

Riesgo no reconocido de apnea obstructiva del sueño en la consulta odontológica: complementariedad del cuestionario STOP-Bang y la Escala de Somnolencia de Epworth

Unrecognized obstructive sleep apnea risk in dental practice: complementarity of the STOP-Bang questionnaire and the Epworth Sleepiness Scale

Disponible en http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_aov

Recepción de trabajo: 14/04/2026

Inicio de arbitraje: 21/04/2026

Aprobado: 04/05/2026

Eva Núñez Corbeira (MSc)¹, Elisabetta Guercio Monaco (MSc, PhD)²

1. Profesora Agregada, Facultad de Odontología, Universidad Central de Venezuela (UCV). <https://orcid.org/0009-0004-9904-531X>

2. Profesora Titular, Facultad de Odontología, Universidad Central de Venezuela (UCV). <https://orcid.org/0000-0002-7618-0293>

Correspondencia: eva.nunez@ucv.ve

Financiación: Este estudio no recibió financiación externa.

Conflicto de intereses: Las autoras declaran no tener conflictos de intereses.

Agradecimientos: Las autoras agradecen la colaboración de los participantes y del personal de la Facultad de Odontología, UCV.

Consideraciones éticas: Protocolo aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Odontología, UCV. Consentimiento informado obtenido de todos los participantes.

RESUMEN

Introducción: La apnea obstructiva del sueño (AOS) presenta elevada prevalencia y subdiagnóstico frecuente. La consulta odontológica constituye un escenario estratégico para su detección temprana. **Objetivo:** Evaluar el perfil de riesgo de AOS y somnolencia diurna en adultos atendidos en una unidad odontológica universitaria mediante la aplicación conjunta del cuestionario STOP-Bang y la Escala de Somnolencia de Epworth (ESE), y analizar la correlación y concordancia entre ambos instrumentos. **Métodos:** Estudio observacional transversal en 44 adultos (28 mujeres, 16 hombres; edad media $46,3 \pm 13,1$ años) captados consecutivamente en consulta odontológica. Se aplicaron STOP-Bang y ESE versión colombiana. Se calcularon estadísticas descriptivas, correlación de Spearman y concordancia mediante kappa de Cohen (κ). **Resultados:** El 59,1% de los participantes presentó riesgo moderado o alto según STOP-Bang (puntaje medio $3,09 \pm 1,90$), mientras que sólo el 22,7% mostró somnolencia diurna anormal según ESE (puntaje medio $7,09 \pm 3,35$). La correlación entre ambas escalas fue débil y no significativa (Spearman $r = 0,140$; $p = 0,363$) y la concordancia fue leve ($\kappa = 0,173$), confirmando que miden dimensiones clínicas independientes. El 40,9% de la muestra exhibió riesgo estructural de AOS sin somnolencia subjetiva, perfil que permanecería invisible con un cribado basado exclusivamente en somnolencia. **Conclusiones:** STOP-Bang y ESE son instrumentos complementarios que, usados conjuntamente en odontología, permiten identificar pacientes con riesgo no reconocido de AOS. Su incorporación sistemática en

la consulta odontológica es clínicamente pertinente y operativamente factible como mecanismo de detección precoz y derivación oportuna.

Palabras clave: apnea obstructiva del sueño; tamizaje; STOP-Bang; Escala de Somnolencia de Epworth; odontología; detección precoz

