

## STOP-BANG, UNA HERRAMIENTA ÚTIL Y SENCILLA PARA EL CRIBADO DEL SÍNDROME DE APNEAS HIPOPNEAS OBSTRUCTIVAS DEL SUEÑO

MATÍAS BALDINI<sup>1</sup>, MARÍA NÉLIDA CHIAPELLA<sup>1</sup>, MARÍA ALEJANDRA FERNÁNDEZ<sup>1</sup>, SERGIO GUARDIA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Laboratorio de Función Pulmonar y Sueño, Hospital Nacional Profesor Dr. Alejandro Posadas, El Palomar, Buenos Aires, Argentina

**Resumen** El cuestionario STOP-BANG, del acrónimo en inglés S *snore* (ronquido), T *tired* (cansancio), O *observed apneas* (apneas observadas), P *pressure* (hipertensión arterial), B *BMI* (índice de masa corporal >35 kg/m<sup>2</sup>), A *age* (edad > 50 años), N *neck* (circunferencia del cuello > 40 cm) y G *gender* (sexo masculino), es una herramienta sencilla que permite detectar pacientes con síndrome de apneas/ hipopneas obstructivas del sueño (SAHOS). Si el paciente suma 3 o más puntos se considera que tiene una alta probabilidad de padecerlo. El objetivo de nuestro trabajo fue evaluar la capacidad del cuestionario STOP-BANG y compararla con la habilidad del médico neumonólogo capacitado en sueño para determinar la probabilidad de tener SAHOS. Se analizaron en forma retrospectiva 327 pacientes con sospecha de esta condición. Sexo masculino 171 (52.3%), edad 49.8 (37.9-61.7) años, índice de masa corporal (IMC) 38.7 (32.5-46) kg/m<sup>2</sup>, circunferencia del cuello 44 (41-47.5) cm, roncadores 311 (95.1%), con somnolencia o cansancio 232 (70.9%), con apneas observadas 206 (63%), HTA 169 (51.7%), polisomnografía (PSG) normal 42 (12.9%), leve 65 (19.9%), moderada 59 (18%) y grave 161 (49.2%). La sensibilidad y especificidad del STOP-BANG, tomando como punto de corte un índice de perturbación respiratoria (IPR) ≥ 15, fueron 99.1% y 14.0%, área bajo la curva (ABC) 0.755 (0.704-0.800), las de la habilidad del médico fueron 89.1% y 58.9%, ABC 0.550 (0.542-0.638). El STOP-BANG es una herramienta de fácil aplicación para el cribado de pacientes con sospecha de SAHOS.

**Palabras clave:** cribado, apneas del sueño

**Abstract** *STOP-BANG, a useful and easy tool for the screening of obstructive sleep apnea.* The STOP-BANG questionnaire, S standing for snore, T tired, O observed apneas, P pressure (arterial hypertension), B BMI (body mass index > 35 kg/ m<sup>2</sup>), A age (> 50 years old), N neck circumference (> 40 cm), G gender (male); is a simple tool that enables the detection of patients with obstructive sleep apnea syndrome (OSA). If the patient adds 3 or more points, it is considered to have a high probability of having this disease. Our goal was to evaluate the capacity of the STOP-BANG questionnaire and to compare it with the ability of a sleep trained pulmonologist in determining the probability of OSA. A retrospective analysis of 327 patients suspected of having this condition was performed. One hundred and seventy-one were males (52.3%), 49.8 years old (37.9-61.7), BMI 38.7 kg/m<sup>2</sup> (32.5-46), neck circumference 44 cm (41-47.5), 311 snorers (95.1%), 232 with daytime sleepiness or usual tiredness (70.9%), 206 with observed apneas (63%), 169 with arterial hypertension (51.7%), normal polysomnography 42 (12.9%), mild 65 (19.9%), moderate 59 (18%), severe 161 (49.2%). The STOP-BANG's sensibility and specificity, taking as a cut-off point a respiratory disturbance index (RDI) > or = to 15, was 99.1% and 14.0% respectively, area under curve (AUC) 0.755 (0.704-0.800), the values for the PR actioner's ability were 89.1% and 58.9% respectively, AUC 0.550 (0.542-0.638). The STOP-BANG questionnaire is easy to implement as a screening tool.

