

La opinión del experto

Dr. Joaquín Durán Cantolla,

neumólogo y presidente de la Federación Española de Sociedades de Medicina del Sueño (FESMES).



“En España apenas llegamos al 1 % del tratamiento dental de la apnea del sueño, en Europa es el 30 %”

El doctor Joaquín Durán Cantolla, neumólogo y presidente de la Federación Española de Sociedades de Medicina del Sueño, acumula una larga trayectoria dedicada al estudio del sueño y desde hace más de diez años tiene un especial empeño en involucrar a los dentistas en el tratamiento de las apneas del sueño. Según afirma: “los dispositivos intraorales son el primer tratamiento indicado para las apneas del sueño leves o moderadas, y el segundo en los casos graves que no toleran la CPAP. Esto es así en todo el mundo, pero no en España”. Para solucionar esta situación, reclama el establecimiento de protocolos de colaboración directa entre dentistas y las Unidades de Sueño, y que los odontólogos se formen en esta área, tanto por la gran oportunidad de trabajo que supone como por el alto beneficio que representa para los pacientes. El doctor Durán Cantolla es autor de más de 190 artículos originales y 33 libros, e investigador en 50 proyectos sobre apneas del sueño. Es jefe de Servicio de Investigación de Bioaraba desde 2011, profesor de Medicina en la Universidad del País Vasco y director de la Unidad de Sueño de la Clínica Eduardo Anitua (2010-2020).

¿En qué tipos de apneas pueden intervenir los dentistas?

Desde las Unidades del Sueño siempre hemos querido transmitir, y desde hace bastante tiempo, que el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las apneas del sueño es interdisciplinar. Una sola especialidad médica, quirúrgica o dental no da respuesta a todos los problemas que acarrea una apnea del sueño. Es decir, se precisa de toda una cadena de conocimiento que implica a varios especialistas. Por eso, siempre hemos defendido tener una cooperación interdisciplinar entre las Unidades del Sueño y el ámbito dental.

En estos momentos, podemos afirmar que el tratamiento dental de la apnea del sueño que hacen los dentistas en Europa supone un 30 % del total de los tratamientos de apnea del sueño. Esta cifra es mucho mayor en sociedades nórdicas, como Finlandia o Noruega, donde

superan el 50 %. Sin embargo, en España apenas llegamos al 1 % del tratamiento dental de la apnea del sueño, lo cual significa que algo está ocurriendo para que el mundo dental no esté entrando en el tratamiento de la apnea del sueño.

¿Este dato tan bajo se debe a un desconocimiento del tratamiento o falta de formación?

En mi opinión, debemos fijarnos en una serie de factores múltiples que pueden explicar la situación en España. En primer lugar, debemos reconocer que la atención dental en nuestro país se presta mayoritariamente desde el ámbito privado

y, por el contrario, el tratamiento de la apnea del sueño, en su mayoría, se lleva a cabo desde la medicina pública. En este momento, la medicina del Sistema Público no financia los tratamientos dentales de la apnea del sueño, como son los dispositivos intraorales o los dispositivos de avance mandibular, mientras que en la mayor parte de los países de Europa este tratamiento es uno más de los servicios públicos y está financiado; por ejemplo, en Francia el paciente adelanta el dinero de este tratamiento y luego el Estado se lo reembolsa.

Esta circunstancia puede ser una explicación, pero no la única, porque tampoco

“La indicación más importante del tratamiento de la apnea obstructiva del sueño, y con ello nos referimos a más del 90 % de todas las apneas, es el dispositivo intraoral en los casos leves y moderados, es el primer tratamiento indicado en todo el mundo”

La opinión del experto |



están financiados otros tratamientos dentales y sin embargo los pacientes van al dentista. Por lo tanto, hay elementos que tienen que ver con el desconocimiento que aún existe en el ámbito dental respecto a en qué consiste este tratamiento y lo que implica. Y también es evidente una falta de conocimiento en las Unidades del Sueño sobre cómo ponerse en contacto y colaborar con las unidades dentales, sean públicas o privadas. Por tanto, vemos que falta esa colaboración.

¿Falta entonces un esquema de colaboración entre Unidades del Sueño-dentistas pero ambos sentidos?

Eso es, en este momento no hay protocolos diseñados al efecto. En mi caso, yo no soy dentista sino neumólogo y me dedico al sueño desde hace unos 30 años, pero desde hace algo más de diez años tengo un especial empeño en que el ámbito dental se incorpore al mundo del sueño. La indicación más importante del tratamiento de la apnea obstructiva del sueño, y con ello nos referimos a más del 90 % de todas las apneas, es el dispositivo intraoral en los casos leves y moderados, es el primer tratamiento indicado en todo el mundo. Así pues, siendo el primer tratamiento indicado, resulta que en nuestro

país se hace poquísimo. Pero es que además es el segundo tratamiento cuando los casos de apnea de sueño son graves y no toleran o rechazan la CPAP. Esto significa que los dispositivos intraorales desempeñan un papel esencial.

