

Cuestionario STOP-Bang actualizado

- ¿Ronquidos?**
Sí No
¿Ronca fuerte (tan fuerte que se escucha a través de puertas cerradas o su pareja lo codea por roncar de noche)?
- ¿Cansado/a?**
Sí No
¿Se siente con frecuencia **cansado, fatigado o somnoliento** durante el día (por ejemplo, se queda dormido mientras conduce o habla con alguien)?
- ¿Lo observaron?**
Sí No
¿Alguien lo **observó dejar de respirar** o **ahogarse/quedarse sin aliento** mientras dormía?
- ¿Presión?**
Sí No
¿Tiene o está recibiendo tratamiento para la **presión arterial alta**?
- ¿Presenta un Índice de masa corporal de más de 35 kg/m²?**
Sí No
- ¿Tiene más de 50 años?**
Sí No
- ¿El tamaño de su cuello es grande? (Medido alrededor de la nuez o manzana de Adán)**
Sí No
Si es hombre, ¿el cuello de su camisa mide 17 in/43 cm o más?
Si es mujer, ¿el cuello de su camisa mide 16 in/41 cm o más?
- ¿Su sexo es masculino?**
Sí No

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 (Apnea Obstructiva del Sueño): Sí a 3-4 preguntas

Alto riesgo de AOS (Apnea Obstructiva del Sueño): Sí a 5-8 preguntas

- o si respondió “sí” a 2 o más de las primeras 4 preguntas y es del sexo masculino
- o si respondió “sí” a 2 o más de las primeras 4 preguntas y su IMC es de más de 35 kg/m²
- o si respondió “sí” a 2 o más de las primeras 4 preguntas y la circunferencia de su cuello es:
(17 in/43 cm en hombres, 16 in/41 cm en mujeres)

Propiedad de University Health Network. Para obtener mayor información: 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