



TESINA

Presentada para acceder al título de grado de la carrera de

LICENCIATURA EN KINESIOLOGÍA Y FISIATRÍA

Título:

“Percepciones de personas con Síndrome Obstrutivo del Sueño respecto a terapias coadyuvantes activas para la mejora de la calidad del sueño”.

Autoras:

Reynoso, Martina.

DNI: 43538614

Tamaño, Sofía.

DNI: 43538773

Directora:

Lic. Micaela Lucia Carrizo

Mg. En Kinesiología y Fisiatría Cardiorrespiratoria

Lugar y Fecha de Presentación:

Santa Fe, 22/05/2026

Firma de Autoras:

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Martina Reynoso'.

Reynoso, Martina

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Sofía Tamaño'.

Tamaño, Sofia

RESUMEN

INTRODUCCION: El Síndrome de Apnea Obstructiva del sueño (SAOS) es una de las principales patologías respiratorias asociadas al sueño. El tratamiento estándar es la presión positiva continua de la vía aérea (CPAP), la cual su adherencia se ve limitada por diversos factores y se presentan como una alternativa terapéutica las terapias coadyuvantes activas. El estudio de las percepciones de los pacientes con SAOS sobre las terapias coadyuvantes activas es importante para analizar las experiencias y limitaciones que se presentan para su incorporación como parte de un abordaje kinésico dentro del tratamiento.

OBJETIVO: Explorar las percepciones que tienen las personas con Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño sobre las terapias coadyuvantes activas.

METODOS: Para llevarlo a cabo se realizó un estudio cuali-cuantitativo de carácter exploratorio, descriptivo, no experimental, transversal y de campo con revisión bibliográfica previa en aquellas personas diagnosticadas con SAOS. La finalidad fue conocer las percepciones sobre las terapias coadyuvantes activas y el método estuvo determinado por encuestas auto administradas de google forms.

RESULTADOS: Se evidenció, a partir de las encuestas que existe un conocimiento parcial sobre el rol del kinesiólogo y por lo tanto sobre las terapias coadyuvantes activas asociadas a falta de información y educación en salud sobre la patología que trae como consecuencia una dificultad en su implementación para mejorar la calidad del sueño.

CONCLUSIÓN: Las personas con SAOS manifestaron una predisposición favorable hacia las terapias coadyuvantes activas, aunque persiste un importante desconocimiento sobre el rol de la kinesiología dentro del tratamiento. Asimismo, se evidenció un impacto significativo en la calidad de sueño, actividades de la vida diaria y la dimensión psicoemocional, destacándose la necesidad de un abordaje integral e interdisciplinario que incluya la rehabilitación respiratoria y la educación del paciente.

PALABRAS CLAVES: Sleep Apnea Obstructive -Rehabilitation – Physical Therapy Modalities-Terapias- Trastornos respiratorios.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. OBJETIVOS.....	4
III. MARCO TEÓRICO.....	5
III.a Sueño.....	5
III.a.1 Etapas del sueño.....	5
III. b. Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño.....	7
III. c. Fisiopatología.....	7
III.d. Manifestaciones clínicas.....	9
III.d.1 Somnolencia excesiva diurna.....	9
III.d.2. Ronquidos.....	9
III.d. 3.Otros.....	9
III. e. Diagnóstico.....	10
III.e.1. Polisomnografía.....	10
III. e. 2. Poligrafía.....	10
III. e. 3. Escala de Somnolencia de Epworth.....	11
III. f. Clasificación.....	11
III. f. 1. Índice de apnea-hipopnea.....	11
III. f. 2. Según el tipo de evento respiratorio.....	11
III. g. Percepción del paciente e impacto del SAOS en actividades de la vida diaria y calidad de sueño.....	12
III. h. Tratamiento.....	13

“Percepciones de personas con Síndrome Obstructivo del Sueño respecto a
terapias coadyuvantes activas para la mejora de la calidad del sueño”.

III. h. 1. Medidas generales.....	13
III. h. 1.a. Higiene del sueño.....	13
III. h. 1. b. Pérdida de peso.....	14
III. h.1.c. Ingesta alcohólica.....	14
III. h. 1.d. Tabaco.....	14
III. h. 1. e. Posición corporal.....	14
III. h.1.f. Tratamiento farmacológico.....	15
III. h. 1.g.Permeabilidad de la vía aérea.....	15
III. h. 2. Terapia con Presión Positiva Continua de la Vía Aérea.....	15
III. h. 3. Terapia miofuncional orofaríngea.....	16
III. h. 4. Entrenamiento de la resistencia aeróbica.....	17
III. h. 5. Entrenamiento de los músculos inspiratorios.....	18
III. h. 6. Estimulación eléctrica transcutánea del nervio hipogloso.....	18
III. h.6.a. Estimulación eléctrica submentoniana....	18
III. h. 6. b. Estimulación eléctrica transcutánea.....	19
III. h. 7. Terapia Posicional.....	19
IV. JUSTIFICACIÓN.....	21
V. MÉTODOS.....	22
V.a. Búsqueda Bibliogràfica	22
V.b. Trabajo de campo.....	26
VI. RESULTADOS.....	28
V.a. Búsqueda bibliogràfica.....	28
V.b. Trabajo de campo.....	36

VII. DISCUSIÓN.....	42
VIII. LIMITACIONES.....	46
IX. CONCLUSIÓN.....	47
X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	50
XI. ANEXOS.....	56
XI. a. Modelo de encuesta a los pacientes.....	56
XI. b. Documentación del proceso de consentimiento informado.....	61

I. INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño (SAOS) es una patología caracterizada por episodios repetidos de interrupción del flujo aéreo durante el sueño. Esto genera periodos de hipoxemia e hipercapnia, provocando despertares nocturnos repentinos, ronquidos intensos y somnolencia excesiva diurna por falta de conciliación del sueño profundo (1).

Desde el punto de vista fisiopatológico, el SAOS se relaciona con una disminución del tono de los músculos dilatadores de la faringe. Este fenómeno se ve potenciado por factores anatómicos, no anatómicos, así como hábitos nocivos como el consumo de alcohol, el tabaquismo y el uso de sedantes. La combinación de estos elementos favorece el colapso de la vía aérea superior durante la inspiración, provocando una obstrucción mecánica transitoria del flujo aéreo (2). Entre los principales músculos implicados se encuentran el geniogloso, el genihioideo, el milohioideo y los músculos del paladar blando (palatogloso, palatofaríngeo), cuya acción sinérgica mantiene permeable la vía aérea y evita su colapso, en conjunto con otros músculos de la orofaringe (3).

Las consecuencias fisiológicas del SAOS impactan significativamente sobre la salud de quienes lo padecen. La repetición de los eventos de apnea-hipopnea altera los ciclos respiratorios y generan un estrés cardiovascular sostenido, aumentando el riesgo de desarrollar cardiopatía isquémica, resistencia a la insulina e hipertensión arterial (4).

La calidad del sueño comprende la cantidad de horas de descanso, la frecuencia de despertares nocturnos y la percepción subjetiva de cansancio durante el día. Cuando ésta se encuentra alterada, el rendimiento diario, la concentración, la memoria a corto plazo y la motricidad se deterioran, generando repercusiones negativas en la vida personal, social y laboral de las personas (4).

El tratamiento de primera elección para el SAOS es la terapia con CPAP (Presión Positiva Continua de la Vía Aérea). Este dispositivo aplica una presión positiva continua a través de una máscara nasal o facial, manteniendo la vía aérea abierta durante el descanso, asegurando una ventilación adecuada y favoreciendo la mejora de la calidad del sueño. Según las guías de práctica clínica, el uso óptimo del CPAP debe alcanzar un promedio de seis horas por noche, sin

“Percepciones de personas con Síndrome Obstructivo del Sueño respecto a terapias coadyuvantes activas para la mejora de la calidad del sueño”.

embargo, su efectividad depende en gran medida de la adherencia del paciente, la cual suele verse afectada por la incomodidad a la hora de utilizar el dispositivo o por los posibles efectos secundarios derivados de su utilización (5,6).

En este contexto, las terapias coadyuvantes activas surgen como intervenciones complementarias destinadas a optimizar la eficacia del CPAP, mejorar la calidad de vida relacionada con la salud y disminuir los efectos adversos asociados al tratamiento. Se denominan activas debido a que requieren la participación directa del paciente o influyen de manera activa en el abordaje terapéutico (4).

Según lo expuesto anteriormente, el SAOS constituye un problema de salud pública debido a su elevada prevalencia y la heterogeneidad de sus manifestaciones clínicas. En este aspecto, la implementación de tratamientos coadyuvantes activos representa una herramienta terapéutica novedosa que complementa la terapia principal con CPAP. No obstante, la continuidad del tratamiento con el dispositivo se encuentra condicionada por múltiples factores, entre ellos la gravedad de la enfermedad, aspectos psicológicos, la aparición de posibles efectos secundarios durante su aplicación como las características sociodemográficas y económicas de cada individuo (7).

Diversas investigaciones han evidenciado una baja tasa de adherencia al CPAP, especialmente durante las primeras semanas de tratamiento. Entre los motivos más frecuentes se encuentran las fugas de la mascarilla, irritación cutánea, conjuntivitis, congestión nasal, garganta seca y la claustrofobia; ya que todos estos factores afectan la comodidad y la continuidad del uso del dispositivo (8).

En consecuencia, se observa una brecha entre la oferta terapéutica y la realidad de los tratamientos actuales, dado que muchas personas con SAOS no logran mantener un uso regular del CPAP ni acceder a terapias complementarias eficaces. Esta distancia entre lo recomendado y lo que se evidencia en la práctica limita los resultados del tratamiento y favorece la persistencia de complicaciones clínicas como hipertensión arterial, arritmias, enfermedades cerebrovasculares, diabetes, insuficiencia cardíaca e hipertensión pulmonar (7).

“Percepciones de personas con Síndrome Obstructivo del Sueño respecto a terapias coadyuvantes activas para la mejora de la calidad del sueño”.

Esta situación evidencia la necesidad de comprender las razones que influyen en la preferencia por el tratamiento estándar con CPAP y, al mismo tiempo, explorar las percepciones de las personas respecto a las terapias complementarias activas.

A partir de lo expuesto, se formula la siguiente pregunta de investigación:
¿Cómo perciben las personas con Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño las terapias coadyuvantes activas para mejorar la calidad del sueño en la ciudad de Paraná, Entre Ríos?

“Percepciones de personas con Síndrome Obstructivo del Sueño respecto a terapias coadyuvantes activas para la mejora de la calidad del sueño”.

II. OBJETIVOS

Objetivo General:

- Explorar las percepciones que tienen las personas con Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño sobre las terapias coadyuvantes activas.

Objetivos Específicos:

- Conocer la percepción de los pacientes sobre la necesidad del tratamiento kinésico.
- Detectar, desde la perspectiva de las personas, las limitaciones del individuo y el entorno para la implementación de un tratamiento kinésico activo.
- Identificar las opciones de tratamiento que han recibido desde su diagnóstico.
- Comprender el impacto de la enfermedad en las actividades de la vida diaria y la calidad del sueño.

III. MARCO TEÓRICO

III.a Sueño

III.a.1 Etapas del sueño

El sueño se conforma por dos estados distintos de actividad cerebral: el sueño sin movimientos rápidos oculares (NREM) y el sueño con movimientos oculares rápidos (REM). Ambos aparecen dentro de un patrón cíclico y complementario en la recuperación posterior al periodo de vigilia. Estos estados se alternan en ciclos que duran aproximadamente entre 90 y 110 minutos, repitiéndose entre cuatro y seis veces durante una noche de sueño normal (9).

Durante el período de descanso, el sueño NREM constituye entre el 70-75% del tiempo total de sueño en adultos y corresponde a la fase inicial del descanso nocturno (9). Este estadio se caracteriza por una disminución progresiva de la actividad cerebral, del tono muscular y de la actividad fisiológica general del organismo. En el transcurso de esta fase se produce una transición gradual desde la vigilia hacia un estado de sueño profundo, acompañada de cambios en la actividad electroencefalográfica en los movimientos oculares y en la regulación autonómica (9).

El sueño NREM se divide en tres etapas, cada una presenta características fisiológicas como electroencefalográficas específicas. La etapa N1 representa la transición entre la vigilia y el sueño, momento en el que la persona comienza a desconectarse del entorno. Además el tono muscular disminuye y pueden observarse movimientos oculares lentos (9).

Posteriormente, la etapa N2 corresponde a un periodo de sueño ligero más estable. En esta instancia se produce una disminución progresiva de la frecuencia cardiaca, la presión arterial y la temperatura corporal (9).

La última etapa del sueño NREM es la N3, denominada sueño profundo. Durante esta fase el organismo alcanza el mayor grado de relajación fisiológica, por lo que cumple funciones fundamentales relacionadas con la recuperación física, la restauración metabólica y la regulación hormonal. Asimismo, participan procesos de reparación celular y liberación de la hormona de crecimiento (9).

“Percepciones de personas con Síndrome Obstructivo del Sueño respecto a terapias coadyuvantes activas para la mejora de la calidad del sueño”.

Por otra parte, el sueño REM representa aproximadamente entre el 20 y el 25% del tiempo total de sueño. Se caracteriza por la elevada actividad cerebral acompañada de movimientos oculares rápidos y una marcada disminución del tono muscular. Debido a esta reducción del tono muscular durante dicha fase, determinados trastornos del sueño, como el SAOS, pueden presentar una mayor severidad durante este periodo (9).

Esta fase suele aparecer por primera vez aproximadamente entre 60 y 90 minutos después del inicio del sueño y tiende a prolongarse de manera progresiva en los ciclos posteriores a lo largo de la noche (9).

Durante esta fase existe una mayor variabilidad de la actividad del sistema nervioso autónomo, con fluctuaciones en la frecuencia cardíaca, la respiración y la presión arterial. Asimismo, el sueño REM se lo asocia con la presencia de sueños vividos y complejos, además de procesos cognitivos relacionados con la consolidación de la memoria, el procesamiento emocional y la integración de la información adquirida durante la vigilia (9).

