

El SAHS, una patología de gran prevalencia en adultos y en la que el dentista tiene mucho que aportar

SAHS, a disorder that is highly prevalent in adults and towards which dentists have much to contribute

El síndrome de apnea-hipopnea del sueño (SAHS) es un trastorno respiratorio del sueño con una incidencia cada vez mayor y que aumenta con la edad, situándose en cifras cercanas al 20 por ciento en mayores de 65 años. Tanto el SAHS como otras enfermedades del sueño aún están infradiagnosticadas. Se están consiguiendo grandes avances como veremos en este artículo, donde presentamos la dinámica de trabajo que seguimos en clínica de detección, evaluación e instauración del tratamiento.

El síndrome de apnea-hipopnea del sueño (SAHS), es un trastorno respiratorio del sueño con una incidencia cada vez mayor y que aumenta con la edad, situándose en cifras cercanas al 20 por ciento en mayores de 65 años.

Tanto el SAHS como otras enfermedades del sueño aún están infradiagnosticadas. Se están consiguiendo grandes avances con la implementación de estudios simplificados del sueño y con la participación de todos los profesionales de la salud, con los que conseguimos incrementar el diagnóstico de numerosos casos de apnea, pero aún existe un porcentaje demasiado elevado de pacientes sin diagnosticar y de profesionales ajenos a esta patología.

La apnea es un trastorno del sueño común y grave que sucede cuando se interrumpe la respiración regular durante el sueño. Los ronquidos son comunes en pacientes con apnea, pero no todos sufren de apnea.

Se ha demostrado la asociación del SAHS con enfermedades sistémicas como la hipertensión arterial y pulmonar, insuficiencia cardíaca, arritmias cardíacas nocturnas, infarto de mio-

cardio, enfermedades neurodegenerativas y con accidentes de tráfico y laborales¹.

En un informe de la Academia Americana de Medicina del sueño de 2016, “No diagnosticado síndrome de apnea: una crisis de salud oculta” (Figura 1) se establecen que los costes económicos que la falta de diagnóstico del Síndrome de apnea-hipopnea del sueño se cifran alrededor de los 150 billones de dólares/año, como consecuencia de:

1. Accidentes laborales.
 2. Accidentes de tráfico.
 3. Pérdida de productividad.
 4. Enfermedades concomitantes (Comorbilidades)
- La elevada prevalencia, la alta morbimortalidad, el diagnóstico fiable y la posibilidad de tratamiento adecuado convierten al SAHS en una enfermedad de Salud Pública. Parece claro, por tanto, que la intervención de equipos multidisciplinares que incluyan neurofisiólogos, neumólogos, otorrinolaringólogos, cirujanos y odontólogos, mejorarían el diagnóstico y el tratamiento del SAHS.

Relación entre la salud y el sueño

El sueño es imprescindible para mantener la salud y el bienestar de nuestro cuerpo y nuestra mente. Es un proceso biológico trascendental, que excede al hecho de la ausencia de vigilia.

Dormimos para estar despiertos: el sueño sirve para ser capaces de estar activos y alerta durante el día. Durante el sueño se producen una gran cantidad de hechos:

- restauración del desgaste sufrido durante la vigilia;
- maduración cerebral en las primeras etapas favoreciendo el aprendizaje;
- cambios metabólicos, bioquímicos e inmunológicos;

- cambios endocrinos y hormonales;
- estímulo de sistema inmunitario.

La falta de sueño conduce a innumerable número de disfunciones que podemos ver resumidas en la Figura 2.

¿Cuánto debemos dormir?

La respuesta sería aquel tiempo que me permita un nivel cognitivo máximo. “Ser capaces de estar alerta y activos durante el día”.

La mayoría de las personas necesitamos dormir entre 7-8 horas, pero existe una relación íntima con la edad (Figura 3), de manera que a menor edad mayor es la necesidad de horas de sueño. Los trastornos del sueño engloban entidades tan diferentes como la narcolepsia o el síndrome de piernas inquietas (Tabla 1) Cada una de ellas requieren un diagnóstico y tratamiento diferenciados².

Las apneas del sueño presentan una gran importancia para nosotros, como hemos visto, por su gran prevalencia y consecuencias clínicas (Tabla 2).

Apnea se refiere a una pausa en la respiración que dura menos de diez segundos. En el SAHS la apnea ocurre cuando los músculos en la parte posterior de la faringe, no permiten mantener la vía aérea abierta como de costumbre, provocando un sueño fragmentado y bajos niveles de oxígeno. Es, por tanto, un trastorno respiratorio del sueño. El ronquido es un ruido respiratorio que se pre-



M. del Canto Pingarrón
MD DDS PhD. Práctica privada en Clínica del Canto.



A. del Canto Díaz
DDS MSc. Práctica Privada en Clínica del Canto.



M. del Canto Díaz
Estudiante de grado en Odontología en San Pablo-CEU.

senta durante el sueño por la vibración de los tejidos de la garganta.

¿Por qué roncamos?