ABSTRACT

Introduction: Obstructive sleep apnea (OSA) has a high prevalence and is frequently underdiagnosed. The dental setting represents a strategic scenario for its early detection. **Objective:** To evaluate the OSA risk profile and daytime sleepiness in adults seen at a university dental clinic through the combined use of the STOP-Bang questionnaire and the Epworth Sleepiness Scale (ESS), and to analyze the correlation and agreement between both instruments. **Methods:** A cross-sectional observational study was conducted in 44 adults (28 women, 16 men; mean age 46.3 ± 13.1 years) consecutively recruited at a dental clinic. The STOP-Bang questionnaire and the Colombian version of the ESS were administered. Descriptive statistics, Spearman correlation, and agreement measured by Cohen's kappa (κ) were calculated. **Results:** 59.1% of participants presented moderate or high OSA risk according to STOP-Bang (mean score 3.09 ± 1.90), while only 22.7% showed abnormal daytime sleepiness according to the ESS (mean score 7.09 ± 3.35). The correlation between both scales was weak and non-significant (Spearman $r = 0.140$; $p = 0.363$), and agreement was slight ($\kappa = 0.173$), confirming that they measure independent clinical dimensions. Furthermore, 40.9% of the sample exhibited structural OSA risk without subjective sleepiness, a profile that would remain undetected by screening based exclusively on sleepiness. **Conclusions:** STOP-Bang and the ESS are complementary instruments that, when used jointly in dental practice, enable the identification of patients with unrecognized OSA risk.

Their systematic incorporation into dental consultations is clinically relevant and operationally feasible as a mechanism for early detection and timely referral

Keywords: obstructive sleep apnea; screening; STOP-Bang; Epworth Sleepiness Scale; dentistry; early detection

INTRODUCCIÓN

La apnea obstructiva del sueño (AOS) es el trastorno respiratorio del sueño más prevalente en la población adulta. Se caracteriza por episodios repetidos de colapso parcial o total de la vía aérea superior durante el sueño, con hipoxemia intermitente y fragmentación del sueño como consecuencias fisiopatológicas fundamentales. Estimaciones basadas en análisis de literatura sitúan su prevalencia global en torno a 936 millones de adultos afectados, con diferencias regionales significativas según los criterios diagnósticos empleados.¹ En América Latina, la convergencia de alta prevalencia de obesidad, envejecimiento poblacional acelerado y limitada capacidad diagnóstica instalada configura un escenario de subdetección particularmente pronunciado.²

El subdiagnóstico de la AOS es uno de los problemas de salud pública más relevantes en medicina del sueño. Se estima que hasta el 80% de los individuos con AOS moderada a severa permanecen sin diagnóstico confirmado.³ Esta brecha diagnóstica tiene consecuencias clínicas y socioeconómicas de primer orden: la AOS no tratada se asocia de forma independiente con hipertensión arterial, arritmias, infarto de miocardio, accidente cerebrovascular, síndrome metabólico y deterioro neurocognitivo.^{4,5} Desde el punto de vista socioeconómico, los costos directos e indirectos de la AOS no tratada superan los 150 mil millones de dólares anuales en Estados Unidos, incluyendo gastos médicos, ac-

cidentes laborales y pérdidas de productividad.⁶ En contextos de bajos y medianos ingresos, donde el acceso a laboratorios de sueño es aún más restringido, el peso relativo de estos costos resulta proporcionalmente mayor.

El estándar de referencia para el diagnóstico de AOS es la polisomnografía (PSG) nocturna en laboratorio, que permite cuantificar el índice de apnea-hipopnea (IAH) y caracterizar la arquitectura del sueño con precisión. Sin embargo, la PSG es costosa, requiere equipamiento especializado, personal entrenado y tiempos de espera prolongados, lo que limita su aplicabilidad como herramienta de primera línea en la mayoría de los sistemas de salud de la región. Esta restricción refuerza la necesidad de instrumentos de cribado validados, breves, autoadministrables y de bajo costo que puedan aplicarse en el primer nivel de atención.⁷