En la apnea obstructiva del sueño, los eventos respiratorios pueden presentarse durante las diferentes etapas del descanso, particularmente durante las fases NREM y REM. El sueño NREM ocupa la mayor parte del tiempo total, por lo que una mayor cantidad de eventos respiratorios pueden ocurrir durante este periodo. Sin embargo, la respiración suele ser más estable y rítmica debido al predominio del control metabólico de la ventilación (9).

En contraste, durante el sueño REM se produce una marcada pérdida del tono muscular, incluyendo los músculos de la vía aérea superior, lo que aumenta la probabilidad del colapso de la misma. Como consecuencia, en esta fase pueden presentarse episodios de apnea e hipopnea más frecuentes, prolongados y asociadas a desaturaciones de oxígeno más severas (9).

Estas diferencias fisiológicas entre las fases del sueño contribuyen a la variabilidad clínica del SAOS y explican por qué la organización y distribución de los distintos estadios del descanso desempeñan un papel importante tanto en la fisiopatología como en la gravedad de este síndrome. De este modo, se evidencia la relevancia de la arquitectura del sueño en la expresión clínica de la enfermedad (9).

“Percepciones de personas con Síndrome Obstructivo del Sueño respecto a terapias coadyuvantes activas para la mejora de la calidad del sueño”.

III.b Síndrome de apnea obstructiva del sueño

El síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) constituye una de las principales enfermedades respiratorias asociadas al sueño. Esta condición produce diversas alteraciones que impactan negativamente tanto en la calidad de vida de las personas que lo padecen, así como también en su entorno familiar y social (10).

El SAOS representa una mayor incidencia en la población adulta, con un predominio levemente superior en hombres en comparación con mujeres. No obstante, en mujeres postmenopáusicas la prevalencia tiende a equipararse con la observada en la población masculina. A nivel mundial, se estima una elevada prevalencia de SAOS moderado a grave en personas de entre 30 y 69 años (10).

Entre los principales factores de riesgo asociados al desarrollo del síndrome de apnea obstructiva del sueño se destacan la obesidad y el síndrome metabólico. Asimismo, se han identificado otros factores tales como el sexo masculino, el aumento de la edad, la menopausia, las alteraciones en la anatomía de la cabeza y el cuello como el uso de fármacos con efectos sedantes o relajantes musculares (10).

Además, existen factores predisponentes que pueden contribuir tanto a la aparición como el agravamiento de los síntomas. Entre ellos se encuentran el consumo de tabaco, la ingesta de alcohol y diversas enfermedades o condiciones médicas como el embarazo, la diabetes, el hipotiroidismo, la acromegalia, el síndrome de Down y la insuficiencia renal crónica (10).

Por otra parte, diferentes estudios señalan que el índice de apnea-hipopnea puede duplicarse en posición supina en comparación con la posición lateral en más del 60 % de los pacientes. Esto demuestra la influencia de la postura corporal sobre la gravedad de los eventos respiratorios y su impacto en la fisiopatología del SAOS (10,11).

III.c Fisiopatología

La fisiopatología del SAOS es compleja y se origina principalmente en las vías aéreas superiores (VAS) durante el sueño. En esta patología se produce

“Percepciones de personas con Síndrome Obstructivo del Sueño respecto a terapias coadyuvantes activas para la mejora de la calidad del sueño”.

una reducción (hipopnea) o el cese total (apnea) del flujo aéreo hacia el sistema respiratorio, lo que genera episodios repetidos de hipoxia intermitente (10).

Como consecuencia de la obstrucción, el organismo aumenta el esfuerzo respiratorio mediante una contracción enérgica del diafragma, generando una presión intratorácica más negativa para permitir el ingreso de aire a los pulmones. Debido a que la tráquea y los bronquios poseen una estructura cartilaginosa no colapsable, este aumento de presión negativa produce un estrechamiento principalmente a nivel de la región orofaríngea, donde predominan tejidos blandos, favoreciendo así la obstrucción de la vía aérea (10).

La permeabilidad de la VAS depende en gran medida de la acción de los músculos dilatadores orofaríngeos, los cuales, en condiciones normales, se activan de forma rítmica durante cada inspiración. Sin embargo, durante el sueño el tono muscular disminuye, lo que favorece la relajación de estas estructuras y en consecuencia, el estrechamiento de la VAS (10,11).

A nivel del sistema respiratorio, esta obstrucción genera alteraciones en la ventilación y en el intercambio gaseoso, provocando episodios repetidos de apnea e hipopnea. Como respuesta a la hipoxia y a la disminución del flujo aéreo, el sistema nervioso central desencadena microdespertares o microexcitaciones (arousal), los cuales permiten restablecer el tono de los músculos dilatadores de la VAS y reanudar la ventilación. Asimismo, estos eventos se repiten múltiples veces durante la noche, produciendo una fragmentación del sueño (10).

La repetición de estos episodios genera además una activación del sistema nervioso simpático, lo que provoca alteraciones en el sistema cardiovascular, como aumento de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial. A largo plazo, estas modificaciones predisponen el desarrollo de enfermedades cardiovasculares (10).

Por otra parte, la hipoxemia intermitente y la activación simpática también producen alteraciones en el sistema endocrino-metabólico, pudiendo generar resistencia a la insulina y alteraciones en el metabolismo de la glucosa. Como consecuencia, aumenta el riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2 (10).

“Percepciones de personas con Síndrome Obstructivo del Sueño respecto a terapias coadyuvantes activas para la mejora de la calidad del sueño”.

III.d Manifestaciones Clínicas

El SAOS se presenta de forma variada en cuanto a los síntomas y signos que desarrolla, teniendo en cuenta la intensidad y evolución de los mismos. Las manifestaciones clínicas pueden generar distintos impactos en la calidad de vida de las personas, en función de la edad, los antecedentes médicos y su entorno social y familiar.

A continuación, se describen las principales manifestaciones clínicas:

III.d.1 Somnolencia excesiva diurna

Es una de las afecciones más frecuentes y suele ser reconocida primariamente por la persona. Sin embargo, se considera un síntoma poco específico, debido a que puede asociarse a otros trastornos del sueño. La somnolencia excesiva diurna (SDE) representa una consecuencia de la fragmentación del sueño ocasionada por los sucesivos y reiterativos despertares producidos por los eventos respiratorios, como apnea, hipopnea y limitaciones al flujo aéreo (10).

III.d.2 Ronquidos

El ronquido es considerado una señal de advertencia clínica, generalmente identificada por el conviviente o compañero de dormitorio, lo que frecuentemente motiva la consulta médica. Se define como un sonido producido por la vibración de las estructuras de la vía aérea superior, especialmente del paladar blando y la región faríngea. Asimismo, los episodios de apnea e hipopnea suelen finalizar con sonidos asfícticos, movimientos corporales asociados a microdespertares o, en algunos casos, con el despertar del paciente (12,13).

III.d.3 Otros

Entre otras manifestaciones clínicas frecuentes se encuentran la irritabilidad, el deterioro de la capacidad intelectual, las alteraciones del carácter y la cefalea matutina producto de la fragmentación del sueño. Además, puede presentarse nicturia, posiblemente vinculada con la secreción del factor natriurético secundaria a las alteraciones en la presión intratorácica provocadas por los episodios respiratorios. Asimismo, algunos pacientes pueden desarrollar

“Percepciones de personas con Síndrome Obstructivo del Sueño respecto a terapias coadyuvantes activas para la mejora de la calidad del sueño”.

impotencia o disminución de la libido y a su vez, sensación de boca seca y pastosa al despertar (10).

III.e Diagnóstico

III.e.1 Polisomnografía

La polisomnografía (PSG) es el procedimiento recomendado para efectuar el diagnóstico de las personas con sospecha de SAOS, en los últimos años su utilización ha disminuido debido a los requisitos técnicos, económicos y de infraestructura específicos que demanda el laboratorio del sueño. Este estudio debe realizarse en el horario habitual de descanso de la persona, con un registro mínimo de 6,5 horas, incluyendo al menos 180 minutos efectivos de sueño (14).

La PSG se basa en el registro sincrónico de variables neurofisiológicas y cardiorrespiratorias, las cuales permiten analizar los distintos episodios respiratorios que ocurren durante el sueño (14).

Entre las variables neurofisiológicas evaluadas se encuentran el electroencefalograma, el electrooculograma, el electromiograma submentoniano y tibial anterior. Estos parámetros permiten diferenciar la vigilia del sueño, identificar las distintas fases del descanso y detectar la aparición de arousals (14).

Por otra parte, para el análisis de las variables cardiorrespiratorias se utilizan bandas toracoabdominales pletismográficas o piezoeléctricas, sensores destinados a medir el flujo oronasal, pulsioximetría y registro del ronquido mediante micrófonos o vibraciones producidas en la cánula (14).

III.e.2 Poligrafía.

La poligrafía (PG) se basa en el análisis de variables respiratorias sin incluir parámetros neurofisiológicos. Este estudio puede realizarse tanto en hospitales como en el domicilio de las personas, facilitando así la accesibilidad al diagnóstico (14).

Los parámetros cardiorrespiratorios evaluados incluyen el sensor de flujo aéreo (termistor) y la sonda de presión nasal, que permiten medir el flujo aéreo de manera semicuantitativa. Asimismo, se registran los movimientos

“Percepciones de personas con Síndrome Obstructivo del Sueño respecto a terapias coadyuvantes activas para la mejora de la calidad del sueño”.

respiratorios mediante bandas toracoabdominales, además del pulsioxímetro y la frecuencia cardíaca (14).

No obstante, la PG puede subestimar la severidad del SAOS debido a que el número de eventos respiratorios se divide por el total de horas registradas de sueño y no por el de horas reales de sueño. Esta situación puede influir en los resultados correspondientes a los casos leves (14).

III.e.3 Escala de Somnolencia de Epworth

La Escala de Somnolencia de Epworth (ESS) es uno de los recursos más utilizados, estandarizados y rentables para evaluar la somnolencia en personas con trastornos del sueño. Para su aplicación, la misma requiere que el individuo utilice una escala de Likert (4 puntos), calificando la probabilidad de quedarse dormido en distintas situaciones de la vida cotidiana como leer, mirar televisión, permanecer sentado en lugares públicos, viajar como un pasajero de un automóvil, descansar por la tarde, sentarse tranquilamente después del almuerzo y detenerse en el tráfico. El puntaje obtenido puede variar entre 0 y 24. En este sentido, cuanto mayor sea la puntuación alcanzada, mayor será el nivel de somnolencia diurna presentado por la persona. Sin embargo, esta escala presenta ciertas limitaciones relacionadas con la definición de los puntos de corte utilizados en la práctica clínica (15,16).

III.f. Clasificación

III.f.1. Índice de apnea- hipopnea

El índice de apnea - hipopnea (IAH) se define como la suma de apneas e hipopneas por hora de sueño. El rango normal considerado en adultos es menor a 5 eventos por hora. Para el diagnóstico de SAOS, teniendo en cuenta los siguientes valores, se clasifica según la severidad en IAH leve (5-14,9 eventos por hora), IAH moderado (15-29,9 eventos por hora) e IAH severo (≥ 30 eventos por hora) (12).

III.f.2. Según el tipo de evento respiratorio polisomnográfico:

Una de las variables de referencia es la apnea, que se define como una caída de la señal de flujo aéreo mayor al 90% de la línea de base durante al menos 10 segundos. Teniendo en cuenta los valores de referencia nombrados, se

“Percepciones de personas con Síndrome Obstructivo del Sueño respecto a terapias coadyuvantes activas para la mejora de la calidad del sueño”.

subclasifican en obstructivas (persistencia de esfuerzo respiratorio), centrales (ausencia de esfuerzo respiratorio) y mixtas (ausencia de esfuerzo respiratorio al inicio de la inspiración y presencia de actividad toracoabdominal hacia el final de la espiración) (12).

Dentro de la PSG se observa, a su vez, la posible aparición de episodios de hipopnea, la cual se evidencia por la reducción del 30% de la señal de flujo aéreo durante un mínimo de 10 segundos, asociada a un arousal o a una desaturación de oxígeno mayor o igual al 3 (12).

Otro predictor son los esfuerzos respiratorios asociados a microdespertares (RERA), que se definen como secuencias de respiraciones con incremento del esfuerzo respiratorio durante al menos 10 segundos finalizando en un microdespertar (12).

III.g. Percepción del paciente e impacto del SAOS en las actividades de la vida diaria y calidad del sueño

La percepción de la persona con SAOS constituye una dimensión subjetiva de gran relevancia al momento de analizar los signos y síntomas asociados a este síndrome. En numerosos casos, dichas manifestaciones pueden ser subestimadas por el propio individuo, lo que puede generar retrasos tanto en el diagnóstico como en la adherencia a las intervenciones terapéuticas indicadas. Esta percepción se encuentra influenciada por diversos factores individuales y contextuales, entre los que se destacan las expectativas, valores y creencias de las personas con SAOS así como el contexto socioeconómico en el que desarrollan su vida cotidiana (17).

En este sentido, comprender la percepción de la persona con SAOS resulta fundamental, ya que permite interpretar de manera integral el impacto real que esta enfermedad genera en su vida cotidiana. En este marco, analizar dicha percepción también permite comprender cómo las personas experimentan, interpretan y afrontan su condición de salud en la vida diaria. Asimismo, posibilita orientar estrategias terapéuticas más efectivas, integrales y centradas en la persona, contemplando no sólo los aspectos clínicos de la patología, sino también la experiencia subjetiva del individuo, la forma en que percibe su estado de salud y las limitaciones asociadas a la enfermedad (17).

“Percepciones de personas con Síndrome Obstructivo del Sueño respecto a terapias coadyuvantes activas para la mejora de la calidad del sueño”.

El SAOS provoca un impacto significativo en las actividades de la vida de las personas que padecen esta patología, influyendo en diferentes dimensiones de la vida, tales como el funcionamiento físico, el bienestar emocional y la participación social. En muchos casos, las personas presentan dificultades en el desempeño de las actividades de la vida diaria, las cuales se encuentran principalmente asociadas a la somnolencia excesiva diurna, la fatiga persistente y las alteraciones cognitivas (18).

