

EDITORIAL

Rol de la kinesiología en el abordaje de la apnea obstructiva del sueño

[The role of respiratory therapy in the approach to obstructive sleep apnea]

Verónica Jaritos^{1,2*}, Mercedes Garello^{3,4}

El descanso y bienestar del individuo dependen en gran medida de un comportamiento fisiológico vital conocido como sueño. A pesar de su importancia, los trastornos del sueño continúan siendo una condición frecuente, pero a menudo subdiagnosticada. Se estima que alrededor del 30% de la población experimenta algún tipo de trastorno del sueño. Aunque a lo largo de los años se ha prestado atención a estos trastornos, aún queda mucho por hacer en términos de reconocimiento y diagnóstico.¹

La tercera edición de la Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño (*ICSD-3*, por sus siglas en inglés) describe más de ochenta trastornos del sueño, los cuales se encuentran divididos en seis categorías principales: insomnio, trastornos respiratorios del sueño, trastornos centrales de hipersomnolencia, trastornos del ritmo circadiano del sueño-vigilia, parasomnias y trastornos del movimiento relacionados con el sueño.²

La apnea obstructiva del sueño (AOS) se caracteriza por la ocurrencia recurrente de interrupciones en el flujo de aire durante el sueño debido al colapso de la vía aérea superior, lo que conduce a una reducción en los niveles de oxígeno y a episodios de microdespertar.³

La AOS no tratada se asocia con diversos efectos negativos. Estos incluyen excesiva somnolencia diurna, complicaciones cardiovasculares y cerebrovasculares a largo plazo, disminución en la calidad de vida y tasas elevadas de mortalidad.⁴

A pesar de existir una amplia variedad en resultados epidemiológicos acerca de la cantidad de pacientes que padecen AOS, se considera que su prevalencia en la población general es de 3,1% a 7,5% en hombres⁵⁻⁶ y 1,2% a 4,5% en mujeres premenopáusicas, equiparando los porcentajes en postmenopáusicas.⁷⁻⁸

Dado que la AOS es una enfermedad de alta prevalencia que se asocia con varias comorbilidades, es crucial que su enfoque sea multidisciplinario. Por lo tanto,

Palabras clave: modalidades de fisioterapia, apnea obstructiva del sueño, síndrome de apnea obstructiva del sueño, presión positiva continua en las vías respiratorias, cumplimiento y adherencia al tratamiento.

Keywords: physical therapy modalities, sleep apnea obstructive, obstructive sleep apnea syndrome, continuous positive airway pressure, treatment adherence and compliance.

* **Correspondencia:** veronica.jaritos@gmail.com

¹ Laboratorio Medicina del Sueño. Centro ROSSI. CABA. Argentina.

² Departamento de Kinesiología. McMaster University. Hamilton. Ontario. Canadá.

³ Fellowship Medicina del Sueño. Hospital de Clínicas José de San Martín (UBA). CABA. Argentina.

⁴ UCI Sanatorio La Trinidad Mitre. CABA. Argentina.

Fuentes de financiamiento: Las autoras declaran no tener ninguna afiliación financiera ni participación en ninguna organización comercial que tenga un interés financiero directo en cualquier asunto incluido en este manuscrito.

Conflicto de intereses: Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses.

se recomienda que las unidades de sueño cuenten con un equipo compuesto por médicos/as neumonólogos/as, médicos/as neurólogos/as, psicólogos/as y kinesiólogos/as del área respiratoria.⁹

En la práctica habitual, los pacientes son remitidos para ser evaluados a las unidades de sueño por diversas especialidades médicas, como clínica médica, cardiología, otorrinolaringología, neumonología, neurología, psiquiatría, entre otras. Los motivos de consulta son diversos, pero la mayoría busca atención debido a síntomas, tales como despertares por ahogos, ronquido intenso y somnolencia diurna. Estos motivos pueden ser referidos tanto por el paciente como por terceros, muchas veces, un/a compañero/a de cuarto.

Durante la consulta con el/la especialista, los/las profesionales del equipo llevan a cabo una entrevista exhaustiva enfocada en identificar trastornos del sueño, factores de riesgo y hábitos de sueño. Además, se determina la necesidad del estudio diagnóstico que se debe realizar. Entre los estudios más frecuentes se encuentran la poligrafía respiratoria y la polisomnografía nocturna. De acuerdo con los resultados obtenidos, se realizará un segundo estudio para la titulación de presión positiva continua en la vía aérea (*CPAP*, por sus siglas en inglés) como parte del tratamiento. Para ello, se utilizan equipos autoajustables o se ofrecen al paciente diferentes alternativas para abordar el motivo de su consulta inicial.

En Argentina, aún no se ha establecido oficialmente el papel del/de la kinesiólogo/a en el manejo de los trastornos respiratorios del sueño. No obstante, la capacitación avanzada a través de programas de especialización (*fellowship*) proporciona una amplia gama de herramientas para desempeñar diversas funciones dentro del equipo de trabajo, lo que brinda no solo conocimientos teóricos sino prácticos al estar a cargo de la atención de pacientes en consultorio de manera frecuente. Consideramos fundamental la práctica clínica para la formación del/de la kinesiólogo/a. Entre las tareas que debe desarrollar se encuentran las siguientes:

- **Identificación:** detectar aquellos pacientes con un alto pretest de padecer AOS mediante anamnesis, realizar una evaluación física completa y tener conocimiento de los factores de riesgo implicados.
- **Orientación:** otorgar la información acerca de las diversas opciones de estudios disponibles para el diagnóstico y resaltar la importancia de someterse a dichos estudios en aquellos pacientes con alto potencial de padecer esta condición.
- **Recomendaciones:** ofrecer medidas higiénico-dietéticas del sueño y comunicar acerca de la importan-

cia de mantener rutinas y buena calidad del descanso y llevar a cabo una actividad física regular, junto con hábitos alimentarios saludables. Los pacientes diagnosticados con AOS presentan una capacidad aeróbica máxima disminuida y niveles más bajos de actividad física, en comparación con individuos sin esta condición.^{10,11}

- **Interpretación:** ser competente en la lectura de los registros de poligrafías respiratorias y en la titulación de *CPAP* y poder analizar y comprender de manera precisa estos estudios.
- **Dominio:** conocer las diferentes modalidades de terapia de flujo continuo, las características y las ventajas de cada equipo y las diversas opciones de máscaras disponibles, lo cual permite a los/las profesionales ofrecer una atención integral y personalizada.
- **Estrategias:** disponer de diversas estrategias para fomentar la adherencia óptima al *CPAP* como la terapia de elección altamente efectiva.
- **Adherencia:** proveer un acompañamiento adecuado al paciente durante las etapas iniciales de adaptación a la terapia, lo cual se correlaciona directamente con el uso continuo y la adherencia a largo plazo.¹² La adherencia al tratamiento con *CPAP* es fundamental para alcanzar el éxito terapéutico. Es importante detectar y abordar de manera proactiva las posibles complicaciones relacionadas con el uso del *CPAP*, identificar sus causas y ofrecer soluciones apropiadas.

Para concluir, se sostiene que el/la kinesiólogo/a desempeña una función esencial en el seguimiento y monitoreo de los pacientes que padecen apnea del sueño. Este papel no se limita únicamente al inicio del tratamiento, sino que se extiende a medida que los/las pacientes progresan en su terapia. El/La kinesiólogo/a realiza evaluaciones frecuentes para determinar la eficacia de las intervenciones implementadas y efectuar los ajustes necesarios. Este enfoque se traduce en un tratamiento adecuado para prevenir así las graves consecuencias asociadas a la apnea del sueño.

Esta editorial busca resaltar un área poco explorada por los/as profesionales de la kinesiólogía y los/as anima a investigar más a fondo, con el objetivo de atraer a más colegas al tratamiento de los trastornos del sueño.

Referencias

1. Mediano O, González Mangado N, Montserrat JM, Alonso-Álvarez ML, Almendros I, Alonso-Fernández A, et al. Spanish Sleep Network. International Consensus Document on Obstructive Sleep Apnea. Arch Bronconeumol. 2022;58(1):52-68. . doi: 10.1016/j.arbres.2021.03.017.

2. Sateia MJ. International classification of sleep disorders-third edition: highlights and modifications. *Chest*. 2014;146(5):1387-1394. doi: 10.1378/chest.14-0970.
3. Young T, Palta M, Dempsey J, Skatrud J, Weber S, Badr S. The occurrence of sleep-disordered breathing among middle-aged adults. *N Engl J Med*. 1993 29;328(17):1230-5. doi: 10.1056/NEJM199304293281704.
4. Marin JM, Carrizo SJ, Vicente E, Agusti AG. Long-term cardiovascular outcomes in men with obstructive sleep apnoea-hypopnoea with or without treatment with continuous positive airway pressure: an observational study. *Lancet*. 200519-25;365(9464):1046-53. doi: 10.1016/S0140-6736(05)71141-7.
5. Yaggi HK, Strohl KP. Adult obstructive sleep apnea/hypopnea syndrome: definitions, risk factors, and pathogenesis. *Clin Chest Med*. 2010 ;31(2):179-86. doi: 10.1016/j.ccm.2010.02.011.
6. Young T, Peppard PE, Gottlieb DJ. Epidemiology of obstructive sleep apnea: a population health perspective. *Am J Respir Crit Care Med*. 20021;165(9):1217-39. doi: 10.1164/rccm.2109080.
7. Peppard PE, Young T, Barnett JH, Palta M, Hagen EW, Hla KM. Increased prevalence of sleep-disordered breathing in adults. *Am J Epidemiol*. 2013 1;177(9):1006-14. doi: 10.1093/aje/kws342.
8. Simpson L, Hillman DR, Cooper MN, Ward KL, Hunter M, Cullen S, et al. High prevalence of undiagnosed obstructive sleep apnoea in the general population and methods for screening for representative controls. *Sleep Breath*. 2013;17(3):967-73. doi: 10.1007/s11325-012-0785-0.
9. Nogueira F, Borsini E, Cambursano H, Smurra M, Dibur E, Franceschini C, et al. Guías prácticas de diagnóstico y tratamiento del síndrome de apneas e hipopneas obstructivas del sueño: Actualización 2019: Sección Sueño, Oxigenoterapia y Tratamientos Crónicos Domiciliarios. *Asociación Argentina de Medicina Respiratoria. Rev. am. med. respir. [Internet]*. 2019 Mar [citado 2023 Jun 02];19(1):59-90. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-236X2019000100007&lng=es.
10. Mendelson M, Marillier M, Bailly S, Flore P, Borel JC, Vivodtzev I, et al.. Maximal exercise capacity in patients with obstructive sleep apnoea syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Eur Respir J*. 2018;51(6):1702697. doi: 10.1183/13993003.02697-2017.
11. Mendelson M, Bailly S, Marillier M, Flore P, Borel JC, Vivodtzev I, et al. Obstructive Sleep Apnea Syndrome, Objectively Measured Physical Activity and Exercise Training Interventions: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Neurol*. 2018;9:73. doi: 10.3389/fneur.2018.00073.
12. González Mangado N, Troncoso Acevedo MF, Gómez García T. Home ventilation therapy in obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome. *Arch Bronconeumol*. 2014;50(12):528-34doi: 10.1016/j.arbres.2014.06.003.



Argentinian Journal of Respiratory and Physical Therapy by AJRPT is licensed under a **Creative Commons Reconocimiento-CompartirIgual 4.0 Internacional License**. Creado a partir de la obra en www.ajrpt.com. Puede hallar permisos más allá de los concedidos con esta licencia en www.ajrpt.com

Citar este artículo como: Jaritos V, Garelo M. Rol de la kinesiología en el abordaje de la apnea obstructiva del sueño. *AJRPT*. 2023;5(2):1-3.

Participe en nuestra revista



Lo invitamos a visitar e interactuar a través de la página www.ajrpt.com

Envíenos sus manuscritos