En el ámbito diagnóstico, además de la polisomnografía, la poligrafía respiratoria domiciliaria (HSAT, *home sleep apnea testing*) ha sido reconocida por la American Academy of Sleep Medicine como una alternativa válida en pacientes adultos con alta probabilidad pretest de AOS no complicada y sin comorbilidad cardiopulmonar significativa.⁸ Aunque no sustituye a la polisomnografía en la caracterización integral del sueño y puede subestimar el índice de apnea-hipopnea en formas leves o de fenotipo predominantemente posicional, su menor costo, su accesibilidad y la posibilidad de aplicación domiciliaria la han posicionado como una herramienta intermedia entre el cribado poblacional y la confirmación polisomnográfica, particularmente pertinente en sistemas de salud con capacidad limitada de laboratorios de sueño. En este escenario, la articulación entre cribado en

el primer nivel de atención —incluida la consulta odontológica—, derivación oportuna y diagnóstico mediante poligrafía respiratoria o polisomnografía constituye una secuencia operativamente viable para reducir la brecha diagnóstica de la AOS.

Dos instrumentos reúnen estas condiciones y han sido validados en diferentes poblaciones con resultados consistentes. El cuestionario STOP-Bang, desarrollado originalmente para cribado preoperatorio en 2008, evalúa ocho variables dicotómicas que incluyen ronquido (Snoring), cansancio diurno (Tiredness), apneas observadas (Observed apnea), hipertensión arterial (Pressure), índice de masa corporal $> 35 \text{ kg/m}^2$ (BMI), edad > 50 años (Age), circunferencia cervical > 40 cm (Neck) y sexo masculino (Gender).⁹ Un metaanálisis con 9.206 pacientes de 17 estudios en diferentes poblaciones confirmó sensibilidades del 90%, 94% y 96% para detectar AOS de cualquier severidad, moderada-severa y severa respectivamente, con punto de corte ≥ 3 .¹⁰ Su aplicación no requiere equipamiento ni entrenamiento clínico especializado y puede completarse en menos de dos minutos. La Escala de Somnolencia de Epworth (ESE), diseñada por Johns en 1991, cuantifica la somnolencia diurna subjetiva mediante la probabilidad de dormirse en ocho situaciones sedentarias cotidianas, con una puntuación de 0 a 24.¹¹ La validación colombiana de la ESE (ESE-VC), realizada con participantes de centros de sueño de Bogotá, Pereira y Cali, demostró una consistencia interna adecuada (α de Cronbach = 0,85), reproducibilidad satisfactoria y correlación clínica y estadísticamente significativa con la PSG, lo que avala su uso en poblaciones hispanohablantes.¹²

Estos dos instrumentos abordan dimensiones clínicamente distintas de la AOS: el STOP-Bang captura el riesgo estructural, antropométrico y clínico del trastorno, mientras que la ESE cuantifica el impacto funcional percibido en forma de somnolencia diurna. La pregunta de si ambos instrumentos, aplicados conjuntamente, identifican perfiles de riesgo complementarios y no superponibles en un entorno no especializado como la consulta odontológica tiene implicaciones directas para la práctica clínica.

La odontología ocupa una posición privilegiada en este contexto. La American Dental Association (ADA, 2017) y la American Academy of Dental Sleep Medicine (AADSM, 2018, actualizado 2022 y 2024) han recomendado formalmente que los odontólogos incluyan el cribado de trastornos respiratorios del sueño en su práctica clínica rutinaria y deriven oportunamente a los pacientes en riesgo.^{13, 14} Esta recomendación se fundamenta en que el paciente odontológico acude con mayor frecuencia a la consulta dental que a cualquier otro servicio de salud¹⁵, y en que el odontólogo puede observar durante el examen clínico rutinario indicadores clínicos potencialmente vinculados con la permeabilidad de la vía aérea superior. Adicionalmente, la terapia con dispositivos de avance mandibular, de manejo odontológico, constituye una opción terapéutica de primera línea para la AOS leve a moderada y para los casos de intolerancia a la presión positiva continua (CPAP).¹⁴ Sin embargo, la implementación del cribado sistemático de AOS en la consulta odontológica sigue siendo insuficiente, especialmente en el contexto latinoamericano.¹⁶