Estas manifestaciones inciden de manera directa en la capacidad de concentración, el rendimiento laboral y académico, así como también en las interacciones sociales, generando dificultades en la cotidianidad y reduciendo la autonomía del individuo. Además, las alteraciones propias del sueño del SAOS afectan la calidad del descanso nocturno, lo que repercute negativamente en el bienestar general y en la calidad de vida de las personas (18).

III.h. Tratamiento

El tratamiento debe ser evaluado de forma individualizada, considerando las características propias de cada paciente, así como los factores clínicos y las comorbilidades asociadas para definir la estrategia terapéutica más adecuada y compatible con el estilo de vida del mismo. Como recomendación para los pacientes con síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS), se propone la implementación de medidas generales:

III.h.1 Medidas generales:

III.h.1.a Higiene de sueño

Es importante mantener una adecuada higiene del sueño con el fin de mejorar la sintomatología y favorecer una correcta adaptación al tratamiento estándar, como la presión positiva continua de la vía aérea (CPAP). Para ello, se recomienda promover hábitos conductuales y ambientales que favorezcan el inicio como la prolongación del sueño, tales como mantener horarios regulares de descanso y asegurar condiciones adecuadas del entorno, contribuyendo así a optimizar la calidad del sueño y reducir su fragmentación (19,15).

“Percepciones de personas con Síndrome Obstructivo del Sueño respecto a terapias coadyuvantes activas para la mejora de la calidad del sueño”.

III.h.1.b Pérdida de peso

Existe una elevada prevalencia de sobrepeso y obesidad en personas con SAOS, en las cuales la reducción del peso corporal se asocia con una mejoría significativa de la enfermedad. Esta intervención contribuye a la disminución del IAH, así como a una mejora en la saturación de oxígeno y en la sintomatología general (19).

III.h.1.c Ingesta alcohólica

Se reconoce que el consumo de alcohol ejerce un efecto depresor sobre el sistema nervioso central, generando una disminución del tono de la musculatura faríngea y favoreciendo el colapso de la vía aérea superior. Esto puede agravar el SAOS debido a un desequilibrio entre las fuerzas dilatadoras y constrictoras de la vía aérea. Por este motivo, se recomienda a las personas con SAOS evitar el consumo de alcohol en las horas previas al sueño (13,19).

III.h.1.d Tabaco

El consumo de tabaco se asocia con un mayor riesgo de desarrollar roncopatías y de agravar el SAOS, debido a los procesos inflamatorios e irritativos que afectan la vía aérea superior, incrementando su resistencia y favoreciendo su colapso. En este sentido, el abandono del hábito tabáquico constituye una medida general fundamental en el manejo de estos pacientes (13,19).

III.h.1.e Posición corporal

En algunos casos, el SAOS se agrava al adoptar la posición de decúbito supino e incluso puede presentarse exclusivamente en esta posición, lo que se conoce como SAOS posicional. En estos casos, se recomienda evitar dicha postura durante el sueño, implementando estrategias de terapia posicional, como el uso de dispositivos o elementos colocados en la región dorsal que eviten mantener el decúbito supino y favorezcan posiciones laterales (19).

“Percepciones de personas con Síndrome Obstructivo del Sueño respecto a terapias coadyuvantes activas para la mejora de la calidad del sueño”.

III.h.1.f Tratamiento farmacológico

El consumo de fármacos depresores del sistema nervioso central, como las benzodiazepinas y los opioides, pueden afectar a la VAS, reduciendo el tono muscular y favoreciendo el colapso. Por lo tanto, en personas con SAOS se recomienda evitar el uso de los mismos (13).

III.h.1.g Permeabilidad de la vía aérea

La obstrucción nasal puede contribuir al desarrollo y agravamiento del SAOS, así como interferir en la correcta utilización del CPAP. En este sentido, mantener una adecuada permeabilidad de la vía aérea superior puede favorecer la eficacia, tolerancia y adherencia al tratamiento. Asimismo, el manejo de la obstrucción nasal puede contribuir a mejorar la calidad del sueño y la sintomatología asociada (7, 13,19).

III.h.2 Terapia con Presión Positiva Continua de la Vía Aérea

Una herramienta efectiva para eliminar los eventos de apnea nocturnos y la hipoxia intermitente, utilizada para controlar el SAOS, es la presión positiva continua de la vía aérea. Los dispositivos suministran una corriente de aire presurizado constante a través de una máscara nasal u oronasal durante la inspiración como la espiración, a una presión positiva establecida, con el fin de mantener permeables las vías aéreas superiores (7).

La utilización del CPAP permite reducir de manera efectiva los eventos respiratorios obstructivos y las desaturaciones de oxígeno durante el sueño, lo que se traduce en una mejora significativa de la somnolencia excesiva diurna, del estado de ánimo y del rendimiento cognitivo (7).

Sin embargo, a pesar de su eficacia inmediata, se han reportado bajos niveles de adherencia al tratamiento con CPAP asociados a los siguientes efectos secundarios:

-Congestión nasal: se presenta dentro de los efectos locales más frecuentes asociados al uso del dispositivo. Se produce por edema e inflamación de la mucosa nasal que genera bloqueo nasal y dificulta el tratamiento con CPAP. La misma cede con frecuencia espontáneamente; no obstante, requiere tratamiento

“Percepciones de personas con Síndrome Obstructivo del Sueño respecto a terapias coadyuvantes activas para la mejora de la calidad del sueño”.

con fármacos; en algunos casos puede añadirse un humidificador-calentador al CPAP para evitar su aparición (19).

Cuando la congestión nasal se presenta con antelación al tratamiento, sea por rinitis crónica o por otras alteraciones de la mucosa nasal-faríngea, el CPAP puede agravar el problema, disminuir la tolerancia y reducir significativamente la adherencia al uso del dispositivo llevándolo al abandono (19).

-Irritación cutánea: en la mayoría de los casos se da en la zona de contacto con la mascarilla, en general, sucede en el dorso de la nariz y suelen ceder con el tiempo al endurecerse la piel. En pieles sensibles y alérgicas se puede prevenir a través de cambios de ajustes, almohadillas nasales o apósitos adhesivos protectores (19).

-Sequedad faríngea: es una manifestación de las personas con SAOS antes de ser tratadas y lo habitual es que desaparezca cuando inicia el tratamiento pero; en ocasiones, el propio flujo aéreo frío y seco del CPAP provoca la sequedad faríngea. En caso de que la situación persista, puede instalarse un humidificador-calentador al CPAP (19).

-Fugas de aire: los equipos modernos de CPAP detectan con precisión el grado de fuga en cada noche de uso. Por ello, se debe realizar un ajuste suficiente y cómodo que no permita una fuga de aire dentro del circuito ventilatorio. En estos casos, se debe revisar si la causa es por mala colocación de la máscara, por la apertura bucal en pacientes que utilizan de interfase un modelo nasal, o al tamaño inapropiado de la misma; también puede asociarse al mal estado o un defectuoso enganche de las partes que la integran (19).

-Aerofagia: es una consecuencia poco frecuente que se produce por la deglución de aire del CPAP por el usuario al no estar bien adaptado el mismo. Por lo general, se reduce con la adaptación del paciente y en algunos casos, se debe reducir la presión terapéutica del dispositivo para eliminar por completo este efecto secundario (19).

III.h.3 Terapia miofuncional orofaríngea.

La terapia miofuncional orofaríngea (OMT) es un conjunto de técnicas destinadas a modificar los patrones musculares y funcionales mediante la

“Percepciones de personas con Síndrome Obstructivo del Sueño respecto a terapias coadyuvantes activas para la mejora de la calidad del sueño”.

utilización de ejercicios isométricos e isotónicos en la musculatura orofaríngea, con el fin de generar cambios en la vía aérea superior. Estas técnicas benefician la sensibilidad, la propiocepción, la movilidad, la coordinación y la fuerza de las estructuras orofaríngeas, dando como resultado un adecuado desempeño en el patrón respiratorio (20).

En el abordaje terapéutico de las personas con SAOS, la OMT se considera como una estrategia complementaria que contribuye a optimizar la adherencia al tratamiento con CPAP. Esta se asocia con modificaciones que se evidencian en parámetros clínicos y polisomnográficos tales como la reducción del índice apnea-hipopnea, la atenuación del ronquido y la disminución de la somnolencia excesiva diurna. La OMT se desarrolla dentro de un marco interdisciplinario, donde los kinesiólogos y fonoaudiólogos intervienen desde sus respectivos campos de competencia profesional, contribuyendo de esta manera al entrenamiento, fortalecimiento y reeducación funcional de la musculatura orofaríngea (21).

III.h.4 Entrenamiento de la resistencia aeróbica.

En personas con SAOS, al inspirar durante el sueño, existe una pérdida del tono muscular dilatador faríngeo que desencadena un colapso laríngeo recurrente y una apnea. El ejercicio regular de intensidad moderada a largo plazo, promueve la activación muscular de las vías respiratorias superiores para aumentar su diámetro, disminuir su resistencia y oponerse al colapso faríngeo durante el descanso. Esto reduce la incidencia de apnea o hipopnea durante el mismo (22).

Durante el sueño la posición reclinada del paciente ocasiona que la retención de líquido en las piernas se movilice al cuello y se acumule allí, ocasionando compresión laríngea, lo que genera un aumento de IAH. El ejercicio así como el fortalecimiento de la musculatura de los miembros inferiores, promueve el retorno de la sangre venosa reduciendo así la retención de líquido en las piernas (22).

El ejercicio impacta positivamente en la calidad del sueño, el bienestar, el buen humor, la reducción del estrés, así como de la fatiga. Esto se atribuye a varios mecanismos como la liberación de endorfinas, la regulación de los ritmos circadianos y el aumento de la temperatura corporal, seguido de una disminución posterior que ayuda a iniciar el sueño. Además el ejercicio estimula la liberación de neurotransmisores como serotonina y norepinefrina que participan en la

“Percepciones de personas con Síndrome Obstructivo del Sueño respecto a terapias coadyuvantes activas para la mejora de la calidad del sueño”.

regulación del estado de ánimo y la relajación, contribuyendo al inicio y prolongación del sueño (22,23).

Teniendo en cuenta las consecuencias cardiovasculares asociadas al SAOS, el ejercicio mejora la función nerviosa autónoma al equilibrar la tensión de los nervios simpáticos y parasimpáticos desempeñando un papel en la protección cardiovascular (22).

III.h.5 Entrenamiento de los músculos inspiratorios

En personas con SAOS los episodios de apnea-hipopnea llevan a un esfuerzo inspiratorio reiterativo contra la vía aérea obstruida, lo cual induce efectos perjudiciales en los músculos inspiratorios. Esto trae como consecuencia una menor estabilidad en la VAS y mayor tendencia al colapso durante el sueño (24).

Este tipo de intervención consiste en realizar inspiraciones contra una resistencia externa con el objetivo de fortalecer la musculatura respiratoria, particularmente el diafragma y los músculos intercostales. Entre las modalidades de entrenamiento se incluyen dispositivos de umbral de presión inspiratoria, dispositivos de carga umbral ajustados a un porcentaje de la presión inspiratoria máxima (PiMax) y dispositivos electrónicos o portátiles que generan resistencia durante la inspiración. Estas herramientas permiten graduar la intensidad del ejercicio respiratorio y facilitar su aplicación tanto en entornos clínicos como domiciliarios. El entrenamiento de músculos inspiratorios mejora la musculatura respiratoria, la calidad del sueño, la somnolencia excesiva diurna y reduce el IAH (25).

III.h.6 Estimulación eléctrica transcutánea del nervio hipogloso

III.h.6.a Estimulación eléctrica submentoniana

La estimulación eléctrica submentoniana (SMES) consiste en la aplicación de corrientes superficiales en el triángulo submentoniano con el fin de reclutar sincrónicamente los músculos geniogloso, genihiodeo, milohiideo y digástrico anterior. La misma recluta un conjunto de fibras suprahiodeas lo que ocasiona un desplazamiento anterior sinérgico de la base de la lengua y del complejo

“Percepciones de personas con Síndrome Obstructivo del Sueño respecto a terapias coadyuvantes activas para la mejora de la calidad del sueño”.

hioideo, aumentando de esta manera el área transversal velofaríngea y reduciendo la presión crítica de cierre de forma más eficaz (26).

Las sesiones diurnas repetidas de SMES inducen a cambios miofibrilares hacia fibras resistentes a la fatiga (tipo I), así como a transformaciones metabólicas con un perfil oxidativo que genera una defensa intracelular contra especies de oxígeno dañinas y un aumento del tamaño de la fibra muscular con tensiones contráctiles más altas (26).

En personas con SAOS ejerce un efecto estabilizador, permeabilizando la vía aérea superior considerandose eficaz para mejorar la saturación de oxígeno, el índice de saturación de oxígeno y reduce significativamente el IAH (26).

III.h.6.b Estimulación eléctrica transcutánea

La estimulación eléctrica transcutánea (TENS) consiste en aplicar impulsos eléctricos de baja frecuencia para modular el dolor y a su vez, mejorar el control neural sobre los músculos respiratorios. La corriente actúa aliviando la fatiga de los músculos respiratorios mejorando la función diafragmática. Sin embargo, la incomodidad cutánea ocasionada por el umbral limita la intensidad de corriente aplicada, lo que resulta en un menor reclutamiento de los músculos dilatadores (26).

Los beneficios que trae consigo la corriente TENS incluyen una mejora significativa de la saturación de oxígeno más baja registrada (LSAT), al aumentar el reclutamiento diafragmático, lo cual lleva a un mayor volumen corriente durante los eventos de hipopnea, reduciendo así la gravedad de los episodios de desaturación sin afectar la frecuencia de los eventos. Otro efecto importante es que refuerza la mecánica ventilatoria a través de la sincronía toracoabdominal (26).

III.h.7 Terapia posicional

Dentro de la heterogeneidad clínica del SAOS se encuentra un factor posicional que tiene en cuenta el IAH; si el mismo es mayor en decúbito supino que en posiciones laterales, adquiere relevancia clínica. Esto se debe a que en posición supina favorece el colapso faríngeo por efecto de la gravedad sobre los

“Percepciones de personas con Síndrome Obstructivo del Sueño respecto a terapias coadyuvantes activas para la mejora de la calidad del sueño”.

tejidos blandos y la disminución del tono muscular, incrementando de esta forma la resistencia de la vía aérea superior (27).