**Key words:** screening, sleep apneas

El SAHOS es el trastorno respiratorio asociado al sueño más frecuente, afecta a la población general, y su prevalencia se ha estimado entre 3.1 a 7.5% en varones y 1.2 a 4.5% en mujeres premenopáusicas, mientras que en mujeres postmenopáusicas la prevalencia se equipara a la de los hombres<sup>1</sup>. El SAHOS está asociado con el de-

terioro de la calidad de vida, la presencia de hipertensión arterial, el desarrollo de enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares y está relacionada con mayor riesgo de accidentes de tránsito<sup>2-9</sup>. Generalmente se corrige con el tratamiento, que en la mayoría de las veces consta de la aplicación de presión positiva continua en la vía aérea (CPAP) durante el sueño. Existen estudios que estiman que el porcentaje de sujetos con esta condición, que aún se encuentran sin diagnosticar, varía entre el 80 y 95%<sup>10, 11</sup>. De este análisis surge la importancia de detectar estos casos y estudiarlos. La polisomnografía (PSG) en el la-

Recibido: 29-VII-2016

Aceptado: 20-III-2017

**Dirección postal:** Dr. Matías Baldini, Maison 769, 1714 Castelar, Buenos Aires, Argentina

e-mail: mbaldini@intramed.net

laboratorio de sueño sigue siendo el *gold standard* para el diagnóstico de SAHOS, pero otros métodos simplificados como la PSG domiciliar y la poligrafía respiratoria (PR) han sido aceptados y validados. Sin embargo, debido al creciente número de consultas, los tiempos de espera para el estudio de estos pacientes se han incrementado en forma significativa a pesar del aumento en el número de laboratorios de sueño. Una de las causas del retraso en el diagnóstico es la falta de alguna herramienta sencilla y de fácil utilización para médicos de atención primaria y de otras especialidades, que permita detectar potenciales casos de SAHOS. Con este objetivo se han desarrollado diferentes modelos clínicos, escalas y cuestionarios, entre los que podemos destacar a la Escala de Somnolencia de *Epworth*, el cuestionario de Berlín, el listado de la Sociedad Americana de Anestesia (*ASA Checklist*) y la puntuación de predicción de la apnea del sueño en el preoperatorio (*P-SAP score*)<sup>12-15</sup>. Uno de ellos y que se destaca por su sencillez es el cuestionario STOP-BANG, del acrónimo en inglés *S snore* (ronquido), *T tired* (cansancio o somnolencia), *O observed apneas* (apneas observadas), *P pressure* (HTA), *B BMI* (índice de masa corporal > 35 kg/m<sup>2</sup>), *A age* (edad > 50), *N neck* (circunferencia del cuello > 40 cm) y *G gender* (sexo masculino). Cada una de estas variables, de estar presentes, suma 1 punto. Si el paciente suma 3 o más puntos se considera que tiene una alta probabilidad de padecer SAHOS. Este cuestionario ha sido descrito originalmente por F. Chung para ser utilizado en una población quirúrgica<sup>16</sup>. Posteriormente se lo comenzó a utilizar en la población general. Si bien se han realizado estudios de utilidad y validación en diferentes países, en Argentina hemos encontrado un solo estudio realizado por Borsini y col. en el que la validación del cuestionario STOP-BANG se realizó contra PR<sup>17</sup>. El objetivo de nuestro trabajo fue evaluar la capacidad del mismo para detectar pacientes con SAHOS diagnosticados mediante PSG y compararla con la habilidad de un médico neumonólogo con capacitación en sueño.

