

Preparándose para su estudio del sueño

Usted ha sido referido al Centro del Sueño de Neurocare para un estudio de sueño porque su médico sospecha que tiene un trastorno del sueño. Trastornos del sueño no tratados pueden provocar un mayor riesgo de ciertas enfermedades potencialmente mortales, como las enfermedades del corazón, derrame cerebral y hipertensión. Un examen de sueño es el primer paso para determinar el tratamiento adecuado.

Antes del día de su estudio

- Complete el cuestionario adjunto
- Escriba una lista de todos los medicamentos que toma y la dosis

***** Si su seguro médico requiere una pre-certificación para un estudio del sueño y hemos recibido la autorización de su compañía de seguros para realizar la prueba, esto no garantiza una cobertura del 100%. Debido a que la cobertura del seguro varía, usted debe consultar directamente con su compañía de seguros con respecto a su cobertura específica del plan y cualquier gasto de su propio bolsillo relacionados con la prueba.**

En el día de su estudio del sueño HACER:

- Tome todos sus medicamentos regulares a menos que su médico haya indicado lo contrario
- Deje todos los objetos de valor en casa. El Centro de Sueño no se hace responsable de los objetos perdidos
- Traiga ropa cómoda para dormir- 2 piezas es mejor
o Ejemplo: pijamas, o una camiseta y pantalones cortos, pantalones de chándal, los boxeadores
- Traiga artículos de aseo personal (jabón, pasta de dientes, etc.), se proporcionan toallas. Las duchas están disponibles.
- La pasta utilizada para adherir sensores en el cuero cabelludo puede requerir el lavado del cabello para eliminar por completo
- Lleve el cuestionario completado y la lista de medicamentos para su cita del estudio del sueño
- Planee salir entre las 7:00AM-07:30AM.

*****No se olvide de traer los medicamentos que usted deberá tomar o pueda necesitar, tales como inhaladores o EpiPens (autoinyectores antialérgicos). *****



Instrucciones para cambiar su cita

Usted debe notificarnos por lo menos 48 horas antes de su cita si necesita reprogramar llamando al 617-796-7766. El Centro de sueño se ha reservado un cuarto especialmente equipado y ha asignado un técnico del sueño para su estudio. Usted puede ser responsable de una cuota de \$250 si usted no asiste o cambia la cita dentro de las 48 horas.

En el día de su estudio del sueño **NO HACER:**

- No use cremas o productos derivados del petróleo en el pelo o la piel
- Beber cantidades excesivas de alcohol o bebidas con cafeína

Necesidades Especiales

Es muy importante que sepamos de sus necesidades especiales antes de su estudio del sueño con el fin de hacer su estadía lo más cómoda posible. Por favor, llámenos al (800) 432-8808 si alguna de las siguientes consideraciones es pertinente en su caso, o si tiene cualquier otra inquietud:

- Caminador, silla de ruedas, o bastón
- Ayuda para caminar o para usar el baño
- Problemas de incontinencia
- No puede dormir en una cama (por ejemplo, usa un sillón reclinable)
- Oxígeno suplementario
- Problemas cardíacos
- Alergia a la cinta, látex, o talco
- Medicamentos inyectables (La medicación NO puede ser administrada por los técnicos del Centro de Sueño)
- Trastorno respiratorio
- Depresión o ansiedad
- Interprete
- Necesita que se quede alguien con usted durante el estudio.

*** Si usted tiene mucho sueño al despertar, tramite para un familiar o amigo que lo lleve hacia y desde el Centro de Sueño, use el transporte público o un taxi para el transporte ***

Acerca del Centro de Sueño

- Todos los estudios del sueño son interpretados por los especialistas del sueño
- Todos los estudios del sueño son realizados por los técnicos del sueño altamente capacitados y calificados
- Confortables habitaciones privadas con camas de tamaño full, tv por cable, accesibilidad para discapacitados
- Los baños privados con duchas
- Está equipada con tecnología de punta; rápida y fácil de desconectar para ir al baño por la noche
- Comuníquese con su médico de referencia para los resultados de los estudios del sueño

Llame al 800-432-8808 con preguntas: Entendemos que usted puede tener preguntas o inquietudes sobre su estudio del sueño. Coordinadores de Servicios de Clientes están disponibles para asistencia 8:00AM- 7:00 PM de Lunes a Viernes.