Por hipotonía de los músculos de la garganta o lengua. La lengua cae hacia atrás y cierra la faringe. Tiene gran influencia el alcohol, medicamentos y drogas. Por excesivo desarrollo de los tejidos de la garganta: amígdalas, vegetaciones y fundamentalmente en niños y obesos. Por excesiva longitud del paladar blando y úvula. Por obstrucción nasal o deformaciones nasales (tabique desviado).

El tabaquismo activo es un factor de riesgo para el desarrollo o agravamiento de una roncopatía y el alcohol puede provocar el colapso total o parcial de la vía aérea contribuyendo al desarrollo del ronquido y de la apnea obstructiva.



Figura 1.

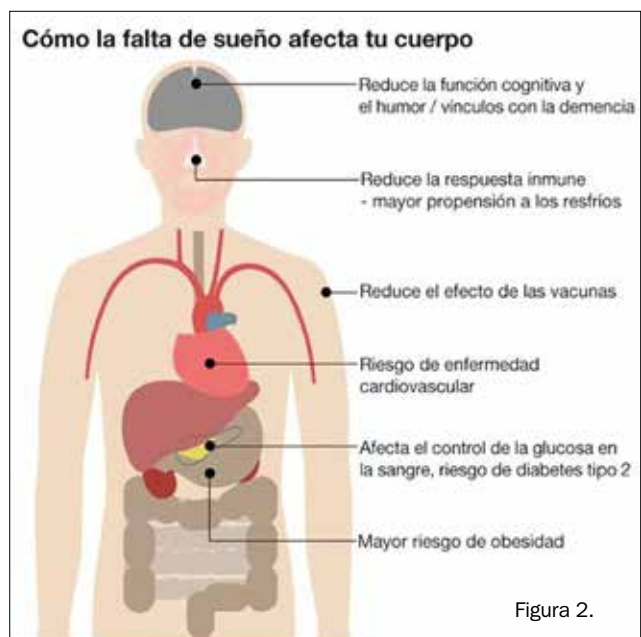


Figura 2.

Tabla 1.

Transtornos del sueño

| Apneas del sueño | Insomnio | Narcolepsia |
|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| Otros | Transtornos del sueño | Hipersomnia diurna idiopática |
| Parasomnias | | Alteraciones del ritmo circadiano |
| Alteración de la conducta REM | | Mov. Period. De piernas |
| | Síndrome de piernas inquietas | |

Tabla 2.

Consecuencias clínicas de las Apneas del sueño

| Enfermedades Cardiovasculares | Hipertensión Arterial | Mortalidad |
|-------------------------------|---------------------------|---------------------------------------|
| Alteración alimentación sueño | APNEA DEL SUEÑO | Cáncer |
| Calidad de vida | | Infertilidad y reducción de la libido |
| Costes sanitarios | | Accidentes de tráfico |
| | Problemas Neurocognitivos | |

Hablamos de ronquido habitual cuando se produce todos o casi todos los días. Esto ocurre en el 50% de los hombres y el 25% de la mujeres entre 30 y 70 años y en el 15% de los niños.

Es por tanto muy importante el diagnóstico de la causa del ronquido para poder instaurar un correcto tratamiento. Asimismo es de suma importancia diferenciar el ronquido simple del ronquido patológico.

El ronquido simple no constituye patología, puede ser un problema social, tal y como puntualiza la OMS cuando alcanza valores entre 60-80 dB. El ronquido patológico es aquel que se acompaña por pausas respiratorias y excesiva somnolencia diurna y que exige el diagnóstico de SAHS.

Hay una relación demostrada entre la excesiva somnolencia diurna y los accidentes de tráfico, una situación de alto riesgo en pacientes con SAHS sin diagnosticar³. Ésta es la razón por la que la Unión Europea ha incluido la SAHS entre los requisitos psicofísicos para la obtención y renovación de los permisos de conducción.

La legislación actual establece que no podrán obtener o renovar el permiso de conducir quienes padezcan SAHS diagnosticado con IAH>15 asociado a somnolencia, salvo informe favorable de una UDS del adecuado cumplimiento del tratamiento y control.

Los ajustes de CPAP o DAM deben realizarse mediante sistemas de autotitulación o titulación polisomnográfica manual por UDS o mé-

dicos con competencia para el estudio y tratamiento de los trastornos del sueño.

En aquellos casos de pacientes no diagnosticados de SAHS y que se sospeche su padecimiento se realizará un cribado para detectar la apnea del sueño mediante el cuestionario STOP-Bang (Tabla 3) y la Escala de somnolencia de Epworth (Tabla 4).

Aquellos pacientes con STOP-Bang >3 y Epworth >15 o antecedentes de accidente de tráfico en los últimos 3 años deberán ser estudiados por una unidad del sueño o médico competente⁴.

Existe una relación directa entre el bruxismo y el SAHS y el desgaste dental y el SAHS. El 90% de los pacientes bruxistas tienen SAHS^{1,5}.

