

Estudio de Sueño para los Niños

Un estudio de sueño ha sido ordenado para su hijo para monitorear y medir muchos aspectos de su sueño. Es importante evaluar a su hijo porque la falta de descanso o el sueño interrumpido pueden estorbar las actividades cotidianas y impactar la salud y el desarrollo de su hijo. Un pariente o guardian debe quedarse con el niño durante la noche y ayudar a acomodarlo. Se le proporcionará un camita para usted y una cama para su hijo.

Como preparar y qué traer:

- Vea a la cánula adjuntada con las instrucciones y ayude a su hijo practicar ponérselo antes del día de su estudio. La cánula puede ser difícil y incomoda para algunos niños, pero es muy importante medir su respiración. Entre más practica, más se va a acostumbrar a ponérselo y tener una mejor experiencia durante su estudio.
- Traiga pijamas de dos piezas que le queden sueltas. Si hay alguna posibilidad de que su hijo se orine, recomendamos traer dos pijamas. Sería buena idea llegar con su hijo ya vestido para dormirse si la cita sea alrededor de la hora normal de acostarse.
- Traiga de casa lo que se le haga sentir más cómodo a su hijo ya que se va a dormir fuera de casa. Por ejemplo - una cobija especial, una almohada, peluche, juego, libro, etc.
- Se pueden llevar los snacks, también – por favor, asegúrese que su hijo ya haya comido antes de llegar a su cita. Hay jugo para su niño por la mañana.
- Debe traer todos los medicamentos que su hijo va a necesitar tomar.
- No le ponga cremas en su piel o cabello antes del estudio y debe quitarse las trenzas si sea posible.
- Traiga un cepillo de dientes y artículos de aseo. Hay un espacio donde usted puede limpiar a su hijo antes de llevarlo a la casa, pero no hay ducha disponible. Se le proporcionará una toalla para limpiarse.
- Traiga ropa para que su hijo pueda cambiarse en la mañana.

Qué esperar la noche del estudio:

- Toque el timbre del laboratorio y un técnico se encontrará con usted para acompañarles a la recamara del estudio. Hay más papeles que se deben completar antes del estudio.
- Los sensores se le colocarán a su hijo para monitorear el sueño de su hijo durante la noche.
- La organización del equipo se tardará hasta 45 minutos. Su hijo puede sentarse en sus piernas si le es más cómodo o en un sillón aparte.
- El proceso puede demorar mucho tiempo, así que su hijo puede mirar la tele, jugar en su teléfono/tableta o leer un libro. También esta en la libertad de ayudar en la preparación y hacer preguntas.
- Cualquier distracción es bienvenida y agradecida (Hay WI-FI disponible).
- A veces se ocupa la ayuda del pariente para acomodar el equipo.
- Intentaremos adherir al horario normal de su hijo lo más posible.
- Después de colocar los sensores, su hijo se puede relajar en su cuarto y seguir su rutina normal (acurrucarse, contarle historias, mirar la tv hasta que se duerma).
- Se le levantará a su hijo a las 6 de la mañana al menos que se ocupe más tiempo para el estudio o haya pedido levantarlo más temprano. Tome en cuenta que se puede demorar 20 minutos en quitarle los sensores.
- Puede que los sensores se sueltan o se caigan durante la noche – en estos casos, el técnico entrará para hacer ajustes y aplicar los sensores de nuevo.

Más información sobre los sensores:

- Los sensores de superficie se colocarán en la cabeza para monitorear las ondas cerebrales durante las varias etapas del sueño.
- Un sensor se aplicará al lado de cada ojo para monitorear los movimientos de sus ojos.
- Dos sensores se colocarán en cada lado de la mandíbula, y uno en el centro de la barbilla para ver si su hijo respira por la boca o esta rechinando los dientes.
- Un sensor se colocará justamente bajo la clavícula y uno en las costillas para monitorear sus latidos del corazón.
- Dos sensores se colocarán en cada espinilla para monitorear los movimientos de las piernas
- Dos sensores se colocarán bajo la nariz para monitorear la respiración – este aparato se llama la cánula nasal y es el equipo que ya le mandamos con esta información para practicar aplicando a su hijo.
- Se colocarán dos cinturones – uno sobre el pecho y el otro sobre el estomago para monitorear la respiración.
- También se colocará un sensor en el dedo para monitorear el pulso y niveles de oxígeno.
- Cada paciente será monitoreado por audio y video para asegurar su seguridad por la noche.
- Todo se aplica con una pasta de pegamiento soluble con agua y con cinta adhesiva hipo-alérgico. Se utilizará una solución para quitar el adhesivo para quitar la cinta en la mañana.
- Su hijo se tendrá que bañar en casa con agua caliente para quitar la pasta de pegamiento del cabello.



