



**MedStar Georgetown University Hospital  
Sleep Disorders Center (Centro de Trastornos del Sueño)  
Pacientes adultos**

3800 Reservoir Road, NW  
Washington DC, 20007  
5to piso del Edificio Principal #5411

**Hora de la cita: 8:30 PM**

Atención: los tecnólogos del sueño también comienzan sus turnos a las 8:30. No hay necesidad de llegar antes pero, por favor, sea puntual. Puede tomar asiento en el lobby hasta que un tecnólogo del sueño le lleve de nuevo a una habitación.

Usted se alojará en el "Centro de Trastornos del Sueño" para pasar la noche; hemos incluido información adicional para su referencia. Si esta es su primera visita, o si no ha permanecido para un estudio en más de un año, por favor, complete el cuestionario de historia de sueño y llévelo consigo a su cita.

El estudio de sueño o polisomnografía es no invasivo y no produce dolor. Se conectarán por cable sensores eléctricos a un conjunto de dispositivos de supervisión, los cuales se utilizarán para documentar la actividad de las ondas cerebrales, los movimientos de los ojos, el tono muscular en el área de la barbilla, los movimientos de las piernas, la saturación de oxígeno y la actividad respiratoria. Estos sensores, que no producen ningún dolor, se aplican temporalmente con gasas y cinta. El equipo puede ser mínimamente incómodo, pero no impide el sueño, ni interfiere significativamente con el estudio del sueño. Se prefiere la obtención de al menos seis horas de prueba, de modo que el médico efectúe una evaluación integral del sueño. Una vez que haya comenzado el estudio, usted tiene el derecho de suspender la prueba por cualquier motivo; sin embargo, tenga en cuenta que una prueba más corta pudiera no ser tan confiable o tan útil para el médico que realiza la interpretación y pudiera plantear un problema con los seguros, porque podrían no cubrir el costo del estudio, si éste fuera más corto. Se le presentará el cargo completo del estudio para el pago correspondiente. Los pacientes del Centro de sueño no pueden permanecer en el laboratorio, ni dormir, sin que sean supervisados adecuadamente.

Verificaremos su programa y beneficios de seguro; sin embargo, algunos proveedores de seguros exigen una remisión por escrito por parte del médico antes de la programación, que debe ser obtenida por el paciente. Si se requiere una remisión, la solicitaremos al momento de la programación. Si no recibimos la Pre-Autorización y/o remisión obligatoria, su cita podría ser reprogramada. **Le recomendamos enfáticamente que llame a su compañía de seguros con antelación, para verificar si usted es responsable de todos los copagos/deducibles.** Tenga en cuenta que un estudio del sueño no se considera una estadía de paciente hospitalizado, sino que más bien es una prueba de diagnóstico para pacientes externos que pasarán la noche en la institución. En caso de que su compañía de seguros le pregunte acerca de los códigos de procedimiento o códigos "CPT", por favor, proporciónelos cualquiera de los siguientes requisitos, según corresponda:

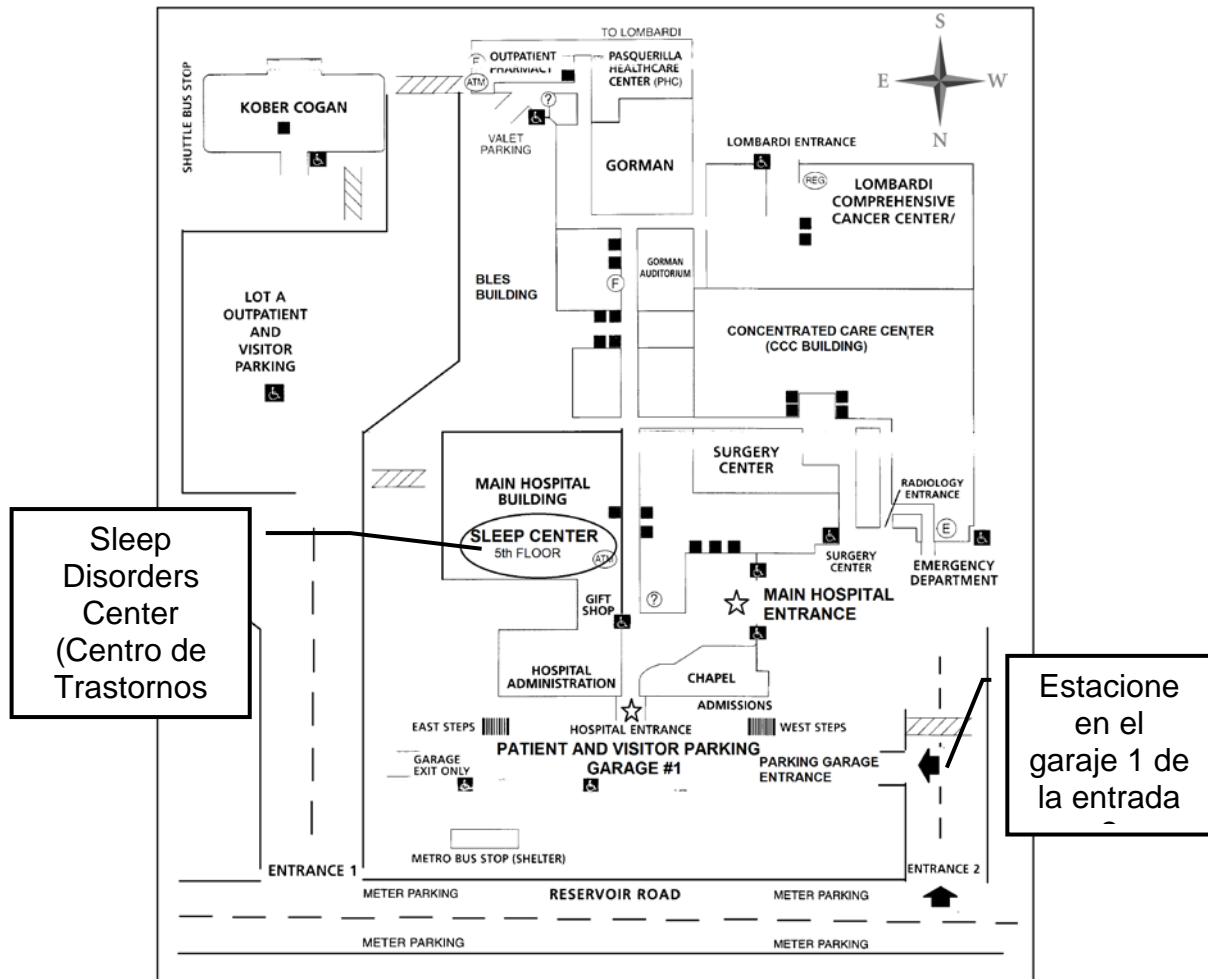
Estudio de diagnóstico del sueño:	CPT 95810
Estudio del sueño con presión positiva continua en la vía aérea (CPAP) nasal:	CPT 95811
Polisomnografía nocturna en noche dividida con CPAP:	CPT 95811
Prueba de latencia múltiple del sueño (MSLT):	CPT 95805

Somos un departamento de atención ambulatoria y a los pacientes se les asignará una habitación de acuerdo con el tipo de estudio que su médico haya ordenado. No se pueden solicitar con antelación habitaciones con baños. En la mayoría de las habitaciones, los baños se encuentran dentro de la habitación, pero en algunos casos son adyacentes o están frente a las habitaciones de sueño. Aunque el baño pudiera no estar en la habitación, cada habitación de paciente tiene acceso a un baño con ducha.

Por favor, tenga en cuenta que estas citas se programan con antelación y la programación de éstas requiere mucha preparación. Es muy importante que llegue a tiempo a su cita. Si se produce un cambio en su horario, le solicitamos nos proporcione aviso con un mínimo de 24 horas de antelación para cancelar o reprogramar. Tenga en cuenta también que *si usted está enfermo(a) en la fecha de su cita, la cita probablemente deba ser reprogramada* con el fin de garantizar mayor exactitud en los resultados de las pruebas.

El número de contacto para la confirmación de la cita, cancelaciones y reprogramación es 202-444-3610. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 am a 4:30 pm. Para informarnos fuera del horario de atención acerca de una cancelación inesperada de una cita, llame al teléfono celular del gerente del departamento de tratamiento de sueño: 202-405-5438.

**Al conducir hasta el hospital:** Usted debe entrar en el campus del hospital por la entrada 2 (busque la señal de la sala de emergencias en Reservoir Road) y estacione en el garaje 1 (vea el mapa más abajo). Por favor, traiga su boleto de estacionamiento al Hospital para su validación. El estacionamiento validado cuesta \$7 - \$12. El estacionamiento para discapacitados está disponible en el garaje 1. El Centro del Sueño se encuentra en el 5to piso del edificio del hospital principal (Main Hospital Building). Después de estacionar, entre en el hospital a través de cualquiera de las entradas del edificio principal, que permanecen desbloqueadas hasta las 9:00 PM.



**Salida:** La prueba generalmente se completa a las 6 AM aproximadamente, momento en el que se retiran todos los dispositivos de control, para que pueda abandonar el Centro de Trastornos del Sueño. Si tiene que irse antes de una hora específica, por favor, informe a su tecnólogo. Hay duchas disponibles.