El bruxismo es un trastorno oral muy frecuente en el que se produce apretamiento desmesurado de los músculos de la masticación. Está relacionado con muchas manifestaciones clínicas, alteraciones del sueño, dolor orofacial, cefalea, pérdida de piezas dentales y otras. Puede ocurrir que este fenómeno se produzca con el paciente despierto (bruxismo diurno e en vigilia), en general relacionado con altos niveles de estrés o ansiedad. En otras ocasiones ocurre durante el sueño. El bruxismo nocturno se relaciona con una activación cerebral que produce un despertar que altera el curso natural del sueño. Esta situación puede ser consecuencia de uno de los trastornos del sueño más frecuentes, la apnea del sueño. Esta es la razón por la que el bruxismo debe ser considerado un signo de alarma de la presencia de paradas respiratorias durante el sueño.

Tanto el bruxismo como el SAHS son entidades clínicas que hoy por hoy solo podemos controlar y mejorar y que necesitan tratamiento. El tratamiento habitual de los pacientes bruxistas mediante rehabilitación de los dientes abrasionados y utilización de una férula de descarga debe de ser implementado con un dispositivo de avance mandibular que evite el colapso de la vía aérea y, por tanto, las apneas nocturnas. Estos dispositivos permiten la protección dentaria y la prevención de las apneas simultáneamente.

Estos hábitos parafuncionales son también los responsables de complicaciones prostodóncicas en las rehabilitaciones sobre dientes e implantes. Se ha demostrado que estas complicaciones

Tabla 3.

| Cuestionario de STOP-Bang | | |
|---|--------|-------|
| | SI (1) | NO(0) |
| 1. Ronquido intenso audible en otras habitaciones | | |
| 2. ¿Está usted cansado o fatigado durante el día? | | |
| 3. ¿Alguien le ha dicho que para de respirar mientras duerme? | | |
| 4. ¿Tiene usted Hipertensión arterial o está en tratamiento? | | |
| 5. IMC > 35 Kg/m ² | | |
| 6. ¿Tiene usted más de 50 años de edad? | | |
| 7. La circunferencia de su cuello es mayor a 40 cm | | |
| 8. Género HOMBRE | | |

Puntuación final: baja (<2); intermedia (3-4); elevada (>5)

son más frecuentes en pacientes con apnea obstructiva del sueño. También el índice de apnea-hipopnea y, por tanto, la severidad de la apnea obstructiva del sueño es más alto en pacientes con roturas de tornillos, implante o porcelana. Por tanto, en aquellos pacientes con complicaciones protésicas frecuentes estará indicada la evaluación de la presencia de apnea obstructiva. El Documento Español de Consenso definió al SAHS como un cuadro de somnolencia excesiva, trastornos cognitivo-conductuales, respiratorios, cardíacos, metabólicos o inflamatorios secundarios a episodios repetidos de obstrucción de la vía aérea superior durante el sueño⁶. Estos episodios se miden con el Índice de Apneas-hipopneas de sueño (IAH) definido como el número de apneas (obstrucciones totales) más el número de hipopneas (obstrucciones parciales) divididos por las horas de sueño. Un IAH > 5 es considerado como anormal y un IAH ≥ 30 es sinónimo de SAHS grave. Muchos de los pacientes que acuden a nuestras consultas para recibir tratamientos rehabilitadores en dientes e implantes pueden padecer SAHS y no estar diagnosticados. Este hecho, además de la gran relevancia que para su salud general puede tener, tal y como refiere Anitua y cols.⁷, presenta una importante repercusión sobre sus dientes y las rehabilitaciones protésicas ulteriores. Es en este punto donde los dentistas se convierten en profesionales de la salud de primera línea para la detección, diagnóstico y tratamiento del SAHS y las roncopatías crónicas.

Tabla 4.

| ESCALA DE SOMNOLENCIA DE EPWORTH | | | | |
|---|----------------------|---------------------|------------|-----------------------|
| | Nunca se adormilaría | Pocas posibilidades | Es posible | Grandes posibilidades |
| Sentado leyendo | | | | |
| Viendo la televisión | | | | |
| Sentado inactivo en un lugar público (teatro, cine) | | | | |
| Como pasajero de un vehículo una hora seguida | | | | |
| Descansando echado por la tarde | | | | |
| Sentado charlando con alguien | | | | |
| Sentado después de una comida sin alcohol | | | | |
| En un automóvil al pararse unos minutos el tráfico | | | | |

¿Cuál sería nuestro Esquema de actuación? Presentamos la dinámica de trabajo que seguimos en clínica:

1. Detección.
2. Evaluación del sueño.
3. Instrucciones higiénico-dietéticas y confección de un dispositivo intraoral.
4. Reevaluación o titulación.

1.- Detección

Tres sencillas preguntas nos ponen sobre la pista:

- ¿Usted ronca?
- ¿Se duerme en situaciones que no debía?
- ¿Deja de respirar o tiene espasmos nocturnos? (habitualmente lo refiere el cónyuge).