## Materiales y métodos

Se analizaron en forma retrospectiva los pacientes derivados al Laboratorio de Función Pulmonar y Sueño de nuestro hospital, con sospecha de SAHOS, para su evaluación y realización de una PSG, entre abril de 2013 y diciembre de 2014. Se incluyeron 327 pacientes que contaban con historia clínica completa y a quienes se les realizó la PSG. Todas las historias clínicas fueron confeccionadas por uno de los cuatro médicos neumonólogos pertenecientes al *staff* del Laboratorio de Sueño, con experiencia acreditada no menor a 5 años y con una evaluación aproximada de 300 pacientes por año. Para cada paciente el médico le asignó durante la consulta una probabilidad alta o baja de padecer SAHOS de acuerdo a su experiencia, en función de la evaluación de parámetros antropométricos, sintomatología y comorbilidades.

Posteriormente se determinó la puntuación del STOP-BANG. La PSG fue realizada con equipos ATI Vertex y ATI Praxis de 18 canales bajo supervisión de un técnico en el laboratorio de sueño (estudios de nivel 1) y el registro fue analizado manualmente por el médico neumonólogo capacitado en sueño de acuerdo a las recomendaciones de la *American Academy of Sleep Medicine (AASM) Task Force*<sup>18</sup>.

Los resultados se expresan como media y desvío estándar o mediana y rango intercuartil, según corresponda, para las variables numéricas y como frecuencias y porcentaje para las variables categóricas. En la comparación de los datos continuos se utilizó el *Test de Student* o el test de *Mann-Whitney* para muestras independientes según su distribución. Los datos categóricos se compararon mediante test de Chi cuadrado. Se consideró significativo un valor de  $p < 0.05$  a dos colas. Para evaluar el rendimiento del cuestionario STOP-BANG, se construyeron tablas de contingencia  $2 \times 2$  para calcular la sensibilidad, especificidad, valores predictivos positivos (VPP), y valores predictivos negativos (VPN) para cada punto de corte según el número de componentes positivos del cuestionario y para cada grado de SAHOS según el índice de perturbación respiratoria (IPR), leve: entre 5.0 y 14.9 eventos/hora, moderado: entre 15.0 y 29.9 eventos/hora, y grave:  $\geq 30$  eventos/hora. El ABC ROC fue calculada mediante regresión logística para evaluar la capacidad de diagnóstico del cuestionario STOP-BANG. El mismo procedimiento se utilizó para evaluar el desempeño del médico para asignar una probabilidad alta o baja de SAHOS según su experiencia.

## Resultados

De los 327 pacientes, 171 (52.3%) eran varones, media de edad 49.8 (37.9-61.7) años, IMC 38.7 (32.5-46.0) kg/m<sup>2</sup>, circunferencia del cuello 44 (41-47.5) cm, roncoadores 311 (95.1%), con somnolencia (Escala de *Epworth*  $\geq 12$ ) o cansancio habitual 232 (70.9%), apneas observadas 206 (63.0%), HTA 169 (51.7%), distribuidos según el resultado de la PSG en normales 42 (12.9%), SAHOS leve 65 (19.9%), moderado 59 (18%) y grave 161 (49.2%). La prevalencia de SAHOS en nuestro estudio fue de 87.1%. Se calculó el área bajo la curva ROC, sensibilidad (S), especificidad (E), VPP y VPN para cada punto de corte del IPR y para cada número de componentes presentes del cuestionario STOP-BANG (Tabla 1). El análisis multivariado realizado a través de regresión logística de los diferentes componentes del STOP-BANG tomando como punto de corte un IPR  $\geq 15$  (incluyendo de esta manera a todos los pacientes pasibles de tratamiento con CPAP debido a su gravedad) puso en evidencia que las variables que mostraron tener significancia estadística fueron las apneas observadas, IMC, edad, circunferencia del cuello y sexo (Tabla 2). Finalmente evaluamos la habilidad del médico para detectar SAHOS determinando la S, E, VPP y VPN del método para los tres puntos de corte de gravedad (Tabla 3). En las figuras 1 y 2 se grafican las curvas ROC con su correspondiente ABC para el cuestionario STOP-BANG y un IPR  $\geq 15$  y la habilidad del médico comparada con el cuestionario para detectar pacientes con SAHOS respectivamente.

