



Hospital Italiano de Buenos Aires
Servicio de Neurología Clínica
Jefe de Servicio: Dr. Marcelo Rugiero
Perón 4190 Capital Federal
Tel: 4959-0200 int. 4548# Fax: 4959-0815
neurologia.adultos@hiba.org.ar



Laboratorio de sueño "Dr. Guillermo Zanniello"

CUESTIONARIO PARA POLISOMNOGRAFÍA NOCTURNA CON/SIN OXIMETRÍA

Es muy importante que responda las preguntas y entregue este cuestionario al venir a hacerse el estudio solicitado. Hay preguntas que se repiten. Contéstelas las veces que sea necesario. **Agradecemos su colaboración.**

Nombre y Apellido:.....

Fecha de nacimiento:.....**Edad:****Teléfono:**.....

DNI/CI/LE:.....

Motivo de solicitud del estudio:.....

Profesión/trabajo:..... **Estado civil actual:**.....

Instrucciones: Conteste las siguientes preguntas llenando los espacios vacíos y marcando con una cruz según corresponda.

CUESTIONARIO DE BERLÍN:

1. Complete lo siguiente:

Estatura: **Peso:** **Edad:**..... **Hombre/Mujer:**.....

¿Ha cambiado su peso? ☐ Aumentó ☐ Disminuyó ☐ Permaneció inalterado

2. ¿Ronca usted? ☐ Si ☐ No ☐ No sé

Si usted ronca:

3. Sus ronquidos son:

- ☐ Levemente mas fuerte que al respirar
- ☐ Tan fuerte como al hablar
- ☐ Mas fuerte que al hablar
- ☐ Muy fuerte

4. ¿Con que frecuencia ronca?

- ☐ Casi todos los días
- ☐ 3-4 veces a la semana
- ☐ 1-2 veces a la semana
- ☐ 1-2 veces al mes
- ☐ Nunca o casi nunca

5. ¿Sus ronquidos molestan a otras personas? ☐ Si ☐ No

6. ¿Ha notado alguien que usted deja de respirar mientras duerme?

- ☐ Casi todos los días
- ☐ 3-4 veces a la semana
- ☐ 1-2 veces a la semana
- ☐ 1-2 veces al mes
- ☐ Nunca o casi nunca



Hospital Italiano de Buenos Aires
Servicio de Neurología Clínica
Jefe de Servicio: Dr. Marcelo Rugiero
Perón 4190 Capital Federal
Tel: 4959-0200 int. 4548# Fax: 4959-0815
neurologia.adultos@hiba.org.ar



7. ¿Se siente cansado después de dormir?

☐ Casi todos los días

☐ 3-4 veces a la semana

☐ 1-2 veces a la semana

☐ 1-2 veces al mes

☐ Nunca o casi nunca

9. ¿Alguna vez se ha quedado dormido mientras conducía? ☐ Si ☐ No ☐ No sé

8. ¿Se siente cansado al despertar?

☐ Casi todos los días

☐ 3-4 veces a la semana

☐ 1-2 veces a la semana

☐ 1-2 veces al mes

☐ Nunca o casi nunca

Si respondió Sí a la pregunta anterior, ¿con qué frecuencia ocurre?

☐ Casi todos los días

☐ 3-4 veces a la semana

☐ 1-2 veces a la semana

☐ 1-2 veces al mes

☐ Nunca o casi nunca

10. ¿Sufre de hipertensión arterial? ☐ Si ☐ No ☐ No sé

INSTRUCCIONES:

Conteste las siguientes preguntas llenando los espacios vacíos o los círculos al frente de las respuestas.

1. Por favor describa su principal ascendencia:

☐ 0 No sabe

☐ 1 Criollo-mestizo

☐ 2 Español

☐ 3 Italiano

☐ 4 Asiático (chino, japonés, coreano, etc.)

☐ 5 Africano

☐ 6 Otros europeos (franceses, ingleses, alemanes, etc.)

☐ 7 Otros

2. ¿Cuántos años de escuela ha completado?

☐ 0 Analfabeto

☐ 1 Primaria completa

☐ 2 Secundaria

☐ 3 Terciaria

☐ 4 Universitaria

3. ¿Cuál es su historial de fumar?

