

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

Medicard: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_ Kg. Talla: \_\_\_\_ cm

| Complete tildando en la opción correspondiente                                                                                                                                                                                 | SI | NO |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| <b>Ronquidos:</b><br>¿Ronca fuerte (tan fuerte que se escucha a través de puertas cerradas o su pareja lo codea por roncar de noche)?                                                                                          |    |    |
| <b>Cansado/a:</b><br>¿Se siente con frecuencia <b>cansado, fatigado, o somnoliento</b> durante el día (por ejemplo, se queda dormido mientras conduce)?                                                                        |    |    |
| <b>Lo observaron:</b><br>¿Alguien lo <b>observó dejar de respirar o ahogarse/ jadear</b> mientras dormía?                                                                                                                      |    |    |
| <b>Presión:</b><br>¿Tiene o está recibiendo tratamiento para la <b>presión arterial alta</b> ?                                                                                                                                 |    |    |
| <b>¿Índice de masa corporal de más de 35 kg/m<sup>2</sup>?</b>                                                                                                                                                                 |    |    |
| <b>¿Tiene más de 50 años?</b>                                                                                                                                                                                                  |    |    |
| <b>¿El tamaño de su cuello es grande? (Medido alrededor de la nuez de Adán)</b><br>Si es hombre, ¿el cuello de su camisa mide 17 pulgadas/ 43 cm o más?<br>Si es mujer, ¿el cuello de su camisa mide 16 pulgadas/ 41 cm o más? |    |    |

#### Criterios de calificación para la población en general:

- **Bajo riesgo de AOS (Apnea Obstructiva del Sueño):** Sí a 0-2 preguntas
- **Riesgo intermedio de AOS:** Sí a 3-4 preguntas
- **Alto riesgo de AOS:**
  - Sí a 5-8 preguntas, o
  - Sí a 2 o más de las primeras 4 preguntas + sexo masculino, o
  - Sí a 2 o más de las primeras 4 preguntas + IMC > 35 kg/m<sup>2</sup>, o
  - Sí a 2 o más de las primeras 4 preguntas + circunferencia del cuello (17"/ 43 cm en hombres, 16"/41cm en mujeres)

Propiedad de University Health Network. Para mayor información: [www.stopbang.ca](http://www.stopbang.ca)

Modificado de Chung F et al. Anesthesiology 2008; 108:812-21, Chung F et al Br J Anaesth 2012; 108:768-75, Chung F et al J Clin Sleep Med Sept 2014

Ante cualquier **duda**, puede comunicarse al con el equipo médico: dperezchada@gmail.com