Podemos completar nuestra anamnesis con los datos que aparecen en la Tabla 3:

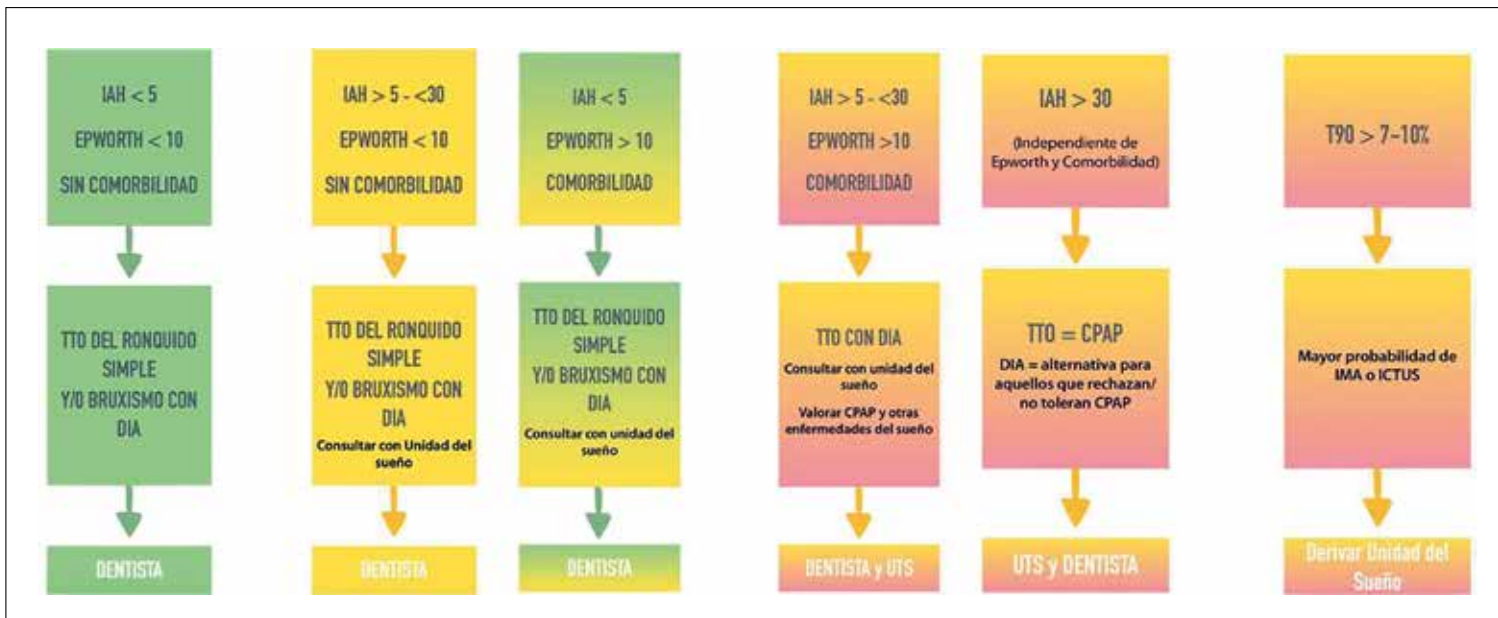
- a. Antecedentes de HTA, IMA o ACV.
- b. IMC (índice de masa corporal).
- c. Circunferencia de cuello.
- d. Edad y Sexo.
- e. Bruxismo y/o desgaste dentario.

De manera que precisarán un estudio del sueño aquellos pacientes que presenten los requisitos que aparecen en la Figura 6.

Para valorar la presencia de excesiva somnolencia diurna utilizamos la Escala de Epworth (Tabla 4). Valores mayores a 10 nos hablan de excesiva somnolencia diurna.

Podemos completar la detección mediante pruebas de imagen. La telerradiografía lateral de cráneo proporciona una información orientativa, aunque no suficiente ya que no mide el vo-

Esquema 3.



lumen de las vías respiratorias en los tres planos del espacio.

Entre los elementos que podemos valorar en una telerradiografía lateral están:

- Dimensión AP.
- Vía aérea en paladar, hioides y base de la lengua
- Longitud de la vía aérea.
- Posición de los maxilares.
- Resalte de la posición cervical.

Para obtener una visión tridimensional de la vía aérea utilizamos la tomografía computerizada (CBCT) de uso habitual en implantología (Figura 7).

2.- Evaluación del sueño

Para descartar una apnea del sueño hay que realizar una prueba durante la noche.

El empleo de dispositivos de uso domiciliario mediante poligrafía respiratoria simplificada

como el BTI APNiA (BTI Biotechnology Institute, Vitoria, Spain) y el análisis automático de los resultados a través del software específico, y en consonancia con los criterios de la Asociación Española de Neumología facilita la realización de diagnósticos de forma ambulatoria.

El equipo BTI APNiA es un equipo de 5 canales que corresponde a la clasificación III de la AASM y a S3C4O1P2E4R2 de la clasificación de SCOPER. Consta de una cánula nasal y un sensor de oximetría. Preparado para uso domiciliario.