☐ 0 Nunca he fumado

☐ 1 Fumo

☐ 2 Antes fumaba pero ya no fuma

4. ¿Cuántas tazas de café, termos de mate, vasos de alcohol (vino, cerveza, whisky, etc.), otras bebidas, consume por día?

☐ 1. Café.....tazas

☐ 2. Mate:.....termos

☐ 3vasos de alcohol

☐ 4 vasos de bebidas dietéticas

5. ¿Alguna vez le han dicho, o usted sospecha, que "actúa" sus sueños mientras duerme por ejemplo golpeando, agitando los brazos en el aire, realizando movimientos, gritando, hablando, etc.?

☐ Si

☐ No



Hospital Italiano de Buenos Aires
Servicio de Neurología Clínica
Jefe de Servicio: Dr. Marcelo Rugiero
Perón 4190 Capital Federal
Tel: 4959-0200 int. 4548# Fax: 4959-0815
neurologia.adultos@hiba.org.ar



ESCALA DE SOMNOLENCIA DE EPWORTH: Cual es la posibilidad de quedarse dormido un cada una de las diferentes situaciones en el último mes. Aunque no haya hecho alguna de estas cosas recientemente, intente imaginar cómo le habría afectado.

| Situación | Probabilidad de dormirse | | | |
|--|--------------------------|------|----------|------|
| | Ninguna | Leve | Moderada | Alta |
| Sentado leyendo | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Viendo la T.V. (televisión) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Sentado, inactivo en un lugar público (ej: cine, teatro, conferencia, etc.) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Como pasajero de un coche en un viaje de 1 hora, sin paradas | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Estirado/recostado para descansar al mediodía, cuando las circunstancias lo permiten | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Sentado y hablando con otra persona | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Sentado tranquilamente después de una comida sin alcohol | 0 | 1 | 2 | 3 |
| En un coche, estando parado por el tránsito unos minutos (ej: semáforo) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| TOTAL | | | | |

HISTORIA MÉDICA: marque con una cruz, qué problema de salud de la lista le fue diagnosticado (su médico le dijo) o usted sabe que lo tiene.

| | | | |
|--|--|---|--|
| 1. Hipertensión arterial -hipertensión | | 30.Epilepsia | |
| 2.Desviación del tabique nasal | | 31.Mareos/vértigos | |
| 3.Sinusitis | | 32.Parkinson | |
| 4.extirpación de amígdalas | | 33.AIT/Stroke/ Accidente cerebrovascular | |
| 5.Infarto cardíaco | | 34.Deterioro de memoria o deterioro cognitivo | |
| 6.Depresión/ansiedad | | 35.Migraña u otro tipo de cefaleas | |
| 7.Dolor crónico | | 36.Esclerosis múltiple | |
| 8.Fibromialgia | | 37.ELA (esclerosis lateral amiotrófica) | |
| 9.Colesterol elevado | | 38. Arnold Chiari | |
| 10.Enfermedad pulmonar | | 39.Enfermedad neuromuscular (cuál de ellas?.) | |
| 11.Tos crónica | | 40. Calambres nocturnos | |