Photo of completed set up

El técnico será disponible durante la noche por si usted tiene alguna necesidad

Acuérdese: Nada duele

A veces los sensores se sienten incómodos al empezar pero después se acostumbra. Un estudio de sueño no es como dormir en casa, pero intentaremos hacer todo lo posible para conseguir suficientes datos durante el estudio para que su médico pueda llegar a una conclusión definitiva. Aún si su hijo está despierto más en el laboratorio que lo normal, no se preocupe. Aún poco sueño puede proveer muchos datos.

Por favor, póngase en contacto con su médico para revisar los resultados del examen. Se puede tardar hasta dos semanas para llegar a su médico después del estudio.

Entendemos que usted puede tener más preguntas o inquietudes sobre el estudio de su hijo. Los coordinadores de servicio del cliente están disponibles para ayudarlo entre semana 8 AM – 7 PM y los fines de semana 2 PM – 6 PM.

617-796-7766

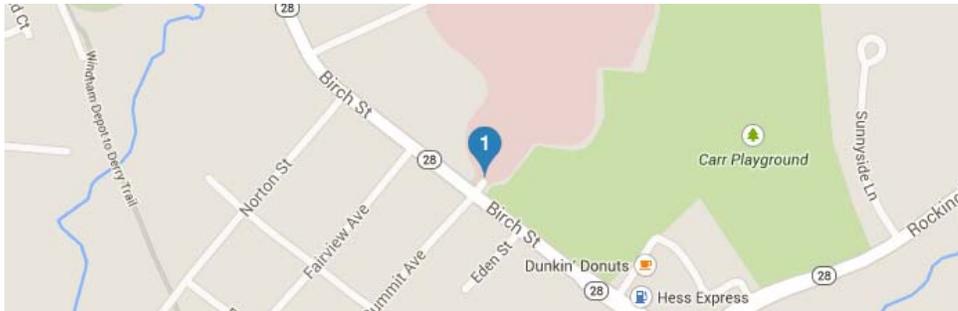


One Parkland Drive Derry, NH 03038

Desde la Ruta 93:

Tome la salida 4 (102 Este). Después de agarrar la salida, continúe por 2 juegos de luces. En el tercer semáforo, gire a la derecha en Birch Street. PMC será de aproximadamente 1 milla a la izquierda.

En Parkland Medical Center: Entre por la Sala de Emergencia para registrarse. Un técnico será notificado para acompañarle hasta el Centro de Sueño.



Para obtener más ayuda con las direcciones:

1-800-432-8808

**Si es urgente para ponerse en contacto con el
centro de sueño la noche de su cita después
de las 7:00 PM llame al: 603-421-2098**

Instrucciones para la cánula nasal

Se le colocará un sensor debajo y dentro de la nariz de su hijo para monitorear su respiración durante la noche de su estudio de sueño. Es importante que su hijo tenga ese sensor por el estudio entero, aunque sea incómodo para algunos niños.

- Sí*, se mete dentro de la nariz.
- No*, no le duele, solo puede ser un poco incómodo.

Por favor, practica ponérsela la cánula a su hijo antes del estudio para que su hijo sepa qué esperar en la noche de su estudio. Recomendamos que usted le enseñe ponérsela y deje que su niño lo toque para que se pueda acostumbrar.

Es mejor practicar ponérsela por tiempos cortos mientras su hijo está despierto y supervisado – relajándose, leyendo un libro juntos, o mirando la tele.

Para poner la cánula:

1. Levante la cánula en frente de la cara
2. Las puntitas de la cánula se meten dentro de la nariz
3. Cuelgue el tubo nasal entre las orejas y colóquelo debajo de la mandíbula y ajustado a comodidad alrededor del cuello



Equipo de la cánula nasal mostrado en un peluche

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL SUEÑO PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS

Este cuestionario ha sido compilado a partir de múltiples fuentes para ayudar a evaluar mejor el sueño de un paciente pediátrico. Por favor, complete todas las preguntas al mejor de su conocimiento. Esta información pasará a formar parte de la historia clínica del paciente y se considera confidencial.

Fecha de Hoy: _____/_____/_____ Sitio de Estudio _____

Información Demográfica

Apellido del Niño: _____ Nombre del niño: _____

Fecha de nacimiento (del niño): ___/___/_____ Edad del niño: _____ Sexo: Hombre Mujer

Altura: _____ in Peso: _____ lbs Grado en la Escuela: _____

Dirección: _____ Apt #: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Nombre de los padres: _____

Teléfono de los padres: _____

Teléfono del trabajo de los padres: _____

Teléfono celular de los padres: _____

Correo electrónico de los padres: _____

Información del médico

Información del médico haciendo referencia:

Nombre: _____

Dirección: _____

Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____

Médico Primario: (puede ser el mismo que se hace referencia)

Nombre: _____

Dirección: _____

Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____

Problemas del sueño

¿Cuáles son sus principales preocupaciones sobre el sueño de su hijo?