CÓMO LLEGAR

1153 Centre Street, Boston, MA

Desde el centro de Boston

Empiece en Storrow Drive West hasta la Plaza Kenmore/Fenway Ruta 1 salida sur . Gire a la izquierda . Siga las indicaciones a Fenway 1 Sur . Gire a la derecha en la calle Boylston , siguiendo las indicaciones a la calle Boylston Outbound/Riverway .Continue en Boylston de 0,4 millas , en cuyo momento se convierte en Brookline Avenue. Permanezca en Brookline Avenue por medio kilómetro . Gire a la izquierda en el Riverway/ Jamaica way . Siga Riverway/Jamaicaway durante 2,2 kilómetros a través de la primera rotativa (Jamaica Pond a la derecha) a la segunda rotativa siguiendo las indicaciones a Sur Dedham/Providence . En la segunda rotativa, manténgase a la derecha por la calle del centro (no tome bruscamente la salida a la derecha), aún siguiendo las indicaciones a Sur Dedham/ Providence . Faulkner Hospital está situado 0,7 millas a la derecha en 1153 Centre Street . Gire a la derecha después del hospital en la calle Allandale Road, y gire a la derecha para meterse en los terrenos del hospital.

Desde el Norte

Tome la ruta 93 Sur o Ruta 1 Sur a Storrow Drive West . Siga las instrucciones anteriores para viajar desde el centro de Boston .

De Framingham / Natick

Tome la ruta 9 este hasta la salida marcada West Roxbury / Hyde Park, al otro lado de Chestnut Hill Mall. Gire a la derecha en Hammond Pond Parkway . Siga por 0,9 millas a rotativo. Tome la tercera calle a rotatorio (Newton Street) . Siga durante 0,4 km hasta la parada. Gire a la izquierda , sigue en la calle Newton , y sigue durante 0,4 km a la estación de gas. Gire a la derecha alrededor de la estación . Tome la primera a la izquierda en Allandale carretera . Hospital Faulkner es de 1,1 millas a la izquierda .

Desde el centro y el oeste de Massachusetts

Conduzca hacia el este por la Misa Turnpike hasta la Ruta 128 Sur . Siga 128 hasta la Ruta 9 Este. Siga las instrucciones de Framingham / Natick

Desde el Sur

Tome la ruta 128 norte hasta la salida 15 A / Ruta 1 Norte . Siga a través de Dedham durante 3,2 kilómetros. En este punto, la ruta 1 también se conoce como VFW Parkway. Siga 2.8 millas a rotativo. Vaya al otro lado de rotación (segunda a la derecha) , permaneciendo en VFW Parkway . Ir 0,6 millas hasta el semáforo . Tome la izquierda en el semáforo en la calle del centro . En el segundo semáforo , 0,3 millas , gire a la izquierda Allandale carretera . Gire a la derecha en terrenos del hospital .

MBTA

MBTA Bus # 38 , Wren Street, se detiene justo en frente del Hospital de Faulkner en la calle del centro . El autobús de la calle Wren va y viene entre el distrito financiero y la estación de West Roxbury Forest Hills , donde se conecta con la Línea Naranja y otras rutas de autobús . Los autobuses están programados para ejecutarse cada 20 minutos durante la mañana y la tarde en horas específicas, y con menor frecuencia durante el medio día. Para las horas exactas , llame a la MBTA al 888-214-0030 o visite el sitio web de MBTA .

BWH Horario de Lanzadera

Hay buses directos desde el Hospital Brigham and Women's Faulkner , de lunes a viernes , con la excepción de ciertos días de festivo. Póngase en contacto con el Departamento de Transporte al 617-726-2250.