La terapia posicional (TP) surge con el objetivo de evitar o reducir el tiempo de permanencia en decúbito supino (DS) durante el sueño, promoviendo el descanso en posiciones laterales. Para ello, pueden aplicarse dispositivos mecánicos tradicionales o sistemas electrónicos con sensores que detectan la posición corporal y generan estímulos vibratorios suaves para inducir el cambio postural (28).

La importancia de la TP se basa en su capacidad para reducir el IAH, la somnolencia excesiva diurna y mejorar la sintomatología de la persona con SAOS. Además, al tratarse de una intervención no invasiva, suele presentar buena tolerancia y adherencia en las personas (27).

Sin embargo, su indicación debe realizarse dentro de un abordaje integral, considerándose una terapia complementaria o alternativa. La evidencia demuestra que esta terapia presenta mayor eficacia en personas con SAOS posicional, es decir, aquellos casos en los que se incrementa el índice apnea-hipopnea en DS en comparación con el decúbito lateral. En cambio en personas con SAOS no posicional, los eventos respiratorios se presentan de la misma manera independientemente de la postura corporal, sin depender del efecto de la gravedad. Por ello, en estos casos no constituye una estrategia suficiente ni completamente eficiente, debiendo priorizarse otras intervenciones complementarias (28).

IV. JUSTIFICACION

El Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño es una patología en la que, en la mayoría de los pacientes, se indica como tratamiento de elección el uso del dispositivo CPAP. Si bien esta terapia proporciona una mejoría rápida y eficaz de la sintomatología, presenta un porcentaje de adherencia bajo, lo que puede limitar su efectividad a largo plazo. En este contexto, la incorporación de un tratamiento kinésico se presenta como una alternativa terapéutica complementaria que contribuye a mejorar la calidad del sueño de las personas con SAOS.

La presente investigación identificó y comprendió que la incorporación de terapias coadyuvantes activas orientadas a mejorar la calidad del sueño en personas con Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño contribuirían de manera significativa en la calidad de vida de quienes conviven con esta patología.

La justificación de este estudio radicó en la necesidad de profundizar el conocimiento dentro del campo de la kinesiología acerca de la percepción y experiencia de las personas con SAOS frente a estas intervenciones y el potencial impacto que éstas tendrían en la continuidad de su tratamiento. En este sentido, los resultados de este trabajo de campo proporcionaron información valiosa para ampliar la comprensión del rol del kinesiólogo en el abordaje integral del SAOS como para el desarrollo de estrategias terapéuticas más centradas en el paciente, favoreciendo así la adherencia y la efectividad del tratamiento.

V. METODOS

El presente trabajo de investigación se realizó a partir de un trabajo de campo con un diseño exploratorio, descriptivo, no experimental y transversal orientado a comprender las percepciones de las personas con Síndrome Apnea Obstructivo del Sueño sobre las terapias coadyuvantes activas. El enfoque metodológico de la investigación fue cuali-cuantitativo y la recolección de datos se realizó mediante encuestas estructuradas a través de google forms, complementadas con una revisión bibliográfica previa que permitió identificar los principales aspectos relacionados con la implementación de terapias coadyuvantes activas, su manejo, eficacia, facilidades y limitaciones a la hora de aplicarlas.

V.a Búsqueda Bibliográfica

Para la revisión bibliográfica se incluyeron palabras claves, por medio de los términos DeCS y MeSH. Se utilizaron las bases de datos de PubMed, Biblioteca Virtual de Salud (BVS), Scielo y Google Académico. Se usaron como filtros artículos publicados en inglés, español y portugués, en el periodo de los últimos 10 años.

Se consideraron como criterios de inclusión aquellos artículos con un período de publicación desde el año 2016 hasta el año 2026 inclusive, artículos donde se compararon la terapia CPAP con respecto a terapias CPAP combinadas con terapias coadyuvantes y artículos que incluían terapia con CPAP y terapias complementarias. Como criterio de exclusión se consideraron aquellos artículos duplicados, artículos en los cuales realizaron una investigación comparativa con grupo control sin intervención y artículos que se centraron en el tratamiento con CPAP exclusivamente.

“Percepciones de personas con Síndrome Obstructivo del Sueño respecto a terapias coadyuvantes activas para la mejora de la calidad del sueño”.

Términos Decs/Mesh

Palabras Claves	Término Decs	Término MeSH
Enfermedad respiratorias	Enfermedades respiratorias	Respiratory Tract Diseases
Trastornos Respiratorios	Trastornos respiratorios	Respiration Disorders
Apnea	Apnea	Apnea
Síndrome de Apnea del Sueño	Síndrome de Apnea del Sueño	Sleep Apnea Syndromes
Apnea Obstructiva del Sueño	Apnea Obstructiva del Sueño	Sleep Apnea Obstructive
Trastorno del sueño- Vigilia	Trastorno del sueño- vigilia	Sleep Wake Disorders
Privación de Sueño	Privación de Sueño	Sleep Deprivation
Modalidades de Fisioterapia	Modalidades de Fisioterapia	

Combinaciones en Inglés (MeSH)

- Physical Therapy Modalities AND Sleep Apnea Obstructive: Se encontraron 1000 artículos en Google Académico. Con filtros aplicados: 1000. Se seleccionó 1 artículo.
- "Sleep Apnea Obstructive/rehabilitation"OR"Sleep Apnea Obstructive/therapy": Se encontraron 9046 artículos en PubMed. Con filtros aplicados: 2097. Se seleccionó 1 artículo.
- "Sleep Apnea Obstructive/rehabilitation"OR"Sleep Apnea Obstructive/therapy"AND "Apnea/physiopathology". Se encontraron 8 artículos en PubMed. Con filtros aplicados: 2. No se seleccionaron artículos.

“Percepciones de personas con Síndrome Obstructivo del Sueño respecto a terapias coadyuvantes activas para la mejora de la calidad del sueño”.

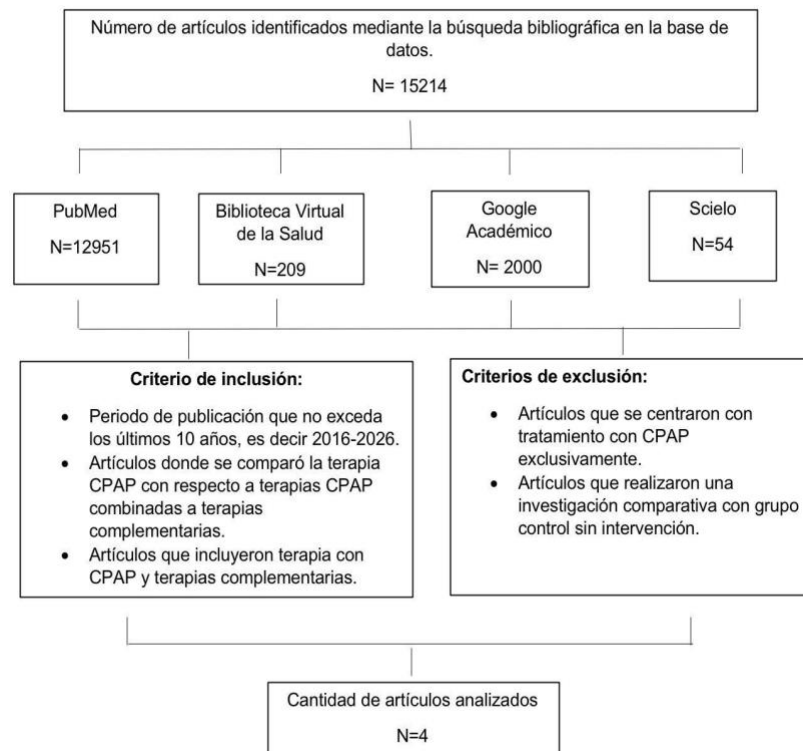
- “Sleep Wake Disorders/rehabilitation”OR“Sleep Wake Disorders/therapy”: Se encontraron 3898 artículos en PubMed. Con filtros aplicados: 726. No se seleccionaron artículos.

Combinaciones en Español (DeCS)

- “Terapias” AND “apnea obstructiva del sueño”: Se encontraron 181 artículos en la Biblioteca Virtual en Salud. Con filtros aplicados 82. Se seleccionó 1 artículo.
- “Trastornos respiratorios” OR “apnea obstructiva”: Se encontraron 1000 artículos en Google Académico. Con filtros aplicados: 1000. Se seleccionó 1 artículo.
- “Trastorno sueño vigilia” OR “apnea obstructiva del sueño”: Se encontraron 35 artículos en Scielo. Con filtros aplicados: 27. No se seleccionaron artículos.
- “Trastorno sueño vigilia” OR “apnea obstructiva del sueño” AND “tratamiento”: Se encontraron 19 artículos en Scielo. Con filtros aplicados: 13. No se seleccionaron artículos.
- “Modalidades de Fisioterapia” AND “apnea obstructiva del sueño”: Se encontraron 28 artículos en Biblioteca Virtual en Salud. Con filtros aplicados: 22. No se seleccionaron artículos.

“Percepciones de personas con Síndrome Obstructivo del Sueño respecto a terapias coadyuvantes activas para la mejora de la calidad del sueño”.

DIAGRAMA DE FLUJO



V.b. Trabajo de Campo

Se llevó a cabo un trabajo de campo de tipo exploratorio, descriptivo, no experimental y transversal para responder a los objetivos planteados. En el presente estudio se trabajó con el constructo explorar las percepciones que tienen las personas con Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño sobre las terapias coadyuvantes activas.

Se utilizó como instrumento de recolección de datos una encuesta a través de formularios de Google Forms, basada en las percepciones de personas con Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño sobre el uso de terapias coadyuvantes activas en el tratamiento de la enfermedad. La encuesta contó con un total de 16 preguntas para indagar la implementación de diferentes tratamientos coadyuvantes activos, la percepción de su enfermedad y su calidad de sueño. Se recibieron las respuestas entre los meses de diciembre de 2025 y abril del año 2026.

En esta encuesta, se exploraron categorías como:

“Calidad de sueño y repercusión en la vida diaria”, entendida como la percepción subjetiva de la calidad de sueño, a su vez asociado a la frecuencia de despertares nocturnos y al impacto en las actividades de la vida diaria.

“Adherencia y experiencia con el tratamiento de CPAP”, que hace referencia a la frecuencia de uso del dispositivo, así como la presencia de efectos adversos asociados a su utilización y a factores socioeconómicos que pueden actuar como limitantes para la adherencia del tratamiento.

“Accesibilidad y atención interdisciplinaria”, definida como la percepción de la satisfacción en torno a la atención recibida, incluyendo la posibilidad de acceso a un abordaje interdisciplinario y la derivación a terapias complementarias.

“Percepción sobre la necesidad del tratamiento kinésico” se basó en el reconocimiento del rol del kinesiólogo, así como la identificación de barreras informativas vinculadas a dicho tratamiento.

“Conocimiento, participación y percepción de terapias coadyuvantes activas” descrita como el conjunto de experiencias previas, nivel de conocimiento y percepción de las personas respecto a las terapias activas, así como su predisposición a incorporarlas en el futuro.

“Percepciones de personas con Síndrome Obstructivo del Sueño respecto a terapias coadyuvantes activas para la mejora de la calidad del sueño”.

Respecto a la selección de participantes se aplicaron los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión de los participantes

- Personas con diagnóstico médico de SAOS, mayores de 18 años y menores de 70 años.
- Personas residentes de la ciudad de Paraná, Entre Ríos.

Criterios de exclusión de los participantes

- Personas sin nivel de escolaridad básica que dificulta la comprensión y respuesta del cuestionario.
- Personas con alteración cognitiva que le impida responder de manera coherente el cuestionario.

Para la selección de participantes se utilizó un muestreo por conveniencia. El procedimiento de selección se desarrolló mediante contactos personales, instituciones sanitarias, buscando garantizar la participación de personas con SAOS, tanto del ámbito público como privado. Esta estrategia permitió acceder a 19 personas que cumplieran con los criterios establecidos. Los participantes provinieron de la ciudad de Paraná, Entre Ríos.

En relación con el uso de herramientas de inteligencia artificial, se contempló su utilización de manera ética y transparente. Durante el proceso de elaboración del presente trabajo, se utilizó Chat GPT como herramienta de apoyo para la mejora de la redacción del texto y organización de ideas. Su uso se limitó exclusivamente a funciones de asistencia y no implicó la elaboración del contenido científico original ni reemplazo del análisis crítico propio como la selección de información y las conclusiones desarrolladas por las autoras del estudio.

VI. RESULTADOS

VI.a Búsqueda bibliográfica

Posterior a la búsqueda inicial, la aplicación de filtros y la aplicación de criterios de inclusión y exclusión se seleccionaron 4 artículos para proceder a su análisis.

Título: Rol del kinesiólogo en los Trastornos respiratorios del sueño (2025)				
Autor/es: Otto-Yáñez, M. y col.				
Diseño: Revisión narrativa de la literatura.				
Unidades de análisis	Descripción	Constructos	Resultados	
Búsqueda bibliográfica en PubMed y Scopus y documentos de sociedades científicas relacionadas con medicina del sueño. Se encontraron estudios de evidencia científica sobre el rol del kinesiólogo en el abordaje de los trastornos respiratorios del sueño.	Los autores mencionaron sobre evidencia acerca de la evaluación clínica, diagnóstico funcional y estrategias terapéuticas en pacientes con trastornos respiratorios del sueño, haciendo énfasis en la SAOS. Destacando, especialmente, el papel del kinesiólogo dentro del equipo multidisciplinario.	Trastornos respiratorios del sueño, Síndrome obstructivo de apnea del sueño, rol del kinesiólogo, evaluación y tamizaje clínico, tratamiento con CPAP y su adherencia terapéutica, diversos tratamientos alternativos como terapia miofuncional orofaríngea y los programas de ejercicio físico y la	Se concluyó que el kinesiólogo, dentro de un programa de rehabilitación respiratoria, desempeña un rol relevante en la adaptación y seguimiento del tratamiento con CPAP, así como en la aplicación de intervenciones complementarias. Estas acciones contribuyeron al éxito terapéutico y se asociaron con beneficios clínicos, como la reducción	

“Percepciones de personas con Síndrome Obstructivo del Sueño respecto a terapias coadyuvantes activas para la mejora de la calidad del sueño”.