¿Qué has intentado previamente para ayudar con este problema?

Tiempos de Dormir

Importe total estimado de sueño en un día **laborable** (incluyendo siestas):

_____ horas _____ minutos

Hora habitual de acostarse en las noches de entre semana: _____

Usual tiempo de despertar en las mañanas de lunes a viernes: _____

Importe total estimado de sueño en un día de fin de semana (incluyendo siestas):

_____ horas _____ minutos

Hora habitual de acostarse en las noches de fin de semana: _____

Usual tiempo de despertar en las mañanas de fin de semana: _____

Horario de Siestas

Número de días a la semana a ese niño toma una siesta: _____

Las siestas (de cuando a cuando): _____

(Por favor circule su respuesta) **Información general del sueño**

¿Hay una rutina regular de sueño?	Sí	No
¿Su hijo tiene su / su propio dormitorio?	Sí	No
¿Su hijo tiene su / su propia cama?	Sí	No
¿Hay una presencia de los padres cuando su hijo se duerme?	Sí	No
¿Tiene su hijo a resistir ir a la cama?	Sí	No
¿Su hijo tiene dificultad para conciliar el sueño?	Sí	No
¿Su hijo se despierta durante la noche?	Sí	No
¿Considera usted que estos despertares nocturnos es un problema?	Sí	No
¿Su hijo tiene dificultad para volver a dormir después de despertar?	Sí	No
¿Es el niño tiene dificultad para despertarse por la mañana?	Sí	No
¿Su hijo tiene un sueño de mala calidad?	Sí	No
¿Usa su niño un chupete o chupe el dedo para dormir?	Sí	No
¿Es su hijo un boca-respiradero en la noche cuando se duerme?	Sí	No

Síntomas actuales del sueño

(Por favor circule su respuesta)

¿Dificultad para respirar cuando duerme?	Nunca	De vez en cuando	Frecuentemente
¿Deja de respirar durante el sueño?	Nunca	De vez en cuando	Frecuentemente
¿El ronquido?	Nunca	De vez en cuando	Frecuentemente
¿Sueño inquieto?	Nunca	De vez en cuando	Frecuentemente
¿ Sudoración al dormir?	Nunca	De vez en cuando	Frecuentemente
¿ Somnolencia durante el día?	Nunca	De vez en cuando	Frecuentemente
¿ Falta de apetito?	Nunca	De vez en cuando	Frecuentemente
¿ Duerme en posiciones inusuales? (es decir, sentarse, etc)	Nunca	De vez en cuando	Frecuentemente
¿ Pesadillas?	Nunca	De vez en cuando	Frecuentemente
¿ Camina por la noche?	Nunca	De vez en cuando	Frecuentemente
¿ Habla durante el sueño?	Nunca	De vez en cuando	Frecuentemente
¿ Grita durante el sueño?	Nunca	De vez en cuando	Frecuentemente
¿ Da patadas con las piernas durante el sueño?	Nunca	De vez en cuando	Frecuentemente
¿ Se despierta en la noche?	Nunca	De vez en cuando	Frecuentemente
¿ Se levanta de la cama por la noche?	Nunca	De vez en cuando	Frecuentemente
¿ Dificultad para quedarse en la cama?	Nunca	De vez en cuando	Frecuentemente
¿ Resistencia de ir a la cama?	Nunca	De vez en cuando	Frecuentemente
¿ Rechinar de dientes?	Nunca	De vez en cuando	Frecuentemente
¿ Incómodo "hormigueo desagradable" la sensibilidad en sus piernas?	Nunca	De vez en cuando	Frecuentemente
¿ Se orina en la cama?	Nunca	De vez en cuando	Frecuentemente

Los síntomas diurnos actuales

(Por favor circule su respuesta)

¿ Dificultad para levantarse por la mañana?	Nunca	De vez en cuando	Frecuentemente
¿ Se duerme en la escuela?	Nunca	De vez en cuando	Frecuentemente
¿ Las siestas después de la escuela?	Nunca	De vez en cuando	Frecuentemente
¿ Somnolencia durante el día?	Nunca	De vez en cuando	Frecuentemente
¿ Informa de sueños durante la siesta?	Nunca	De vez en cuando	Frecuentemente
¿ Comportamientos inusuales durante el día?	Nunca	De vez en cuando	Frecuentemente
¿ Se siente débil o pierde el control de su / sus músculos con las emociones fuertes?	Nunca	De vez en cuando	Frecuentemente
¿ Informa de ser incapaz de moverse al quedarse dormido?	Nunca	De vez en cuando	Frecuentemente
¿ Informa de imágenes visuales espantosas antes de dormirse?	Nunca	De vez en cuando	Frecuentemente

Historia Familiar

Madre: Edad: _____ Ocupación: _____

Padre: Edad: _____ Ocupación: _____

Otras personas que viven en el hogar: -

¿Hay mascotas en el hogar: Sí No
En caso afirmativo, ¿qué tipo de mascotas?

