

1860 Town Center Drive  
Suite 270  
Reston, VA 20190  
Teléfono: 703-318-8157  
Fax: 703-318-7525



19455 Deerfield Ave  
Suite 206  
Leesburg, VA 20176  
Teléfono: 703-858-9608  
Fax: 703-858-9618

## Examen de detección de apnea durante el sueño

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### Cuestionario 'STOP-Bang' mejorado

|                             |                             |   |   |
|-----------------------------|-----------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <b>¿Ronquidos?</b>  | ¿ <b>Ronca fuerte</b> (tan fuerte que se escucha a través de puertas cerradas, o su pareja lo empuja con el codo por roncar en la noche)?                   |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <b>¿Cansado?</b>  | ¿Frecuentemente usted se siente <b>cansado, fatigado o somnoliento</b> durante el día (por ejemplo, se queda dormido mientras conduce o habla con alguien)? |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <b>¿Lo observaron?</b>  | ¿Alguien ha <b>observado</b> que usted <b>deja de respirar</b> o <b>se ahoga / respira con dificultad</b> mientras dormía?                                  |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <b>¿Presión?</b>  | ¿Tiene o está recibiendo tratamiento para la <b>presión arterial alta</b> ?   |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <b>¿Índice de masa corporal superior a 35 kg/m<sup>2</sup>?</b>   |   |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <b>¿Tiene más de 50 años de edad?</b>   |   |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <b>¿El tamaño de su cuello es grande? (medido alrededor de la nuez o manzana de Adán)</b><br>Para hombres, ¿el cuello de su camisa mide 43 cm (17 pulgadas) o más?<br>Para mujeres, ¿el cuello de su camisa mide 41 cm (16 pulgadas) o más? |   |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <b>Sexo = ¿Masculino?</b>   |   |

#### **Crterios de puntuación:**

**Riesgo bajo de Apnea Obstructiva del Sueño (OSA):** Si respondió "Sí" a 0 a 2 preguntas

**Riesgo medio de Apnea Obstructiva del Sueño:** Si respondió "Sí" a 3 a 4 preguntas

**Riesgo alto de Apnea Obstructiva del Sueño:** Si respondió "Sí" a 5 a 8 preguntas

o si respondió "Sí" a 2 o más de las primeras 4 preguntas del cuestionario y es de sexo masculino

o si respondió "Sí" a 2 o más de las primeras 4 preguntas del cuestionario y su Índice de masa corporal es superior a 35 kg/m<sup>2</sup>

o si respondió "Sí" a 2 o más de las primeras 4 preguntas del cuestionario y la circunferencia de su cuello mide 43 cm (17 pulgadas) o más en hombres, o 41 cm (16 pulgadas) o más en mujeres

### Escala de somnolencia Epworth

¿Qué probabilidad hay de que usted se duerma o se quede dormido en las siguientes situaciones (no sólo por sentirse cansado)? Esto se refiere a su estilo de

vida habitual reciente. Incluso si usted no ha hecho algunas de estas cosas recientemente, intente suponer cómo éstas lo habrían afectado. Utilice la siguiente escala para elegir el número más apropiado para cada situación:

**0**= Nunca se quedaría dormido    **1**= Poca probabilidad de quedarse dormido    **2**= Probabilidad moderada de quedarse dormido    **3**= Alta probabilidad de quedarse dormido

#### Situación

#### Probabilidad de quedarse dormido

|  |       |
|--|-------|
| Sentado y leyendo  | _____ |
| Viendo la televisión   | _____ |
| Sentado, inactivo en un lugar público                                      | _____ |
| Como pasajero en un automóvil durante una hora sin interrupción            | _____ |
| Acostado para descansar por la tarde cuando las circunstancias lo permitan | _____ |
| Sentado y hablando con alguien   | _____ |
| Sentado en silencio después de una comida sin alcohol                      | _____ |
| En un automóvil, mientras se detiene por unos minutos en el tráfico        | _____ |

**Total:** \_\_\_\_\_