	Se describió como el kinesiólogo interviene en la educación del paciente, en la evaluación funcional, el apoyo técnico en la realización de estudios del sueño como en los distintos tratamientos que se le otorgaron.	educación terapéutica e intervención multidisciplinaria.	del índice de apnea-hipopnea (IAH) y la mejora de la capacidad funcional y la calidad de vida en personas con SAOS.
--	--	--	---

Título: European Respiratory Society guideline on non-CPAP therapies for obstructive sleep apnoea				
Autor/es: Randerath,W. y col				
Diseño: Revisión bibliográfica				
UNIDADES DE ANALISIS	DESCRIPCIÓN	CONSTRUCTOS	RESULTADOS	
Búsqueda bibliográfica en base a datos científicos que incluyo estudios publicados sobre terapias alternativas al CPAP en pacientes con Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño. Se analizaron artículos científicos utilizados para la elaboración de recomendaciones clínicas por la European Respiratory Society, publicados en European	Se analizan diferentes terapias alternativas al CPAP utilizadas en el tratamiento de la SAOS. El artículo revisa la evidencia científica disponible sobre intervenciones como dispositivos orales, terapia posicional, estimulación del nervio hipogloso, pérdida de peso y cirugía. A partir de esta evidencia se presentan recomendaciones clínicas elaboradas por expertos de la	Terapias alternativas al CPAP en el tratamiento de la SAOS, eficacia y seguridad de las intervenciones terapéuticas, adherencia al tratamiento, características clínicas de los pacientes y evaluación de la calidad de la evidencia.	Se identificaron diferentes alternativas terapéuticas al CPAP para el manejo de la SAOS, como dispositivos de avance mandibular, terapia posicional, estimulación del nervio hipogloso, intervenciones quirúrgicas y estrategias de reducción de peso. La evidencia analizada muestra que algunas de estas terapias pueden ser efectivas en determinados	

“Percepciones de personas con Síndrome Obstructivo del Sueño respecto a terapias coadyuvantes activas para la mejora de la calidad del sueño”.

Respiratory Review.	European Respiratory Society.		pacientes, aunque su indicación depende de las características individuales.
----------------------------	--------------------------------------	--	---

Título: Cobertura para el diagnóstico y tratamiento de la apnea obstructiva del sueño en Latinoamérica: reportes del Foro Latinoamericano de Sociedades Respiratorias.			
Autor/es: Noriega-Aguirre, L. y col.			
Diseño: estudio observacional/ encuesta transversal			
UNIDADES DE ANÁLISIS	DESCRIPCIÓN	CONSTRUCTOS	RESULTADOS
Por medio de la Asociación Latinoamericana de Tórax (ALAT) se realizaron encuestas a las Sociedades miembros de un total de 15 países. Se incluyeron cuestionarios vinculados a unidades de sueño, acceso a métodos diagnósticos y opciones de tratamiento, así como aspectos relacionados con la organización de los servicios de salud destinados al abordaje de este trastorno.	Se analizan las dificultades en cuanto al acceso al diagnóstico, cobertura de salud y tratamiento del síndrome de apnea obstructiva del sueño en países de Latinoamérica, a partir de información relevada por Sociedades Respiratorias. Se discuten aspectos relacionados a la disponibilidad de estudios diagnósticos, del acceso a la terapia con CPAP y las limitaciones estructurales de los sistemas de salud.	Cobertura y acceso a los servicios de salud, disponibilidad de unidades de sueño y métodos diagnósticos; y acceso al tratamiento con presión positiva de la vía aérea.	Se identifican múltiples barreras relacionadas con la cobertura, acceso, diagnósticos y tratamiento del SAOS en Latinoamérica, con una limitada disponibilidad de unidades de sueño, la desigual distribución de recursos y la dificultad en el acceso a la terapia con CPAP. Se evidencia además diferencias entre países en cuanto a la organización de los servicios de salud, lo que impacta en la atención de los

“Percepciones de personas con Síndrome Obstructivo del Sueño respecto a terapias coadyuvantes activas para la mejora de la calidad del sueño”.

			pacientes y en la implementación de estrategias terapéuticas adecuadas.
--	--	--	--

Título: Quality of life in patients with obstructive sleep apnea: Relationship with daytime sleepiness, sleep quality, depression, and apnea severity			
Autor/es: Lee, W. y col			
Diseño: Estudio observacional/ Encuesta transversal			
UNIDADES DE ANALISIS	DESCRIPCIÓN	CONSTRUCTOS	RESULTADOS
Pacientes adultos diagnosticados con SAOS que fueron evaluados en un laboratorio del sueño. Se analizaron 793 participantes a quienes se le aplicaron cuestionarios estandarizados sobre calidad de vida, somnolencia diurna, calidad del sueño y síntomas depresivos para estudiar su relación con la severidad de la apnea.	Se analiza la relación entre la calidad de vida y diferentes variables clínicas en pacientes con Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño. El estudio evalúa factores como la somnolencia diurna, la calidad de sueño, la presencia de síntomas depresivos y la severidad de la apnea. A través de cuestionarios estandarizados y estudios del sueño se busca comprender cómo	Calidad de vida en pacientes con SAOS, somnolencia diurna, calidad de sueño, síntomas depresivos, severidad de la apnea y variables clínicas y psicológicas que influyen en el bienestar y funcionamiento diario.	Se encontró que la calidad de vida de los pacientes con SAOS se ve afectada principalmente por la somnolencia diurna excesiva, la mala calidad del sueño y la presencia de síntomas depresivos. Estas variables mostraron una relación significativa con los componentes físicos y mentales de la calidad de vida, mientras que la severidad de la apnea presentó una

“Percepciones de personas con Síndrome Obstructivo del Sueño respecto a terapias coadyuvantes activas para la mejora de la calidad del sueño”.

	estos factores influyen en la calidad de vida de los pacientes		asociación más débil. Los resultados sugieren que los factores psicológicos y los síntomas diurnos tienen un mayor impacto en la percepción del bienestar de los pacientes
--	---	--	---

VI.b. Trabajo de campo

A continuación, para realizar su interpretación se separó cada pregunta en particular y se describieron los resultados mediante tablas con proporción, porcentajes y gráficos. Fuente de gráficos: Google Forms.

En relación al sexo de las personas encuestadas; un 68.4% de los encuestado (equivalente a 13 personas) pertenecieron al género masculino; mientras que el 31.6% de los encuestados (equivalente a 6 personas) fueron mujeres.

La primera pregunta del cuestionario realizado, indaga acerca de cómo considera la persona su calidad de sueño. Los resultados fueron los siguientes: un 36.8% de los encuestados (que equivale a 7 personas) mencionó que su calidad de sueño era buena. Un 26.3% de los encuestados (que equivale a 5 personas) respondió que su calidad de sueño la consideró regular. Un 26.3% de los encuestados (que equivale a 5 personas) mencionó que su calidad de sueño es mala. Un 10.5% de los encuestados (que equivale a 2 personas) respondió que no concilia el sueño.

La segunda pregunta del cuestionario consta de dos consignas. La primera hace énfasis en la pregunta de que los despertares nocturnos afectan a las actividades de la vida diaria. Un 100% (que equivale a 19 personas) coincidieron en que los despertares nocturnos afectan sus actividades de la vida diaria.

En relación a la tercera pregunta, asociada a la anterior, en donde la persona tenía la posibilidad de seleccionar más de una opción para mencionar que áreas se veían afectadas por la calidad de sueño. Un 57.9% de los encuestados (equivalente a 11 personas) respondieron alteraciones del estado emocional. Un 52.6% de los encuestados (equivalente a 10 personas) contestó que el área afectada era el trabajo. Un 36.8% de los encuestados (equivalente a 7 personas) ven comprometidas las actividades sociales/recreativas. Un 31.6% de los encuestados (que equivale a 6 personas) influye en la actividad física. Un 21,1% de los encuestados (que equivale a 4 personas) coinciden en que afecta el manejo y las tareas del hogar. Un 10.5% de los encuestados (equivale a 2 personas) también coinciden en que afecta en la resolución de problemas y toma de decisiones así como el viajar. Un 5.3% de los encuestados (equivalente a 1 persona) mencionó que afecta al estudio. Un 5.3% de los encuestados (equivalente a 1 persona) eligió la opción de especificar que se levanta con dolor de cabeza, cansada y le cuesta iniciar la jornada. Un 5.3% de los encuestados (que equivale a 1 persona) eligió

“Percepciones de personas con Síndrome Obstructivo del Sueño respecto a terapias coadyuvantes activas para la mejora de la calidad del sueño”.

especificar que se levanta cansada y le cuesta continuar su día. Un 5.3% de los encuestados (que equivale a 1 persona) consideró relevante especificar que afecta las actividades diarias por el estado de somnolencia que se presenta durante el día. Un 5.3% de los encuestados (equivale a 1 persona) consideró que las opciones nombradas afectan sus actividades de la vida diaria. Y por último, un 5.3% de los encuestados (equivalente a 1 persona) especifica que los ronquidos fuertes hacen que se despierte, presenta sibilancias, agitación al caminar, cansancio diurno, sueño excesivo, cambios de humor, despertares para ir al baño, todo esto considera que no es bueno para la misma al padecer epilepsia y problemas cardiacos.

En caso de responder afirmativamente, indique cuales (seleccione todas las opciones que corresponda)

19 respuestas

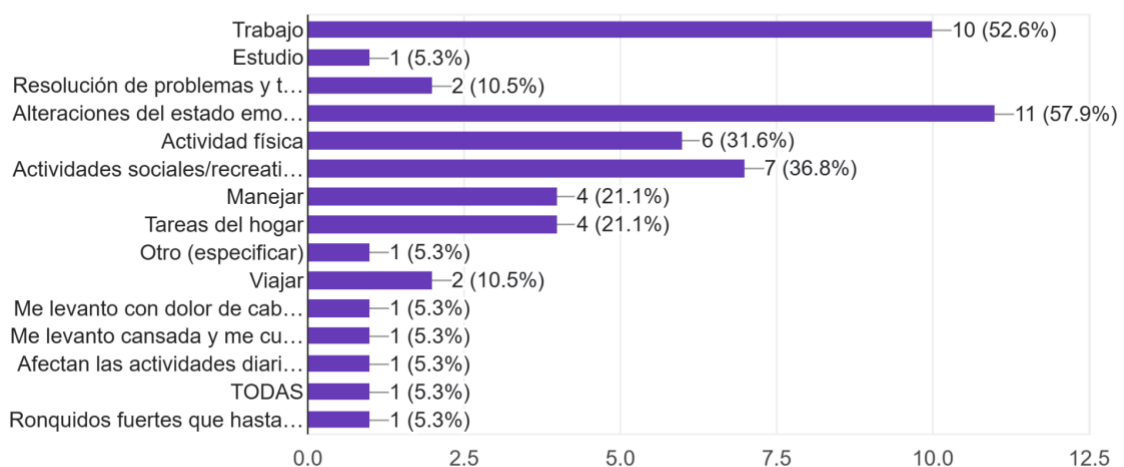


Gráfico 1: Actividades de la vida diaria afectadas por la calidad de sueño

La cuarta pregunta indaga si la persona es usuario del dispositivo CPAP, en donde el 94.7% de los encuestados (equivalente a 18 personas), respondió que si eran usuarios del dispositivo CPAP. Un 5.3% de los encuestados (equivalente a 1 persona) no era usuario del dispositivo CPAP.

En cuanto a la quinta pregunta indaga sobre cómo considera la persona la calidad de sueño posteriormente a recibir tratamiento con CPAP. Un 42.1% de los encuestados (equivalente a 8 personas) consideró buena su calidad de sueño. Un 36.8% de los encuestados (equivalente a 7 personas) consideró regular su calidad de sueño. Un 21.1% de los encuestados (equivalente a 4 personas) consideró muy buena su calidad de sueño.

“Percepciones de personas con Síndrome Obstructivo del Sueño respecto a terapias coadyuvantes activas para la mejora de la calidad del sueño”.

La sexta pregunta del cuestionario buscó averiguar si la persona presenta algún inconveniente al utilizar el dispositivo, en caso de ser usuario/a del CPAP. Un 63.2% de los encuestados (equivalente a 12 personas) respondió afirmativamente y un 36.8% de los encuestados (equivalente a 7 personas) no presentó ningún inconveniente al usar el dispositivo.

En relación a la pregunta siete, los encuestados respondieron de manera personal si presentaban inconvenientes o no al momento de utilizar el CPAP. De los encuestados 5 personas coincidieron en “actualmente tengo problema con la máscara”. De las personas encuestadas 3 coincidieron en “el uso de la mascarilla me lastima la piel...”. Dentro de los encuestados 4 personas manifestaron que “es incómodo para dormir”. De los encuestados 2 personas expresaron tener dificultad con el manejo del dispositivo; “no entiendo cómo manejar el dispositivo”. Dentro de las respuestas obtenidas 2 personas manifestaron “... al viajar se nos dificulta el transporte del dispositivo”. Finalmente 6 personas de las encuestadas manifestaron que no presentaron inconvenientes al momento de utilizar el dispositivo CPAP.

La pregunta ocho exploraba conocer si la persona presento alguna limitación socioeconómica para acceder al dispositivo. Un 73.7% de los encuestados (equivalente a 14 personas) no presentó una limitación socioeconómica, mientras que un 26.3% de los encuestados (equivalente a 5 personas) reconoció presentar dicha limitación.

La pregunta nueve del cuestionario averiguo si el uso del dispositivo representó un problema en su entorno familiar. Un 31.6% de los encuestados (equivalente a 6 personas) expresó que nunca. Un 31.6% de los encuestados (equivalente a 6 personas) expresó algunas veces. Un 21.1% de los encuestados (equivalente a 4 personas) detalló que frecuentemente. Un 15.8% de los encuestados (equivalente a 3 personas) expresó que casi nunca.

