



TEST DE APNEA

1 Ronca tan alto que puede escucharse incluso con las puertas de la habitación cerrada?

Si = 1 punto
No = 0 puntos

2 Siente fatiga o sueño excesivo durante el día, frecuentemente?

Si = 1 punto
No = 0 puntos

3 Alguien le ha dicho que deja de respirar momentaneamente durante el sueño?

Si = 1 punto
No = 0 puntos

4 Sigue tratamiento médico para hipertensión arterial?

Si = 1 punto
No = 0 puntos

5 Tiene un Índice de Masa Corporal mayor a 32 kg/m² (peso/talla²)?

Si = 1 punto
No = 0 puntos

6 Tiene mas de 50 años?

Si = 1 punto
No = 0 puntos

7 El perímetro de su cuello es superior a 40 cm?

Si = 1 punto
No = 0 puntos

8 Es usted varón?

Si = 1 punto
No = 0 puntos

RESULTADOS:

0 puntos = No tiene apnea del sueño.

más de 1 punto = Sin riesgo

más de 3 puntos = Bajo riesgo

más de 5 puntos = Mediano riesgo

más de 7 puntos = Alto riesgo