Hasta la fecha, son muy escasos los estudios que evalúen la complementariedad de STOP-Bang y ESE en poblaciones adultas captadas en entornos odontológicos. El presente trabajo tiene por objetivo determinar el perfil de riesgo de AOS y somnolencia diurna en adultos trabajadores atendidos en una unidad odontológica universitaria mediante la aplicación conjunta de ambos instrumentos, analizar la correlación y concordancia entre ellos, y cuantificar la proporción de pacientes con riesgo no reconocido que pasaría inadvertida con un cribado unidimensional basado exclusivamente en somnolencia subjetiva. Se plantea además la necesidad de explorar en estudios futuros la contribución de variables morfofuncionales orofaciales como predictoras adicionales de riesgo en este escenario.

MÉTODOS

Diseño y participantes

Se realizó un estudio observacional de corte transversal en una muestra consecutiva de adultos mayores de 18 años atendidos en el Servicio de Flujo Digital de la Catedra de Anatomía Dentaria de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela. Los criterios de inclusión fueron: edad ≥ 18 años, capacidad para comprender y responder cuestionarios escritos, y firma del consentimiento informado. Se excluyeron participantes con diagnóstico previo de AOS, uso de CPAP o dispositivo de avance mandibular, y presencia de trastornos cognitivos que impidieran el autorreporte. El presente análisis corresponde a datos parciales disponibles (n = 44).

Instrumentos

Se administraron dos cuestionarios de cribado de AOS:

- STOP-Bang: cuestionario de ocho ítems dicotómicos (sí/no). Puntaje total 0-8. Riesgo bajo: 0-2; moderado: 3-4; alto: 5-8.
- Escala de Somnolencia de Epworth, versión colombiana (ESE-VC): ocho situaciones sedentarias, puntaje 0-24. Somnolencia normal: 0-10; moderada: 11-15; severa: ≥ 16 .

Ambos instrumentos son autoadministrables, requieren menos de dos minutos y no precisan equipamiento clínico adicional.

VARIABLES Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se registraron variables sociodemográficas (edad, sexo, tipo de trabajador) y antropométricas (índice de masa corporal, circunferencia cervical y abdominal). Se calcularon estadísticas descriptivas (media, desviación estándar, frecuencias). La correlación entre puntajes continuos de STOP-Bang y ESE se evaluó mediante el coeficiente de Spearman. La concordancia entre categorías binarizadas (riesgo presente/ausente) se estimó con el kappa de Cohen (κ), interpretado según criterios estándar ($\kappa < 0,20$: leve; $0,21-0,40$: justo; $0,41-0,60$: moderado; $0,61-0,80$: sustancial; $> 0,80$: casi perfecto). El nivel de significación se fijó en $p < 0,05$. El análisis se realizó con el sistema estadístico SSPS de la IBM, versión 24.0.

Consideraciones éticas

El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Odontología, UCV bajo el número CB-264-2025. Todos los participantes firmaron consentimiento informado. Los datos fueron anonimizados y almacenados conforme a los principios de la Declaración de Helsinki.

RESULTADOS

Características de la muestra

Se incluyeron 44 participantes: 28 mujeres (63,6%) y 16 hombres (36,4%), con edad media de $46,3 \pm 13,1$ años (rango: 19-74). La mayor parte correspondió a empleados (81,8%), seguidos de docentes (15,9%) y un estudiante (2,3%). El IMC medio fue $28,45 \pm 4,19$ kg/m², con predominio de sobrepeso (45,5%), seguido de obesidad grado I (22,7%). La circunferencia cervical media fue $38,55 \pm 6,88$ cm y la abdominal $95,89 \pm 12,58$ cm (Tabla 1).

Variable	n (%)	Media \pm DE
Sexo femenino	28 (63,6%)	—
Sexo masculino	16 (36,4%)	—
Edad (años)	—	$46,3 \pm 13,1$
IMC (kg/m²)	—	$28,45 \pm 4,19$
Normal (< 25)	8 (18,2%)	—
Sobrepeso (25-29,9)	20 (45,5%)	—
Obesidad I (30-34,9)	10 (22,7%)	—
Obesidad II (≥ 35)	4 (9,1%)	—
Circunferencia cervical (cm)	—	$38,55 \pm 6,88$
Circunferencia abdominal (cm)	—	$95,89 \pm 12,58$

Tabla 1. Características sociodemográficas y antropométricas de la muestra (n = 44).