ESTACIONAMIENTO Y DIRECCIONES AL CENTRO DEL SUEÑO

Para estacionar, entre en el camino de entrada y proceder recto hasta ESTACIONAMIENTO DEL PACIENTE. (El estacionamiento es gratuito durante 20 minutos) Entre por la puerta de urgencias de la acera en frente del edificio. En el interior del vestíbulo a la izquierda y siga recto a través de las puertas dobles. Gire a la derecha siguiendo las indicaciones a CENTRO DE CIRUGÍA, y pase el CENTRO DE EVALUACIÓN PRE-OPERATORIA a su izquierda. Continúe hasta el final del pasillo de los ascensores ladere de la derecha. Tome el ascensor hasta el quinto piso. Salga de los elevadores a la derecha y gire a la izquierda en el pasillo al centro del sueño.

Para obtener más ayuda con las direcciones:

617-796-7766

**Si es urgente para ponerse en contacto con el
centro de sueño la noche de su cita después**

de 7:00 PM llame al: 617-983-7299

CUESTIONARIO PARA EL PACIENTE

Nombre: _____ Ocupación: _____ Fecha: _____

1. Me han recomendado esta prueba del sueño porque tengo:

- Somnolencia/fatiga excesiva Insomnio
 Ronquidos fuertes Sacudidas de las piernas durante el sueño
 Pausas en la respiración durante el sueño Otros _____

2. Mi estatura es _____. Mi peso actual es _____ libras. Mi peso máximo fue _____ libras.

Recientemente, mi peso (marque la respuesta): Aumentó/ Bajó

3. Mi problema para dormir empezó cuando tenía _____ años.

4. Mi posición preferida para dormir es (marque la respuesta): Boca arriba De lado Boca abajo

5. ¿Qué cree usted que causa su problema para dormir /estar despierto?

6. ¿Tiene alguien de su familia problemas para dormir? Si es así, por favor, describa:

Relación con usted:

Problema para dormir:

_____	_____
_____	_____
_____	_____

7. En una escala de 1 a 5 (donde 5 es lo que causa más problemas) ¿cuánto lo afecta la somnolencia en las siguientes situaciones?

Conducir 1 2 3 4 5 Trabajar 1 2 3 4 5 Rendimiento académico 1 2 3 4 5
Interacciones sociales 1 2 3 4 5

8. ¿Ha tenido o ha estado a punto de tener algún accidente automovilístico relacionado con la somnolencia? Sí ___ NO ___

9. ¿Ha hecho alguna otra evaluación, examen o tratamiento para su problema para dormir?
Sí ___ NO ___

Si contestó Sí, ¿cuándo lo examinaron y cuál fue el diagnóstico? Por favor, describa:

10. Si trabaja, ¿cuál es su horario y días de trabajo?

Empiezo a las ____ a.m./p.m. Salgo a las ____ a.m./p.m. ____ días por semana

11. Si tiene un segundo trabajo, ¿cuál es su horario y días para ese trabajo?

Empiezo a las ____ a.m./p.m. Salgo a las ____ a.m./p.m. ____ días por semana

12. ¿Cuál es su horario habitual para dormir?

Los días de trabajo, generalmente trato de dormirme a las: _____ a.m./p.m.

Los días de trabajo, generalmente trato de despertarme a las: _____ a.m./p.m.

Los días de trabajo, generalmente me levanto a las: _____ a.m./p.m.

Los días que no trabajo, generalmente trato de dormirme a las: _____ a.m./p.m.

Los días que no trabajo, generalmente trato de despertarme a las: _____ a.m./p.m.

Los días que no trabajo, generalmente me levanto a las: _____ a.m./p.m.

Tardo más de 30 minutos en dormirme: _____ día(s) de la semana.

Tardo más de 60 minutos en dormirme: _____ día(s) de la semana.