Si hay una mascota, ¿Duerme en la cama del niño? Sí No

¿Hay alguien en la familia tiene un trastorno del sueño? Sí No

En caso afirmativo, quién y qué desorden?

Historial Médico

Embarazo / Entrega

Embarazo: Normal Difícil

Plazo de entrega Difícil: Pre-término Posterior a Término

El peso al nacer del niño: _____ lbs _____ oz

¿Es un hijo único? Sí No

En caso negativo, ¿Cuántos hermanos tiene? _____

Historia clínica del niño

(Por favor circule su respuesta)

¿Congestión nasal frecuente?	Sí	No
¿Dificultad para respirar a través de su / su nariz?	Sí	No
¿Los problemas del seno?	Sí	No
¿La bronquitis crónica o tos?	Sí	No
¿Alergias ambientales?	Sí	No
¿Asma?	Sí	No
¿Resfriados frecuentes o gripes?	Sí	No
¿Infecciones frecuentes del oído?	Sí	No
¿Infecciones de la garganta por estreptococos frecuentes?	Sí	No

(Por favor circule su respuesta)

¿Dificultad para tragar?	Sí	No
¿El reflujo ácido (reflujo gastroesofágico)?	Sí	No
¿Pobre o retraso en el crecimiento?	Sí	No

¿El exceso de peso?	Sí	No
¿Los problemas de audición?	Sí	No
¿Los problemas del hablar?	Sí	No
¿Los problemas de visión?	Sí	No
¿Convulsiones / Epilepsia?	Sí	No
¿Dolores de cabeza matutinos?	Sí	No
¿La parálisis cerebral?	Sí	No
¿Las enfermedades del corazón?	Sí	No
¿Alta presión arterial?	Sí	No
¿La enfermedad de células falciformes?	Sí	No
¿Enfermedad genética?	Sí	No
¿Problemas cromosómicos (por ejemplo síndrome de Down)?	Sí	No
¿Problema del mal (por ejemplo, enanismo)?	Sí	No
¿Trastorno Craneofacial (por ejemplo Pierre-Robin)?	Sí	No
¿Los problemas de tiroides?	Sí	No
¿Eczema (comezón en la piel)?	Sí	No
¿Dolor?	Sí	No

Si su hijo tiene problemas médicos a largo plazo, la lista de los tres que usted piensa son los más importantes:

1. _____
2. _____
3. _____

Historia Psiquiátrica Pasado

(Por favor circule su respuesta)

¿Autismo?	Sí	No
¿Retrasos en el desarrollo?	Sí	No
¿Hiperactividad / TDAH?	Sí	No
¿La ansiedad / ataques de pánico?	Sí	No
¿Trastorno obsesivo compulsivo?	Sí	No
¿Depresión?	Sí	No
¿Problemas de aprendizaje?	Sí	No
¿Uso / abuso de drogas?	Sí	No
¿Trastorno del comportamiento?	Sí	No
¿Admisión psiquiátrica?	Sí	No

Pasado historia dental o quirúrgico

(Por favor circule su respuesta)

¿Su hijo se había quitado sus / sus amígdalas?	No	Sí	En caso afirmativo, ¿a qué edad?
¿Su hijo se había quitado sus / sus adenoides?	No	Sí	En caso afirmativo, ¿a qué edad?
¿Su hijo tiene tubos en los oídos?	No	Sí	En caso afirmativo, ¿a qué edad?
¿Su hijo ha llevado llaves o tenían trabajos de ortodoncia?	No	Sí	En caso afirmativo, ¿a qué edad?

¿Su hijo ha tenido algún otro tipo de cirugía? Sí No

¿A qué edad? (por favor incluya la edad en que se realizó la cirugía)

Por favor, describa:

Medicamentos

Por favor, indique todos los medicamentos que su hijo está tomando actualmente:

Nombre del medicamento	Dosis	¿Con qué frecuencia?

Medicinas sin recetas:

Alergias a medicamentos:

Alergias ambientales:

Gracias por tomarse el tiempo para llenar este cuestionario.