

ALAMO MAXILLOFACIAL SURGICAL ASSOCIATES, PA

EVALUACIÓN DE APNEA DEL SUEÑO

INTRODUCCIÓN

Como probablemente debe saber, la evaluación definitiva de la apnea del sueño puede ser un proceso largo y complicado. En general, su evaluación y tratamiento pueden involucrar a una variedad de especialistas. Como cirujanos, nuestro objetivo es evaluar su afección, brindar comentarios a los demás médicos involucrados en su atención y brindarle tratamiento cuando sea indicado. Para lograr esto, necesitamos recopilar una gran cantidad de información sobre su historial y su condición actual. Su evaluación puede incluir algunos o todos los siguientes estudios; un cuestionario detallado, fotografías, una serie de radiografías, modelos dentales y un examen físico detallado.

Al completar el cuestionario, no se sienta ofendido ni avergonzado por algunas de las preguntas; son importantes para su evaluación. Puede estar seguro de que mantendremos la más estricta confidencialidad. A continuación, puede notar que algunas de las preguntas son demasiado específicas o puede que no sepa las respuestas. No hay problema. Simplemente indique esto junto a esas preguntas.

Toda su evaluación demandará una cantidad significativa de tiempo. Tenga en cuenta que la recopilación de toda la información necesaria a menudo puede llevar hasta unas pocas horas en total. Si alguna parte de su evaluación le parece confusa o si tiene preguntas, solicítenos ayuda. Estamos aquí para ayudarle.

CUESTIONARIO DE APNEA DEL SUEÑO

1. ¿Quién es su médico de atención primaria (el médico responsable de la mayor parte de su atención médica)? _____
2. ¿Quién es su dentista? _____
3. ¿Qué le llevó a buscar una evaluación para la apnea del sueño? _____
4. ¿A quién vio por primera vez para su evaluación? _____
5. Responda "Sí" o "No" a la siguientes preguntas:

	SÍ	NO
¿Usted ronca?	_____	_____
¿Tiene dolor de garganta con frecuencia?	_____	_____
¿Es fumador?	_____	_____
¿Alguna vez le han dicho que deja de respirar durante períodos de tiempo mientras duerme?	_____	_____
¿Experimenta somnolencia durante el día?	_____	_____
¿Alguna vez se ha quedado dormido en el trabajo o durante actividades sociales?	_____	_____
¿Siente que su desempeño en el trabajo no es el que podría ser si tuviera un mayor estado de alerta?	_____	_____
¿Siente a menudo como si su memoria y/o juicio se ven afectados?	_____	_____
¿Ha notado una disminución en el deseo sexual?	_____	_____
¿Siente que tiene sobrepeso?	_____	_____
En ese caso, ¿durante cuánto tiempo ha tenido sobrepeso? 1 año _____ 2 años _____ 3 años _____	_____	_____
¿Se siente deprimido a menudo?	_____	_____
Si es así, ¿por cuanto tiempo? _____		
¿Con que medicación? _____		

¿Alguna vez le han diagnosticado alguna de las siguientes condiciones médicas?

- Arritmia (irregularidad del corazón)
- Hipertensión (presión arterial alta)
- Hipertensión pulmonar
- Policitemia
- Asma
- Enfisema
- Trastorno neurológico
- Trastorno de la tiroides

SÍ

NO

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

6. ¿Alguna vez ha recibido tratamiento para la apnea del sueño?

_____	_____
-------	-------

Si la respuesta es afirmativa ¿cuál de las siguientes opciones ha probado?

- Dieta _____
- Medicamentos _____
- Aparato bucal _____
- Oxígeno _____
- CPAP _____

7. ¿Alguna vez se sometió a alguna cirugía para la apnea del sueño?

_____	_____
-------	-------

Si la respuesta es afirmativa ¿a cuál de las siguientes intervenciones se sometió?

- Cirugía nasal Amigdalectomía /
- Adenoidectomía Palatoplastia (UPPP)
- Glosoplastia (reducción de lengua)
- Osteotomía (movimiento de las mandíbulas)

SÍ

NO

No sé

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Nombre del cirujano(a) _____

8. ¿Consideraría someterse a una cirugía si sintiera que mejoraría su condición?

_____	_____
-------	-------

9. Antes de su derivación a nosotros para una evaluación, ¿qué especialistas ha visto para evaluación y/o tratamiento?

	Nombre	Fechas estimadas de tratamiento	
Neurólogo	_____	_____	_____
Neumólogo	_____	_____	_____
Internista	_____	_____	_____
Psicólogo	_____	_____	_____
Otro	_____	_____	_____

	SÍ	NO
10. ¿Ha estado en un "laboratorio del sueño" para una evaluación?	_____	_____
Fecha(s)	_____	
Nombre del laboratorio del sueño	_____	

Si ha estado en un laboratorio del sueño, ¿conoce los resultados? Si los conoce, por favor ofrezca un resumen en sus propias palabras.

¿Recuerda si le dieron una puntuación llamada "RDI"? En ese caso, ¿cuál fue su "RDI"? _____

LA ESCALA DE SUEÑO DE EPWORTH

Nombre _____

Fecha del día _____ Su edad (años) _____

Tu sexo (masculino = M; femenino = F) _____

¿Qué tan probable es que dormite o se quede dormido en las siguientes situaciones, en lugar de simplemente sentirse? Esto se refiere a su forma de vida habitual en los últimos tiempos. Incluso si no ha hecho algunas de estas cosas recientemente, trate de pensar cómo le habrían afectado. Utilice la siguiente escala para elegir el número más apropiado para cada situación:

- 0 = *Nunca* dormiría
- 1 = *Ligera* posibilidad de dormir
- 2 = *Moderada* posibilidad de dormir
- 3 = *Alta* posibilidad de dormir

SITUACIÓN

POSIBILIDADES DE DORMITAR

Sentado y leyendo _____

Viendo la televisión _____

Sentado, inactivo en un lugar público
(por ejemplo, un teatro o una reunión) _____

Como pasajero en un automóvil durante una hora sin interrupción _____

Recostado para descansar por la tarde cuando las circunstancias
lo permitan _____

Sentado y hablando con alguien _____

Sentado en silencio después de un almuerzo sin haber bebido alcohol. _____

En un automóvil, mientras está detenido durante unos minutos
en el tráfico _____