

Etiqueta



HOSPITAL DE LA  
SANTA CREU I  
SANT PAU

### **DATOS DEMOGRÁFICOS**

Sexo: Hombre(1) Mujer(0)

Edad: \_\_\_\_\_

Antropometría: Peso:\_\_\_\_\_ Talla:\_\_\_\_\_ IMC:\_\_\_\_\_

ASA: I (1) II (2) III (3) IV (4)

Antecedentes de interés: \_\_\_\_\_

Insomnio (1)// SFC (2) // Fibromialgia (3) // SAOS (4) // Otros ttos. Del sueño (5) // No AP (6)

Medicación Interes: \_\_\_\_\_

No (1) // Somníferos (2) // Otros (3)

### **INTRAOPERATORIO**

Premedicación: \_\_\_\_\_

Técnica anestésica: Local+sedación (1) // AGBH (2) // TIVA (3)

	Si (0)	No (1)
MDZ		
Rohipnol		
Propofol		
Fentanilo ev		
Remifentanilo		
Protóxido		
Sevorane		
Corticoides		
Bloqueo analgesia post-op		
Alfentanilo		

Hora de la inducción :

(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)
8-9	9-10	10-11	11-12	12-13	13-14	14-15	15-16	16-17	17-18	18-19	19-20	20-21

## **ESCALA DE SUEÑO DE EPWORTH**

	Pre-IQ	Post-IQ
<b>I) ¿cómo consideras las calidad de tu sueño?</b>		
1. Muy buena		
2. Aceptablemente buena		
3. Ligeramente pobre		
4. Muy pobre		
<b>II) ¿aproximadamente cuántos minutos necesitaste usualmente para dormir una vez que decidiste ir a dormir?</b>		
1. 0-20 min.		
2. 21-30 min.		
3. 31-60 min.		
4. más de 60		
<b>III) Habitualmente, ¿cuántas veces te has despertado cada noche?</b>		
1. Ninguna		
2. 1-3		
3. 4-5		
4. más de 5		
<b>IV ) Cada noche, cuántas horas duermes realmente sin contar las que estuviste despierto?</b>		
1. 8 horas		
2. 6-7 horas		
3. 5-6 horas		
4. menos de 5 horas		
<b>V) habitualmente ¿siente sueño durante el día?</b>		
1. Nunca		
2. Un poco		
3. Bastante		
4. Todo el tiempo		
<b>VI) En el pasado mes/semana, cuántas veces tuviste que tomar algún producto de venta libre (infusiones, preparados de Homeopatía, extractos de hierbas en comprimidos o gotas), para poder dormir?</b>		

1. Nunca	0	0
2.	De 1 a 7	1 o 2
3.	De 8 a 20	De 2 a 5
4.	>20	>5
<b>VII) ¿En el pasado mes/semana, cuántas veces has tomado medicamentos sedantes de venta bajo receta para dormir?</b>		
1. Nunca	0	0
2.	De 1-7	1 o 2
3.	8-20	De 2 a 5
4.	>20	>5
<b>TOTAL</b>		

**Evaluación:** suma los puntos que corresponden a los números de la izquierda. Si la puntuación total es:

- de 7 a 9: no padece de insomnio
- de 9 a 14: insomnio leve
- de 14 a 21: insomnio moderado
- de 21 a 28: insomnio severo

## **ESCALA EPWORTH PARA LA EVALUACIÓN DE LA SOMNOLENCIA DIURNA**

Por favor, díganos cual sería la probabilidad que le cogiera sueño o se quedase dormido en cada una de las siguientes situaciones. Responda según su experiencia previa en situaciones como estas o similares.

Utilice la siguiente escala para escoger el número más adecuado para cada situación:

0 -*Nunca tengo sueño* o bien la probabilidad de tener sueño es *baja* (0)

1 – *Ligera* probabilidad de tener sueño (1)

2 -*Moderada* probabilidad de tener sueño (2)

3 -*Alta* probabilidad de tener sueño (3)

SITUACIÓN	Probabilidad de que me coja sueño	
	Pre	Post
Sentado y leyendo		
Viendo la TV		
Sentado, inactivo en un lugar público (ej: cine, teatro, conferencia, etc.)		
Como pasajero de un coche en un viaje de 1 hora sin paradas		
Estirado para descansar al mediodía cuando las circunstancias lo permiten		
Sentado y hablando con otra persona		
Sentado tranquilamente después de una comida sin alcohol		
En un coche, estando parado por el tránsito unos minutos (ej: semáforo, retención,...)		
<b>TOTAL</b>		

### EVALUACIÓN:

-Entre 0 y 6: no somnolencia diurna, está dentro de los límites considerados normales.

-Entre 7 y 13: ligera somnolencia diurna.

-Entre 14 y 19: moderada somnolencia diurna. Consulte a su médico.

-Entre 20 y 24: somnolencia diurna grave. Consulte rápidamente con su médico.

### **Escala de intensidad de fatiga de Krupp (adaptada por Bulbena)**

¿Ha notado un incremento de su cansancio/fatiga después de la intervención?    Si (0)    No(1)

	Pre-operatorio								Post-operatorio						
	1	2	3	4	5	6	7		1	2	3	4	5	6	7
1. Mi motivación se reduce cuando estoy fatigado															
2. El ejercicio me produce fatiga.															
3. Me fatigo fácilmente															
4. La fatiga interfiere en mi funcionamiento físico.															
5. La fatiga me produce con frecuencia problemas.															
6.La fatiga me impide hacer ejercicio físico continuado.															
7. La fatiga interfiere en el desempeño de algunas obligaciones y responsabilidades.															
8.La fatiga es uno de mis tres síntomas que más me incapacitan.															
9. La fatiga interfiere en mi trabajo, familia o vida social.															
<b>Media</b>															

**Evaluación:** En individuos normales la media es de 2'3+/-0'7.

### **Dolor y descanso post-IQ**

1-¿Como considera el control del dolor post-IQ?	Bueno (0)	Malo (1)	Regular (2)
2-¿Considera que el dolor ha interferido en su descanso?	Si (0)		No (1)
3-¿En algún momento el dolor le ha despertado?	Si (0)		No (1)
4-¿En cuantas ocasiones el dolor le ha dificultado conciliar el sueño?	O Nunca (0)		
	O Excepcionalmente. 1 o 2 noches la última semana(1)		
	O >2 noches la última semana (2)		
	O Prácticamente todas las noches (3)		
5-¿En cuantas ocasiones el dolor le ha despertado la última semana?	O Nunca (0)		
	O Excepcionalmente. En 1 o 2 ocasiones la última semana (1)		
	O 1 o 2 veces, >2 noches la última semana (2)		
	O >2 veces, >2 noches a la semana (3)		
	O <2 veces prácticamente todas noches (4)		
	O Todas noches una o varias veces		
	O >2 veces prácticamente todas noches (5)		

