

CUESTIONARIO MÉDICO PARA LA PREVENCIÓN Y EL TRATAMIENTO DE LA APNEA DEL SUEÑO

¿RONQUIDOS?

1. ¿Ronca fuerte de forma habitual (se escucha a través de puertas cerradas o su pareja lo/la codea por roncar de noche)?

Sí No

¿CANSADA/O?

2. ¿Se siente con frecuencia cansado/da, fatigado/da, o somnoliento/ta durante el día (por ejemplo, se queda dormido mientras conduce o habla con alguien)?

Sí No

¿LO/LA OBSERVARON?

3. ¿Alguien lo/la observó dejar de respirar o ahogarse/quedarse sin aliento mientras dormía?

Sí No

¿PRESIÓN?

4. ¿Tiene o está recibiendo tratamiento para la presión arterial alta?

Sí No

5. ¿Presenta un índice de masa corporal de más de 35kg/m²?

Sí No

6. ¿Tiene más de 50 años?

Sí No

7. ¿El tamaño de su cuello es grande (Medido alrededor de la nuez o manzana de Adán)?

Si es hombre, El cuello de su camisa mide 17 in/43cm o más?

Si es mujer, ¿El cuello de su camisa mide 16 in/41cm o mas?

Sí No

8. ¿Sexo Masculino?

Sí No

9. Presenta dolor de cabeza al despertarse por la mañana o lo despierta el dolor de cabeza?

Sí No

Criterios de calificación: STOP-BANG (US-spa) 21MAYO2015 FINAL

RESULTADO:

Paciente Roncador/a con **todas las respuestas negativas:**
BAJA probabilidad de presentar Síndrome de Apnea.

Paciente Roncador/a con **1 respuesta afirmativa:**
Probabilidad MEDIA de presentar Síndrome de Apnea. Necesario realizar POLIGRAFÍA RESPIRATORIA. (Recomendable)

Paciente Roncador/a con **2 o más respuestas afirmativas:**
ALTA probabilidad de Síndrome de Apnea. Necesario realizar POLIGRAFÍA RESPIRATORIA. (Recomendable)

POR CORTESÍA DE

