

# Escala de Somnolencia de EPWORTH

SALUSTINO JIMENEZ BELTRE

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

X  

- 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

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

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

## Detección de Síndrome de Apnea del Sueño

<b>FICHA DETECCIÓN DE S.A.S.</b> (Conductores de maquinaria pesada, transporte de personal, transporte de materiales peligrosos)			
<b>1. FILIACIÓN</b>			
Apellidos y Nombres	SALUSTIANO JIMENEZ BELTRE	Fecha 08/12/2021	
DNI 04800556716	F. Nacimiento 26/10/1974	M ( <input checked="" type="checkbox"/> ) F ( )	
Área de trabajo:	OP. DE EQUIPOS PESADOS	Tipo Licencia: 3	
Empresa	ORELTA		
Trabaja de noche	Si ( <input checked="" type="checkbox"/> ) No ( )	# días trabajo:	# días descanso:
Años que trabaja en dicho horario de trabajo		<b>NEGADO</b>	
<b>2. ANTECEDENTES PERSONALES</b>			
Apnea del sueño	Si ( ) No ( <input checked="" type="checkbox"/> )	Último control:	
HTA: Si ( ) No ( <input checked="" type="checkbox"/> )	Medicación: (riesgo >2)		
Polisomnografía (PSG) realizada alguna vez: Si ( ) No ( <input checked="" type="checkbox"/> )	Fecha de última PSG:	N/A	
Antecedente de choque de vehículo:	En mina: Si ( ) No ( <input checked="" type="checkbox"/> ) (si es NO, pase a sección 4)	Fuera de mina: Si ( ) No ( <input checked="" type="checkbox"/> ) (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>	
<b>Criterio 1:</b> Se "cabeceó" y por ello le ocurrió un accidente (incidente) con un vehículo (alguna vez)			
<b>Criterio 2</b> (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)			
<b>Clasificación del (los) "Choques" o accidentes vehiculares del postulante</b>	<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 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

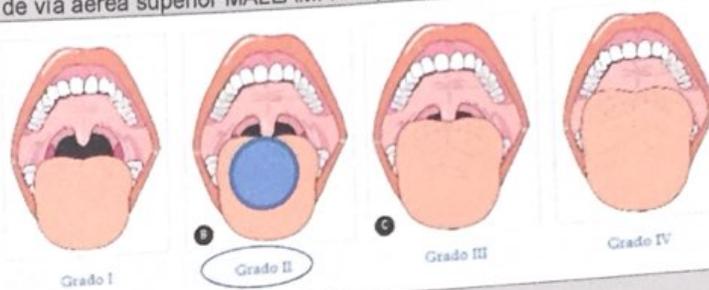
Se le ha realizado una PSG durante el sueño para descartarle un trastorno del sueño

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

### 4. EXÁMEN FÍSICO:

Peso (kg): <u>64.86</u>	Talla (mts): <u>165.10</u>	IMC (Kg/m <sup>2</sup> ): <u>23.79</u> (> 35 es de alto riesgo)
Circunferencia de cuello: <u>36.2</u> (cm)	Varón (menor de 43,2 cm, es normal) Normal: Si ( <input checked="" type="checkbox"/> ) No ( <input type="checkbox"/> )	Mujer (menor de 40,6 cm, es normal) Normal: Si ( <input type="checkbox"/> ) No ( <input type="checkbox"/> )
P. Sistólica: <u>130</u> mm Hg	P. Diastólica: <u>80</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
<b>RIESGO ALTO:</b> (criterio A o B positivo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**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)

<b>RIESGO MEDIO:</b> (Criterio C, D o E positivo) <b>Criterio C:</b> Historia de higiene de sueño sugiere SAS (ronquidos + pausas respiratorias + Epworth >10) <b>Criterio D:</b> 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 <b>Criterio E:</b> Evaluación de vía aérea superior patológica*(Mallampati III o IV)	SI	NO
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**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.

<b>RIESGO BAJO:</b> Apto para conducir vehículos (ningún criterio positivo)	SI	NO
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input 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