El software para diagnóstico registra valoraciones:

1. del flujo nasal,
2. saturación de oxígeno,
3. frecuencia cardíaca,
4. posición corporal y
5. ronquidos.

Todo ello queda registrado para su valoración en la gráfica que aparece en la Figura 9.



Figura 7.

El software BTI APNIA permite aportar un sistema automático de identificación y diagnóstico reflejando los datos siguientes (Figura 10):

1. Eventos respiratorios, apneas, hipopneas y eventos frontera.
2. Índice de apnea-hipopnea por hora (IAH).
3. Saturación de oxígeno mínima, media, nº total de desaturaciones por hora, media de las desaturaciones y % de saturación por debajo del 90% (T90), del 85% y del 80%.
4. Frecuencia cardíaca mínima, máxima y media.
5. Presencia de ronquidos por posición, número, tiempo, % tiempo roncando e índice de ronquidos por hora.

En función de los valores obtenidos, el sistema califica el ronquido en no relevante, leve, moderado, severo o muy severo, tal y como vemos en el Esquema 1.

Asimismo, el sistema registra el tiempo de sueño en supino y en no supino y correlaciona el IAH con la posición, estableciendo o no la existencia de criterios de SAHS postural. En el Esquema 2 podemos ver la representación postural que nos ofrece el software BTI APNIA.

Conforme a los datos de la anamnesis y a los resultados obtenidos en el estudio del sueño nuestro esquema de actuación será el que aparece en el Esquema 3.



Figura 6.

3.- Instauración del tratamiento

La apnea nocturna es una enfermedad que exige tratamiento siempre.

Vamos a buscar apneas posturales (apneas en supino), caídas de la saturación de oxígeno por debajo del 90% (T90). Cuando la T90 >10% se incrementa el riesgo de ictus o IMA y el paciente debe ser visto en una unidad del sueño.

Nuestro papel, el papel del dentista, en el tratamiento del SAHS incluye:

1. Medidas higiénico-dietéticas

Las siguientes medidas son de probada eficacia para reducir la severidad de un SAHS y la roncopatía:

- La obesidad es un factor de riesgo. Si el índice de masa corporal (IMC) está en por encima

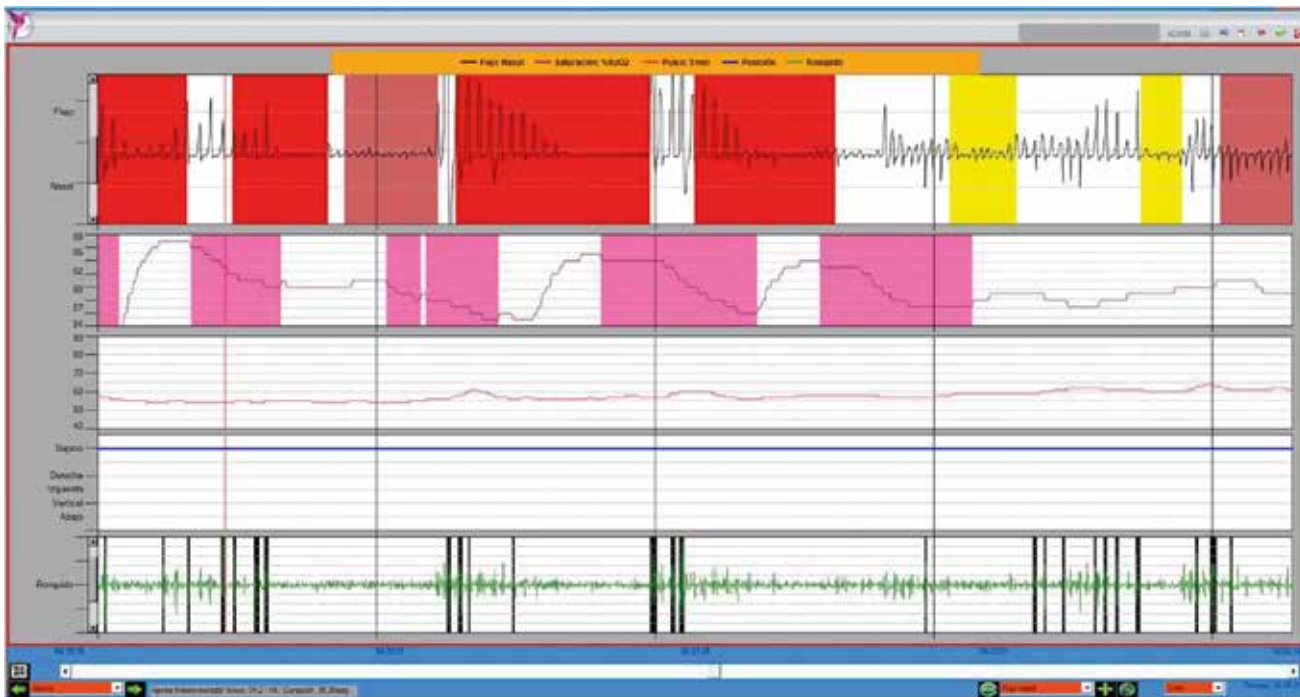


Figura 9.

