

Cuestionario Stop-BANG

¿Ronca fuertemente? (Tan alto que se puede escuchar a través de puertas cerradas)	Sí / No
¿A menudo se siente cansado, fatigado o con sueño durante el día?	Sí / No
¿Ha observado alguien si usted deja de respirar durante el sueño?	Sí / No
¿Está o ha estado recibiendo tratamiento para la presión arterial alta?	Sí / No
¿Su IMC es $> 35 \text{ kg/m}^2$?	Sí / No
¿Su edad es > 50 años?	Sí / No
¿Su circunferencia del cuello es $> 40 \text{ cm}$?	Sí / No
¿El paciente es de género masculino?	Sí / No

Valoración de resultados:

Si el paciente a respondido Sí >3 alto riesgo de SAHS.

Si el paciente a respondido Sí <3 bajo riesgo de SAHS.

* Adaptado de: Chung F, Yegneswaran B, Liao P, et al. STOP questionnaire: a tool to screen patients for obstructive sleep apnea. Anesthesiology 2008; 108:812-821.