

Cuestionario STOP-Bang

Para la población en general

- Bajo riesgo de AOS (Apnea Obstructiva del Sueño): Sí a 0-2 preguntas
- Riesgo intermedio de AOS (Apnea Obstructiva del Sueño): Sí a 3-4 preguntas
- Alto riesgo de AOS (Apnea Obstructiva del Sueño): Sí a 5-8 preguntas
 - o si respondió "sí" a 2 o más de las primeras 4 preguntas y es del sexo masculino
 - o si respondió "sí" a 2 o más de las primeras 4 preguntas y su IMC es de más de 35 kg/m²
 - o si respondió "sí" a 2 o más de las primeras 4 preguntas y la circunferencia de su cuello es: (43 cm en hombres, 41 cm en mujeres)

¿Ronquidos? ¿Ronca fuerte (tan fuerte que se escucha a través de puertas cerradas o su pareja lo codea por roncar de noche)?	SI	NO
¿Cansado/a? ¿Se siente con frecuencia cansado, fatigado o somnoliento durante el día (por ejemplo, se queda dormido mientras conduce o habla con alguien)?	SI	NO
¿Le observaron? ¿Alguien lo observó dejar de respirar o ahogarse/quedarse sin aliento mientras dormía?	SI	NO
¿Hipertensión? ¿Tiene o está recibiendo tratamiento para la hipertensión?	SI	NO
¿Presenta un Índice de masa corporal de más de 35 kg/m ² ?	SI	NO
¿Tiene más de 50 años?		
¿El tamaño de su cuello es grande? Medido alrededor de la nuez Si es hombre, ¿el cuello de su camisa mide 43 cm o más? Si es mujer, ¿el cuello de su camisa mide 41 cm o más?	SI	NO
¿Su sexo es masculino?	SI	NO