TABLA 1.— Sensibilidad (S), especificidad (E), VPP y VPN para cada punto de corte del IPR y para cada número de componentes presentes del cuestionario STOP-BANG. La mejor relación sensibilidad y especificidad para un punto de corte de IPR ≥ 15 se observa con un puntaje 5 de STOP-BANG

Puntaje del STOP BANG	S	E	VPP	VPN
<b>IPR ≥ 5</b>				
1	100	2.4	87.4	100
2	99.7	7.1	87.9	75.0
3	97.9	26.2	90.0	64.7
4	91.6	45.2	91.9	44.2
5	76.1	66.7	93.9	29.2
6	48.4	81.0	94.5	18.8
7	21.8	90.5	93.9	14.6
8	4.2	100	100	13.3
<b>IPR ≥ 15</b>				
1	100	0	67.3	
2	100	3.7	68.1	100
3	99.1	14.0	70.3	88.2
4	95.0	29.9	73.6	74.4
5	82.3	53.3	78.4	59.4
6	56.8	80.4	85.6	47.5
7	26.8	93.5	89.4	38.3
8	5.5	100	100	34.0
<b>IPR ≥ 30</b>				
1 y 2	100	0	49.2	
3	100	10.2	51.9	100
4	98.1	24.1	55.6	93.0
5	87.0	45.2	60.6	78.1
6	66.5	76.5	73.3	70.2
7	32.9	92.2	80.3	58.6
8	6.8	99.4	91.7	52.4

VPP: valor predictivo positivo; VPN: valor predictivo negativo; IPR: índice de perturbación respiratoria.

TABLA 2.— Regresión logística de los componentes del STOP-BANG para un IPR ≥ 15. Las variables que mostraron tener significancia estadística fueron las apneas observadas, IMC, edad, circunferencia del cuello y sexo

Variables	Odds ratio	IC 95%
Apneas observadas	2.57	1.37 4.81
IMC > 35 kg/m <sup>2</sup>	2.49	1.22 5.05
Edad > 50 años	2.43	1.33 4.43
Circunferencia cuello > 40 cm	2.53	1.25 5.12
Sexo masculino	4.05	2.08 7.89
Cansancio o somnolencia	1.33	0.72 2.44
Ronquido	1.80	0.47 6.88
HTA	1.11	0.62 2.00

IC 95%: intervalo de confianza 95%; IMC: índice de masa corporal; HTA: hipertensión arterial.

TABLA 3.— Sensibilidad (S), especificidad (E), VPP y VPN de la habilidad del médico para detectar SAHOS, para los tres puntos de corte de gravedad

	S	E	VPP	VPN
IPR ≥ 5	85.6	33.3	89.7	25.5
IPR ≥ 15	89.1	58.9	72.1	56.4
IPR ≥ 30	93.1	26.5	55.1	80.0

VPP: valor predictivo positivo; VPN: valor predictivo negativo; IPR: índice de perturbación respiratoria; SAHOS: síndrome de apneas hipopneas del sueño.

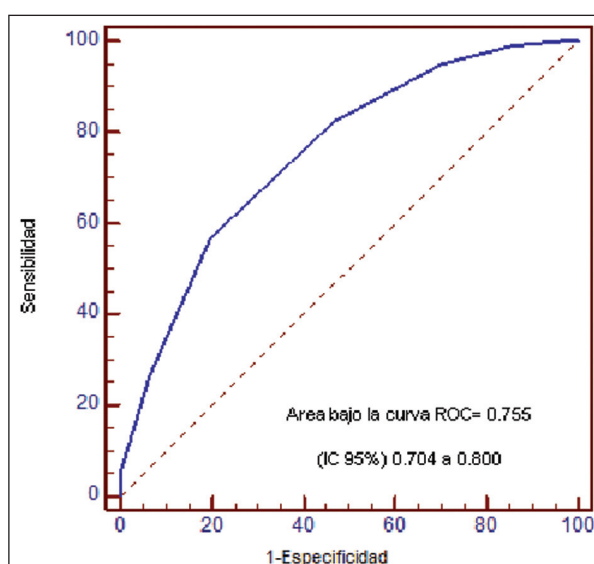


Fig. 1.— Área bajo la curva ROC para el cuestionario STOP-BANG y un IPR (índice de perturbación respiratoria) ≥ 15.