**Hospital Italiano de Buenos Aires****Servicio de Neurología Clínica**

Jefe de Servicio: Dr. Marcelo Rugiero

Perón 4190 Capital Federal

Tel: 4959-0200 int. 4548# Fax: 4959-0815

neurologia.adultos@hiba.org.ar

**SERVICIO DE
NEUROLOGÍA**
HOSPITAL ITALIANO

| | | | |
|---|--|--|--|
| 12.Asma | | 41.Mielomeningocele | |
| 13.Enfisema | | 42.Tumor cerebral | |
| 14.Enfermedad tiroidea | | 43.Falta de vitamina D | |
| 15.Diabetes | | 44.Falta de hierro | |
| 16.Reflujo gastroesofágico | | 45A.Falta de vitamina B | |
| 17.Enfermedad gastrointestinal | | 45B.Enfermedad renal (riñones) | |
| 18.Anemia | | 45C.Enfermedad hepática (hepatitis) | |
| 19.Arterioesclerosis-enfermedad de las arterias | | 46.Enfermedad infecciosa (dengue, chagas, fiebre de origen desconocido, etc.) | |
| 20.Aumento de peso en el último mes (más de 5 kilos) | | 46.Enfermedad de los huesos (artritis, artrosis) | |
| 21.Enfermedad autoinmune (Sjögren, Lupus, etc.) | | 47.Enfermedad psiquiátrica (psicosis, esquizofrenia, autismo, etc.) | |
| 22.Bruxismo | | 48.Enfermedad dental: uso de prótesis dental | |
| 23.Insuficiencia cardíaca crónica | | 49.Enfermedad dental: uso de ortodoncia actual/avance mandibular | |
| 24.Embarazo | | 50.Enfermedad ocular: glaucoma | |
| 25.Fatiga crónica | | 51.Síntomas menopáusicos: sudoración/sofocos nocturnos | |
| 26.Cefalea crónica, diaria, al amanecer | | 52.Antecedentes/Uso de Estimulador vagal o del nervio hipogloso | |
| 27.Marcapasos cardíaco de otro tipo | | 53.Antecedentes/Uso de BPAP/CPAP | |
| 28.Cirugía máxilo facial o cirugía realizada por otorrinolaringología | | 54.Antecedentes/realización Cirugía bariátrica (cirugía para obesidad) | |
| 29.Dificultad en la concentración y aprendizaje | | 55. Menopausia: fecha del último año que menstruó (responda año y marque la opción correspondiente debajo) Año:..... 55.1.Hace un año a 5 años 55.2.Más de 5 menos de 10 años 55.3.Más de 10 años 55.4.Más de 15 años | |



Hospital Italiano de Buenos Aires
Servicio de Neurología Clínica
Jefe de Servicio: Dr. Marcelo Rugiero
Perón 4190 Capital Federal
Tel: 4959-0200 int. 4548# Fax: 4959-0815
neurologia.adultos@hiba.org.ar



ESCALA AUTOAPLICADA SELF-RATING ANXIETY SCALE (SAS): marque con una cruz lo que corresponda según su apreciación y sume para obtener el valor total

| | A. Raramente | B. Algunas veces | C. Muchas veces | D. Siempre |
|--|-----------------|---------------------|--------------------|------------|
| 1) Me siento más ansioso y nervioso de lo normal | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2) Siento miedo sin ver razón para ello | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3) Me enfado con facilidad o siento momentos de mal humor | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4) Siento como si me derrumbara o me fuera a desintegrar | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5) Siento que todo me va bien y nada malo me va a suceder | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6) Los brazos y las piernas se me ponen trémulos y me tiemblan. Creo que estoy adelgazando | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7) Me siento molesto por los dolores de cabeza, cuello y espalda | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8) Me siento débil y me canso con facilidad | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9) Me siento tranquilo y puedo permanecer sentado fácilmente | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10) Siento que mi corazón late con rapidez | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11) Estoy preocupado por los momentos de mareo que siento | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12) Tengo períodos de desmayo o algo así | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13) Puedo respirar bien, con facilidad | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14) Siento adormecimiento y hormigueo en los dedos de las manos y pies | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15) Me siento molesto por los dolores de estómago o indigestiones | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16) Tengo que orinar con mucha frecuencia | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17) Mis manos las siento secas y cálidas | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18) Siento que mi cara enrojece y me ruborizo | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19) Puedo dormir con facilidad y descansar bien | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20) Tengo pesadillas | 1 | 2 | 3 | 4 |

Sumar



Hospital Italiano de Buenos Aires
Servicio de Neurología Clínica
Jefe de Servicio: Dr. Marcelo Rugiero
Perón 4190 Capital Federal
Tel: 4959-0200 int. 4548# Fax: 4959-0815
neurologia.adultos@hiba.org.ar



INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK – II

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de enunciados. Por favor, lea cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija **uno** de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (Cambio en los Hábitos de Sueño) y el ítem 18 (Cambios en el Apetito).

1) Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo.
- 2 Estoy triste todo el tiempo.
- 3 Estoy tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2) Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto de mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro de lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que solo puede empeorar.

3) Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4) Pérdida de placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas de las que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5) Sentimientos de culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6) Sentimientos de castigo

- 0 No siento que estoy siendo castigado.
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7) Disconformidad con uno mismo

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.



