



Convención Internacional de Ciencias Morfológicas

IV Congreso virtual de Ciencias Morfológicas
IV Jornada Científica de la Cátedra Santiago Ramón y Cajal

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO DEL SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO: DEBER DE LA MEDICINA COMUNITARIA

Autores:

Carlos Junior Guillarte Rojas, Julieta Sonia Damiani Caverro, Liana Yanet Rojas Rodríguez, Arturo Chi Maimò, Isabella Karin Pèrez, Ena Rosa Paneque Ramos

Alumno Ayudante de neurología, cuarto año de Medicina, Fisiología, Departamento de ciencias básicas biomédicas, Histología y Medicina General Integral Departamento de ciencias básicas biomédicas; Fisiología, Departamento de ciencias básicas biomédicas, Alumno ayudante de Cirugía Pediátrica tercer año Medicina, Histología y Departamento de ciencias básicas biomédicas.

Facultad Enrique Cabrera, Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. Ciudad Habana, Cubas.

e-lyanetr@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: El Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño (SAOS) constituye un problema de salud en el mundo y su diagnóstico temprano en la Atención Primaria resulta vital para garantizar un estado de salud favorable en la población. **Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo transversal con una muestra de 50 personas de un consultorio del Policlínico Carlos Manuel Portuondo, Marianao, se les realizó encuestas, con los datos obtenidos, se clasificaron los mismos en personas de alto, intermedio y bajo riesgo de presentar la enfermedad, con el **objetivo** de caracterizar la presencia de la

enfermedad en relación con los factores de riesgo, síntomas y enfermedades asociadas, como indicadores de la presencia de la misma. **Resultados y Discusión** Se observó un predominio de pacientes con diagnóstico presuntivo de la enfermedad, donde las variables estudiadas constituyeron marcadores que prevalecieron en los pacientes con alto riesgo de padecerla lo que concuerda con la literatura **Conclusiones:** Resulta necesario la búsqueda de pacientes con riesgo de padecer SAOS en el área de salud, en el cual resulta insuficiente. La Obesidad, la presencia de ronquidos, somnolencia, cansancio, la Hipertensión Arterial, la edad mayor de 50 años, el sexo masculino, y la medida de la circunferencia del cuello constituyeron indicadores significativos para la sospecha del SAOS.

Palabras clave: Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Apnea obstructiva del Sueño (SAOS) o de Apnea-Hipopnea Obstructiva del Sueño (SAHOS) es la ausencia o reducción de más de un 90% del flujo aéreo durante al menos 10 segundos, en el transcurso del sueño, producto a una obstrucción de las vías aéreas. En él existe percepción de movimientos respiratorios forzados debido al aumento del trabajo de la respiración.^{1- 6} El SAOS es la entidad de mayor gravedad entre las alteraciones respiratorias del sueño. Afecta tanto a niños como adultos.^{7, 8}

Reportes de la literatura sobre el SAHOS sintomático coinciden en describir una prevalencia del 2-4% en la población adulta. Los estudios que han evaluado la aparición del SAOS con independencia de los síntomas, muestran mayor prevalencia, del 6- 24% en los adultos.^{8,9}

El SAHOS es uno de los trastornos del sueño más frecuentes en la población adulta. Fue descrito por Broadbent en 1877.¹⁰ Se enuncia que su origen es tan antiguo como el de la humanidad, algunas referencias pueden encontrarse en

libros muy antiguos. Aelianus en el año 330 antes de Cristo, comentaba los trastornos que al dormir presentaba Dionisio de Heraclea, rey de Pontus, individuo glotón y muy obeso, que tenía enormes dificultades para respirar mientras dormía, y que tenía que ser despertado con agujas varias veces cada noche para evitar que se ahogara.⁸