Figura 10.

DATOS DEL PACIENTE

DATOS DE FILIACIÓN

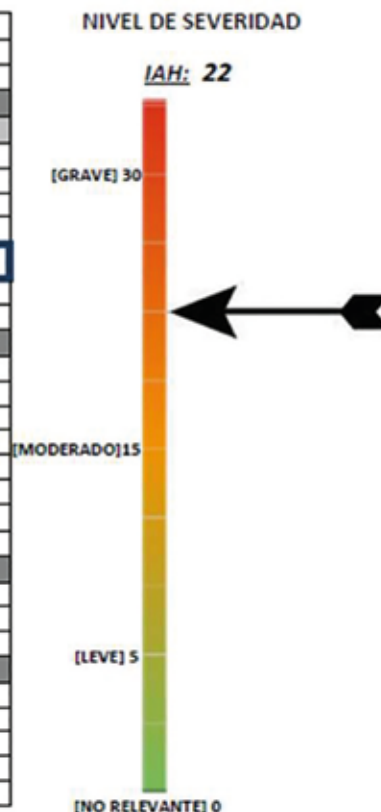
Nombre y apellidos:
 Nº identificación: 3301
 Clínica procedencia: CLINICA DEL CANTO
 Tipo de análisis: Diagnóstico
 Médico: PROF. MARIANO DEL CANTO
 Tensor:
 Edad: 49

DATOS CLÍNICOS

Peso: 80 kg.; Altura: 1,8 m.; IMC: 24,7kg/m². (IMC ideal: [18.5 - 25])
 Hipertensión: Si ; Enfermedad Cardíaca o neurológica: No
 Le han dicho que ronca todos o casi todos los días: Si ; Epworth: 0
 Le han dicho si se para de respirar durante el sueño: Si
 Tiene cansancio y/o somnolencia durante el día: Si
 Desgaste Dental / Bruxismo: No ; Tensión arterial:

POLIGRAFIA RESPIRATORIA

| Fecha de estudio | 03/04/2017 | | |
|--|---------------|-----------------|----------------------|
| Hora de Inicio – Fin Registro | 22:41 - 06:40 | Duración | 7:58:50 (478,8 min.) |
| Hora de Inicio – Fin Evaluación | 22:51 - 06:40 | Duración | 7:49:01 (469 min.) |
| EVENTOS RESPIRATORIOS | | | |
| | Número | Índice por hora | Duración Media |
| Apneas | 129 | IA | 16,5 |
| Hipopneas | 43 | IH | 5,5 |
| Apneas + Hipopneas | 172 | IAH | 22,9 |
| Eventos Frontera | 64 | IEF | 39 |
| ÍNDICE DE APNEAS + HIPOPNEAS POR HORA (IAH) | | | 22 |
| IAH por posición | Supino | 62,2 | No Supino |
| | | | 11,5 |
| Tiempo en supino (%) | | 20,8 | |
| SATURACIÓN DE OXÍGENO (%SpO2) | | | |
| %SpO2 Mínima | | 86 | |
| %SpO2 Media | | 92,1 | |
| Nº total de Desaturaciones | | 140 | |
| Índice de Desaturaciones por Hora (IDH) | | 17,9 | |
| Media de las Desaturaciones (%) | | 3,9 | |
| %SpO2 por debajo del 90% | minutos | 12 | % tiempo |
| | | | 2,6 |
| %SpO2 por debajo del 85% | minutos | 0 | % tiempo |
| | | | 0 |
| %SpO2 por debajo del 80% | minutos | 0 | % tiempo |
| | | | 0 |
| FRECUENCIA CARDÍACA (frecuencia de pulso en latidos/min) | | | |
| Frecuencia Cardíaca Mínima | | 39 | |
| Frecuencia Cardíaca Máxima | | 89 | |
| Frecuencia Cardíaca Media | | 52 | |
| PRESENCIA DE RONQUIDOS | | | |
| Ronquidos por posición | Supino | No supino | Totales |
| Número | 560 | 1991 | 2551 |
| Tiempo (minutos) | 37,3 | 132,7 | 170,1 |
| % tiempo roncando | 68,4 | 40 | 44 |
| Índice de ronquidos hora | 345,1 | 321,4 | 326,3 |



de 25 kg/m², es aconsejable la pérdida de peso.

- En los casos en los que número de apneas en supino duplica con respecto a otras posiciones, hablamos de apneas posturales, por lo que es aconsejable que el paciente evite dormir en decúbito supino. Existen estrategias y dispositivos que permiten lograr esta modificación postural durante el sueño.
- El tabaco es otro factor de riesgo. En pacientes fumadores deberemos instaurar un programa de desensibilización al tabaco.
- Es aconsejable evitar el alcohol en horario vespertino a partir de las 20.00 h. El alcohol genera un sueño de mala calidad y además inhibe parcialmente la actividad de los músculos dilatadores de la faringe favoreciendo y/o agravando la aparición de ronquido y el SAHS.

