

## Cuestionario STOP-Bang actualizado

---

Sí No **¿Ronquidos?**  
  **¿Ronca fuerte** (tan fuerte que se escucha a través de puertas cerradas o su pareja lo codea por roncar de noche)?

Sí No **¿Cansado/a?**  
  ¿Se siente con frecuencia **cansado, fatigado, o somnoliento** durante el día (por ejemplo, se queda dormido mientras conduce)?

Sí No **¿Lo observaron?**  
  ¿Alguien lo **observó dejar de respirar o ahogarse/jadear** mientras dormía?

Sí No **¿Presión?**  
  ¿Tiene o está recibiendo tratamiento para la **presión arterial alta**?

Sí No  
  **¿Índice de masa corporal de más de 35 kg/m<sup>2</sup>?**

Sí No  
  **¿Tiene más de 50 años?**

**¿El tamaño de su cuello es grande? (Medido alrededor de la nuez de Adán)**  
Si es hombre, ¿el cuello de su camisa mide 17 pulgadas/43 cm o más?  
Si es mujer, ¿el cuello de su camisa mide 16 pulgadas/41 cm o más?  
Sí No

Sí No  
  **Sexo = ¿Masculino?**

### 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 +  $IMC > 35 \text{ kg/m}^2$

o Sí a 2 o más de las primeras 4 preguntas + circunferencia del cuello  
(17"/43cm 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