

CUESTIONARIO DE SUEÑO

Nombre: _____

Fecha: _____

Mi principal queja del sueño es:

- Dificultad para dormir por la noche
- Tener sueño todo el día
- Comportamientos no deseados durante el sueño, explique:
- Otro, explica:

HÁBITOS DE SUEÑO HABITUALES

Hora de acostarse: _____ am/ pm
 Hora de despertar: _____ am/ pm

Número de despertares: _____

Siestas por semana: _____

Duración del problema del sueño: _____

INSTRUCCIONES: Verifique cualquier declaración que se aplique actualmente a usted

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Siestas que no se refresca | <input type="checkbox"/> acidez estomacal Roncador muy fuerte |
| <input type="checkbox"/> Durmiente inquieto | <input type="checkbox"/> Despierta con sensación de asfixia |
| <input type="checkbox"/> Dejar de respirar durante el sueño | <input type="checkbox"/> Sudar mucho durante el sueño |
| <input type="checkbox"/> Despierta con dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Dificultad para despertarse por la mañana |
| <input type="checkbox"/> Tiene presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Han ganado más de 10 libras en el último año |
| <input type="checkbox"/> Toser esputo o moco por la noche | <input type="checkbox"/> Incapaz de dormir en una posición plana |
| <input type="checkbox"/> Quedarse dormido en momentos inapropiados | <input type="checkbox"/> Accidentes de conducción o casi accidentes debido a somnolencia |
| <input type="checkbox"/> Siestas refrescantes | <input type="checkbox"/> Sueña mucho |
| <input type="checkbox"/> Sueños vívidos | <input type="checkbox"/> Sueños o alucinaciones mientras está despierto |
| <input type="checkbox"/> Parálisis o incapacidad para moverse al despertar | <input type="checkbox"/> Sensación repentina de debilidad en las rodillas o las piernas |
| <input type="checkbox"/> Coma cantidades excesivas de dulces o chocolates | <input type="checkbox"/> Era un niño o adolescente hiperactivo |
| <input type="checkbox"/> Millas conducidas más allá del destino con poca conciencia | <input type="checkbox"/> Patadas o espasmos durante el sueño |
| <input type="checkbox"/> Sacudidas de piernas durante el sueño | <input type="checkbox"/> Experimenta inquietud, hormigueo o gateo en las piernas |
| <input type="checkbox"/> Incapacidad para mantener las piernas quietas | <input type="checkbox"/> Dormir con tapones para los oídos o sombras para los ojos |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para conciliar el sueño | <input type="checkbox"/> Dificultad para volver a dormir |
| <input type="checkbox"/> Despierta mucho antes de que sea necesario | <input type="checkbox"/> No se sienta cansado a la hora de acostarse |
| <input type="checkbox"/> Duerma mejor l configuración desconocida | <input type="checkbox"/> Use pastillas para dormir |
| <input type="checkbox"/> Durmiente ligero | <input type="checkbox"/> El compañero de cama perturba el sueño |
| <input type="checkbox"/> Funciona mejor por la noche | <input type="checkbox"/> Rechinar los dientes mientras duerme |
| <input type="checkbox"/> Dolor de mandíbula por la mañana | <input type="checkbox"/> Sonamburón como adulto |
| <input type="checkbox"/> Enuresis en la edad adulta | <input type="checkbox"/> Golpear, torcer o sacudir la cabeza durante el sueño |
| <input type="checkbox"/> Despertar repentino con ansiedad intensa o temor | <input type="checkbox"/> Trabajador por turnos o trabajo nocturno |
| <input type="checkbox"/> Dormir tarde | <input type="checkbox"/> Dolor cardíaco durante la noche |
| <input type="checkbox"/> Sabor amargo o amargo de la boca por la mañana | <input type="checkbox"/> Convulsiones nocturnas |
| <input type="checkbox"/> Hernia hiatal | <input type="checkbox"/> Despertar con dolor de espalda |
| <input type="checkbox"/> Despierta con sangre en la almohada | <input type="checkbox"/> Lengua mordida durante el sueño |
| <input type="checkbox"/> Despertar con | |

HOMBRES

- Despertar con erecciones dolorosas en el pene
- Tiene problemas para obtener o mantener erecciones

HISTORIA FAMILIAR

- Un familiar murió de "muerte en cuna"
- Otros miembros de la familia roncan en voz alta
- Otros miembros de la familia tienen ataques repentinos de debilidad muscular

MUJERES

- El problema del sueño varía con el ciclo menstrual
- El problema del sueño comenzó o empeoró en la menopausia
- Actualmente tomando píldoras anticonceptivas
- Otros miembros de la familia se duermen durante el día
- Otros miembros de la familia tienen el mismo problema de sueño que yo

CUESTIONARIO PARA CÓNYUGES O COMPAÑEROS DE CUARTO

Nombre del paciente: _____

Fecha: _____

Verifique cualquiera de los siguientes comportamientos que ha observado que el paciente hace mientras duerme.

- Ronquidos fuertes
- Ronquidos ligeros
- Espasmos de piernas o pies durante el sueño
- Pausa en la respiración
- Rechinar los dientes
- Hablar dormido
- Sonambulismo
- Enuresis
- Sentado en la cama pero no despierto
- Balanceo o golpes en la cabeza
- Patear con las piernas durante el sueño
- Levantarse de la cama pero no despertar
- Morderse la lengua
- Volverse muy rígido y/o temblar

¿Cuánto tiempo ha estado al tanto de los comportamientos de sueño que verificó anteriormente? _____

Describa los comportamientos de sueño comprobados anteriormente con más detalle. Incluya una descripción de la actividad, el momento durante la noche en que ocurre, la frecuencia durante la noche y si ocurre todas las noches.

Si ha escuchado ronquidos fuertes, ¿recuerda haber escuchado pausas cortas en los ronquidos o "resoplidos" fuertes ocasionales?

Sí No

Explicar: _____

Cuestionario STOP-BANG sobre la apnea del sueño

Chung F et al Anestesiología 2008 y BJA 2012

STOP	Sí	No
¿Roncar en voz alta (más fuerte que hablar o lo suficientemente fuerte como para ser escuchado a través de puertas cerradas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿A menudo siente cansado, fatiga o sueño durante el día?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguien observado ha dejó de respirar durante el sueño?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene, o está siendo tratado por, un alto nivel de presión sanguínea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BANG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿BMI más de 35kg/m ² ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Edad de más de 50 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Circunferencia de cuello > 16 pulgadas (40 cm)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Género: ¿Hombre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PUNTUACIÓN TOTAL _____