiatura		
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