IMC: índice de masa corporal; DE: desviación estándar.

Perfil de riesgo según el cuestionario STOP-Bang

El puntaje medio de STOP-Bang fue $3,09 \pm 1,90$ (rango 0-8). El 40,9% de los participantes se clasificó como riesgo bajo ($n = 18$), el 34,1% como riesgo

moderado ($n = 15$) y el 25,0% como riesgo alto ($n = 11$). En conjunto, el 59,1% presentó riesgo moderado o alto de AOS. Al estratificar por sexo, el 56,3% de los hombres alcanzó categoría de riesgo alto, frente al 7,1% de las mujeres (Tabla 2).

Categoría STOP-Bang	Total n (%)	Mujeres n (%)	Hombres n (%)	Puntaje Media \pm DE
Bajo (0-2)	18 (40,9%)	15 (53,6%)	3 (18,8%)	$1,17 \pm 0,71$
Moderado (3-4)	15 (34,1%)	11 (39,3%)	4 (25,0%)	$3,47 \pm 0,52$
Alto (5-8)	11 (25,0%)	2 (7,1%)	9 (56,3%)	$5,73 \pm 0,65$
Moderado + Alto	26 (59,1%)	13 (46,4%)	13 (81,3%)	—
Total	44 (100%)	28 (100%)	16 (100%)	$3,09 \pm 1,90$

Tabla 2. Distribución del riesgo según STOP-Bang por categoría y sexo ($n = 44$).

DE: desviación estándar.

Perfil de somnolencia según la Escala de Somnolencia de Epworth

El puntaje medio de ESE fue $7,09 \pm 3,35$ (rango 0-17). El 77,3% de los participantes se clasificó en la categoría normal ($n = 34$), el 20,5% en somnolencia moderada ($n = 9$) y el 2,3% en somnolencia severa ($n = 1$). En total, el 22,7% presentó somnolencia diurna anormal según la ESE, proporción notablemente inferior a la detectada mediante STOP-Bang para el riesgo estructural de AOS.

Correlación y concordancia entre STOP-Bang y ESE

La correlación de Spearman entre los puntajes continuos de STOP-Bang y ESE fue débil y estadísticamente no significativa ($r = 0,140$; $p = 0,363$).

Al binarizar ambas escalas (riesgo presente/ausente según puntos de corte estándar), el kappa de Cohen fue $\kappa = 0,173$, correspondiente a concordancia leve. Estos valores confirman que los dos instrumentos no son intercambiables: evalúan dimensiones clínicas independientes del mismo trastorno.

La Tabla 3 presenta la distribución cruzada de categorías de riesgo STOP-Bang y ESE. De los 26 sujetos con riesgo moderado o alto según STOP-Bang, 18 (69,2%) presentaron puntajes de ESE en rango normal. Inversamente, de los 10 sujetos con somnolencia anormal según ESE, 8 (80,0%) tenían riesgo moderado o alto en STOP-Bang.

STOP-Bang	ESE Normal n (%)	ESE Moderada n (%)	ESE Severa n (%)	Total
Bajo (0-2)	16 (88,9%)	1 (5,6%)	1 (5,6%)	18
Moderado (3-4)	11 (73,3%)	4 (26,7%)	0 (0%)	15
Alto (5-8)	7 (63,6%)	4 (36,4%)	0 (0%)	11
Total	34 (77,3%)	9 (20,5%)	1 (2,3%)	44

Tabla 3. Distribución cruzada de categorías STOP-Bang × Escala de Somnolencia de Epworth (n = 44).

