



Fecha: _____

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** ___/___/___

Escala de somnolencia Epworth:

¿Qué posibilidad hay de que le de sueño o se quede dormido en las siguientes situaciones, especialmente durante las últimas 2 semanas? Incluso si usted no ha hecho ninguna de estas actividades en tiempos recientes, trate de estimar cómo se hubiera visto afectado en cada situación.

0 = ninguna probabilidad de quedarse dormido
1 = leve probabilidad de quedarse dormido
2 = moderada probabilidad de quedarse dormido
3 = alta probabilidad de quedarse dormido

1. ¿Sentado leyendo una libro, revista o periódico?	
2. ¿Viendo la televisión?	
3. ¿Sentado inactivo en un lugar público? (ej. en la oficina del médico, en el cine)	
4. ¿Como pasajero en un carro durante una hora sin interrupción?	
5. Al acostarse a descansar en la tarde, ¿si las circunstancias lo permite?	
6. ¿Sentado tranquilamente después de un almuerzo sin alcohol?	
7. ¿Sentado en conversación con alguien?	
8. ¿En un carro, mientras que esté parado en el tráfico por unos minutos?	
El total de la escala de somnolencia de Epworth hoy es (suma de 1-8)	

Adaptado de: Murray W Johns. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth Sleepiness Scale, Sleep, 1991; 14 (6): 540-545.

Cuestionario STOP BANG:

¿Ronca fuerte (más fuerte de lo que habla o lo suficientemente fuerte para ser escuchado a través de puertas cerradas)?	SÍ	NO
¿Se siente cansado, fatigado o somnoliento durante el día?	SÍ	NO
¿Alguien ha observado que usted deja de respirar durante el sueño?	SÍ	NO
¿Tiene o está recibiendo tratamiento para la presión arterial alta?	SÍ	NO
¿Índice de masa corporal más que 35 kg/m ² ?	SÍ	NO
¿Tiene más de 50 años de edad?	SÍ	NO
¿Tamaño de cuello más grande que 16 pulgadas (o 40 cm)?	SÍ	NO
¿Sexo masculino?	SÍ	NO

Adaptado de: Chung F, Yegneswaran B, et al. STOP questionnaire: a tool to screen patients for obstructive sleep apnea. Anesthesiology. 2008 May;108(5):812-21.