## Discusión

En nuestro trabajo hemos corroborado que el cuestionario STOP-BANG posee similar utilidad, medida en sensibilidad y especificidad, para determinar la probabilidad de padecer SAHOS, cuando se lo compara con la habilidad clínica de un médico neumonólogo capacitado en trastornos respiratorios vinculados al sueño.

Dada la alta prevalencia del SAHOS, el médico generalista frecuentemente recibe en consulta a estos pacientes y debe decidir en la misma la indicación de un estudio de sueño o la derivación al especialista para su evaluación. El hallazgo de una herramienta sencilla y de fácil aplicación por el médico generalista para el diagnóstico temprano, ayudaría a instaurar un tratamiento precoz y disminuir el tiempo libre sin el mismo con el consiguiente efecto benéfico sobre las comorbilidades.

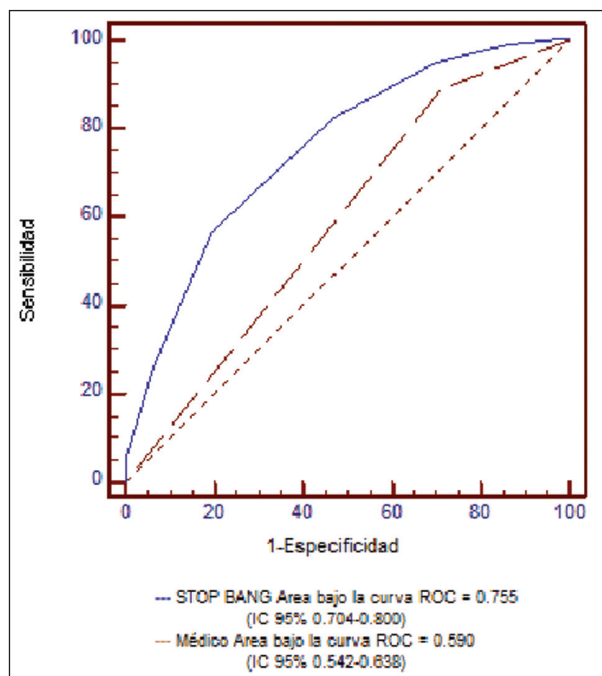


Fig. 2.- Curva ROC de la habilidad del médico para detectar pacientes con un IPR (índice de perturbación respiratoria)  $\geq 15$  y su comparación con la del cuestionario STOP-BANG. Se observa mejor rendimiento de este último.

En la actualidad se han desarrollado diferentes cuestionarios para identificar pacientes con probabilidad de padecer SAHOS. Uno de los más nombrados en la literatura es el cuestionario de Berlín que consta de 3 categorías: la categoría 1 valora el ronquido y las apneas nocturnas distribuidos en los primeros 5 ítems, la 2 valora el cansancio y la somnolencia que se produce al conducir, que corresponden a los siguientes 3 ítems, y finalmente la categoría 3 recoge la presencia o no de hipertensión arterial y el valor del IMC en los dos últimos ítems. El resultado final refleja que, en caso de señalar 2 o más de las 3 categorías como alto riesgo, el sujeto presenta alta probabilidad de padecer SAHOS<sup>13</sup>. La sensibilidad del mismo es del 78% (menor que la del STOP-BANG) y la especificidad del 50% (mayor que la del STOP-BANG). Existen otros cuestionarios, como el listado de la Sociedad Americana de Anestesia (*ASA Checklist*) y la puntuación de predicción de la apnea del sueño en el preoperatorio (*P-SAP score*) que mostraron una S y E de 78% y 37% y 97% y 16% respectivamente<sup>13-15, 19</sup>.