- Se debe evitar el uso, salvo prescripción facultativa de hipnóticos, especialmente benzodiazepinas, dado que se ha demostrado que aumenta la severidad y duración de apneas/hipopneas agravando en SAHS persistente.

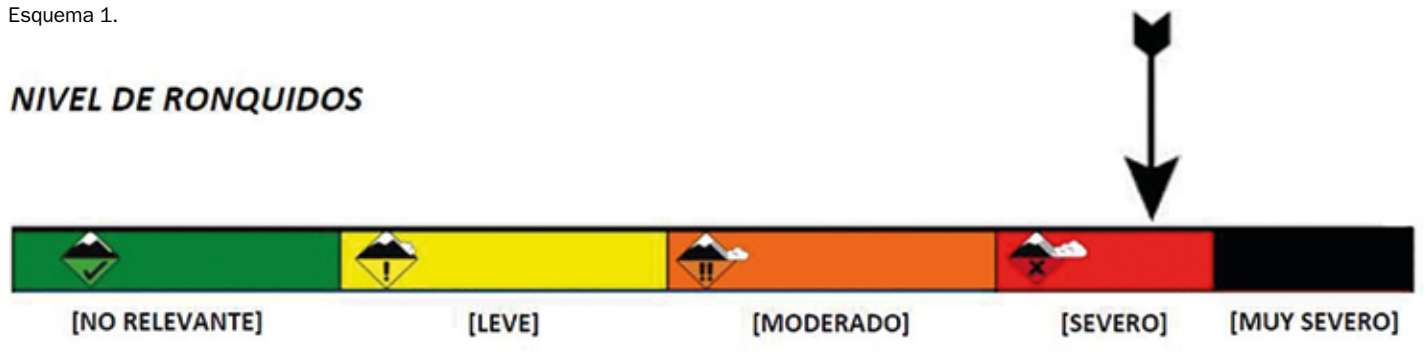
2. Dispositivo intraoral para evitar la retrusión mandibular nocturna.

Para la realización de un dispositivo intraoral nuestro flujo de trabajo es el siguiente (ver Figura 11):

- Modelos de trabajo convencional o bien obtenido digitalmente mediante escaneado intraoral.
- Montaje en articulador.
- Confección de plancha superior e inferior de 1.5 mm de espesor.
- Unión acrílico-plancha en la plancha superior.
- Colocación de componentes.

Esquema 1.

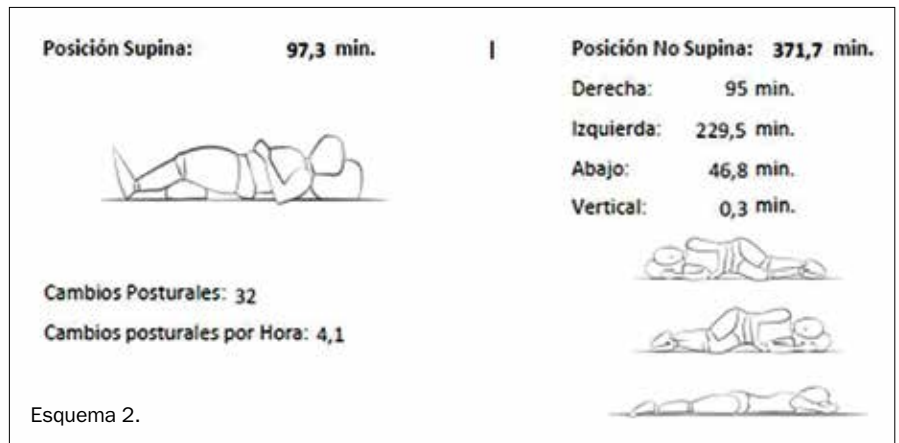
NIVEL DE RONQUIDOS



Multitud de Investigaciones han demostrado que la terapia con dispositivos intraorales puede ser un tratamiento eficaz para aquellos que sufren de apnea obstructiva del sueño⁸. Estos dispositivos permiten evitar la retrusión de la mandíbula en decúbito y mantener libre la vía aérea. El propósito de este aparato es reposicionar la mandíbula y la lengua para mejorar la circulación del aire.

Estos dispositivos, de apariencia similar a un protector bucal, son fáciles de usar como los retenedores u otros aparatos dentales removibles y son mucho más fáciles que el sistema de presión positiva continua de vía aérea (o CPAP, en la foto superior).

Con los dispositivos intraorales buscamos un nivel de protrusión mandibular individualizado, cambiando el concepto de máxima protrusión tolerada por el de mínima protrusión eficaz. Buscamos el máximo beneficio con el menor avance. Sabemos que no por protruir más mejoramos el IAH. Hay un límite y con



ello limitamos los efectos secundarios, dolor muscular y articular.

Los dispositivos con componentes laterales como el dispositivo intraoral APNIA (DIA) nos permiten disminuir el aumento en la dimensión vertical, obligado en dispositivos con componentes centrales, limitando así, también, los efectos indeseables y la tolerancia del paciente. (Figuras 12 y 13).

