Sacyl
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA
Paseo de San Vicente 58-182
37007 SALAMANCA
UNIDAD DE TRASTORNOS DEL SUEÑO
SERVICIO DE NEUMOLOGÍA

IDENTIFICACIÓN PACIENTE

Núm. Hª .....

Nombre y Apellidos .....

Nº S.S.: ..... Cama .....

Domicilio: .....

Ciudad-Provincia: .....

UNIDAD DE TRASTORNOS DEL SUEÑO – HUS - SERVICIO DE NEUMOLOGÍA

CUESTIONARIO DE TRASTORNOS DEL SUEÑO EN ADULTOS

A continuación se le hacen unas preguntas que resultarán muy útiles para valorar y llegar al diagnóstico del proceso que a usted le preocupa. Por favor, tómese unos minutos para contestarlas.

- **¿Cuántas horas duerme por la noche?** ..... entre las ..... y las ..... horas.
- **¿Tiene hábitos de sueño normales?** Si ☐ No ☐ **¿Trabaja a turnos?** Si ☐ No ☐
- **¿Suele dormir "boca arriba"?** Si ☐ No ☐
- **¿Fuma?** Si ☐ No ☐ **¿Bebe habitualmente alcohol (vino, cerveza, licores)?** Si ☐ No ☐
- **¿Toma alguna medicina para dormir?** Si ☐ No ☐ A veces ☐
- **¿Ha ganado peso de forma importante últimamente?** Si ☐ No ☐
- **¿Sabe si padece alguna de las siguientes enfermedades? Señálela.**
  Hipertensión arterial ☐ Enfermedades cardíacas ☐ Enfermedades respiratorias ☐
  Enfermedades mentales ☐ Enfermedades neurológicas ☐ Enfermedades de garganta, nariz, oídos ☐
- **¿Cuál es su profesión?** ..... **¿Está jubilado?** Si ☐ No ☐
- **¿Vive con alguien más en su domicilio?** Si ☐ No ☐
- **¿Cuál es su nivel de estudios?** Elemental ☐ Medio ☐ Superior ☐

- **Señale cuál es para usted el principal problema o motivo por el que acude a esta consulta:**
  Ronquido excesivo ☐ Sueño excesivo por el día ☐ Otra causa ☐ (escríbala).....

- **¿Ronca usted?** No ☐ Sí, pero poco ☐ Sí, bastante ☐ Sí, mucho ☐
  El ronquido es: Ocasional ☐ Todas las noches ☐ — Intermitente ☐ Continuo ☐
- **¿Alguien le ha dicho que, en ocasiones, para de respirar mientras duerme?** Si ☐ No ☐
- **¿Cree o siente que tiene sueño excesivo o somnolencia durante el día?** Si ☐ No ☐

- **¿Tiene sensación de ahogo o asfixia por las noches?** Si ☐ No ☐
- **¿Se despierta con la boca seca?** Si ☐ No ☐
- **¿Tiene dolor de cabeza al levantarse por las mañanas?** Si ☐ No ☐
- **¿Siente al levantarse que no ha descansado durante la noche?** Si ☐ No ☐
- **¿Suda mucho por la noche?** Si ☐ No ☐
- **Sin padecer problemas urológicos ni tomar diuréticos ¿Tiene que orinar por la noche?** Si ☐ No ☐
- **¿Ha notado problemas de impotencia o disminución del deseo sexual?** Si ☐ No ☐
- **¿Ha notado cambios en su carácter, dificultad para concentrarse, hacer cálculos, problemas de memoria o poca agilidad mental?** Si ☐ No ☐
- **¿Ha tenido accidentes de tráfico o en el trabajo por adormecerse o por falta de atención?** Si ☐ No ☐

- **¿Siente fatiga o cansancio no justificado durante el día?** Si ☐ No ☐
- **¿Padece de insomnio?** Si ☐ No ☐
  Me cuesta dormirme ☐ Me despierto muchas veces ☐ Me despierto demasiado pronto ☐
- **¿Piensa que está deprimido o le falta el ánimo?** Si ☐ No ☐

- **¿Le han dicho que mueve mucho las piernas mientras duerme?** Si ☐ No ☐
- **Por el día ¿nota dolor, molestias o sensaciones extrañas en las piernas que se alivian al andar y/o empeoran cuando está acostado o intenta dormir?** Si ☐ No ☐

- **Cuando se duerme ¿tiene pesadillas como si las estuviese viviendo?** Si ☐ No ☐
- **¿Ha tenido alguna vez pesadillas estando despierto?** Si ☐ No ☐
- **¿Ha notado alguna vez que durante una emoción intensa (enfado, risa, etc.) se le han ido las fuerzas de parte de su cuerpo o de la totalidad e incluso se ha caído al suelo?** Si ☐ No ☐
- **¿Ha notado que no podía moverse aunque quisiera, estando despierto, justo antes de dormirse o justo después de despertarse?** Si ☐ No ☐
- **¿Sabe si hace movimientos o tiene comportamientos anormales mientras duerme?** Si ☐ No ☐

- **¿Ha sido estudiado o recibido tratamiento anteriormente por el problema que nos ocupa?**
  No ☐ He sido estudiado ☐ He recibido tratamiento ☐ ¿Cuál? .....
- **¿Hay antecedentes en su familia con los mismos síntomas?** Si ☐ No ☐

A continuación se le muestra un cuestionario sobre la facilidad para quedarse adormilado, "dar una cabezada" o dormirse en una serie de situaciones. Si no ha hecho alguna de estas cosas últimamente, procure imaginarse qué ocurriría y marque una puntuación.

	Probabilidades de adormilarme			
	Ninguna	**Pocas**	**Moderadas**	**Muchas**
Sentado y leyendo	0	1	2	3
Viendo la televisión	0	1	2	3
Sentado, inactivo en un lugar público (cine, teatro, misa, reunión...)	0	1	2	3
Como pasajero en viajes de más de 1 hora	0	1	2	3
Estirado, después de comer si las circunstancias me lo permiten	0	1	2	3
Sentado y hablando con alguien	0	1	2	3
Sentado después de comer, sin tomar alcohol	0	1	2	3
Mientras conduce, en un semáforo o en una caravana	0	1	2	3

E P W O R T H

A continuación se le van a describir unas situaciones. Por favor, elija la respuesta que, en general, mejor describa su situación actual en cuanto a la somnolencia. Marque sólo una respuesta.

☐ 1. Me siento activo/a y vital. Estoy completamente alerta y despierto.
☐ 2. Funciono bien, pero no estoy al máximo. Puedo concentrarme.
☐ 3. Estoy relajado/a, despierto/a, aunque no completamente alerta. Puedo mantener el interés.
☐ 4. Siento la cabeza un poco torpe, como embotada, aunque no mucho. Me siento con poco ánimo.
☐ 5. Siento la cabeza bastante torpe. Estoy perdiendo el interés por permanecer despierto/a. No tengo ganas de hacer nada.
☐ 6. Me siento somnoliento/a, me gustaría tumbarme un poco, tengo que luchar para no dormirme, me siento aturdido/a, tengo dificultades para pensar con claridad.
☐ 7. Estoy durmiéndome todo el día, tengo la sensación de que me voy a quedar dormido/a en cualquier momento, casi no puedo permanecer despierto/a, he perdido mi resistencia para evitar dormirme.

Fecha: