



**Ciencia Latina**  
Internacional

Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.  
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), noviembre-diciembre 2024,  
Volumen 8, Número 6.

[https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v8i6](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i6)

## **EFFECTOS DE LA TERAPIA OROFACIAL MIOFUNCIONAL SOBRE LAS ESCALAS DE EPWORTH Y STOP-BANG**

**EFFECTS OF OROFACIAL MYOFUNCTIONAL THERAPY  
ON THE EPWORTH AND STOP-BANG SCALES**

**Luis Sergio Aguilar Blanco**

Instituto Mexicano del Seguro Social - México

**Idalmy Badillo Franco**

Instituto Mexicano del Seguro Social - México

**Nohemi Domingo Lecona**

Instituto Mexicano del Seguro Social - México

**Israel Bello Guerrero**

Instituto Mexicano del Seguro Social - México

DOI: [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v8i6.15092](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i6.15092)

## Efectos de la terapia orofacial miofuncional sobre las escalas de Epworth y STOP-BANG

**Luis Sergio Aguilar Blanco<sup>1</sup>**

[Sergio1513s@hotmail.com](mailto:Sergio1513s@hotmail.com)

<https://orcid.org/0009-0003-0369-6920>

Instituto Mexicano del Seguro Social  
Puebla – México

**Idalmy Badillo Franco**

[idalmy.95@gmail.com](mailto:idalmy.95@gmail.com)

<https://orcid.org/0009-0005-2663-951X>

Instituto Mexicano del Seguro Social  
Puebla - México

**Nohemi Domingo Lecona**

[nohemi.lec@gmail.com](mailto:nohemi.lec@gmail.com)

<https://orcid.org/0000-0002-1140-7979>

Instituto Mexicano del Seguro Social  
Puebla – México

**Israel Bello Guerrero**

[IsraelAriel05@gmail.com](mailto:IsraelAriel05@gmail.com)

<https://orcid.org/0009-0001-8877-8348>

Instituto Mexicano del Seguro Social  
Puebla - México

### RESUMEN

Introducción: el síndrome de apnea obstructiva del sueño se considera un problema de salud pública por su alta prevalencia; existe poca accesibilidad a la polisomnografía para el diagnóstico oportuno por lo que se ha utilizado la escala de somnolencia de Epworth y el cuestionario de STOP-Bang aplicables en primer nivel. Existe poca adherencia al CPAP en un 50-70%. La terapia orofacial miofuncional (TOM) es una alternativa de tratamiento dirigida a modificar patrones anatómicos y funcionales de estructuras orales. Objetivo: evaluar el efecto de la TOM sobre los puntajes de las escalas de STOP-Bang y Epworth. Metodología: se aplicó la TOM a 43 pacientes. Se aplicaron los cuestionarios previo y posterior a la terapia. Resultados: Se encontró previo a la aplicación de la TOM puntajes de alto riesgo para SAOS en un 69.8% en escala de Epworth y 58.1% en escala de STOP-Bang. Posterior a la TOM observamos una mejoría significativa en los puntajes del 9.3% y 30.2% respectivamente. Conclusiones: La TOM disminuyó los puntajes de las escalas de STOP-Bang y Epworth.

**Palabras clave:** terapia miofuncional, apnea del sueño, escala Epworth, STOP-BANG

---

<sup>1</sup> Autor principal

Correspondencia: [Sergio1513s@hotmail.com](mailto:Sergio1513s@hotmail.com)

## **Effects of orofacial myofunctional therapy on the Epworth and STOP-BANG scales**

### **ABSTRACT**

Introduction: obstructive sleep apnea syndrome is considered a public health problem due to its high prevalence; there is little accessibility to polysomnography for timely diagnosis, so the Epworth sleepiness scale and the STOP-Bang questionnaire applicable at the first level have been used. There is low adherence to CPAP in 50-70%. Orofacial myofunctional therapy (OMT) is an alternative treatment aimed at modifying anatomical and functional patterns of oral structures. Objective: to evaluate the effect of TOM on STOP-Bang and Epworth scales scores. Methodology: TOM was applied to 43 patients. Pre- and post-therapy questionnaires were applied. Results: Before the application of OMT, we found high risk scores for OSA in 69.8% in the Epworth scale and 58.1% in the STOP-Bang scale. After OMT we observed a significant improvement in the scores of 9.3% and 30.2% respectively. Conclusions: OMT decreased the STOP-Bang and Epworth scale scores.

**Key words:** myofunctional therapy, sleep apnea, Epworth scale, STOP-BANG

*Artículo recibido 16 octubre 2024*

*Aceptado para publicación: 24 noviembre 2024*



## INTRODUCCIÓN

El síndrome de apnea obstructiva del sueño es la asociación de episodios de apnea e hipoapnea con signos y síntomas durante el sueño y vigilia (Noguera y cols 2013). Se considera un problema de salud pública, debido a su alta prevalencia (3-7% en hombres y 2-4% en mujeres) (Agudelo, 2021), el aumento de individuos con obesidad (41-58%), la falta de acceso a los exámenes de diagnóstico y a un mayor riesgo de desarrollar complicaciones sociales, laborales y cardio metabólicas (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2021).

Existen factores que incrementan el riesgo de desarrollar este síndrome, tales como: obesidad, la circunferencia del cuello (> 38 cm en mujeres y > 40 en hombres, sexo (hombre-mujer 2:1), mayores de 40 años, uso de hipnóticos, hipertensión arterial sistémica y características propias craneofaciales (Saldaña, 2019). La obesidad es considerada el primer factor de riesgo modificable, debido a que 70% de pacientes con SAOS tienen obesidad. Esta asociación se debe a un aumento de tejido ectópico de predominio de la región faríngea y lengua, que permite una redistribución de la grasa alargando la vía aérea. Por lo tanto, la circunferencia cervical es un parámetro de alta especificidad para el diagnóstico de este síndrome (Instituto Mexicano del Seguro Social).

Las personas con este diagnóstico manifiestan una serie de síntomas que afecta su calidad de sueño y calidad de vida, se pueden dividir en síntomas nocturnos: ronquidos, despertares nocturnos con sensación de asfixia, etc. Y síntomas diurnos: somnolencia diurna excesiva es el síntoma más común, fatiga, cefalea matutina, alteraciones de la concentración y cognición. Además, se pueden encontrar alteraciones a nivel psicosocial con incremento en el riesgo de accidentes tránsito, laborales, domésticos y problemas interpersonales (Cazco y Lorenzo, 2021).

El diagnóstico de SAOS eleva el riesgo de desarrollar otras complicaciones metabólicas (dislipidemia, resistencia a la insulina, hipertensión arterial resistente) y cardiovasculares (fibrilación auricular, extrasístoles ventriculares, bloqueo auriculoventricular de segundo grado y taquicardia ventricular). Uno de los principales problemas es que la gran mayoría permanece sin diagnóstico y sin tratamiento, debido a la baja disponibilidad para estudios diagnósticos y terapéuticos (Rojas Mendiola, 2021). La pesquisa temprana de esta patología depende de identificar síntomas claves y del uso de herramientas sencillas accesibles en el primer de atención para detectar de forma oportuna aquellos pacientes con



riesgo de SAOS, como son los cuestionarios. Dentro de estas herramientas tenemos la Escala de Somnolencia de Epworth (EES) es la más utilizada, considerada como un método rápido y simple de evaluar la somnolencia diurna asociada al SAOS con una mayor especificidad. Otro cuestionario utilizado en la pesquisa de estos pacientes es el de STOP-Bang con una mayor sensibilidad; utiliza variables subjetivas y objetivas (Fabres y Moya, 2021).

El tratamiento más efectivo para pacientes con SAOS moderado a grave es el CPAP (presión positiva continua en la vía aérea), sin embargo, el 50-70% se vuelven no adherentes, además de la poca accesibilidad a la población general (9). La TOM es una terapia que se puede iniciar en primer nivel de atención y permite mejorar la calidad de vida del paciente, al reducir la colapsabilidad de la vía aérea a través de ejercicios funcionales repetitivos dirigidos a estructuras orales y orofaríngeas. Se enfoca principalmente en fortalecer la musculatura dilatadora de la faringe. Dentro de los ejercicios miofuncionales que van a tener un efecto a nivel de los músculos linguales se encuentra: barrido lingual, adosamiento lingu-palatino, presión lingual contra paladar duro y descenso dorso lingual. A nivel del orbicular de los labios con el ejercicio dedo en mejilla, y por último velo palatino con vocalización. (Cossio, 2021). Un estudio realizado por Diaz y colaboradores (2019) quienes realizaron un estudio retrospectivo de 12 pacientes en un rango de edad de 52-82 años, 7 mujeres y 5 hombres, a cada paciente se le realizó una polisomnografía inicial y una de control previo y posterior a la terapia, la cual consistió en una sesión de ejercicios realizados diariamente, 3 veces al día; valoraron variables polisomnográficas y clínicas (circunferencia del cuello, somnolencia de la escala de Epworth, IMC), concluyendo que la TOM fue eficaz en la mayoría de los pacientes con SAOS. La finalidad de este estudio fue identificar los efectos de la TOM en los puntajes de las escalas de STOP-Bang y Epworth, ya que en primer nivel de atención existe acceso muy limitado a un estudio de polisomnografía, siendo las escalas herramientas útiles, con una buena sensibilidad y especificidad para evaluar el riesgo de SAOS y por lo tanto la eficacia de la TOM.

## **METODOLOGÍA**

El presente estudio se llevó a cabo en la Unidad de Medicina Familiar Número 2, del Instituto Mexicano del Seguro Social, Puebla. Este proyecto fue aprobado por el Comité Local de Investigación en Salud, con número de registro R-2023-2103-008. Un estudio de diseño analítico, longitudinal, se incluyeron a



43 pacientes cumpliendo criterios de inclusión: mayores de 18 años II) con obesidad grado 2 y 3 III) con sospecha de SAOS IV) participantes que aceptaron participar y firmaron el consentimiento informado.

Los criterios de exclusión: participantes I) con tratamiento que causaran somnolencia (ansiolíticos, antihistamínicos, antidepresivos) II) con alteración temporomandibular o facial III) en tratamiento con CPAP.

Los criterios de eliminación: I) pacientes que no realizaron la terapia mínimo 3 días a la semana, II) datos incompletos necesarios para el seguimiento III) aquellos que no asistieron a las sesiones programadas IV) quienes no deseen participar en el presente estudio.

El tamaño de la muestra se tomó para población finita tomando en cuenta el registro de los pacientes pertenecientes a la UMF No. 2 con diagnóstico de obesidad grado 2 y 3. El muestreo se realizó de forma no probabilística de tipo incidental, con pacientes con sospecha de SAOS. Se realizaron llamadas telefónicas para agenda una entrevista personalizada en la unidad para explicarles la dinámica, el objetivo y firma del consentimiento informado. Se les realizó la escala de Epworth y de STOP-Bang de forma inicial y posteriormente se les capacitó sobre la TOM, la cual realizaron durante 8 semanas al menos 3 días de la semana, se les otorgó una bitácora donde registraron los días que realizaron la terapia, el ejercicio y el número de repeticiones; el seguimiento fue de forma virtual. Una vez finalizada la terapia, se aplicó nuevamente las escalas y se compararon los resultados obtenidos.

Para la determinación del riesgo de SAOS se les aplicó la escala de Epworth que es un cuestionario que cuenta con 8 preguntas de la vida diaria y mide en una escala de 0-3 la sensación de somnolencia durante esas 8 actividades. El valor obtenido va de 0-24 puntos: 0-8 puntos se considera una somnolencia normal. Un puntaje mayor a 9 se considera somnolencia patológica. El cuestionario de STOP Bang incluye respuestas facilitadas por el paciente, así como sus datos demográficos y antropométricos, como la edad, el sexo o la talla del cuello, consta de cuatro preguntas sobre ronquido, cansancio, apneas observadas e hipertensión arterial sistémica. Bajo riesgo de SAOS: si 0-2 preguntas, riesgo intermedio si 3-4 preguntas, alto riesgo: si a 5-8 preguntas ó: - Si respondió "sí" a 2 o más de las primeras 4 preguntas y es del sexo masculino. - Si respondió "sí" a 2 o más de las primeras 4 preguntas y su IMC es de más

de 35kg/m<sup>2</sup> - Si respondió “sí” a 2 o más de las primeras 4 preguntas y la circunferencia de su cuello es: (43 cm en hombres, 41cm en mujeres).