13. Después de dormirme, lo más probable es que me despierte:

A. Durante la primera mitad de la noche.

B. Durante la segunda mitad de la noche.

C. A distintas horas.

D. Rara vez me despierto durante la noche.

14. Durante los minutos antes de dormirme, por lo general (marque la respuesta):

Miro la TV Oigo música Leo Como Bebo Converso con mi esposa/pareja

Hago planes o me preocupo Discuto Tengo relaciones sexuales

Otro _____

15. A menudo, cuando me estoy despertando, (marque la respuesta):

Me siento muy alerta repentinamente Siento que mi corazón salta Me ocupo de los niños

Estoy desorientado Grito Estoy asustado Tengo sueños

Tengo pesadillas Siento náuseas Me despierto alrededor de una hora más temprano

Otro: _____

16. Durante una semana típica, duermo la siesta _____ veces.

Si duermo la siesta, mi siesta habitual dura _____ minutos _____ horas

Si duerme siesta, ¿se despierta renovado? _____ Sí _____ No

17. Durante una semana típica hago _____ horas de ejercicio.

18. La siguiente es una lista de síntomas que pueden tener las personas con problemas para dormir.

Por favor, marque los síntomas que ha tenido:

- Cuando está acostado por la noche antes de dormir, tiene sensaciones desagradables en los brazos o las piernas y necesita moverlos
- Su respiración fuerte, ronquidos o pausas en la respiración molestan a la persona que duerme con usted
- Rechina los dientes mientras duerme
- Se despierta con la boca seca
- Sacude las piernas o los brazos durante el sueño

- Tarda más de 30 minutos en dormirse la mayoría de las noches
- Tiene dificultad para recordar, organizarse o concentrarse
- Cuando se ríe, se sorprende, se enoja o se excita, sus músculos se contraen o se aflojan
- Duerme mejor fuera de casa
- Suda mucho durante la noche.
- Se despierta con dolor de cabeza
- Ve imágenes como sueños mientras se duerme
- No puede moverse cuando se está durmiendo o despertando
- Se despierta con sensación de ahogo o jadeando
- Se despierta durante la noche y después le cuesta volver a dormirse
- Se despierta aterrorizado
- Tiene la nariz congestionada o tapada a la noche
- Camina dormido y al día siguiente tiene un recuerdo vago o no se acuerda

¿Qué probabilidad tiene de estar soñoliento o quedarse dormido, a diferencia de sentirse cansado, en las siguientes situaciones? Esto se refiere a su forma de vida habitual en el último tiempo. Aunque algunas de estas cosas no le hayan ocurrido recientemente, indique cómo cree que lo habrían afectado. Use la siguiente escala para seleccionar el número más apropiado para cada situación:

- 0 = nunca estoy soñoliento
- 1 = probabilidad baja de estar soñoliento
- 2 = probabilidad moderada de estar soñoliento
- 3 = probabilidad alta de estar soñoliento

Probabilidad de estar soñoliento

1. Sentado leyendo _____
2. Mirando la televisión..... _____
3. Sentado inactivo en un lugar público (p. ej. un teatro o reunión) _____
4. Como pasajero en un automóvil si pasa una hora sin hacer una parada _____
5. Al recostarse para descansar a la tarde cuando las circunstancias lo permiten _____
6. Sentado conversando con alguien _____
7. Sentado tranquilamente después de un almuerzo sin alcohol _____
8. En un automóvil, mientras para unos minutos por el tráfico _____

19. En un día típico bebo:

	<u>En un día típico</u>	<u>Dentro de las 2 horas antes de la hora de dormir</u>
Café con cafeína:	_____ taza(s)	_____ taza(s)
Té con cafeína	_____ taza(s)	_____ taza(s)
Refresco con cafeína	_____ vaso(s)	_____ vaso(s)
Bebidas alcohólicas	_____ vaso(s)	_____ vaso(s)