ESE: Escala de Somnolencia de Epworth. Spearman $r = 0,140$; $p = 0,363$. κ de Cohen = $0,173$ (concordancia leve).

Pacientes con riesgo no reconocido: el perfil silente

El hallazgo clínicamente más relevante del presente estudio es que el 40,9% de los participantes (n = 18) presentó riesgo moderado o alto según STOP-Bang con puntaje de ESE dentro del rango normal, es decir, riesgo estructural de AOS sin somnolencia diurna subjetiva. Este grupo constituye el denominado perfil silente de la AOS: individuos con carga clínica y anatómica mensurable que no perciben ni refieren somnolencia y que, por tanto, no consultarían espontáneamente por sospecha de trastorno del sueño. Un modelo de cribado basado exclusivamente en somnolencia subjetiva habría omitido a estos 18 pacientes, equivalentes al 69,2% de todos los casos con riesgo STOP-Bang moderado-alto identificados en la muestra.

DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio confirman que el cuestionario STOP-Bang y la Escala de Somnolencia de Epworth, aunque orientados a la detección de un mismo trastorno, capturan dimensiones clínicas independientes y no intercambiables de la AOS. La correlación débil y no

significativa ($r = 0,140$; $p = 0,363$) y la concordancia leve ($\kappa = 0,173$) obtenidas son coherentes con la literatura internacional, que describe de manera consistente una escasa superposición entre el riesgo estructural-anatómico y la somnolencia diurna subjetiva, particularmente en muestras no captadas en unidades de sueño.¹⁷

La proporción de participantes con riesgo moderado o alto según STOP-Bang (59,1%) contrasta marcadamente con la baja frecuencia de somnolencia diurna anormal detectada por la ESE (22,7%). Este patrón es clínicamente coherente: la AOS puede evolucionar durante años sin que el paciente experimente somnolencia subjetiva o sin que la atribuya a un trastorno del sueño. Estudios cualitativos han documentado cómo los individuos con AOS tienden a normalizar el cansancio crónico y a atribuirlo a factores externos como el estrés laboral o el estilo de vida, lo que retrasa la consulta espontánea.¹⁸ Este mecanismo de normalización explicaría en parte por qué el 40,9% de nuestra muestra presentó riesgo estructural de AOS sin somnolencia percibida.

El estudio de Dogra y colaboradores (2025), que comparó STOP-Bang y ESE en 65 pacientes con

sospecha clínica de AOS confirmada por PSG, encontró que el STOP-Bang superó a la ESE en sensibilidad (91,23% vs. 70,18%), con especificidad comparable (75% para ambos), y concluyó que la ESE evalúa somnolencia subjetiva que puede deberse a múltiples causas más allá de la AOS.¹⁹ Estos resultados apoyan la tesis de que ambos instrumentos son complementarios: el STOP-Bang para la detección del riesgo estructural y la ESE para la cuantificación del impacto funcional percibido. Su uso conjunto en la consulta odontológica permite una caracterización más completa del riesgo que cualquiera de los dos instrumentos por separado.

Desde la perspectiva odontológica, los hallazgos tienen implicaciones prácticas directas. La American Dental Association y la AADSM han formalizado la recomendación de que los odontólogos incorporen el cribado de AOS en su práctica clínica rutinaria, fundamentándose en que los pacientes odontológicos presentan frecuencia de visitas superior a la de otros servicios de salud.^{13,14} En este contexto, la aplicación combinada de STOP-Bang y ESE —dos cuestionarios breves, autoadministrables y sin costo de equipamiento— representa una herramienta de tamizaje operativamente factible. El 59,1% de riesgo moderado-alto detectado en nuestra muestra, que incluye adultos activos no captados por sospecha de trastorno del sueño, subraya el potencial de captación de esta estrategia.