Al finalizar se vació la información en una base de datos, se realizó la codificación de las variables, y se importaron al programa estadístico SPSS Statics v25 para su análisis e interpretación. Se aplicó la prueba estadística de Wilcoxon para la asociación entre la modificación de los puntajes de las escalas de STOP-Bang y Epworth con la TOM (p.046) y (p.001). Aspectos bioéticos: todos los pacientes aceptaron participar en el estudio mediante consentimiento informado. Nos apegamos a las Normativas internacionales para la protección y beneficencia de los sujetos de estudio.

## RESULTADOS

En el estudio se incluyeron a 43 pacientes con riesgo de SAOS con predominando del sexo femenino con 22 (51.1%), en una mediana de edad de 42 años para ambos sexos (mín. 27, máx. 62, RI 13), en su mayoría con obesidad grado 2, 40 (93%) e hipertensión arterial 22 (51.2%). 26 participantes tienen un trabajo activo 26 (60.5%).

De acuerdo con las variables antropométricas (tabla 1), la circunferencia cervical una mediana de 43 cm en mujeres y 44 cm en hombres, circunferencia de cintura la mediana fue 111 y 110 para mujeres y hombres respectivamente. El índice de masa corporal la media fue de 37.1 en mujeres y 36.7 en hombres, sin encontrarse cambios significativos pre y pos-terapia.

**Tabla 1.** Variables antropométricas

N=3		Media
<b>Hombres</b>	CC	44
	CA	111
	IMC	36.7
<b>Mujeres</b>	CC	43
	CA	110
	IMC	37.1

En la tabla 2 se observan los resultados de las escalas utilizadas previo y posterior a la aplicación de la TOM. Se encontró un cambio significativo en la escala de STOP-Bang (p. 0.46), y con respecto a la escala de Epworth 30.2% se encontraban en somnolencia normal y posterior a la terapia se obtuvo el 39.5%, con una *p* significativa de 0.001.

**Tabla 2.** Resultados obtenidos previo y posterior a la aplicación de la TOM

	Pre terapia		Post terapia		<i>p</i>
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
<b>STOP-BANG</b>					
Riesgo Intermedio	18	41,9	18	41,9	.046*
Riesgo Alto	25	58,1	25	58,1	
<b>Escala Epworth</b>					
Somnolencia normal	13	30,2	17	39,5	.001**
Somnolencia patológica	30	60,8	26	60,5	

*f*: frecuencia

En la Tabla 3 se observa una relación significativa entre la modificación de la escala de Epworth ( $p$ .005) y STOP-Bang ( $p$ .000) con el número de repeticiones realizadas en cada sesión.

**Tabla 3.** Relación entre el numero de repeticiones y la modificación de los puntajes en las escalas

Numero de repeticiones por sesión	Número de pacientes				<i>p</i>
	5	10	15	20	
<b>Modificación STOP-BANG</b>					
Si	0	0	0	4	.005*
No	8	11	13	7	
<b>Modificación Escala de Epworth</b>					
Si	0	0	4	9	.000**
No	8	11	9	2	

Al buscar un cambio significativo con el número de días realizados en cada semana y la modificación de las escalas solo se encontró relación significativa entre estas variables en la Escala de Epworth ( $p$ .001). No se encontró una relación de la escala de STOP-Bang y el número de días.

**Tabla 4.** Relación entre el número de días de la semana en la que se realizó la TOM y la modificación de los puntajes en las escalas

Numero de repeticiones por semana	Número de pacientes			<i>p</i>
	5	4	5	
<b>Modificación STOP-BANG</b>				
Si	0	0	0	.227*
No	8	11	13	
<b>Modificación Escala de Epworth</b>				
Si	1	8	4	.001**
No	21	5	4	