20. En un día típico, fumo:

- _____ paquete(s) de cigarrillos
- _____ no fumo tabaco

21. Consumo:

Marihuana	Nunca	A veces	A menudo
Narcóticos (cocaína, crack, heroína, morfina, opio, etc.)	Nunca	A veces	A menudo

Alucinógenos (LSD, mescalina, "polvo de ángel", hongos)	Nunca	A veces	A menudo
Estimulantes	Nunca	A veces	A menudo
Sedantes	Nunca	A veces	A menudo

22. ¿Le han extirpado las amígdalas y/o las adenoides? Sí NO

Si contestó Sí, ¿cuándo? _____

23. Durante el año pasado he estado hospitalizado por los siguientes problemas:

<u>Mes</u>	<u>Causa de la hospitalización</u>	<u>¿Cirugía?</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

24. Si recientemente ha tenido alguno de los siguientes problemas, por favor, marque el casillero que corresponda. Anote cualquier dato que pueda ayudarnos a entender sus problemas de salud.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Angina de pecho | <input type="checkbox"/> Ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Ataque al corazón | <input type="checkbox"/> Problemas mentales |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca | <input type="checkbox"/> Problemas emocionales |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Depresión |
| <input type="checkbox"/> Embotamiento o desmayo | <input type="checkbox"/> Orina con frecuencia |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Infecciones urinarias |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Malestar estomacal |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cuello | <input type="checkbox"/> Problema intestinal |
| <input type="checkbox"/> Dolor en los brazos o pierna | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Dolor de espalda | <input type="checkbox"/> Impotencia |
| <input type="checkbox"/> Calambres musculares | <input type="checkbox"/> Disfunción tiroidea |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Zumbidos en los oídos |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar | <input type="checkbox"/> Neuropatía |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis | |
| <input type="checkbox"/> Alergias | |

Escriba en letras de molde el nombre de cada medicamento.
Asegúrese de escribir correctamente los nombres de los medicamentos en el envase. Anote el tamaño de la píldora (cuando sea aplicable).

<u>Nombre</u>	<u>Dosis</u>	<u>¿Para qué problema médico?</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Las siguientes preguntas deben ser contestadas por la persona que duerme con usted u otra persona que lo haya observado mientras duerme.

1. He observado al paciente durmiendo:

- Una o dos veces
- Pocas veces
- A menudo

2. He observado que el paciente hace lo siguiente mientras duerme o al despertarse:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ronca suavemente | <input type="checkbox"/> Camina (dormido) |
| <input type="checkbox"/> Ronca fuerte | <input type="checkbox"/> Se levanta de la cama (dormido) |
| <input type="checkbox"/> Resopla | <input type="checkbox"/> Hace movimientos semivoluntarios (dormido) |
| <input type="checkbox"/> Se ahoga | <input type="checkbox"/> Se muerde la lengua |
| <input type="checkbox"/> Tiene pausas en la respiración | <input type="checkbox"/> Rechina los dientes (dormido) |
| <input type="checkbox"/> Hace movimientos bruscos con las <u>piernas</u> o da patadas (dormido) | <input type="checkbox"/> Gime |
| <input type="checkbox"/> Hace movimientos bruscos o da golpes con los <u>brazos</u> (dormido) | <input type="checkbox"/> Se pone rígido y/o tiene sacudidas |
| <input type="checkbox"/> Se sienta en la cama (dormido) | <input type="checkbox"/> Se orina en la cama |
| <input type="checkbox"/> Mece la cabeza o la golpea contra la almohada (dormido) | <input type="checkbox"/> Se despierta desorientado |
| | <input type="checkbox"/> Se despierta quejándose de dolores |

3. Describa las conductas durante el sueño que marcó más arriba. Incluya una descripción de la actividad, a qué hora de la noche tiende a ocurrir y con qué frecuencia, y con qué frecuencia ocurre a lo largo de los días, semanas, meses o años:

4. ¿Se ha quedado dormido el paciente durante actividades normales del día o la noche o en situaciones peligrosas?

____ Sí ____ No

Si contestó Sí, por favor, describa:
