

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?
¿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 arterial elevada?
¿Tiene o está recibiendo tratamiento para la presión arterial elevada?

Sí No
 ¿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 de Adán)
Si es hombre, ¿el cuello de su camisa mide 17 pulgadas/43 cm o más?
Si es mujer, ¿el cuello de su blusa mide 16 pulgadas/41 cm o más?

Sí No
 Sexo = ¿Masculino?

Criterios de calificación:

Para la población en general

Bajo riesgo de apnea obstructiva del sueño (AOS): 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 cuatro preguntas + sexo masculino

o Sí a 2 o más de las cuatro primeras preguntas + $IMC > 35 \text{ kg/m}^2$

o Sí a 2 o más de las cuatro primeras preguntas + circunferencia del cuello
(17"/43 cm en los hombres, 16"/41 cm en las mujeres)

Propiedad de University Health Network. Para 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