En este momento, por una parte, necesitamos que los dentistas se formen. Existe la Sociedad Española de Medicina Dental del Sueño, SEMDeS, que además forma parte de la Federación Española de Sociedades de Medicina del Sueño, que agrupa a seis sociedades científicas. Ya se ha creado un certificado como especialista en Medicina Dental del Sueño, cuyo examen se hizo por primera vez en 2020 y se volverá a realizar en diciembre. Por otra parte, desde la Sanidad Pública debemos desarrollar protocolos que permitan esta colaboración con los dentistas. Los dentistas no pueden hacer diagnósti-

cos médicos; por lo tanto, necesitan una colaboración con las Unidades de Sueño para empezar el tratamiento de un paciente con un dispositivo intraoral.

Ahora bien, en este momento si un dentista quiere enviar a un paciente a una Unidad de Sueño del Sistema Público, no puede hacerlo directamente. Tiene que enviarlo al médico de cabecera para que este a su vez lo envíe al neumólogo, que a su vez lo enviará a la Unidad del Sueño. Se crea una rueda que debe repetirse varias veces, porque la característica de los dispositivos intraorales es que hay que ir avanzando milímetro a milímetro el dispositivo hasta encontrar la titulación que reduce o suprime las apneas del paciente. Si esta rueda la tiene que hacer varias veces un paciente, al final resulta un obstáculo absolutamente infranqueable, no es operativo.

“Los dentistas deben ver los nichos de oportunidad, porque hablamos de millones de personas afectadas. Es un escenario que supone unas perspectivas de diagnóstico y tratamiento considerables, no solo por lo que representa en cuanto a trabajo sino por lo que implica de aportación de salud a la comunidad”



Sleep Apnea

La opinión del experto |



Es esencial que desde las sociedades científicas y desde el Ministerio de Sanidad se favorezca la creación de protocolos conjuntos que permitan trabajar en colaboración a las Unidades del Sueño y los dentistas, porque además los dentistas ocupan un espacio que habitualmente no entra en competición con las Unidades del Sueño; más bien se genera una cooperación. En los casos leves y moderados no se suele poner un tratamiento con CPAP en las Unidades del Sueño y ahí los dentistas ofrecen una oportunidad de tratamiento específico para estos pacientes. Pero es que además en los casos graves que no toleran o rechazan CPAP, los dentistas y sus dispositivos son una alternativa de tratamiento.

Hoy en día, tenemos a nuestro alcance la realización de pruebas de sueño automatizadas con equipos simplificados, con los que los dentistas colaboran con las Unidades del Sueño para ayudar a aflorar el diagnóstico de una enfermedad que apenas tiene diagnosticado al 10 % de la población afectada.

Estamos intentando favorecer la existencia de estos protocolos de colaboración, porque en este momento tenemos un gap por este problema. Nunca habíamos llegado a este punto y es lógico que surjan lagunas.

¿Cómo actúa en este momento el dentista que sospecha que su paciente puede sufrir apnea del sueño?

Si un dentista, mediante un cuestionario de los muchos que hay, sospecha que el paciente puede tener apnea del sueño, tiene la posibilidad de emplear los equipos simplificados que hay en el mercado que permiten que se pueda valorar esta sospecha clínica; no obstante, la confirmación de ese diagnóstico hay que hacerla en la Unidad del Sueño. Esto es así porque como decíamos los dentistas no pueden hacer diagnósticos médicos, es algo que pasa también en otros países europeos o en Estados Unidos; de hecho, la Sociedad Americana de Medicina Dental del Sueño también promueve en su Libro Blanco esta colaboración interdisciplinar. Pero para llevar a cabo esta colaboración el dentista debe tener la oportunidad de poder contactar directamente con la Unidad del Sueño. Lo que nosotros aconsejamos a los dentistas es que ini-

cient la realización del proceso con el estudio simplificado y el paciente ponga en conocimiento de su médico de cabecera los resultados para que le envíe a una Unidad del Sueño. Por su parte, los dentistas se deben poner de acuerdo con Unidades del Sueño, bien públicas o bien privadas, para poder desarrollar en conjunto esa colaboración. Por ejemplo, desde FEMDES, a través de los 120 médicos que han aprobado el Certificado en Medicina Dental del Sueño, lo que queremos es crear una base de datos con una serie de dentistas en cada provincia que permita que las propias Unidades del Sueño puedan derivar los pacientes a estos dentistas para así iniciar esta colaboración.

¿Qué índice de efectividad tienen los dispositivos de avance mandibular?

Estadísticamente producen una reducción del número de apneas e hipoapneas por hora de sueño de en torno al 50 y 70 %. En la perspectiva menos optimista quedarse cerca del 50 % es muy prudente, pero en muchas ocasiones se obtienen respuestas muy superiores. Esto implica que un paciente que tiene 20 apneas se queda en el entorno de 10, que es un caso leve que perfectamente se puede manejar.