Figura 11.



Figura 12.





Figura 13.

4.- Reevaluación (titulación)

Llamamos titulación a la realización de un estudio del sueño de control con el uso del dispositivo intraoral.

La titulación nos permite:

1. Valorar el efecto dosis-respuesta. No por protruir más mejora el IAH.
2. Evitar efectos indeseables. La exagerada protrusión conduce al dolor muscular y articular.
3. Buscar la mínima protrusión eficaz.
4. Comprobar la eficacia: disminución del IAH al menos en un 50%.

Bibliografía

1. Duran-Cantolla J, Alkhraisat MH, Martínez-Null C, Ahuirre JJ, Guinea ER, Anitua E. Frequency of obstructive sleep apnea syndrome in dental patients with tooth wear. *J Clin Sleep Med.* 2015 Apr 15;11(4):445-50
2. Urrestarazu E, Escobar F, Iriarte J. *Medicine.* 2015 11(73): 4385-94
3. Consenso Nacional Sobre el Síndrome de Apneas-Hipopneas del Sueño (SAHS). SAHS y accidentes de tráfico, laborales y domésticos. *Arch Bronconeumol.* 2005;41 Supl 4:37-42
4. Terán-Santos J, Egea-Santaolalla C, Montserrat JM, Masa Jiménez F, Villar Librada Escribano M, Mirabet E, Valdés Rodríguez E. Apnea del sueño y conducción de vehículos. Recomendaciones para la interpretación del nuevo Reglamento General de Conductores en España. *Arch Bronconeumol* 2017;53:336-41
5. Kato T. Sleep bruxism and its relation to obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome. *Sleep and Biological Rhythms* 2004;2:1-15
6. Durán-Cantolla J, Puertas-Cuesta FJ, Pin-Arboledas G, Santa María-Cano J [Consensus national paper on sleep apnea hypopnea syndrome.]. *Archivos de Bronconeumología* 2005;41:1-110.
7. Anitua E. La apnea obstructiva del sueño y complicaciones técnicas en prótesis sobre implantes. *El dentista moderno*, abril 2018.
8. Sánchez-Moliní M, Rollón A, José María Benítez, JA, Mayorga, F, Gallana, S, Lozano, R, Joshi Otero, J y Gascón, M. Manejo del SAHS mediante dispositivos de avance mandibular. Estudio preliminar. *Rev Esp Cir Oral Maxilofac.* 2010;32(4):152-158
9. CONSENSO NACIONAL SOBRE EL SÍNDROME DE APNEAS-HIPOPNEAS DEL SUEÑO (SAHS). Dispositivos de avance mandibular (DAM) en el tratamiento del SAHS. *Arch Bronconeumol.* 2005;41 Supl 4:68-74

5. Realizar un seguimiento.

En este sentido la Sociedad Española del Sueño en su Guía de Práctica Clínica para la utilización de dispositivos de avance mandibular para el tratamiento de pacientes con SAHS y el Consenso Nacional para el Síndrome de Apnea-Hipopnea del Sueño (SAHS)⁹ recomienda que el dentista colaborador con una unidad del sueño debe:

1. Realizar una exploración dental, periodontal y de la articulación temporomandibular para preparar o descartar la utilización de un dispositivo intraoral.
2. Valorar el grado de avance mandibular, asociado a tolerancia y eficacia, que es individual para cada paciente.
3. Realizar visitas de control en el periodo de adaptación para poder analizar la tolerancia, eficacia y efectos secundarios.
4. Control periódico por el dentista para valorar la aparición de efectos secundarios, necesidad de sustitución del dispositivo y necesidad de revaloración del SAHS.

Conclusiones

1. El SAHS es una entidad muy frecuente y grave en adultos mayores con un gran porcentaje de infradiagnósticos.
2. El SAHS se asocia con desgaste dental y pacientes bruxistas.
3. El dentista adecuadamente capacitado es un actor de primer nivel en la detección, diagnóstico y tratamiento del SAHS.
4. Los dispositivos intraorales de avance mandibular se han demostrado sumamente eficaces en el tratamiento del SAHS y son tolerados adecuadamente por los pacientes.

Resumen

El síndrome de apnea-hipopnea del sueño (SAHS) es un trastorno respiratorio del sueño con una incidencia cada vez mayor y que aumenta con la edad, situándose en cifras cercanas al 20 por ciento en mayores de 65 años. Tanto el SAHS como otras enfermedades del sueño aún están infradiagnosticadas.

Se están consiguiendo grandes avances como veremos en este artículo, donde presentamos la dinámica de trabajo que seguimos en clínica de detección, evaluación e instauración del tratamiento.

Summary

Sleep apnoea-hypopnoea syndrome (SAHS) is a sleep-related respiratory disorder with an increasing incidence that increases with age, reaching close to 20 percent in people over 65 years of age. SAHS, as well as other sleep disorders are still underdiagnosed. Great progress is being made as we will see in this article, where we present the workflow that we follow in the detection, evaluation and treatment establishment clinic.