Escritos similares figuran sobre el rey de Cirena 258 años antes de Cristo, y en otros posteriores. Detalles curiosos se exponen en artículos revisados en cuanto a los síntomas como los que se refieren a Cayo Pliniu Secundo, conocido como Pliniu el viejo, 79 años después de Cristo, sobre el que se indica que su extrema obesidad le llevaba a quedarse dormido con frecuencia durante el día y a roncar ruidosamente durante la noche y todo esto muchos años antes de que Charles Dickens, describiera, sin conocerlo, el cuadro sindrómico de la apnea del sueño, en la figura de Fat Boy Joe de Dickens, el cochero, que asocia obesidad, somnolencia diurna excesiva y cianosis, en su libro "Los papeles póstumos de club de Pickwick".^{8 9,11}

En 1965, Gastaut y Jung demostraron, con el inicio de las polisomnografías, que las apneas nocturnas se relacionan con un obstáculo en las vías aéreas superiores (VAS). El SAHOS se convirtió en una entidad distinta al síndrome de Pickwick, que se explica por su parte por una hipoventilación alveolar crónica. La difusión de la polisomnografía demostró al final que el SAOS es particularmente frecuente y que el síndrome de Pickwick es una entidad rara.⁹

Se conoce que el SAOS ha estado subestimado durante mucho tiempo y su único tratamiento era la traqueostomía. En 1976, Guilleminault hizo hincapié en las consecuencias y describió sus manifestaciones diurnas y nocturnas. En 1981, Sullivan propuso la ventilación nasal nocturna con presión positiva continua en la vía aérea (VNPPC, PPC o CPAP de los anglosajones) como tratamiento médico.⁹

A finales de la década de los 80 y principios de los 90 del siglo pasado comenzaron a publicarse tratamientos intraorales específicos para tratar el SAHOS, como los retenedores de lengua y los protrusores de mandíbula y que posteriormente se han mejorado y sofisticado hasta hacerse una razonable alternativa terapéutica en el tratamiento del ronquido y del SAHOS leve y moderado e incluso en sujetos con SAHOS severo que no toleran la CPAP.¹²

Esta es una alteración del sueño que frecuentemente se asocia a una gran diversidad de patologías, como la hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, neuropsicológicas o metabólicas. La sintomatología más común y destacada de la apnea es la excesiva somnolencia diurna, así como alteraciones de la memoria y concentración, irritabilidad, cefaleas, y depresión, entre otras.³ Debido a su vinculación con tantas patologías el Síndrome de Apnea Obstructiva del sueño presenta una alta morbilidad y mortalidad.^{1,2,3,13,14}

El panorama científico actual revela la relación que existe entre los factores de riesgo y la predisposición al Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño, en este sentido la University Health Network publica una encuesta válida para el diagnóstico presuntivo del Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño.¹⁵

Teniendo en cuenta el panorama científico actual y la importancia que representa demostrar el subregistro que existe en la Atención Primaria de Salud, teniendo en cuenta que el Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño se vincula con enfermedades que pueden llevar al individuo a la muerte resulta conveniente realizar el presente estudio. Sobre bases teóricas y prácticas que se tienen sobre el Síndrome de Apnea Obstructiva del sueño y sabiendo que constituye un problema de salud los autores se plantean la siguiente interrogante:

¿Qué factores de riesgo, síntomas y enfermedades asociadas juegan un papel importante en la población a la hora de hacer el diagnóstico presuntivo del síndrome de apnea obstructiva del sueño?

OBJETIVOS

General: Caracterizar la presencia del Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño en relación con la presencia de factores de riesgo, síntomas y enfermedades asociadas, en un consultorio médico del policlínico Carlos Manuel Portuondo del Municipio Marianao.

Específicos:

1. Identificar pacientes con diagnóstico presuntivo del síndrome de apnea obstructiva de sueño en un consultorio médico del policlínico Carlos Manuel Portuondo del Municipio Marianao teniendo en cuenta variables que constituyen factores de riesgo, síntomas y enfermedades asociadas.
2. Identificar los factores de riesgo, síntomas y enfermedades del Síndrome de Apnea Obstructiva del sueño que predominan entre los considerados para el diagnóstico del SAOS en la población de un consultorio médico del policlínico Carlos Manuel Portuondo del Municipio Marianao.