**Resultados:** Los resultados de su prueba serán enviados al médico que le remitió. Comuníquese con la oficina de su médico para programar una cita y le expliquen los resultados del estudio. Todos los resultados son confidenciales y serán comunicados únicamente a usted a través de su médico. Los tecnólogos no pueden transmitir los resultados de prueba alguna después de realizada una prueba, ya que el estudio debe ser revisado por un médico. Por lo general, los resultados finales son enviados al médico solicitante en 7-10 días laborales.



## Por favor, tenga en cuenta lo siguiente cuando se prepare para su estudio de sueño:

- Tome una ducha y aplíquese champú en el cabello el día de su estudio. El cabello debe estar limpio y sin laca para el cabello, mousse, geles, aceites, etc. Si usted tiene cabello postizo que esté adherido al cuero cabelludo, es posible que no podamos realizar la prueba (el cabello de un solo trenzado y la mayoría de las extensiones de cabello no plantean problemas).
- Los caballeros deben afeitarse con antelación al estudio. Si usted tiene bigote o barba no está obligado a retirarlos.
- NO SE PERMITEN siestas durante el día de su estudio.
- NO SE PERMITEN bebidas con cafeína después de las 12:00 del mediodía del día de su estudio, ni durante la prueba.
- NO SE PERMITEN bebidas alcohólicas el día de su estudio. Tenga en cuenta que Georgetown University Hospital es un campus exento de tabaco.
- NO SE PERMITEN maquillajes faciales, cremas para la cara, ni productos para la piel en su cara.
- Si tiene uñas acrílicas/artificiales en los dedos, debe retirarse al menos una para el estudio. Si tiene esmalte de uñas o uñas acrílicas al momento de su llegada para su estudio, el tecnólogo tendrá que retirar el esmalte de uñas y/o la uña acrílica de uno de los dedos. Esto es necesario para que las lecturas de saturación de oxígeno sean exactas durante el estudio.
- Cene antes de llegar a su cita. Puede traer un bocadillo sin cafeína, si cree que probablemente llegue a tener hambre antes de que se inicia el estudio.
- Para garantizar resultados precisos cuando comience la prueba, debe apagar todos los dispositivos móviles, teléfonos celulares y televisión de la habitación.

### Recuerde traer:

- Su tarjeta de seguro y una identificación con foto.
- Los medicamentos que habitualmente toma, incluyendo los medicamentos de venta sin receta. El Centro de Trastornos del Sueño no puede proporcionar ningún medicamento. Tome los medicamentos recetados, a menos que su médico le dé otras instrucciones. Si utiliza medicamentos para dormir regularmente, tráigalos consigo.
- Ropa de dormir cómoda - preferiblemente pijamas o pantalones cortos y una camiseta. La ropa de noche no es opcional: es obligatoria. Por favor, no utilice materiales satinados o parecidos al satinado.
- También debe traer artículos personales, tales como cepillo de dientes, pasta de dientes, cepillo y un peine.
- Traiga una almohada, si usted prefiere usar la suya propia. Son aceptables las máquinas de ruido blanco.
- Si actualmente usted es un usuario de CPAP, traiga su máscara.
- Material de lectura o algo para mantenerle ocupado antes de la hora de acostarse.

**Tenga en cuenta lo siguiente:** Si usted tiene alguna necesidad especial de cuidados de enfermería o una discapacidad, y necesita asistencia especial, por favor, traiga a su facilitador de cuidados a su cita. También, por favor, tenga en cuenta que Georgetown University Hospital es un campus exento de humo.

**Cuestionario de historia de sueño**      Fecha \_\_\_\_\_

**Nombre del paciente** \_\_\_\_\_ **Estatura** \_\_\_\_\_ **Peso** \_\_\_\_\_

1. ¿Tiene problemas para dormir por la noche?    nunca   rara vez   a veces   frecuentemente
2. En promedio, ¿cuánto tiempo le toma conciliar el sueño?\_
3. ¿Sufre la molestia de despertarse frecuentemente?    Sí    No
4. En promedio, ¿con qué frecuencia se despierta durante la noche?
5. ¿Sufre la molestia de largos períodos de vigilia durante la noche?  
nunca   rara vez                              a veces                              frecuentemente  
Si es así, ¿cuánto tiempo en conjunto pasa usted en tales períodos de vigilia durante la noche?  
\_\_\_\_\_
6. ¿Sufre la molestia de despertarse demasiado temprano y no poder volver a dormir?  
nuncarara vez                              a veces                              frecuentemente
7. ¿Sufre la molestia de pesadillas? nunca    rara vez    a veces    frecuentemente
8. ¿Se despierta corto(a) de aliento?    nunca    rara vez    a veces    frecuentemente
9. ¿Ronca lo suficientemente alto como para que su cónyuge u otras personas se quejen al respecto?  
 nunca   rara vez                              a veces    frecuentemente
10. ¿Cuántas noches a la semana, si corresponde en su caso, tiene problemas de sueño?  
nuncarara vez                              a veces                              frecuentemente
11. En promedio, ¿cuánto tiempo duerme efectivamente durante la noche?  
 > 4 horas    4-6 horas    6-8 horas    8-10 horas    Más de 10 horas
12. ¿Se siente cansado(a) durante el día?    nunca    rara vez    a veces    frecuentemente
13. ¿Tiene algún problema de salud? Por favor describa.                              \_\_\_\_\_

14. ¿Toma algún medicamento (pastillas, inyecciones, vitaminas, hierbas, etc.)? Por favor inclúyalos en una lista, abajo. Si necesita espacio adicional, por favor, adjunte una página adicional o utilice la última página de este formulario.