La pregunta diez investigó si las personas desde su diagnóstico recibieron intervención de profesionales de la salud, teniendo la opción de elegir más de un ítem. Un 94.7% de los encuestados (equivalente a 18 personas) refirió haber consultado a un médico neumólogo/a. Un 63.2% de los encuestados (equivalente a 12 personas) tuvo intervención de un nutricionista. Un 21.1% de los encuestados (equivalente a 4 personas) intervino un kinesiólogo/a. Un 5.3% de los encuestados (equivalente a 1 persona) consultó a fonoaudiólogo/a. Un 5.3% de los encuestados (equivalente a 1 persona) consultó a un otorrinolaringólogo/a. Cabe señalar que 2 participantes de la encuesta

“Percepciones de personas con Síndrome Obstructivo del Sueño respecto a terapias coadyuvantes activas para la mejora de la calidad del sueño”.

seleccionaron la opción “otro (especificar)” y consignaron “cardiólogo” motivos el cual dicha respuesta se visualiza repetida en la tabla resultados.

Desde el diagnostico, ¿ha recibido intervención de alguno de los siguientes profesionales de la salud? (Seleccione todas las opciones que corresponda)

19 respuestas

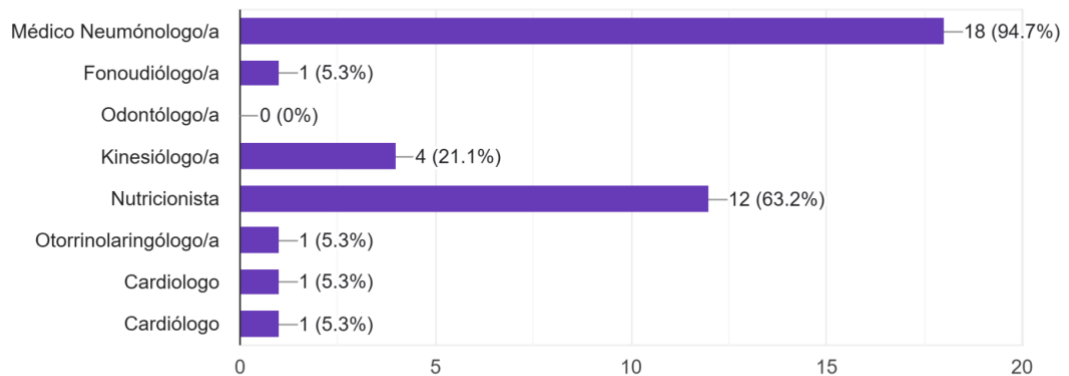


Gráfico 2: Profesionales de la salud que han intervenido en el tratamiento desde su diagnóstico.

La pregunta número once del cuestionario indago qué tratamientos han recibido las personas desde su diagnóstico, en donde, pudieron seleccionar más de una opción. Un 100% de los encuestados (equivalente a 19 personas) recibió tratamiento de CPAP o BIPAP. Un 26.3% de los encuestados (equivalente a 5 personas) recibió tratamiento kinésico. Un 31.6% de los encuestados (equivalente a 6 personas) recibió tratamientos a través de medicamentos. Un 5.3% de los encuestados (equivale a 1 persona) decidió especificar que solo estuvo con pruebas del uso del dispositivo.

¿Qué tratamientos ha recibido desde su diagnóstico? (Seleccione todas las opciones que correspondan)

19 respuestas

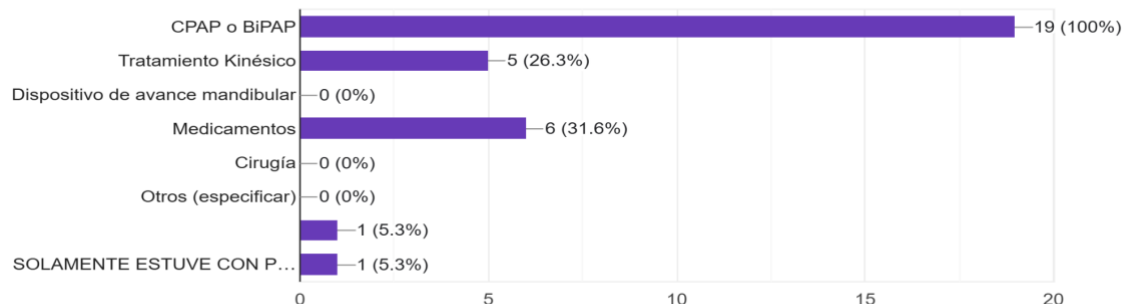


Gráfico 3: Tratamientos recibidos desde su diagnóstico

“Percepciones de personas con Síndrome Obstructivo del Sueño respecto a terapias coadyuvantes activas para la mejora de la calidad del sueño”.

La pregunta número doce explora si la persona considera necesario realizar de forma complementaria un tratamiento kinésico para la enfermedad. Un 47.4% de los encuestados (equivalente a 9 personas) considera que en parte es necesario un tratamiento kinésico. Un 31.6% de los encuestados (equivalente a 6 personas) no lo consideran necesario al tratamiento kinésico y un 21.1% de los encuestados (equivalente a 4 personas) lo consideran totalmente necesario.

La pregunta número trece está asociada a la nombrada anteriormente, en donde, el encuestado en caso de no considerarlo necesario al tratamiento kinésico, debió indicar el motivo. Se encontró que el 52.6% de los encuestados (equivalente a 10 personas) el motivo es la falta de información acerca de los beneficios. Un 26.3% de los encuestados (equivalente a 5 personas) comenta que el motivo fue la falta de accesibilidad a la terapia kinésica. Un 5.3% de los encuestados (equivalente a 1 persona) eligió la opción de especificar que el motivo es que no sabe de qué se trata esa terapia. También un 5.3% de los encuestados (equivalente a 1 persona) eligió especificar que el motivo es que no sabe en qué puede ayudar la kinesiología. Un 5.3% de los encuestados (equivalente a 1 persona) eligió especificar que no es necesario el tratamiento kinésico. Un 5.3% de los encuestados (equivalente a 1 persona) eligió la opción otros, pero no especificó el motivo.

La pregunta catorce indaga si las personas han realizado o realizan las terapias complementarias nombradas en un texto citado dentro del cuestionario. Un 68.4% de los encuestados (equivalente a 13 personas) indicó en su mayoría que no ha realizado o realiza estas terapias complementarias. Un 31.6% de los encuestados (equivalente a 6 personas) refirió que realizó o realiza algunas de las mismas.

La pregunta quince tuvo como fin recolectar información acerca de la experiencia y percepción en caso de que la persona haya realizado algunas de las terapias complementarias. Dentro de los encuestados 4 personas manifestaron su experiencia en que “al hacer sesiones de kinesiología me ayudó a mejorar la respiración”. A partir de las respuesta obtenidas 3 personas manifestaron “la experiencia con el entrenamiento aeróbico ha sido muy buena, mejoro mi salud en general”. En relación a la percepción del estado de ánimo 2 personas coincidieron en su mejora y asociado a la calidad de sueño 1 persona manifestó ser baja, mientras que otras 2 personas advirtieron una satisfacción; “me ayudó a mejorar mi estado físico y eso trajo como consecuencia poder descansar mejor...”.

“Percepciones de personas con Síndrome Obstructivo del Sueño respecto a terapias coadyuvantes activas para la mejora de la calidad del sueño”.

La pregunta dieciséis indaga si la persona considera que el tratamiento kinésico podría mejorar su calidad de sueño, más allá del uso del dispositivo CPAP. En donde el 52.6% de los encuestados (equivalente a 10 personas) sí lo consideran. Un 42.1% de los encuestados (equivalente a 8 personas) contestó que no tienen información suficiente para considerarlo. Un 5.3% de los encuestados (equivalente a 1 persona) considera que no mejoraría su calidad de sueño el tratamiento kinésico.

VII. DISCUSIÓN

Los resultados de esta investigación reflejaron las percepciones de las personas con Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño que participaron en el estudio, sin pretender representar la totalidad de la ciudad de Paraná, Entre Ríos.

El análisis de los resultados obtenidos permitió comprender el impacto que el SAOS ejerce sobre la integridad del sueño y, en consecuencia, sobre las actividades de la vida diaria. En relación a los resultados de la encuesta, los participantes coincidieron en que los despertares nocturnos influyeron en sus AVD. Esto se vincula con lo reportado por Lee et al. (2016) en que en ambos estudios se percibe de manera unánime que la mala calidad de sueño altera la calidad de vida de las personas.

En este sentido, la calidad de vida en el SAOS no se encontró ligada exclusivamente a parámetros respiratorios (habitualmente considerados los principales indicadores clínicos y objetivos para evaluar la enfermedad), sino, a la interrupción de la continuidad del sueño. En la muestra analizada, esto se tradujo en una experiencia de descanso fragmentado que limitó la recuperación física y mental, impactando directamente en el rendimiento diario. En concordancia con estos hallazgos, Lee et al. (2016), mediante parámetros clínicos y herramientas de evaluación objetivas, concluyeron que existe una dimensión mental igual de importante que la física en la alteración de la calidad de sueño y, en consecuencia, de la calidad de vida.

Al profundizar en las áreas de la vida diaria percibidas como más comprometidas, se observó que el mayor impacto se concentra en la dimensión psicoemocional, reportada por el 57,9% de la muestra. Esta prevalencia sugirió que los despertares recurrentes generan una sobrecarga que deteriora el estado anímico, interfiriendo en los procesos de regulación y reparación propios del sueño continuo. A su vez 52,6% de los participantes manifestaron dificultades en el desempeño laboral, vinculando la mala calidad del descanso con una disminución de la productividad y la seguridad en el ámbito profesional. Al mismo tiempo se encontró que el compromiso en las actividades sociales y recreativas (36,8%) indicó que la patología trascendió la salud individual, afectando también la vida social, ya que el cansancio persistente tendió a limitar la participación en eventos de ocio.

En relación con la calidad de sueño y el uso del dispositivo de presión positiva continua de la vía aérea (CPAP), considerado el tratamiento estándar para el SAOS,

los resultados del estudio evidenciaron una mejoría entre “buena” y “regular” posterior a su uso. Esto permitió inferir que el tratamiento con el dispositivo CPAP resulta efectivo, aunque no se traduce en una recuperación óptima del descanso nocturno. Estos hallazgos difieren de lo reportado por Lee et al. (2016), quienes describieron mejoras significativas en el funcionamiento físico, la percepción general de la salud y la participación social tras su uso.

En contraste, los resultados coincidieron con lo planteado por Randerath, W. et al. (2021), quienes señalaron que, si bien el CPAP es el tratamiento de primera línea por su eficacia, su impacto en la práctica clínica suele verse limitado por dificultades en la utilización. Demostrándose así, en la literatura, como en las encuestas, la presencia de limitaciones en el uso del dispositivo vinculadas a factores como la complejidad de su configuración, la incomodidad durante su utilización y los problemas asociados a la mascarilla, los cuales pueden derivar a una irritación cutánea.

La implementación efectiva de un tratamiento para el SAOS, incluyendo tanto el uso del dispositivo CPAP como la incorporación de terapias kinésicas activas, se encontró condicionada por múltiples factores que trascienden lo estrictamente respiratorio.

En cuanto a las limitaciones socioeconómicas respecto a la accesibilidad al tratamiento, la mayoría de los encuestados no reportó limitaciones significativas en este aspecto. Este hallazgo difiere de lo encontrado a través del artículo de Noriega-Aguirre, L. et al. (2024) donde señalaron que independientemente de la eficacia del tratamiento existen importantes barreras estructurales asociadas a la cobertura financiera del tratamiento y a la disponibilidad de unidades de sueño para un diagnóstico efectivo en Latinoamérica. La discrepancia entre ambos resultados se explicó a raíz de las características específicas de la población estudiada en el trabajo de campo, en donde se vinculó la presencia de cobertura de salud (obra social o sistema privado) que facilita el acceso al dispositivo, así como también por el tamaño y tipo de muestra. Así mismo, no pudo descartarse que aquellas personas que lograron acceder al tratamiento representan un subgrupo con menor exposición a barreras estructurales, quedando subrepresentadas las personas con mayores dificultades de acceso. En este marco, los resultados obtenidos no necesariamente contradicen la evidencia existente, sino que dejan en evidencia la heterogeneidad en el acceso al dispositivo CPAP y a los tratamientos complementarios dentro de los distintos contextos del sistema de salud.

Más allá del factor económico, el entorno familiar del individuo jugó un papel indiferente en la continuidad del tratamiento. Los resultados de la encuesta revelaron una marcada variabilidad en cuanto a cómo el uso del dispositivo impacta en el entorno familiar, donde se mantuvieron divididos equitativamente, sin observarse una tendencia marcada entre las opciones. A partir de ello, no fue posible concluir fehacientemente como factor determinante para la adherencia terapéutica esta variable evaluada.

Por otro lado, la experiencia en los tratamientos de las personas con SAOS reveló una marcada jerarquización en el modelo médico y en el uso del dispositivo CPAP, dejando en un plano secundario a las intervenciones kinésicas. En el presente estudio, se observó un claro predominio de la consulta con el neumónologo (94.7%), lo cual resultó esperable considerando su rol central en el diagnóstico y manejo de la patología. En segundo lugar, se destacó la intervención del nutricionista (63.2%), hallazgo que se encontró en relación con lo planteado por Randerath, W et al. (2021) quienes sostuvieron que las medidas generales como la reducción de peso y la modificación de hábitos constituyen un pilar fundamental e independiente del tratamiento. Asimismo, la presencia de consultas con cardiología reportada por los participantes podría explicarse por la estrecha asociación del SAOS con comorbilidades cardiovasculares.

Esta desigualdad se reflejó en las modalidades de tratamientos recibidos, donde el 100% de los encuestados utiliza CPAP o BIPAP, mientras que la intervención kinésica solo alcanzó al 26.3% de la muestra. Al indagar sobre su necesidad, las respuestas se distribuyeron de forma heterogénea: un 47.4% lo consideraba “parcialmente necesario”, frente a un 31.6% que coincidieron que: “no lo considero necesario”. Esta diferencia en las percepciones demostró así que la razón para no optar por la kinesiología como parte de los tratamientos frecuentes de las personas con SAOS, es la falta de difusión de información de su rol y su eficacia en esta patología.