DISEÑO METODOLÓGICO

Se realizó un estudio descriptivo y transversal. Se tomó la población perteneciente al consultorio 19 del policlínico Carlos Manuel Portuondo de Marianao y de ellos se seleccionó de una muestra constituida por 50 personas incluidas en el rango de edad comprendidas entre los 18 a 81 años (método probabilístico sistemático), se midieron y pesaron cada una de las personas y a cada uno se le realizó encuesta con previo consentimiento (se utilizó encuesta validada) ¹⁵ (Ver Anexo 1) se calculó el índice de masa corporal de cada persona. Se utilizaron variables cualitativas: sexo, somnolencia, presencia de ronquidos (cualitativas nominales dicotómicas), y el índice de masa corporal en este caso se emplea como una variable cualitativa nominal dicotómica, al igual

que el antecedente patológico de Hipertensión Arterial, la edad mayor a 50 años y el tamaño de la circunferencia del cuello. Los resultados obtenidos se plasmaron en una base de datos, y se procedió a realizar análisis estadístico.

RESULTADOS

Se estudiaron un total de 50 personas, de ellos 25 mujeres y 25 hombres, de los hombres, 15 roncaban y 10 no lo hacían, de las mujeres, 12 roncaban y 13 no presentaban este síntoma, con un total de 27 personas que roncaban y 23 que no. Con respecto a la variable cansancio de los hombres 10 se sentían cansados con frecuencia y 15 no, y de las mujeres 16 se sentían cansadas habitualmente y 9 no. De los hombres que roncaban 9 de ellos se sentían cansados y de las mujeres que roncaban, 10 se sentían cansadas frecuentemente. De los hombres, 10 tenían el antecedente de hipertensión y de las mujeres solo 5 eran hipertensas. De los hombres, 12 tenían un índice de masa corporal por encima de 35kg/m^2 y 13 no. De las mujeres, 8 tenían un índice de masa corporal por encima de 35kg/m^2 . De las 50 personas, 20 tenían obesidad moderada. De los hombres 15 tienen más de 50 años de edad y 10 no. De las mujeres 10 tienen más de 50 años de edad y 15 no. De las personas del sexo masculino, hay 8 que tienen una circunferencia del cuello grande y de las mujeres 6 también tenían una circunferencia del cuello grande. Según el cuestionario STOP-Bang 23 de los pacientes tenían un bajo riesgo de padecer de Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño, 4 tenían riesgo intermedio y 23 tenían un alto riesgo de padecer del Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño.

DISCUSIÓN

El Síndrome de Apnea obstructiva del Sueño (SAOS) o de Apnea-Hipopnea Obstructiva del Sueño (SAHOS) es la ausencia o reducción de más de un 90% del flujo aéreo durante al menos 10 segundos, en el transcurso del sueño, producto a una obstrucción de las vías aéreas.^{1- 6}

En el presente estudio se constató que de los 50 encuestados 23 eran considerados posibles enfermos de SAOS, y 4 con riesgo intermedio, ya que el diagnóstico definitivo se realiza con la Polisomnografía.¹⁶ Este resultado difiere en cuanto a porcentaje de lo que exponen algunos autores, quienes refieren que en países industrializados se presenta entre un 2 y un 4 % de la población adulta. Aunque no hay datos de prevalencia de SAHOS en Cuba, sí queda expuesto la existencia de casos no diagnosticados.¹⁷ En esta investigación, en la cual se han diagnosticado los posibles enfermos de SAOS, se ha realizado la búsqueda activa de pacientes con factores de riesgo que indican la presencia de esta enfermedad. Este diagnóstico reviste vital importancia ya que en reportes hechos por la literatura las principales enfermedades asociadas al SAHOS son la obesidad, la insuficiencia cardíaca, el accidente vascular cerebral (AVC) y la Diabetes Mellitus tipo 2. También, los pacientes con SAHOS pueden presentar Fibrilación Auricular. La mayoría de los pacientes poseen hipertensión arterial y enfermedad de las arterias coronarias, se demostró en una investigación que la privación del sueño atenúa directamente la circulación coronaria, aún en sujetos que no tienen factores de riesgo coronario.¹⁸ El diagnóstico temprano en el área de salud evita en gran medida la aparición de enfermedades que representan un deterioro del estado de salud de la población.