## DISCUSIÓN

La investigación tuvo como objetivo principal determinar el efecto de la terapia orofacial miofuncional sobre los puntajes de la escala de Epworth y cuestionario de STOP-Bang, de acuerdo con los datos obtenidos se encontró una disminución de los puntajes de las escalas posterior a la aplicación de la terapia, con un mayor cambio en los puntajes de la escala de Epworth (30.2%). Los hallazgos demuestran que al realizar la TOM los pacientes percibieron una mejoría en su calidad de sueño y su calidad de vida al disminuir la somnolencia diurna, los ronquidos y las apneas observadas que son datos que nos permitieron valorar dichas escalas. Es importante destacar el estudio de Diaz y colaboradores (2017) quienes realizaron su estudio con una muestra de 12 pacientes, aplicaron el cuestionario de Epworth y posterior a la intervención observaron una reducción estadísticamente significativa con un valor de p de 0.023, 10/12 pacientes redujeron el puntaje de 5 puntos; comparado con nuestro estudio encontramos una disminución de 2 puntos.

Un hallazgo notable fue el impacto positivo que tuvo el número de repeticiones realizadas diariamente sobre la modificación de los resultados, aquellos pacientes que realizaron más de 15 repeticiones por sesión y realizaron más de 4 días la TOM tuvieron un resultado favorable en los puntajes, posterior a la misma.

Este estudio encontró que la mayoría de los pacientes tienen obesidad grado 2, se evidencia la estrecha relación que tiene el SAOS con este tipo de pacientes, probablemente a la grasa ectópica cervical. El estudio que realizó Diaz MS y colaboradores demostró una respuesta clínica, anatómica y funcional de la TOM; concluyendo que la TOM fue eficaz en la mayoría de los pacientes con SAOS leve y moderado a través de la modificación en el resultado de la polisomnografía y variables clínicas utilizando el cuestionario de Epworth y perímetro cervical. Nuestros resultados fueron obtenidos en nuestra unidad, de forma seleccionada, sin embargo a diferencia del estudio realizado por Diaz y colaboradores, nosotros utilizamos dos escalas (Stop-Bang y Epworth) para valorar el riesgo de SAOS, ya que en conjunto tienen una buena especificidad y sensibilidad al utilizar variables objetivas y subjetivas; estos elementos son herramientas de bajo costo y sencillas, fácilmente aplicables desde el primer nivel de atención; con estas escalas observamos una modificación significativa en los puntajes



posterior a la TOM, que traduce una percepción en la mejoría de la calidad de sueño y por consiguiente su calidad de vida al reducir el riesgo de complicaciones.

Resulta recomendable contar con métodos sencillos pero confiables y aplicables en nuestra población que permitan de manera costo efectiva reconocer y tratar aquellos pacientes con riesgo de SAOS; los cuestionarios representan herramientas sencillas y útiles para identificar aquella población candidata a una Terapia Orofacial Miofuncional.

## CONCLUSIONES

La repercusión que tiene el SAOS en las diferentes áreas de la vida de quienes lo padecen, promueve la implementación de estrategias terapéuticas, aplicables desde el primer nivel de atención de forma temprana para evitar las complicaciones a mediano y largo plazo.

Si bien es importante y prioritario el tratamiento también es de suma importancia la pesquisa de forma oportuna, para que la TOM ofrezca un mayor beneficio.

El médico familiar como médico de primer contacto debe realizar la detección temprana de aquellos pacientes con riesgo de SAOS, además de capacitarse sobre la terapia y buscar estrategias para mejorar el apego que favorezca una modificación y mejoría de su calidad de vida.

Perspectivas: el presente trabajo de investigación pretende ser una fuente de consulta para futuros estudios en los que se indague acerca del efecto de la TOM sobre los puntajes de las escalas de STOP-Bang y Epworth.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Nogueira, F., Nigro, C., Cambursano, H., Borsini, E., Silio, J., & Ávila, J. (2013). Guías prácticas de diagnóstico y tratamiento del síndrome de apneas e hipopneas obstructivas del sueño. *Medicina*, 73(4), 349–362. Recuperado de

[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0025-76802013000400013](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802013000400013)

Agudelo, Y. S. C., Yanez, D. V., Magalhaes, G. C., Betancur, L. M., Montoya, A. M., & Martínez-Sanchez, L. M. (2021, noviembre). *Apnea obstructiva del sueño; más allá de la enfermedad cardiovascular*. <https://doi:10.5281/ZENODO.5651839>

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2021). Diagnóstico y tratamiento del Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño en población pediátrica y adulta en el primer y segundo nivel de atención.