Estos resultados contrastan con la evidencia presentada por Otto-Yañez et al. (2025), quienes destacaron el rol fundamental del kinesiólogo en la optimización del CPAP mediante el ajuste del dispositivo, la mejora de la adherencia y también en la implementación de terapias coadyuvantes que optimizan la arquitectura del sueño. Dentro de los encuestados, se identificó una predisposición positiva latente, ya que el 52.6% de los encuestados consideraba que el tratamiento kinésico podría mejorar su calidad de sueño más allá del uso del dispositivo. Esta percepción coincidió con lo

“Percepciones de personas con Síndrome Obstructivo del Sueño respecto a terapias coadyuvantes activas para la mejora de la calidad del sueño”.

señalado por Randerath, W et al. (2021) quienes mencionaron cómo el entrenamiento físico y las terapias activas reducen la severidad de la apnea independientemente del cumplimiento del CPAP, impactando positivamente en el estado de ánimo y la salud general.

VIII. LIMITACIONES

Si bien el presente trabajo aportó información valiosa sobre la percepción de los pacientes con SAOS, es necesario reconocer ciertas limitaciones que deben considerarse al interpretar los resultados:

-Alcance y representatividad de la muestra: el tamaño de la muestra y el muestreo por conveniencia limitaron la posibilidad de generalizar los resultados a la totalidad de la población con SAOS en la ciudad de Paraná o en la provincia de Entre Ríos. Los hallazgos representaron la vivencia de un grupo específico y no pretendieron ser de validez universal.

-Recolección de los resultados: al basarse en un cuestionario autoinformado, los resultados están sujetos a la subjetividad de los participantes. Existe la posibilidad de un sesgo de interpretación y/o honestidad en las respuestas, especialmente en lo referido a la adherencia como experiencia asociada a los tratamientos y la percepción del entorno familiar.

-Sesgo de selección y acceso al sistema de salud: la selección de muestreo por conveniencia llevó a que en su mayoría cuenten con cobertura de salud (obra social o sistema privado), lo que facilitó su acceso al diagnóstico y al dispositivo CPAP. En consecuencia, las percepciones de personas en situación de vulnerabilidad socioeconómica o con mayores barreras de acceso al sistema público de salud podrían estar subrepresentadas en esta investigación.

IX. CONCLUSIÓN

El presente estudio permitió explorar las percepciones de las personas con SAOS de la ciudad de Paraná, Entre Ríos, en relación con las terapias coadyuvantes activas, aportando una mirada centrada en la experiencia subjetiva de las personas con esta enfermedad.

En relación con la valoración subjetiva de los pacientes sobre la necesidad de tratamiento kinésico, se concluyó que existe una falta de información que condiciona la consulta al área de la kinesiología. A pesar de que los resultados reflejaron una actitud receptiva, la mayoría de las personas encuestadas percibió la necesidad de terapias coadyuvantes activas solo de forma parcial; este hallazgo se vinculó directamente con un profundo desconocimiento sobre las competencias específicas del área en el abordaje del SAOS.

No obstante, se identificó una actitud favorable, fundamentada en la creencia de que la kinesiología podría ofrecer beneficios adicionales a los alcanzados con el uso del dispositivo CPAP. En este sentido, la percepción de necesidad no está determinada por la gravedad de la patología, sino por la falta de acceso a información por parte del sistema de salud, que clarifique el rol del profesional del Lic en Kinesiología y Fisiatría como profesional capacitado en la rehabilitación respiratoria y en la educación del paciente, tanto en la configuración del dispositivo como en la oferta de alternativas terapéuticas.

En cuanto a las limitaciones detectadas para la ejecución de un abordaje kinésico activo, se determinó, que los condicionantes del entorno familiar y la carencia de alfabetización sanitaria prevalecen sobre las limitaciones de índole económica. El acceso al dispositivo CPAP se encontró garantizado en la población estudiada, y la implementación de terapias coadyuvantes activas, se vió obstaculizada por factores intrínsecos que emergieron a partir de la falta de comprensión sobre los beneficios de la rehabilitación kinésica, lo que repercutió negativamente en la adherencia a las mismas.

En consecuencia, el éxito de estas intervenciones va a depender de la voluntad del paciente, de la contención por parte del entorno y de la eliminación de los vacíos de información que impiden reconocer a esta área como una opción viable y accesible para la resolución de los signos y síntomas de la patología.

“Percepciones de personas con Síndrome Obstructivo del Sueño respecto a terapias coadyuvantes activas para la mejora de la calidad del sueño”.

Por otra parte, en relación con la caracterización de las opciones de tratamiento recibidas, se evidenció una marcada unidireccionalidad en el tratamiento, centrada casi exclusivamente en la atención y diagnóstico por parte del médico neumonólogo, junto con la indicación del uso del dispositivo CPAP, lo que consolida a esta intervención como una modalidad terapéutica central tras el diagnóstico.

Sin embargo, se observó una significativa brecha respecto a la participación de otras áreas de la salud. En particular, la intervención de la kinesiología es reportada por una minoría, lo que evidenció que el abordaje actual está predominantemente centrado en la gestión sintomática de la obstrucción respiratoria, pero es insuficiente en la integración de terapias coadyuvantes activas. Esta disparidad sugirió, que el sistema de salud prioriza la resolución del evento respiratorio por sobre una rehabilitación integral y multidisciplinaria en la cual se debería incluir, además, la higiene del sueño y la rehabilitación respiratoria.

En términos generales, el impacto del SAOS sobre la calidad de sueño y las AVD, permitió inferir que la patología altera la arquitectura del sueño, lo que va a repercutir de manera directa en la funcionalidad diaria. En este marco, la percepción unánime por parte de los pacientes sobre los despertares nocturnos, confirmó que la fragmentación del sueño es la variable que más vulnera la calidad de vida. Asimismo, este fenómeno trascendió el cansancio físico, evidenciándose con mayor intensidad en la dimensión psicoemocional y en el desempeño laboral, donde los pacientes reportaron una disminución crítica de su rendimiento y bienestar anímico.

En definitiva, se estableció que el impacto de la enfermedad no es meramente respiratorio, sino que actúa como un condicionante de la salud integral, limitando la participación social y la capacidad de recuperación mental necesaria para el desarrollo de una vida independiente productiva.

Finalmente, esta investigación permitió concluir que las percepciones de las personas con SAOS respecto a las terapias coadyuvantes activas se encuentran en una etapa de transición y apertura. Si bien el modelo de atención actual está fuertemente centrado en el uso del dispositivo tecnológico, se evidenció una predisposición favorable hacia la incorporación de la kinesiología condicionada principalmente a la superación de las barreras informativas detectadas.

Por ello, la presente tesina reafirmó la importancia de integrar al kinesiólogo de manera temprana y protagónica en el equipo interdisciplinario. Resultará fundamental

“Percepciones de personas con Síndrome Obstructivo del Sueño respecto a terapias coadyuvantes activas para la mejora de la calidad del sueño”.

fortalecer las estrategias de educación, tanto en la utilización del dispositivo como así también en el manejo integral de la patología.

Solo a través de este cambio de paradigma será posible transformar la experiencia del paciente, favoreciendo el pasaje desde el desconocimiento hacia una participación activa en la recuperación de la salud y la mejora sostenida de la calidad de sueño. A su vez, se destacó la importancia de tener en cuenta la dimensión psicoemocional al mismo nivel que la dimensión clínica en el diagnóstico y tratamiento de la patología.

X. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1- Merriam-Webster Medical Dictionary. Obstructive Sleep Apnea. [Libro en Internet]. New Edition. Springfield, MA: Merriam- Webster, Incorporated; 2016 [citado 16 de agosto del 2025]. Disponible en: <https://www.merriam-webster.com/medical/obstructive%20sleep%20apnea>
- 2- Jennifer M. Slowik; Abdulghani Sankari; Jacob F. Collen. Obstructive Sleep Apnea [Libro de Internet]. New Edition. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [citado 16 de agosto del 2025]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459252/>
- 3- Jordan A, White D. Pharyngeal motor control and the pathogenesis of obstructive sleep apnea. Respir Physiol Neurobio. [Internet]. 2008 [citado 16 de agosto del 2025]; 160 (1): 1-7. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2705920/>
- 4- Spicuzza L., Caruso D., Di Maria G. Obstructive sleep apnea syndrome and its management. Ther Adv Chronic Dis [Internet]. 2015 [citado el 16 de agosto del 2025]; 6(5):273–285. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4549693/>
- 5- Polkey M. Sleep Apnea [Libro en Internet]. Chicago, Illinios, Estados Unidos: The Editors of Encyclopaedia Britannica; 2025 [citado 1 de octubre del 2025]. Disponible en: <https://www.britannica.com/science/sleep-apnea>
- 6- H. Chaplin, K. Ward. How many hours per night is enough? A systematic review to identify optimal hours of CPAP therapy use for sleep apnea. Health Sci Rev. (Health Sciences Review) [Internet]. 2022 [citado el 31 de octubre del 2025]; 5:100061. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2772632022000459>
- 7- Pataka A, Chrysovalantis Kotoulas S, Panagiotis Gavriliis R, Karkala A, Tzinas A, Stefanidou A. Adherence to CPAP Treatment: Can Mindfulness Play a Role. Life [Internet]. 2023 [citado el 31 de octubre del 2025]; 13(2):296. Disponible en: https://www.mdpi.com/2075-1729/13/2/296?utm_source.com
- 8- Brian W. Rotenberg; Murariu D; Kenny P. Pang. Trends in CPAP adherence over twenty years of data collection: a flattened curve. J Otolaryngol – Head Neck Surg. (Journal of Otolaryngology - Head & Neck Surgery) [Internet]. 2016 [citado el 31 de octubre del 2025]; 45 (1):43. Disponible

“Percepciones de personas con Síndrome Obstructivo del Sueño respecto a terapias coadyuvantes activas para la mejora de la calidad del sueño”.

en:https://journals.sagepub.com/doi/10.1186/s40463-016-0156-0?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed

9- Karuga F, Kaczmariski P, Bialasiewicz P, Szmyd B, Jaromirska J, Grzybowski F, et al. REM-OSA as a Tool to Understand Both the Architecture of Sleep and Pathogenesis of Sleep Apnea - Literature Review. J Clin Med [Internet]. 2023 [citado el 19 de enero del 2026]; 12(18):5907. Disponible en: https://www.mdpi.com/2077-0383/12/18/5907#Sleep_Architecture%20me%20harias%20un%20resumen%20con%20las%20caracteristicas%20para%20realizar%20una%20definicion%20de%20NREM%20y%20REM

10- Campos-Rodriguez F, Asuero Llanes A, Pacheco Carrillo I. Apnea Obstructiva del Sueño. En: Soto Campos Gregorio J. Manual de diagnóstico y terapéutica en Neumología. 4ª Edición. Sevilla: ERGON; 2022. p.429-438. Disponible en: https://www.neumosur.net/files/publicaciones/manual_4_edicion/35-Apnea_obstructiva_del_sueno.pdf

11- Nara-Sauceda J, Moreno- Pacheco M, Patiño-García J. Obstructive sleep apnea in cardiology clinical practice. Epidemiology, diagnosis and treatment. Observational, cross- sectional, and retrospective study. Arch Cardiol Mex [Internet]. 2024 [citado el 19 de enero del 2026]; 94(2): 141-150. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-99402024000200141&lang=es

12- Nogueira F, Borsini E, Cambursano H, Smurra M, Dibur E, Franceschin C, et al. Guías prácticas de diagnóstico y tratamiento del síndrome de apnea e hipopneas obstructivas del sueño. Rev Am Med Respir. [Internet]. 2019. [citado el 21 de enero del 2026]; 19 (1). Disponible en https://www.aamr.org.ar/biblioteca/consensos/guias_sueno_aamr_2018-2019.pdf

13- Roncero A, Castro S, Herrero J, Romero S, Caballero C y Rodríguez P. Obstructive Sleep Apnea. Open Respir Arch. [Internet]. 2022. [citado el 21 de enero del 2026]; 4 (3): 100185. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10369596/#:~:text=Sí.%20La%20presencia%20de%20apnea%20del%20sueño,los%20mismos%20si%20no%20se%20trata%2025>

14- Sánchez Armengol A, Carmona Bernal C, Benito Zorrero E, Marín Romero S. Polisomnografía, poligrafía, métodos abreviados de diagnóstico, oximetría. Requisitos e interpretación de resultados. En: Gregorio Soto Campos J. Manual de diagnóstico y terapéutica en Neumología. 4ª ed. Sevilla: ERGON; 2022. p.179-188. Disponible en: https://www.neumosur.net/files/publicaciones/manual_4_edicion/14-Polisomnografia_poligrafia_metodos_abreviados_de_diagnostico_oximetria-.pdf

15- Fabbri M, Beracci A, Martoni M, Meneo D, Tonetti L y Natale V. Measuring Subjective Sleep Quality: A Review. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2021 [citado el 26 de enero del 2026]; 18(3):1082. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/3/1082>

16- Boyes J, Drakots P, Jarrold I, Smith J, Streier J. The use of an online Epworth Sleepiness Scale to assess excessive daytime sleepiness. Sleep Breath. [Internet]. 2017. [citado el 26 de enero del 2026]; 21:333-340. Disponible en: https://link-springer-com.translate.goog/article/10.1007/s11325-016-1417-x?error=cookies_not_supported&code=e0b0850c-f8ff-4d6f-bd5c-3dbc20b2b5b9&x_tr_sl=en&x_tr_tl=es&x_tr_hl=es&x_tr_pto=sqe

17- Castellanos C, Gina L, Matiz I, Tatiana L, Bastidas G, Alirio R, et al. Calidad de vida con el síndrome de apnea - hipoapnea del sueño. Univ Med. [Internet]. 2018. [citado el 30 de enero del 2026]; 59 (2). Disponible en <https://www.redalyc.org/journal/2310/231054933004/231054933004.pdf>

18- Tanellari O, Koci B, Baruti Papa E, Balcos C, Armencia AO, Panaite T, et al. Study on Quality of Life of Patients with Obstructive Sleep Apnea - Pilot Study. Medicina (Kaunas). [Internet]. 2025. [citado el 30 de enero del 2026]; 61 (7): 1234. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1648-9144/61/7/1234>

19- Noguiera Juan F, Borsini E, Nigro C. Estrategias para mejorar la adaptación al tratamiento con CPAP en pacientes con SAHOS. Revista americana de medicina respiratoria [Internet]. 2016 [citado el 3 de febrero del 2026]; 16 (4): 365-377. Disponible en: https://www.scielo.org/ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-236X2016000400010

“Percepciones de personas con Síndrome Obstructivo del Sueño respecto a terapias coadyuvantes activas para la mejora de la calidad del sueño”.