Esta enfermedad se facilita por la presencia de algunos factores de riesgo. En este sentido existen factores de riesgo que producen una disminución del calibre de la VAS: la hipertrofia de amígdalas y adenoides, la obesidad, la macroglosia, el edema o engrosamiento de la úvula y del paladar blando, las dismorfias craneofaciales como retronaría y los tumores. El edema y la infiltración grasa de los músculos genioglosos.¹ En la encuesta realizada los autores del presente trabajo enmarcan dentro de los factores de riesgo a la obesidad, se observa que 20 personas del total de la muestra se consideran con obesidad de moderada a severa, aunque representa menos de la mitad de

las personas encuestadas, sí es un factor a tener en cuenta, lo mismo sucede a la hora de realizar el diagnóstico con el estudio de la variable Hipertensión Arterial, dado que de los encuestados solo 15 eran hipertensos. Sin embargo, ambos factores sí estuvieron presentes de manera importante en los pacientes en los cuales se infirió la presencia del síndrome de apnea obstructiva del sueño. En el caso de la obesidad, de los 23 pacientes con alto riesgo de SAOS, 16 tenían obesidad de moderada a severa, lo cual coincide con lo que plantea la literatura que expone la repercusión que tiene la obesidad como factor de riesgo sobre la aparición del SAOS.¹⁸ En el caso de la Hipertensión Arterial, de los pacientes con alto riesgo de SAOS solo 10 pacientes eran hipertensos, aunque el número fue menor en relación con la obesidad, sí constituye una entidad nosológica asociada a la enfermedad, ya que fue mayor el número de hipertensos en los pacientes con alto riesgo de SAOS.

La presencia de síntomas como el ronquido, el cansancio y las pausas respiratorias observadas por los familiares fueron síntomas que se tuvieron en cuenta para el diagnóstico, el ronquido se observó en 27 personas de los encuestados, y a 12 de estas personas, se les observó dejar de respirar en algunos momentos durante el sueño, 22 de las 23 personas con alto riesgo de SAOS presentaban ronquidos y las 4 personas que presentaban riesgo intermedio de SAOS presentaban este síntoma. Esto concuerda y ratifica lo que se plantea en trabajos investigativos que abordan el tema, en los cuales se expone que los síntomas nocturnos más frecuentes del SAOS son el ronquido y las pausas respiratorias observadas por los familiares.^{1,3} Con respecto al síntoma del cansancio la literatura manifiesta que el síntoma diurno más habitual es la somnolencia excesiva.^{1,3}

De las 50 personas, 26 se sentían cansados con frecuencia y de las personas con posible diagnóstico de SAOS, 17 refirieron que se sentían cansados con frecuencia durante el día, esto coincide con todo lo expuesto al respecto y realza junto al ronquido la importancia de dichos síntomas en el diagnóstico.

Disímiles estudios manifiestan una asociación marcada entre el SAOS, la edad, el sexo masculino y la medida de la circunferencia del cuello.

Con respecto a la edad resultados de investigaciones exponen que hay una prevalencia de un 2 a un 4% en la población adulta y que prevalece en los niños en un 2%.^{5,17,19} Los resultados de la actual investigación indican que 17 de las personas consideradas de alto riesgo tenían edad por encima de 50 años, aspecto este que en distintos informes publicados aparece como parámetro de vital importancia.¹⁵ Lo mismo ocurre con el sexo, ya que se toma al sexo masculino como otra variable que favorece inferir la presencia del SAOS.¹⁵ La medida de la circunferencia del cuello es por su parte otro parámetro de los indicadores referidos por diversos investigadores quienes consideran que en el hombre se considera grande una medida de 43cm o más en el hombre y 41cm en la mujer. Entre los posibles enfermos de SAOS los autores de esta investigación refieren que se observó que 12 personas tenían una circunferencia del cuello mayor a las medidas mencionadas en la encuesta, este es un aspecto importante dado que bibliografía consultada lo relacionan con las dismorfias craneofaciales como retronaría y los tumores.¹

Cabe destacar el valor que tiene la valoración de los factores de riesgo estudiado en la presente investigación como predictores de la posible presencia en la población del SAOS, enfermedad que no puede plantearse sin incluir asociadas a la misma otras enfermedades que repercuten de manera desfavorable en la salud del individuo y pueden dar al traste con su vida.