Recuperado el 3 de septiembre de 2024, de Cenetec-difusion.com website: <https://cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-SS-572-21/ER.pdf>

Saldías Peñafiel, F., Brockmann Veloso, P., Santín Martínez, J., Fuentes-López, E., & Valdivia Cabrera, G. (2019). Rendimiento de los cuestionarios de sueño en el diagnóstico de síndrome de apneas obstructivas del sueño en población chilena. Subestudio de la Encuesta Nacional de Salud, 2016/17. *Revista Médica de Chile*, 147(12), 1543–1552.

<https://doi:10.4067/s0034-98872019001201543>

Cazco, M. D. P., & Lorenzi-Filho, G. (2021). Síndrome de apnea obstructiva del sueño y sus consecuencias cardiovasculares. *Revista médica Clínica Las Condes*, 32(5), 561–569.

<https://doi:10.1016/j.rmclc.2021.07.005>

Labarca, G., & Horta, G. (2021). Asociación e interacciones de la apnea obstructiva del sueño (AOS) y del síndrome de hipoventilación obesidad (SHO). *Revista médica Clínica Las Condes*, 32(5), 570–576.

<https://doi:10.1016/j.rmclc.2021.08.001>

Rojas Mendiola, R. H., Smurra, M., & Khoury, M. (2021). Perfil clínico de pacientes con sospecha de apneas del sueño. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas (Cordoba, Argentina)*, 78(3), 228–235.

<https://doi:10.31053/1853.0605.v78.n3.25531>

Fabres, L., & Moya, P. (2021). Sueño: conceptos generales y su relación con la calidad de vida. *Revista médica Clínica Las Condes*, 32(5), 527–534.

<https://doi:10.1016/j.rmclc.2021.09.001>

Guerrero-Zúñiga, S., Gaona-Pineda, E. B., Cuevas-Nasu, L., Torre-Bouscoulet, L., Reyes-Zúñiga, M., Shamah-Levy, T., & Perez-Padilla, R. (2018). Prevalencia de síntomas de sueño y riesgo de apnea obstructiva del sueño en México. *Salud pública de Mexico*, 60(3, may-jun), 347.

<https://doi:10.21149/9280>

Cossio, C. S., & Letelier, M. F. (2021). Herramientas prácticas para SAOS: de la sospecha al seguimiento. *Revista médica Clínica Las Condes*, 32(5), 577–583.

<https://doi:10.1016/j.rmclc.2021.07.006>

Koka, V., De Vito, A., Roisman, G., Petitjean, M., Filograna Pignatelli, G. R., Padovani, D., & Randerath, W. (2021). Orofacial myofunctional therapy in obstructive sleep apnea syndrome:



- A pathophysiological perspective. *Medicina* (Kaunas, Lithuania), 57(4), 323. <https://doi:10.3390/medicina57040323>
- Díaz S, M., Salazar C, A., Bravo G, F., & Ocampo-Garcés, A. (2019). Tratamiento del síndrome de apneas e hipopneas obstructivas del sueño con terapia miofuncional orofaríngea: Experiencia en hospital público de Chile. *Revista de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello*, 79(4), 395–403. <https://doi:10.4067/s0718-48162019000400395>
- De Felicio, C., Dias, F., & Trawitzki, L. (2018). Obstructive sleep apnea: focus on myofunctional therapy. *Nature and Science of Sleep*, 10, 271–286. <https://doi:10.2147/nss.s141132>
- O'Connor-Reina, C., Ignacio Garcia, J. M., Rodriguez Alcala, L., Rodríguez Ruiz, E., Garcia Iriarte, M. T., Casado Morente, J. C., ... Plaza, G. (2021). Improving adherence to myofunctional therapy in the treatment of sleep-disordered breathing. *Journal of Clinical Medicine*, 10(24), 5772. <https://doi:10.3390/jcm10245772>
- Rueda, J.-R., Mugueta-Aguinaga, I., Vilaró, J., & Rueda-Etxebarria, M. (2020). Myofunctional therapy (oropharyngeal exercises) for obstructive sleep apnoea. *The Cochrane Library*, 2020(11). <https://doi:10.1002/14651858.cd013449.pub2>