Es importante señalar que el odontólogo dispone además de información morfofuncional orofacial obtenida durante el examen clínico rutinario que podría complementar el tamizaje instrumental. Variables como la clasificación de Mallampati, el tamaño amigdalino, la posición lingual y las características palatinas han sido señaladas

como predictoras de riesgo de AOS en la literatura reciente.²⁰ Sin embargo, la validez de estas variables como predictoras independientes en el contexto específico de la consulta odontológica, y su contribución incremental sobre el tamizaje con cuestionarios validados, requiere investigación específica. Estudios futuros que combinen instrumentos de cribado validados con una valoración morfofuncional orofacial sistematizada podrían aportar evidencia de mayor resolución para el desarrollo de protocolos de cribado propios del ámbito dental.

Las principales limitaciones del presente estudio son el tamaño muestral reducido ($n = 44$, resultados parciales), el diseño monocéntrico y la ausencia de confirmación diagnóstica mediante PSG, lo que impide calcular sensibilidad y especificidad reales de los instrumentos en esta población. La naturaleza transversal del diseño no permite inferencias causales. Se requieren estudios multicéntricos con mayor muestra, diseño prospectivo y validación mediante PSG o poligrafía respiratoria para confirmar y generalizar estos hallazgos preliminares.

CONCLUSIONES

El cuestionario STOP-Bang y la Escala de Somnolencia de Epworth son instrumentos de cribado complementarios que, aplicados conjuntamente en la consulta odontológica, permiten caracterizar el riesgo de AOS en dos dimensiones independientes: el riesgo estructural-clínico y el impacto funcional subjetivo. Su débil correlación y concordancia leve no constituyen una limitación de los instrumentos, sino una confirmación de que cada uno

aporta información única e irremplazable sobre el mismo trastorno.

El hallazgo de que el 40,9% de los participantes presentó riesgo estructural de AOS sin somnolencia diurna subjetiva representa el argumento clínico central de este trabajo: un modelo de detección basado exclusivamente en la queja de somnolencia es insuficiente para capturar la heterogeneidad clínica de la AOS. La consulta odontológica, por su accesibilidad y frecuencia de visitas, puede y debe funcionar como punto de detección precoz de esta condición, con derivación oportuna hacia medicina del sueño para la confirmación diagnóstica y el tratamiento. La integración sistemática de estos dos instrumentos validados en el flujo de atención odontológica es una medida clínicamente pertinente, operativamente simple y con potencial impacto en salud pública.

Se propone como línea de investigación futura explorar la contribución de las características morfofuncionales orofaciales evaluadas durante el examen odontológico rutinario —clasificación de Mallampati, tamaño amigdalino, posición lingual, morfología palatina, obstrucción nasal— como variables predictoras adicionales de riesgo de AOS en combinación con los instrumentos validados estudiados. Este enfoque podría dar lugar a protocolos de cribado específicos para el ámbito odontológico con mayor poder discriminativo.

REFERENCIAS

1. Costantino A, Rinaldi V, Moffa A, Luccarelli V, Giorgi L, Bressi F, et al. The Global Burden of Obstructive Sleep Apnea. *Diagnostics*. 2025;15(17):1088. doi:10.3390/diagnostics15171088
2. Benjafield AV, Ayas NT, Eastwood PR, Heinzer R, Ip MS, Morrell MJ, et al. Estimation of the global prevalence and

burden of obstructive sleep apnoea: a literature-based analysis. *Lancet Respir Med*. 2019;7(8):687-98.