CONCLUSIONES

- En el presente estudio existió un predominio de pacientes con alto riesgo de presentar SAOS, lo que constituyó la mayoría de los encuestados, constituyendo esto un indicador del trabajo insuficiente en este sentido en el área de salud.
- La Obesidad, la presencia de ronquidos, somnolencia, cansancio, la Hipertensión Arterial, la edad mayor de 50 años, el sexo masculino, y la medida de la circunferencia del cuello constituyeron indicadores significativos para la sospecha del SAOS.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Santamaria J, Bilbao I, Fernández Bedoya A, Zarranz JJ. Enfermedades del sueño y del mantenimiento de la vigilia. En: Zarranz JJ. Neurología. 5ta Edición. España. Elsevier; 2013:637-660.
2. Duran Cantolla J, Montserrat Canal JM. Síndrome de apneas e hipopneas del sueño: concepto, epidemiología, fisiopatología, y clínica. Álvarez Salas Walther JL, Casan Clara P, Rodríguez de Castro F, Rodríguez Hermosa JL, Villena Garrido V. Neumología Clínica. 5ta . España. Elsevier; 2010:717-728.
3. Barrera Medina A. Síndrome de apnea hipopnea obstructiva del sueño y consumo de benzodiacepinas en adultos mayores. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM. enero-febrero 2018; 61(1): 21-25. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2018/un181c.pdf>
4. Somers VK . Apnea del sueño y enfermedades cardiovasculares En: Mann DL, Zipes DP, Libby P, Bonow RO. Braunwald. Tratado de cardiología: Texto de Medicina Cardiovascular. España: Elsevier; 2016. p. 1703-09 Disponible en:

<https://www.clinicalkey.es/#!/content/book/3-s2.0-B9788490229118000755>.

5. Torres Molina A, Prego Beltrán C. Trastornos por déficit de atención y síndrome de apnea obstructiva del sueño en la edad pediátrica. Medisur [Internet]. [citado 2017 Feb 07]2013; 11(1): 61-68. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2013000100009&lng=es.
6. Ramírez Guirado A, Morales Rodríguez A A. Trastornos de la respiración asociados al sueño durante el embarazo. Rev Cub de Ginecología y Obstetricia 2014;40(4):420-434. Disponible en:<http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=58291>
7. García Menéndez Michele, Cuspineda Bravo Elena, Valiente Zaldívar Carolina. Síndrome de apnea hipopnea del sueño: rol protagónico del ortodontista. Rev haban cienc méd [Internet]. Abr [citado 2017 Feb 07] 2014; 13(2): 207-218. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2014000200006&lng=es.
8. Owens JA. Medicina del sueño. En:Kliegman RM, Stanton BF,Schor NF,Behrman RE. Nelson. Tratado de pediatría.19 ed. España:Elsevier; 2016.p.118-130.
9. Ouayoun MC. Síndrome de apnea-hipopnea obstructiva del sueño del adulto. EMC - Otorrinolaringología 2015;44(4):1-19 [Artículo E – 20-960-A-10].disponible: en : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1632347515742025>
10. Guerrero-Zúñiga S, Berenice Gaona-Pineda E, Cuevas-Nasu L, Torre-Bouscoulet L, Reyes-Zúñiga M, Shamah-Levy T, Pérez-Padilla R. Prevalencia de síntomas de sueño y riesgo de apnea obstructiva del sueño en México. Salud pública de México. 2018 Mayo-junio [citado 2018