En nuestro trabajo la prevalencia de SAHOS (IPR  $\geq 5$ ) fue 87.1%. Cuando consideramos como punto de corte un IPR  $\geq 15$ , abarcando de esta manera a todos los pacientes pasibles de tratamiento con CPAP, la misma fue de 67.2%.

El cuestionario toma 8 variables que a lo largo del tiempo han demostrado ser útiles para detectar pacientes con esta condición en la población general. Del análisis de los valores de *Odds Ratio* obtenidos por regresión logística de cada una de las variables que lo componen, surge que 5 de las mismas: apneas observadas, IMC  $> 35 \text{ kg/m}^2$ , edad mayor a 50 años, circunferencia del cuello  $> 40 \text{ cm}$  y sexo masculino podrían ser de utilidad para discriminar pacientes con SAHOS cuando se toma como punto de corte un IPR  $\geq 15$ /hora.

En el trabajo de Borsini E y col. donde se estudió la utilidad del STOP-BANG para detectar pacientes con apneas del sueño la mejor relación S y E para la identificación de IAH  $> 5/h$  se obtuvo con tres componentes de STOP en cualquier combinación posible (S: 52.9%; E: 60.0%) y con dos componentes de BANG (S: 79.0% - E: 43.7%). Para un índice de apneas e hipopneas por hora de registro (IAH)  $\geq 30/h$ , la mejor relación S-E se obtuvo con dos componentes de STOP (S: 79.0% - E: 43.7%) y 3 componentes de BANG (S: 61.7% - E: 65.4%). Cinco componentes del STOP-BANG (cualquier combinación) alcanzaron una S de 60.7% y E de 65.0%<sup>17</sup>. Chung F y col. describieron una S = 68.4% y una E = 10.8% considerando como de alto riesgo un puntaje de STOP-BANG  $\geq 3$ <sup>19</sup>. La S y E del cuestionario STOP-BANG en nuestra población, tomando como punto de corte un IPR  $\geq 15$ , y puntaje 3, fue de 99.1% y 14.0% respectivamente, mejorando el desempeño del mismo, al compararlo con los valores hallados por Chung F y col. Nosotros creemos que se puede mejorar el rendimiento de esta herramienta modificando dicho punto de corte. Si consideramos como de alto riesgo a aquellos pacientes con un puntaje  $\geq 4$ , en nuestro estudio la S disminuye levemente a 95.0% pero la E, si bien sigue siendo baja, se duplica a 29.9% y cuando tomamos un puntaje  $\geq 5$  la S cae a 82.3% pero la E alcanza el 53.3%. Por lo tanto, el comportamiento del STOP-BANG medido en cuanto a S y E, no es menor al de las otras herramientas y en algunos casos es aún mejor.

Cuando lo comparamos con la habilidad del médico especialista para detectar pacientes con SAHOS, la S de éste no superó al cuestionario STOP-BANG siempre tomando como punto de corte un IPR  $\geq 15$ .

De todos modos, STOP-BANG y cuestionario médico, son dos métodos de cribado (*screening*), de baja especificidad, vale decir, con alto porcentaje de falsos positivos que luego, muy probablemente, serán negativos en un método diagnóstico de mayor precisión, en este caso la PSG.

Por lo demostrado en nuestro estudio, queremos destacar que el cuestionario STOP-BANG es una herramienta de fácil aplicación conformado por 8 preguntas simples de respuesta si/no y que no requiere de ninguna capacitación previa o experiencia en patología del sueño por parte del médico que lo utilice. La aplicación del mismo podría permitir, en aquellos pacientes con un resultado



≥ 5, indicar un estudio diagnóstico sin la necesidad de una consulta previa con un médico especialista en sueño, acortando de esta manera el tiempo libre de tratamiento.

