

**IDENTIFICACIÓN PACIENTE**

Núm. Hª .....

Nombre y Apellidos .....

Nº S.S.: ..... Cama .....

Domicilio: .....

Ciudad-Provincia: .....



**CUESTIONARIO DE TRASTORNOS DEL SUEÑO EN EDAD PEDIÁTRICA**

**Motivo de consulta en Pediatría:** .....

**Edad del niño/a:** ..... **Peso:** ..... Kg (Percentil ..... ) **Talla:** ..... cm (Percentil .....)

**Encuesta hecha por:**  Madre  Padre  Ambos **Fecha:** .....

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

Las preguntas hacen referencia al comportamiento habitual del niño/a, tanto durante el sueño como cuando está despierto. Cuando se usa la palabra habitualmente significa que ocurre la mayor parte del tiempo o más de la mitad de las noches, no necesariamente lo observado en los últimos días porque puede que no sea representativo si no se ha encontrado bien. Si no está seguro de cómo responder a alguna pregunta consulte con nosotros.

- **¿Qué media de bebidas o comidas con cafeína (colas, chocolate, té, café, ginseng...) consume su hijo?**  
Menos de 1 /mes  1-2 / mes  1-2 / semana  A diario
- **¿Le parece su hijo más inquieto, hiperactivo o nervioso que los otros niños de su edad?** Si  No
- **¿Considera que el sueño de su hijo es un problema?**  
Sí, muy importante  Sí, poco importante  No es un problema
- **¿Sabe si su hijo padece alguna enfermedad importante o síndrome patológico?**  
No  Si  ¿Cuál/es? .....
- **¿Se queja su hijo de sensaciones raras en sus piernas o algo parecido a dolor cuando está sentado o tumbado?** Si  No  **¿Siente mejoría con el movimiento (mover pies, dedos o caminar)?** Si  No
- **Seleccione si alguna circunstancia de las siguientes se ajusta al caso de su hijo:**  
Congestión nasal marcada  Infecciones frecuentes de garganta, nariz u oídos   
Alteraciones del habla: voz nasal  voz apagada  mala pronunciación   
Dificultad para tragar ciertas comidas  Atragantamiento con comidas  Regurgitación/reflujo

NS: significa no sabe **SI NO NS**

1. ¿Ronca más de la mitad del tiempo? (durante la noche)			
2. ¿Siempre ronca? (casi todos los días)			
3. ¿Ronca con fuerza?			
4. ¿Tiene una respiración agitada o movida?			
5. ¿Tiene problemas para respirar o lucha para respirar?			
6. ¿Alguna vez ha visto a su hijo parar de respirar durante la noche?			
7. ¿Durante el día su hijo suele respirar con la boca abierta?			
8. ¿Se levanta con la boca seca?			
9. ¿Se orina de manera ocasional en la cama?			
10. ¿Su hijo se levanta como si no hubiese descansado?			
11. ¿Tiene problemas de excesivo sueño (somnolencia) durante el día?			
12. ¿Le ha comentado algún profesor que su hijo parece dormido o adormilado por el día?			
13. ¿Le cuesta despertarle por las mañanas?			
14. ¿Se levanta a la mañana con dolor de cabeza?			
15. ¿Ha tenido su hijo un crecimiento anormal en algún momento desde que nació?			
16. ¿Tiene sobrepeso?			
17. ¿Su hijo a menudo parece que no escucha cuando se le habla directamente?			
18. ¿Tiene dificultades en tareas organizadas?			
19. ¿Se distrae fácilmente con estímulos ajenos?			
20. ¿Mueve continuamente sus manos o pies o no para en la silla?			
21. ¿A menudo actúa como si tuviera un motor?			
22. ¿Interrumpe o se entromete con otros (por ejemplo en conversaciones o juegos)?			

	1	2	3	4	5
■ ¿Cuántas horas duerme la mayoría de las noches?	9 – 11	8 – 9	7 – 8	5 – 7	< 5
■ ¿Cuánto tarda en dormirse? (minutos)	< 15	15–30	30–45	45–60	> 60

■	
●	
✱	
⊙	
★	
♠	

En la puntuación de las siguientes respuestas valore de esta forma:

- 1 = nunca  
 2 = ocasionalmente (una o dos veces al mes o menos)  
 3 = algunas veces (una o dos por semana)  
 4 = a menudo (de tres a cinco veces por semana)  
 5 = siempre (diariamente)

■ ¿Se va a la cama de mal humor?	1	2	3	4	5
■ ¿Tiene dificultad para coger el sueño por la noche?	1	2	3	4	5
■ ¿Parece ansioso o miedoso cuando “cae” dormido?	1	2	3	4	5
⊙ ¿Sacude o agita partes del cuerpo al dormirse?	1	2	3	4	5
⊙ ¿Realiza acciones repetitivas tales como rotación de la cabeza para dormirse?	1	2	3	4	5
⊙ ¿Tiene escenas de “sueños” al dormirse?	1	2	3	4	5
♠ ¿Suda excesivamente al dormirse?	1	2	3	4	5
■ ¿Se despierta más de dos veces cada noche?	1	2	3	4	5
■ ¿Después de despertarse por la noche tiene dificultades para dormirse?	1	2	3	4	5
⊙ ¿Tiene tirones o sacudidas de las piernas mientras duerme, cambia a menudo de posición o da “patadas” a la ropa de cama?	1	2	3	4	5
● ¿Tiene dificultades para respirar durante la noche?	1	2	3	4	5
● ¿Da boqueadas para respirar durante el sueño?	1	2	3	4	5
● ¿Ronca?	1	2	3	4	5
♠ ¿Suda excesivamente durante la noche?	1	2	3	4	5
✱ ¿Usted ha observado que camina dormido?	1	2	3	4	5
⊙ ¿Usted ha observado que habla dormido?	1	2	3	4	5
⊙ ¿Rechina los dientes dormido?	1	2	3	4	5
✱ ¿Se despierta con un chillido o confundido de forma que parece que no le reconoce, y no recuerda nada al día siguiente?	1	2	3	4	5
✱ ¿Tiene pesadillas que no recuerda al día siguiente?	1	2	3	4	5
★ ¿Es difícil despertarlo por la mañana?	1	2	3	4	5
★ ¿Al despertarse por la mañana parece cansado?	1	2	3	4	5
★ ¿Parece que no se pueda mover al despertarse por la mañana?	1	2	3	4	5
★ ¿Tiene somnolencia diurna?	1	2	3	4	5
★ ¿Se duerme de repente en determinadas situaciones?	1	2	3	4	5

**Exploración O.R.L. (cumplimentada por el especialista):** Dr./a. ....

**Nariz:** Vestíbulo nasal: Normal  Patológico  .....

Septum: Normal  Alterado  .....

Mucosa: Normal  Rinitis  ..... Hipertrofia cornetes

**Nasofaringe:** Estructura: Normal  Adenoides hipertróficas  Coanas anómalas  .....

Mucosa: Normal  Alterada  .....

**Orofaringe:** Amígdalas: Friedman grado .....

Lengua: Normal  / Alteración en: tamaño  posición  .....

Tamaño y posición de la mandíbula: Normal  Alterada  .....

Tamaño y posición del maxilar superior: Normal  Alterado  .....