- Sept 9]; 60(3): 347–355. Disponible en :<http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/9280>
11. Hidalgo Martínez P, Lobelo R. Epidemiología mundial, latinoamericana y colombiana y mortalidad del síndrome de apnea-hipopnea obstructiva del sueño (SAHOS). Rev. Fac. Med. 2017 [citado 2018 Sept 9]; 65 (1): S 17-20. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v65n1Sup.59565>.
 12. Lim J, Lasserson TJ, Fleethan J, Wrigth J. Oral appliances for obstructive sleep apnea. Cochrane Database Syst Rev 2006 Jan [citado 2018 Sept 9]; 25(1): CD004535. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16437488>
 13. Ghazal A, Roghani F, Sadeghi M, Amra B, Kermani-Alghoraishi M. Obstructive sleep apnea, diagnosed by the Berlin questionnaire and association with coronary artery disease severity. ARYA Atheroscler. 2015 Sep [citado 2018 Sept 9]; 11(5): 275–280. Disponible en : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4680075/>
 14. Velasco Rey M C, Gutiérrez López M I, Sánchez Muñoz M, Trujillo Borrego A, Sánchez Bonome L. Psychotic depression induced by Obstructive Sleep Apnea Syndrome (OSAS): a case reported. Actas Esp Psiquiatr 2012 [citado 2018 Sept 9] ;40(1):43-5. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22344495>
 15. Chung F et al. Cuestionario STOP-Bang actualizado. Propiedad de University Health Network. Br J Anaesth 2012 [citado 2018 Sept 9]; 108:768–75. Disponible en: <http://stopbang.ca/translation/pdf/spanarg.pdf>
 16. Jiménez Marín D, Londoño Salinas AM, Rojas Jiménez S, Lopera Valle J S. Síndrome de Ondina, hipoventilación central congénita idiopática. Revista Cubana de Pediatría. 2015 [citado 2018 Sept

9];87(2):247-253. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312015000200012

17. Torres Molina A. Prevalencia de los trastornos respiratorios asociados al sueño en escolares. Rev Electrónica de las Ciencias Méd en Cienfuegos ISSN:1727-897X Medisur 2012; 10(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1727-897X2012000200002&lng=es&nrm=iso
18. Haddad FL, Vidigal TA, Mello-Fujita L, Cintra FD, Gregório LC, Tufik S, et al. The influence of nasal abnormalities in adherence to continuous positive airway pressure device therapy in obstructive sleep apnea patients. Sleep Breath. 2013 Dec [citado 2018 Sep 09] ;17(4):1201-7. Disponible en : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23463254>
19. García Gascón Á, Querts Méndez O, Hernández González R C, Agüero Martén R, Cascaret Soto X. Algunas variables biológicas relacionadas con trastornos del sueño en estudiantes de primer año de medicina. MEDISAN [Internet]. 2015 Ago [citado 2017 Feb 07]; 19(8): 978-983. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000800007&lng=es.

ANEXOS

Anexo 1: Dispositivos de CPAP.

Anexo 1: Cuestionario STOP-Bang actualizado.

¿Ronquidos?

Sí No ¿**Ronca fuerte** (tan fuerte que se escucha a través de puertas cerradas o su pareja lo codea por roncar de noche)?

¿Cansado/a?

Sí No ¿Se siente con frecuencia **cansado, fatigado o somnoliento** durante el día (por ejemplo, se queda dormido mientras conduce o habla con alguien)?

¿Lo observaron?

Sí No ¿Alguien lo **observó dejar de respirar o ahogarse/quedarse sin aliento** mientras dormía?

Sí No ¿Presión?

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

Sí No

¿Presenta un Índice de masa corporal de más de 35 kg/m²?

Sí No

¿Tiene más de 50 años?

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

Sí No

Sí No

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

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

¿Su sexo es masculino?

Criterios de calificación:

STOP-BANG (US-spa) 21MAY2015 FINAL

Para la población en general

Bajo riesgo de AOS (Apnea Obstructiva del Sueño): Sí ade 0-2 preguntas

Riesgo intermedio de AOS (Apnea Obstructiva del Sueño): Sí ade 3-4 preguntas

Alto riesgo de AOS (Apnea Obstructiva del Sueño): Sí ade 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:

(17 in/43 cm en hombres, 16 in/41 cm en mujeres)