**Conflicto de intereses:** Ninguno para declarar

### Bibliografía

- Nogueira F, Nigro C, Cambrusano H, et al. Guías prácticas de diagnóstico y tratamiento del síndrome de apneas e hipopneas obstructivas del sueño. *Medicina (B Aires)* 2013; 73: 349-62.
- Baldwin CM, Griffith KA, Nieto FJ, et al. The association of sleep disordered breathing and sleep symptoms with quality of life in the Sleep Heart Health Study. *Sleep* 2001; 24: 96-105.
- Durán J, Esnaola S, Rubio R, et al. Obstructive sleep apnea-hypopnea and related clinical features in a population-based sample of subjects aged 30 to 70 yr. *Am J Respir Crit Care Med* 2001; 163: 685-9.
- Nieto FK, Young TB, Lind BK, et al. Association of sleep-disordered breathing, sleep apnea, and hypertension in a large community-based study. *JAMA* 2000; 283: 1829-36.
- Peppard PE, Young T, Palta M, et al. Prospective study of the association between sleep disordered breathing and hypertension. *New Eng J Med* 2000; 342: 1378-84.
- Newman AB, Nieto J, Guirdry U, et al. Relation of sleep-disordered breathing to cardiovascular risk factors. The Sleep Heart Health Study. *Am J Epidemiol* 2001; 154: 50-9.
- Parra O, Arboix A, Bechich S, et al. Time course of sleep-related breathing disorders in first-ever stroke or transient ischemic attack. *Am J Respir Crit Care Med* 2000; 161: 375-80.
- Terán-Santos J, Jiménez-Gómez A, Cordero-Guevara J. The association between sleep apnea and the risk of traffic accidents. Cooperative Group Burgos-Santander. *N Engl J Med* 1999; 340: 847-51.
- Barbé F, Pericás J, Muñoz A, et al. Automobile accidents in patients with sleep apnea syndrome. An epidemiological and mechanistic study. *Am J Respir Crit Care Med* 1998; 158: 18-22.
- Durán-Cantolla J, Mar J, De La Torre G, et al. El síndrome de apneas-hipopneas durante el sueño (SAHS) en España. Disponibilidad de recursos para su diagnóstico y tratamiento en los hospitales del estado español. *Arch Bronconeumol* 2004; 40: 259-67.
- Ancoli-Israel S, Kripke DF, Klauber MR, et al. Sleep-disordered breathing in community-dwelling elderly. *Sleep* 1991; 14: 486-95.
- Johns MW. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale. *Sleep* 1991; 14: 540-55.
- Ahmadi N, Chung SA, Gibbs A, et al. The Berlin questionnaire for sleep apnea in a sleep clinic population: Relationship to polysomnographic measurement of respiratory disturbance. *Sleep Breath* 2008; 12: 39-45.
- Chung F, Yegneswaran B, Liao P, et al. Validation of the Berlin questionnaire and American Society of Anesthesiologists checklist as screening tools for obstructive sleep apnea in surgical patients. *Anesthesiology* 2008; 108: 822-30.
- Ramachandran SK, Kheterpal S, Consens F, et al. Derivation and validation of a simple perioperative sleep apnea prediction score. *Anesth Analg* 2010; 110: 1007-15.
- Chung F, Yegneswaran B, Liao P, et al. STOP questionnaire: a tool to screen patients for obstructive sleep apnea. *Anesthesiology* 2008; 108: 812-21.
- Borsini E; Salvado A, Bosio M, et al. Utilidad de los componentes del cuestionario Stop-Bang para identificar pacientes con apneas del sueño. *Rev Am Med Respir* 2014; 14: 382-403.
- Berry RB, Brooks R, Gamaldo CE, et al. The AASM Manual for the scoring of sleep and associated events: Rules, terminology and technical specifications, version 2.1. Darien, Illinois: American Academy of Sleep Medicine 2014. En: [www.aasmnet.org](http://www.aasmnet.org); consultado el 25/6/2016.
- Chung F, Subramanyam R, Liao P, et al. High STOP-Bang score indicates a high probability of obstructive sleep apnoea. *Br J Anaesth* 2012; 108: 768-75.

-----

II

Para dialogar,  
preguntad primero:  
después...escuchad.

Antonio Machado (1875-1939)

Poesía. Nuevas canciones (1917-1930). CLXI Proverbios y cantares.  
Buenos Aires: Losada, 1979, Decimosexta edición, p 213