

Paciente / Nº de historia: _____

Fecha: _____ Edad: _____ Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer

Talla: _____ cm Peso: _____ kg IMC: _____ kg/m²

Marque con una X la respuesta que corresponda (una por pregunta).

1. ¿Su peso ha cambiado en los últimos 5 años?

- ☐ Aumentado
- ☐ Disminuido
- ☐ No ha cambiado

CATEGORÍA 1 · RONQUIDO

2. ¿Usted ronca?

Si no ronca, pase a la pregunta 7.

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe

3. ¿Su ronquido es...?

- ☐ Ligeramente más fuerte que respirar
- ☐ Tan fuerte como hablar
- ☐ Más fuerte que hablar
- ☐ Muy fuerte, se puede escuchar en habitaciones adyacentes

4. ¿Con qué frecuencia ronca?

- ☐ Todas las noches
- ☐ 3-4 veces por semana
- ☐ 1-2 veces por semana
- ☐ 1-2 veces por mes
- ☐ Nunca o casi nunca

5. ¿Alguna vez su ronquido ha molestado a otras personas?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe

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

- ☐ Casi todas las noches
- ☐ 3-4 veces por semana
- ☐ 1-2 veces por semana
- ☐ 1-2 veces por mes
- ☐ Nunca o casi nunca

CATEGORÍA 2 · SOMNOLENCIA DIURNA

7. ¿Se siente cansado o fatigado al levantarse por la mañana después de dormir?

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

8. ¿Se siente cansado o fatigado durante el día?

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

9. ¿Alguna vez se ha sentido somnoliento o se ha quedado dormido mientras va de pasajero en un coche o vehículo?

Si la respuesta es afirmativa, conteste la 9b; si no, pase a la pregunta 10.

- ☐ Sí
- ☐ No

9b. ¿Con qué frecuencia ocurre esto?

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

CATEGORÍA 3 · HIPERTENSIÓN / IMC

10. ¿Usted tiene la tensión alta?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe

VALORACIÓN (para el profesional)

Categoría 1 (P2-6) — **positiva** si se marcan ≥ 2 respuestas de riesgo: P2 «Sí»; P3 «más fuerte que hablar» o «muy fuerte...»; P4 «todas las noches» o «3-4 veces/semana»; P5 «Sí»; P6 «casi todas las noches» o «3-4 veces/semana».

Categoría 2 (P7-9) — **positiva** si ≥ 2 respuestas de riesgo: P7 y P8 «casi todos los días» o «3-4 veces/semana»; P9 «Sí».

Categoría 3 (P10) — **positiva** si «Sí» y/o $IMC > 30 \text{ kg/m}^2$.

Categoría 1: ☐ positiva ☐ negativa Categoría 2: ☐ positiva ☐ negativa Categoría 3: ☐ positiva ☐ negativa

Resultado (≥ 2 categorías positivas = alto riesgo de AOS): ☐ **Alto riesgo** ☐ **Bajo riesgo**

Versión española validada: Navarrete-Martínez E, Muñoz-Gómez R, Serrano-Merino J, et al. Validity and reliability of the Berlin questionnaire for the detection of moderate or severe obstructive sleep apnea in patients aged 40 years or older detected from primary care. *Front Med (Lausanne)*. 2023;10:1229972. doi:10.3389/fmed.2023.1229972. Reproducido bajo licencia CC BY 4.0.

Instrumento original: Netzer NC, Stoohs RA, Netzer CM, Clark K, Strohl KP. *Ann Intern Med*. 1999;131(7):485-491.

Herramienta de apoyo; no sustituye el juicio clínico ni una valoración individualizada.