

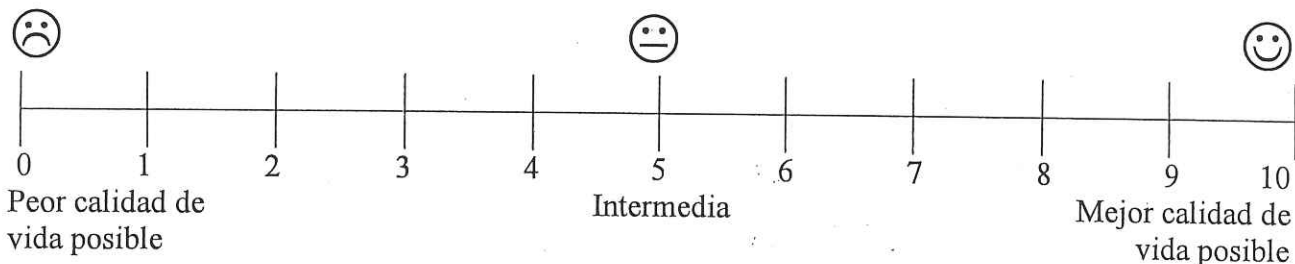
Encuesta sobre calidad de vida OSA-18¹

Evaluación de problemas para respirar durante el sueño

Instrucciones: Para cada una de las preguntas que aparecen a continuación, encierre con un círculo el número que describa mejor la frecuencia con la que se ha producido cada síntoma o problema durante las últimas 4 semanas. ¡Gracias!

	En ningún momento	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Una buena parte del tiempo	La mayor parte del tiempo	Todo el tiempo
TRASTORNOS DEL SUEÑO							
Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia su hijo... ha roncado fuertemente?	1	2	3	4	5	6	7
ha tenido espasmos del llanto o pausas en la respiración durante la noche?	1	2	3	4	5	6	7
ha hecho ruidos de asfixia o ruidos de respiración jadeante al dormir?	1	2	3	4	5	6	7
ha estado inquieto al dormir o se ha despertado con frecuencia mientras duerme?	1	2	3	4	5	6	7
PADECIMIENTOS FÍSICOS							
Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia su hijo... ha respirado por la boca debido a obstrucción nasal?	1	2	3	4	5	6	7
ha tenido resfríos o infecciones de las vías respiratorias superiores frecuentes?	1	2	3	4	5	6	7
ha tenido secreción o goteo nasal?	1	2	3	4	5	6	7
ha tenido dificultad para tragar los alimentos?	1	2	3	4	5	6	7
TRASTORNOS EMOCIONALES							
Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia su hijo... ha tenido cambios en el estado de ánimo o ha hecho berrinches?	1	2	3	4	5	6	7
ha presentado conducta agresiva o hiperactiva?	1	2	3	4	5	6	7
ha tenido problemas de disciplina?	1	2	3	4	5	6	7
PROBLEMAS DURANTE EL DÍA							
Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia su hijo... ha tenido somnolencia o sueño excesivo durante el día?	1	2	3	4	5	6	7
ha tenido bajo nivel de atención o poca concentración?	1	2	3	4	5	6	7
ha tenido dificultad para levantarse de la cama por la mañana?	1	2	3	4	5	6	7
PREOCUPACIONES DE LA PERSONA QUE CUIDA AL NIÑO							
Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia los problemas anteriores... han provocado que se preocupe por el estado de salud general de su hijo?	1	2	3	4	5	6	7
le han generado la preocupación de que su hijo no está recibiendo suficiente aire?	1	2	3	4	5	6	7
han interferido con su capacidad para realizar las actividades cotidianas?	1	2	3	4	5	6	7
lo han hecho sentirse frustrado?	1	2	3	4	5	6	7

EN GENERAL, ¿CÓMO CALIFICARÍA USTED LA CALIDAD DE VIDA DE SU HIJO COMO CONSECUENCIA DE LOS PROBLEMAS ANTERIORES? (ENCIERRE UN NÚMERO CON UN CÍRCULO)



1. Sohn H, Rosenfeld RM. Evaluation of sleep-disordered breathing in children. *Otolaryngol Head Neck Surg.* Mar 2003;128(3):344-352.