20- De Felicio CM, da Silva Dias FV, Trawitzki LVV. Obstructive sleep apnea: focus on myofunctional therapy. Nat Sci Sleep. [Internet].2018. [citado el 7 de febrero del 2026]; 10: 271-286. Disponible en: https://pmc-ncbi-nlm-nih.gov.translate.goog/articles/PMC6132228/?x_tr_sl=en&x_tr_tl=es&x_tr_hl=es&x_tr_pto=sge

21- Pavez Axel R, Ana Karina Salazar C, Felipe Bravo. Terapia miofuncional en síndrome de apnea obstructiva del sueño (AOS): revisión de la literatura.Rev.chil. enferm.respir [Internet]. 2022 [citado el 7 de febrero del 2026]; 38(4):234-245.Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73482022000400234&lng=en&nrm=iso&tlng=en

22- Peng Jiale,Yuan Yuling, Zhao Yuanhui, Ren Hong. Effects of Exercise on patients with obstructive sleep apnea: a Systematic Review and Meta-Analysis. Int. J. Environ. Res. Public Health [Internet]. 2022 [citado el 8 de febrero del 2026]; 19(17):10845. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9518429>

23- Majd Alnawwar A, Meiral Alraddadi L, Rafaa Algethmi A, Gufran Salem A, Mohammed Salem A, Abeer Alharbi A. The Effect of Physical Activity on Sleep Quality and Sleep Disorder: A Systematic Review.Cureus [Internet]. 2023 [citado el 8 de febrero del 2026]; 15(8): 43595. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10503965/>

24- Javid Ahmad D, Aqsa M,Jamal Ali M. Effects of inspiratory muscle training in patients with obstructive sleep apnoea síndrome: A Systematic Review and Meta-analysis. Sleep Science [Internet]. 2022 [citado el 11 de febrero del 2026]; 15(4): 480-489. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9670769/>

25- Torres Castro R, Solís Navarro L, Puppo H, Alcaraz Serrano V, Vasconcello Castillo L, Vilaró J, et al. Respiratory Muscle Training in Patients with Obstructive Sleep Apnoea: A Systematic Review and Meta-Analysis. Clocks and Sleep [Internet]. 2022 [citado el 11 de febrero del 2026]; 4(2): 219-229. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2624-5175/4/2/20>

26- Mingfeng W, Xiaoming Yin, Yuming L, Cunyun Z, Xiaofei Z, Xiaochun J, et al. Comparative efficacy of electrical stimulation therapies for obstructive sleep apnea: A network meta-analysis of randomized controlled trials. Medicine (Baltimore) [Internet].

“Percepciones de personas con Síndrome Obstructivo del Sueño respecto a terapias coadyuvantes activas para la mejora de la calidad del sueño”.

2025 [citado el 12 de febrero del 2026]; 104(35): 44103. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12401310/>

27- Murillo Arribas C, Guallart Huertas M, Gaspar Pérez J, Charlam Burdzy M, Rivero Grimán M, Castejón Huynh P. Uso de dispositivos nocturnos de terapia posicional en apnea obstructiva del sueño posicional grave. Revista Sanitaria de Investigación [Internet]. 2025 [citado el 14 de febrero del 2026]; 6(6). doi:10.34896/RSI.2025.66.92.001. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/uso-de-dispositivos-nocturnos-de-terapia-posicional-en-apnea-obstructiva-del-sueno-posicional-grave/>

28- Di Tullio F, Borsini E. Síndrome de apneas e hipopneas obstructivas del sueño posicional. Revista Americana de Medicina Respiratoria [Internet]. 2020 [citado el 14 de febrero del 2026]; 20(3): 183-190. Disponible en: https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-236X2020000300010

29- Randerath W, Verbraecken J, Crhistel de Raaff A.L, Hedner J, Herkenrath S, Hohenhorst W, Jakob T, et al. European Respiratory Society guideline on non-CPAP therapies for obstructive sleep apnoea. European Respiratory Review [Internet]. 2021 [citado el 20 de febrero del 2026]; 30(162): 210-200. Disponible en: <https://publications.ersnet.org/content/errev/30/162/210200>

30- Wonhee L, Sang-Ahm L, Han Uk R, Yoo-Sam C, Woo Sung K. Quality of life in patients with obstructive sleep apnea: Relationship with daytime sleepiness, sleep quality, depression and apnea severity. Chronic Respiratory Disease [Internet]. 2016 [citado el 25 de febrero del 2026]; 13(1): 33-39. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1479972315606312>

31- Noriega-Aguirre L, Maria Franceschini C, Alonso de Rodríguez Mercedes A, Plutarco Arias A, Blanquicett-Barrios L, Byrne Pablo J, et al. Cobertura para el diagnóstico y tratamiento de la apnea obstructiva del sueño en Latinoamérica: reporte del Foro Latinoamericano de Sociedades Respiratorias. Respirar [Internet]. 2024 [citado el 6 de marzo del 2026]; 16(3): 263-270. Disponible en: <https://respirar.alatorax.org/index.php/respirar/article/view/197>

32- Otto-Yáñez M, Torres-Castro R, Vasconcelos-Castillo L, Rosales-Fuentes J, Figueroa Fuentes F, Blanco M, Ribeiro D, et al. Rol del Kinesiólogo en los Trastornos

“Percepciones de personas con Síndrome Obstructivo del Sueño respecto a terapias coadyuvantes activas para la mejora de la calidad del sueño”.

Respiratorios del Sueño. Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias [Internet]. 2025 [citado el 10 de marzo del 2026]; 41(3). Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/395802565_Rol_del_Kinesiologo_en_los_Tra stornos_Respiratorios_del_Sueno](https://www.researchgate.net/publication/395802565_Rol_del_Kinesiologo_en_los_Tra_stornos_Respiratorios_del_Sueno)

XI. ANEXOS

XI.a. Modelo de encuesta a los pacientes

Introducción y objetivo: La siguiente encuesta se realizará con el fin de obtener información útil para la investigación de nuestra tesina. No le llevará más de 10/15 minutos responderla. Todas sus respuestas son anónimas y no existen respuestas correctas ni incorrectas.

Instrucciones: Tómese el tiempo que considere necesario para contestar las siguientes preguntas e intente hacerlo con total sinceridad. Si no comprende o no puede responder alguna pregunta comuníquese al siguiente correo: martinareynoso2001@gmail.com para resolver tus dudas.

Identificación del encuestado/a:

-Correo electrónico:

-Edad:

-Sexo:

- Masculino
- Femenino
- Prefiero no responder
- Otros:

Preguntas:

1- ¿Cómo considera usted su calidad de sueño?

- Muy buena
 - Buena
 - Regular
 - Mala
 - No concilio el sueño
-

“Percepciones de personas con Síndrome Obstructivo del Sueño respecto a terapias coadyuvantes activas para la mejora de la calidad del sueño”.

2- Con respecto a su calidad de sueño, ¿considera que los despertares nocturnos afectan sus actividades de la vida diaria?

- Si
 - No
-

3- En caso de responder afirmativamente, indique cuáles: (Seleccione todas las opciones que correspondan)

- Trabajo
 - Estudio
 - Resolución de problemas y toma de decisiones
 - Alteraciones del estado emocional
 - Actividad física
 - Actividades sociales/recreativas
 - Manejar
 - Tareas del hogar
 - Otro (especificar):
-

4- ¿Es usted usuario/a del dispositivo CPAP?

- Si
 - No
-

5- ¿Cómo considera usted su calidad de sueño luego de recibir tratamiento con CPAP?

- Muy buena
- Buena
- Regular

“Percepciones de personas con Síndrome Obstructivo del Sueño respecto a terapias coadyuvantes activas para la mejora de la calidad del sueño”.

- Mala
 - No concilio el sueño
-

6- En caso de ser usuario/a de CPAP, ¿presenta usted algún inconveniente al utilizarlo?

- Sí
 - No
-

7- En caso de responder afirmativamente, comente el motivo:

.....

8- Para acceder al dispositivo, ¿presentó usted alguna limitación socioeconómica?

- Si
 - No
-

9- En su vida cotidiana, ¿representa para usted un problema el uso del dispositivo en su entorno familiar?

- Siempre
 - Frecuentemente
 - Algunas veces
 - Casi nunca
 - Nunca
-

10- Desde el diagnóstico, ¿ha recibido intervención de alguno de los siguientes profesionales de la salud?: (Seleccione todas las opciones que correspondan)

“Percepciones de personas con Síndrome Obstructivo del Sueño respecto a terapias coadyuvantes activas para la mejora de la calidad del sueño”.

- Médico Neumólogo/a
 - Fonoaudiólogo/a
 - Odontólogo/a
 - Kinesiólogo/a
 - Nutricionista
 - Otorrinolaringólogo/a
 - Otros:
-

11- ¿Qué tratamientos ha recibido desde su diagnóstico? (Seleccione todas las opciones que correspondan)

- CPAP o BiPAP
 - Tratamiento kinésico
 - Dispositivo de avance mandibular
 - Medicamentos
 - Cirugía
 - Otro (especificar):
-

12- ¿Considera necesario realizar de forma complementaria, un tratamiento kinésico para la enfermedad?

- Sí, totalmente necesario
 - Sí, en parte necesario
 - No lo considero necesario
-

13- Si considera que no es necesario, indique el motivo:

- Falta de información acerca de los beneficios
- Falta de accesibilidad a la terapia kinésica

“Percepciones de personas con Síndrome Obstructivo del Sueño respecto a terapias coadyuvantes activas para la mejora de la calidad del sueño”.

- Otro (especifique):
-

Desde el área de la kinesiología existen las siguientes opciones de tratamientos complementarios al uso de CPAP para mejorar la calidad de sueño e índice de apnea-hipopnea:

- Terapia miofuncional
 - Estimulación del nervio hipogloso
 - Entrenamiento de los músculos inspiratorios
 - Entrenamiento de la resistencia aeróbica
 - Terapia posicional
 - Educación al usuario del CPAP para el seteo y uso de interfaces adecuadas
-

14- ¿Realiza o ha realizado alguna de estas terapias complementarias durante su tratamiento?

- Sí
 - No
-

15- En caso de responder afirmativamente, comente su experiencia y percepción (en cuanto a la calidad del sueño, estado de ánimo y motivación en las actividades de la vida diaria):

16- ¿Considera usted que el tratamiento kinésico podría mejorar su calidad de sueño más allá del uso del CPAP?

- Si
- No
- No tengo información suficiente

“Percepciones de personas con Síndrome Obstructivo del Sueño respecto a terapias coadyuvantes activas para la mejora de la calidad del sueño”.

Agradecimiento final

Muchas gracias por invertir su tiempo en responder esta encuesta cerrada y virtual, la cual nos permitirá continuar con la investigación que forma parte del proceso para acceder al título de grado de Lic. En Kinesiología y Fisiatría.

Ante cualquier duda, quedamos a su disposición.

XI.b. DOCUMENTACIÓN DEL PROCESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Información para el paciente:

Título del trabajo: “Percepciones de personas con Síndrome Obstructivo del Sueño respecto a terapias coadyuvantes activas para la mejora de la calidad del sueño”.

Autores: Reynoso Martina y Tamaño Sofía.

Profesional responsable: Carrizo Micaela Lucia, Lic. en Kinesiología y fisiatría MAT 1473, Mg en kinesiología y fisiatría cardiorrespiratoria.

Se le invita a participar en el estudio titulado “Percepciones de personas con Síndrome Obstructivo del Sueño respecto a terapias coadyuvantes activas para la mejora de la calidad del sueño”, a realizarse en la ciudad de Paraná, Entre Ríos.

El objetivo de esta investigación es analizar las percepciones de las personas con SAOS sobre las terapias coadyuvantes activas utilizadas para mejorar la calidad del sueño.

Como parte del estudio, se le solicitará responder una encuesta cerrada y anónima a través de un formulario de Google. Este estudio no implica riesgos ni molestias para usted. Su participación es voluntaria; tiene el derecho de no responder la encuesta, retirarse de la investigación en cualquier momento o solicitar que sus respuestas no sean incluidas, sin que esto implique ningún perjuicio.

La información recolectada será tratada de manera estrictamente confidencial y se utilizará únicamente con fines académicos, en función de los objetivos del trabajo. Los resultados serán presentados de forma general y estadística, sin incluir datos personales que permitan su identificación.

“Percepciones de personas con Síndrome Obstructivo del Sueño respecto a terapias coadyuvantes activas para la mejora de la calidad del sueño”.

Los hallazgos obtenidos podrán ser presentados en congresos y/o publicaciones científicas, garantizando siempre la preservación de su identidad y privacidad.

Yo declaro que se me ha informado y explicado en qué consiste mi participación en el estudio titulado “Percepciones de personas con Síndrome de Apnea Obstruktiva del Sueño respecto a terapias coadyuvantes activas para la mejora de la calidad del sueño”, el cual consistirá en responder una encuesta cerrada y virtual destinada a aportar información a una investigación académica realizada por estudiantes de la carrera Kinesiología y Fisiatría de la Universidad del Gran Rosario.

Las investigadoras responsables del estudio, Reynoso Martina y Tamaño Sofía, se han comprometido a responder o aclarar cualquier duda que pudiera surgir respecto a los procedimientos y al manejo de la información proporcionada.

En caso de que los resultados sean presentados ante el público (en publicaciones, congresos u otras presentaciones), se solicitará previamente mi autorización expresa.

Por consiguiente, como participante acepto la invitación de forma libre y voluntaria y declaro estar informado/a de que los resultados de esta investigación formarán parte de un informe final académico.

He leído este documento y acepto participar en este estudio bajo las condiciones antes detalladas.

Firma del consentimiento (Seleccionar opción):

- Acepto formar parte de la investigación según las bases y condiciones propuestas.
- No acepto formar parte de la investigación según las bases y condiciones propuestas.