

## Hoja de trabajo para Ronquido y Apnea del Sueño

<i>Fecha:</i>	<i>Nombre</i>	<i>Edad:</i>
---------------	---------------	--------------

1. Si usted presenta algunos de los siguientes síntomas marque una equis:

Síntomas nocturnos	SI	Síntomas diurnos	SI
Ronquido, dificultad para respirar, respiración irregular		Sueño no reparador, fatiga matutina	
Sueño interrumpido, dar vueltas en la cama		Somnolencia diurna	
Sensación de ahogo, asfixia		Déficit de memoria, olvidos	
Despertares constantes		Problemas de concentración	
Se levanta a orinar varias veces		Cefalea matutina	
Palpitaciones nocturnas		Boca y garganta seca	
Insomnio		Depresión e irritabilidad	
Observación de la apnea por parte del familiar (esposa, madre, etc..)		Impotencia/disfunción sexual	

Para la siguiente pregunta, use la siguiente escala:  
0= Nunca 1= Ocasional 2= Frecuente 3= Muy frecuente

2. ¿Últimamente, con que frecuencia, Ud. se ha quedado dormido en las siguientes situaciones?

Situación	0	1	2	3
Sentado y leyendo				
Viendo televisión				
Sentado inactivo en un sitio público ( teatro, reunión)				
Viajando como pasajero en un carro durante una hora, sin un descanso				
Busca la oportunidad de acostarse a dormir en la tarde				
Sentado y conversando con otra persona				
Sentado en un sitio tranquilo después del almuerzo, sin licor				
Cuando se detiene el carro por unos minutos en un trancón				
Total				

Calificación:	Interpretación
1 a 6	Felicitaciones, Ud esta durmiendo lo suficiente!
7 a 8	Su calificación esta en el promedio
9 y >	Debe visitar un especialista del sueño sin demora

3. Índice de Masa Corporal

Peso Kg.	Talla	Talla m <sup>2</sup>	IMC	Kg./ m <sup>2</sup>

Rango	Interpretación
18.5-24.9 Kg./m <sup>2</sup>	Saludable ( deseable)
25-29.9 Kg./ m <sup>2</sup>	Sobrepeso
30 ó > Kg./ m <sup>2</sup>	Obesidad
40 ó > Kg./ m <sup>2</sup>	Obesidad mórbida

4. Circunferencia del Cuello

		pulg.
Valor de referencia	Hombres	Mujeres
	>17"	>16"