Medicamento	Dosis	Con qué frecuencia	Razón

15. Indique la cantidad promedio que ingiere diariamente de cada una de estas bebidas.

Bebida	Cantidad por día
Café regular	
Café descafeinado	
Té	
Refrescos o gaseosas	
Bebidas alcohólicas	

16. ¿Durante cuánto tiempo ha tenido problemas de sueño?

17. ¿Toma siestas? nunca rara vez a veces frecuentemente

18. ¿Tomó siesta hoy? Si es así, ¿en qué momento?  Sí  No ¿hora: ?

19. ¿Son sus hábitos de sueño en fines de semana diferentes a los del resto de la semana?  Sí  No

20. ¿A qué hora suele ir a la cama y a qué hora se levanta?

<b>Días de lunes a viernes</b>	Al levantarse	AM	PM
	Al ir a la cama	AM	PM
<b>Fines de semana</b>	Al levantarse	AM	PM
	Al ir a la cama	AM	PM

¿Qué tan probable es que dormite/cabecee o se quede dormido(a) en las siguientes situaciones, en contraste con la sensación de simple cansancio? Utilice la siguiente escala para elegir el número más apropiado para cada situación:

0 = ninguna posibilidad de dormir/cabecear      2 = moderada probabilidad de dormir/cabecear  
 1 = probabilidad de dormir/cabecear              3 = alta probabilidad de dormir/cabecear

Situación	Probabilidad de dormir:
En posición sentado(a) y leyendo	
Viendo la televisión	
En posición sentado(a) inactiva en un lugar público (por ejemplo, en un teatro o en una reunión)	
Como pasajero en un vehículo durante una hora, sin interrupción	
Al acostarse para descansar en la tarde, cuando las circunstancias lo permiten	
Al estar sentado(a) y hablando con alguien	
Al estar sentado(a) tranquilamente después de un almuerzo sin alcohol	
En un automóvil, mientras está detenido durante unos minutos en el tráfico	

21. ¿Se siente confundido(a) al despertarse? nunca rara vez a veces frecuentemente

22. ¿Se siente renovado(a) después de una siesta breve (10 a 15 minutos)? nunca rara vez a veces frecuentemente

23. ¿Cuántas veces por semana parece que su sueño empeora?

24. ¿Su sensación de sueño se produce a intervalos bastante predecibles? nunca rara vez a veces frecuentemente

25. ¿Se despierta por la mañana con dolores de cabeza? nunca rara vez a veces frecuentemente

26. ¿Las demás personas le dicen que tiene un sueño inquieto? Sí No

27. ¿Otras personas se han dado cuenta de que se ha vuelto cada vez más irritable y de mal genio? Sí No

28. ¿Su actividad sexual ha disminuido recientemente? Sí No

29. ¿Le parece que su mente no está funcionando tan rápida o efectivamente como antes? Sí No

30. Al despertarse en la mañana, ¿cuánto tiempo tarda normalmente para comenzar a funcionar

normalmente?

- 0-15 min.
- 15-30 min.
- > 30 min.

31. ¿Suda mucho durante la noche?       nunca       rara vez       a veces       frecuentemente

32. Cuando estás enojado(a) o se ríe, ¿alguna vez se siente débil, como si estuviera a punto de caerse?

- nunca       rara vez       a veces       frecuentemente

33. ¿Las demás personas de su familia tienen problemas para dormir?       Sí       No

34. Describa cómo se siente cuando se despierta por la mañana.

35. ¿Alguna vez se hinchan sus tobillos?    ¿Tiene problemas para ponerse y quitarse sus zapatos?

- nunca       rara vez       a veces       frecuentemente

36. ¿Tiene problemas con su funcionamiento sexual?       nunca       rara vez       a veces       frecuentemente

37. ¿Está usted en buen estado de salud?       Sí       No

38. Fecha de la última exploración física completa: \_\_\_\_\_

Nombre del médico examinador:

Dirección del médico:

Número de teléfono de su oficina:

Especialidad del médico:

39. ¿Se encontró algo mal en su último examen físico?       Sí       No

En caso afirmativo, describa:

**Otras observaciones:**

Si hay otros aspectos de su problema de sueño que usted considere importantes; indíquelos.

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---