Hospital Italiano de Buenos Aires

Servicio de Neurología Clínica

Jefe de Servicio: Dr. Marcelo Rugiero

Perón 4190 Capital Federal

Tel: 4959-0200 int. 4548# Fax: 4959-0815

neurologia.adultos@hiba.org.ar



3 No me gusto a mí mismo.

8) Autocrítica

0 No me critico ni me culpo más de lo habitual.

1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo.

2 Me critico a mí mismo por todos mis errores.

3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede

9) Pensamientos o deseos suicidas

0 No tengo ningún pensamiento de matarme.

1 He tenido pensamientos de matarme pero no lo haría.

2 Querría matarme.

3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10) Episodios de llanto

0 No lloro más de lo que solía hacerlo.

1 Lloro más de lo que solía hacerlo.

2 Lloro por cualquier pequeñez.

3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11) Agitación

0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.

1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.

2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.

3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo

12) Pérdida de interés

0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.

1 Estoy menos interesado(a) que antes en otras personas o cosas.

2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.

3 Me es difícil interesarme por algo.

13) Indecisión

0 Tomo mis decisiones tan bien como siempre.

1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.

2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.

3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión

14) Desvalorización

0 No siento que yo no sea valioso(a).

1 No me considero a mí mismo tan valioso(a) y útil como solía hacerlo.

2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.

3 Siento que no valgo nada.

15) Pérdida de energía

0 Tengo tanta energía como siempre.

1 Tengo menos energía que la que solía tener.

2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado.

3 No tengo suficiente energía para hacer nada.



Hospital Italiano de Buenos Aires

Servicio de Neurología Clínica

Jefe de Servicio: Dr. Marcelo Rugiero

Perón 4190 Capital Federal

Tel: 4959-0200 int. 4548# Fax: 4959-0815

neurologia.adultos@hiba.org.ar



16) Cambios en los hábitos de sueño

0. No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.

1a. Duermo un poco más que lo habitual.

1b. Duermo un poco menos que lo habitual.

2a. Duermo mucho más que lo habitual.

2b. Duermo mucho menos que lo habitual.

3a. Duermo la mayor parte del día.

3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormir.

17) Irritabilidad

0 No estoy más irritable que lo habitual.

1 Estoy más irritable que lo habitual.

2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.

3 Estoy irritable todo el tiempo.

18) Cambios en el apetito

0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.

1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual.

1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.

2a Mi apetito es mucho menor que antes.

2b Mi apetito es mucho mayor que antes.

3a No tengo apetito en absoluto.

3b Quiero comer todo el tiempo.

19) Dificultad de concentración

0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.

1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.

2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.

3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20) Cansancio o Fatiga

0 No estoy más cansado(a) o fatigado(a) que lo habitual.

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2 Estoy demasiado fatigado(a) o cansado(a) para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

3 Estoy demasiado cansado(a) o fatigado(a) para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21) Pérdida de interés en el sexo

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado(a) en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Ahora estoy mucho menos interesado(a) en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.



Hospital Italiano de Buenos Aires
Servicio de Neurología Clínica
Jefe de Servicio: Dr. Marcelo Rugiero
Perón 4190 Capital Federal
Tel: 4959-0200 int. 4548# Fax: 4959-0815
neurologia.adultos@hiba.org.ar



Las siguientes preguntas se refieren a sensaciones incómodas que la gente siente en las piernas que son difícil de describir.

"Cuando intentas relajarte o dormir por la noche, ¿alguna vez tienes sensaciones desagradables e inquietud en tus piernas que se pueden aliviar al caminar o moverte?"

SI

NO

Ferri R, Lanuzza B, Cosentino FI, Iero I, Tripodi M, Spada RS, Toscano G, Marelli S, Aricò D, Bella R, Hening WA, Zucconi M. **A single question for the rapid screening of restless legs syndrome in the neurological clinical practice.** Eur J Neurol. 2007 Sep; 14(9):1016-21.

Escriba a continuación la medicación habitual (aquella/s de todos los días)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Si considera que haya algo que no le hayamos preguntado, escríbalo o agregue en una hoja aparte.
Gracias por colaborar.