3. Young T, Evans L, Finn L, Palta M. Estimation of the clinically diagnosed proportion of sleep apnea syndrome in middle-aged men and women. *Sleep*. 1997;20(9):705-6.
4. Drager LF, Togeiro SM, Polotsky VY, Lorenzi-Filho G. Obstructive sleep apnea: a cardiometabolic risk in obesity and the metabolic syndrome. *J Am Coll Cardiol*. 2013;62(7):569-76.
5. Marshall NS, Wong KKH, Liu PY, Cullen SRJ, Knudman MW, Grunstein RR. Sleep apnea as an independent risk factor for all-cause mortality: the Busselton Health Study. *Sleep*. 2008;31(8):1079-85.
6. Lévy P, Kohler M, McNicholas WT, Barbé F, McEvoy RD, Somers VK, et al. Obstructive sleep apnoea syndrome. *Nat Rev Dis Primers*. 2015;1:15015. [Datos de costos socioeconómicos actualizados en revisiones 2024.]
7. Kapur VK, Auckley DH, Chowdhuri S, Kuhlmann DC, Mehra R, Ramar K, et al. Clinical practice guideline for diagnostic testing for adult obstructive sleep apnea: an AASM clinical practice guideline. *J Clin Sleep Med*. 2017;13(3):479-504.
8. Rosen IM, Kirsch DB, Carden KA, Malhotra RK, Ramar K, Aurora RN, et al. Clinical use of a home sleep apnea test: an updated American Academy of Sleep Medicine position statement. *J Clin Sleep Med*. 2018;14(12):2075-7. doi:10.5664/jcsm.7540
9. Chung F, Yegneswaran B, Liao P, Chung SA, Vairavanathan S, Islam S, et al. STOP questionnaire: a tool to screen patients for obstructive sleep apnea. *Anesthesiology*. 2008;108(5):812-21.
10. Nagappa M, Liao P, Wong J, Auckley D, Ramachandran SK, Mēmtsoudis S, et al. Validation of the STOP-Bang questionnaire as a screening tool for obstructive sleep apnea among different populations: a systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*. 2015;10(12):e0143697.
11. Johns MW. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth Sleepiness Scale. *Sleep*. 1991;14(6):540-5.
12. Chica-Urzola HL, Escobar-Córdoba F, Eslava-Schmalbach J. Validación de la Escala de Somnolencia de Epworth. *Rev Salud Pública (Bogotá)*. 2007;9(4):558-67.
13. American Dental Association. Policy statement: the role of dentistry in the treatment of sleep-related breathing disorders. *J Am Dent Assoc*. 2017;148(10):780.
14. Levine M, Cantwell M, Postol K, Schwartz D. Dental sleep medicine standards for screening, treating and managing adults with sleep-related breathing disorders using oral appliance therapy. *J Dent Sleep Med*. 2022;9(4). doi:10.15331/jdsm.7399 [Actualizado 2024.]
15. Levendowski DJ, Morgan T, Montague J, Melzer V, Berka C, Westbrook PR. Prevalence of probable obstructive sleep apnea risk and severity in a population of dental patients. *Sleep Breath*. 2008;12(4):303-9.
16. Berggren K, Broström A, Firestone A, Wright B, Josefsson E, Lindmark U. Oral health problems linked to obstructive sleep apnea are not always recognized within dental care — as described by dental professionals. *Clin Exp Dent Res*. 2022;8(1):84-95.

17. Gottlieb DJ, Punjabi NM. Diagnosis and management of obstructive sleep apnea: a review. *JAMA*. 2020;323(14):1389-400.
18. Rogan S, Thomas N, Jenkins E, Davies H, Robb BW, Hughes N, et al. Disguising symptoms and a lack of treatment options: living with obstructive sleep apnea before, during and after diagnosis. *Psychol Health*. 2025;40(14):1989-2002. doi:10.1080/13548506.2025.2471042
19. Dogra M, Jaggi S, Kaur K, Bhatia C, Aggarwal D, Saini V. STOP-Bang score versus Epworth Sleepiness Scale as a screening tool for obstructive sleep apnea. *Int J App Basic Med Res*. 2025;15(2):116-21.
20. Al-Talib T, Chiang H, Pinto A, et al. Risk factors for OSA observed during orofacial examination: a review. *J Dent Sleep Med*. 2024;11(2). doi:10.15331/jdsm.7505
21. Maniaci A, Lavalle S, Anzalone R, et al. Oral health implications of obstructive sleep apnea: a literature review. *Biomedicines*. 2024;12(7):1382. doi:10.3390/biomedicines12071382