También los dentistas pueden manejar pacientes con roncopatía. En España se estima en 20 millones las personas que roncan cada día y algunas de estas personas tienen verdaderos problemas sociales en su convivencia. Los dentistas están en una posición ideal para tratar a estos pacientes con dispositivos intraorales.

“Desde FESMES, a través de los 120 médicos que han aprobado el Certificado en Medicina Dental del Sueño, lo que queremos es crear una base de datos con una serie de dentistas en cada provincia que permita que las propias Unidades del Sueño puedan derivar los pacientes a estos dentistas”

Mi colaboración con dentistas para el tratamiento con dispositivos intraorales se remonta al año 2000, pero es desde hace 11 años que tengo un contacto fluido con ellos. Esa colaboración genera un conocimiento mutuo que resulta extraordinariamente útil, porque los neumólogos no tenemos un conocimiento suficiente para realizar el seguimiento de un paciente al que se le ha colocado un dispositivo intraoral, pero a la vez también pensamos que podemos brindar una gran ayuda al dentista para el seguimiento y control de estos pacientes. Por lo tanto, seguro que es una colaboración en la que ambas partes ganan y, sin duda, el que más gana es el paciente.

¿Se necesita un perfil concreto de dentista (ortodoncistas, dentistas generales) para introducirse en esta área?

Cualquier dentista que esté interesado en esta área lo que necesita es formarse. Ciertamente, los ortodoncistas están más familiarizados con todo lo que suponen los dispositivos intraorales o sistemas que les recuerdan mucho a las ortodoncias que ellos manejan, pero no resulta un tratamiento tan complicado que no pueda ser apto para todos; lo que se precisa es formación. El dentista está en una posición de privilegio. Hoy sabemos la relación directa que existe entre el bruxismo y la apnea del sueño; y el bruxismo no pueden tratarlo otros profesionales más que los dentistas, así que debemos ponerle un poco más fácil.

Durante el grado universitario la formación sobre el sueño que recibe un dentista es cero. Ahora bien, resulta que el dentista es quien indica y aplica los dispositivos intraorales o quien relaciona la apnea del sueño con el bruxismo; por tanto, si no recibe ninguna formación en su fase universitaria, partimos de una carencia previa. No es cuestión de repartir culpas, y menos a los dentistas, porque yo soy médico y la formación

que recibí en Sueño cuando me formé también fue cero. La Universidad debe ir adaptándose a los nuevos tiempos, pero también los dentistas deben ver los nichos de oportunidad, porque hablamos de millones de personas afectadas. Es un escenario que supone unas perspectivas de diagnóstico y tratamiento considerables, no solo por lo que representa en cuanto a trabajo sino por lo que implica de aportación de salud a la comunidad.

“También los dentistas pueden manejar pacientes con roncopatía. En España se estima en 20 millones las personas que roncan cada día”

¿Qué países podríamos tomar de referencia?

Aunque por cercanía conocemos bien Francia, creo que su modelo sería impenable aquí. Allí el paciente primero desembolsa el coste del tratamiento y luego se le reembolsa; esto implica una política de ahorro muy importante. Posiblemente el sistema alemán encajaría mejor; de manera que el tratamiento estaría financiado por el sistema público como cualquier otro tratamiento. En Alemania el tratamiento con dispositivos intraorales o de avance mandibular es un tratamiento más, como puede ser la máquina de CPAP.

Hay situaciones verdaderamente curiosas. Si voy al otorrino porque ronco, él me puede operar dentro de la Seguridad Social; sin embargo, el ronquido hoy por hoy no es una enfermedad, sino un ruido. Pero hoy tenemos operaciones por ronquido. Sin embargo, el primer tratamiento de los casos de apnea leve o moderada no entra por la Seguridad Social y el segundo tratamiento en los casos graves que no aceptan CPAP,



Brian Chase/shutterstock.com

como son los dispositivos intraorales, tampoco entra por la Seguridad Social. Es una asincronía que tiene que ver con los modelos sanitarios y su tradición.

¿Hay que hacer una labor de educación a la población para que sepan que el dentista puede tratar la apnea del sueño?

Mi experiencia en este sentido ha sido muy buena. Trabajo en Vitoria con el doctor Eduardo Anitua y desde su clínica se explica a los pacientes que un desgaste dental es producido por el bruxismo y que este tiene relación con la apnea del sueño, por lo que, aunque se les haga una rehabilitación oral, si no se trata el origen y siguen teniendo apneas, van a seguir siendo apretadores-estructuradores de las piezas rehabilitadas, con lo cual es conveniente para su tratamiento descartar la presencia de apneas del sueño. Esta explicación es muy bien recibida por los pacientes y la ven como un aporte adicional a su propio tratamiento.

Muchas personas van al médico con cierta frecuencia, pero otras no; sin embargo, lo que sí es cierto es que todo el mundo debería ir con cierta asiduidad al dentista. Así pues, este profesional está en una posición privilegiada, porque en muchas ocasiones es el primero que explora la vía aérea superior y está en unas condiciones óptimas para decir al paciente que sospecha de apneas del sueño y sería conveniente una evaluación.