



NOMBRE: _____

FECHA: _____

CUESTIONARIO STOP-BANG

(Chung. Anesthesiology 2008; 108:812–21)

Altura _____ m Peso _____ kg Edad _____ Sexo _____

BMI (Índice de masa corporal) _____ kg/m² (Dividir su peso en kg por el cuadrado de su altura en metros)

Circunferencia del cuello _____ cm (Medir al nivel de la manzana de Adán)

1. RONCA (Snoring)

¿Usted ronca fuerte (más fuerte de lo que habla o lo suficiente para que se lo escuche con la puerta cerrada)?

Sí No

2. CANSADO (Tired)

¿Se siente usted con frecuencia cansado, fatigado o con sueño durante el día?

Sí No

3. OBSERVADO (Observed)

¿Alguien ha observado o le ha dicho que usted para de respirar cuando duerme?

Sí No

4. PRESION ARTERIAL (Blood pressure)

¿Tiene la presión alta o lo están tratando para hipertensión arterial?

Sí No

5. PESO (BMI)

¿BMI superior a 35 kg/m²? (Ver el cálculo del BMI según fórmula arriba)

Sí No

6. EDAD (Age)

¿Edad superior a los 50 años?

Sí No

7. CIRCUNFERENCIA DEL CUELLO (Neck circumference)

¿Circunferencia del cuello superior a 40 cm? (Medir a nivel de la manzana de Adán)

Sí No

8. SEXO (Gender)

¿Es usted del sexo masculino?

Sí No

ALTO RIESGO DE APNEA DE SUEÑO: "Sí" en 3 o más preguntas

BAJO RIESGO DE APNEA DE SUEÑO: "Sí" a 2 o menos preguntas