

Cuestionario STOP BANG

Adapted from Chang et al. 108(5):768-75 (2012)

¿Tengo apnea del sueño?

- Snoring** ¿Ronca alto? ¿se escucha a través de puertas cerradas o su pareja lo codea por roncar de noche?
- Tired** ¿Se siente con frecuencia cansado, fatigado o somnoliento durante el día?
- Observed** ¿Alguien ha notado que deja de respirar mientras duerme?
- Pressure** ¿Tiene o está medicado para presión arterial alta (hipertensión arterial)?
- BMC** ¿Su índice de masa corporal (IMC) es superior a 35 kg / m²?
$$BMC = IMC = \frac{PESO EN KG}{ALTURA EN METROS \times ALTURA EN METROS}$$
- Age** ¿Tiene más de 50 años?
- Neck** ¿Circunferencia del cuello (a la altura de nuez de Adán) mayor de 41 cm?
- Gender** ¿Sexo masculino?

Si marcó 3 o más opciones, consulte a un especialista en sueño para diagnosticar si tiene apnea del sueño