

Publicación científica de la EFP
Diciembre 2016



Traductora: Ana Molina

Estudiante de doctorado e instructora clínica del
Máster de Periodoncia, Facultad de Odontología,
Universidad Complutense de Madrid

Relatores:

Molina, A. con Sanz, M.

Enlace al artículo original de JCP:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jcpe.12509/full>
Acceso a través de la página web para miembros de la EFP:
<http://www.efp.org/members/jcp.php>

Afiliación: Preparado por una estudiante de doctorado e instructora clínica del Máster de Periodoncia, Facultad de Odontología, Universidad Complutense, Madrid, España, bajo la supervisión del catedrático y director del Máster de Periodoncia, Facultad de Odontología, Universidad Complutense, Madrid, España.

Estudio:



Costes de retención de molares con compromiso periodontal en una población alemana

Schwendicke, F., Plaumann, A., Stolpe, M., Dörfer, C.E., Graetz, C.

J Clin Periodontol 2016; 43 (3), 261-70.

Resumen del artículo original con el amable permiso de Wiley Online Library

Copyright © 1999-2014 John Wiley & Sons, Inc. Todos los derechos reservados

Antecedentes:

La terapia periodontal ha demostrado lograr resultados predecibles en términos de supervivencia a largo plazo de dientes con compromiso periodontal. Sin embargo, esta predictibilidad puede verse reducida cuando estos dientes están afectados por otros factores de influencia tales como afectación de furca (FI, del inglés *furcation involvement*),

pérdida de hueso, movilidad, estado endodóntico o prostodóntico, así como factores de riesgo a nivel del paciente. Estos factores pueden también influir en el coste-eficacia de la terapia periodontal de mantenimiento a largo plazo (TPM), aunque estos costes no han sido cuantificados en estudios previos.

Objetivos del estudio:

Cuantificar los costes anuales de la retención a largo plazo de molares con afectación periodontal, e identificar aquellos factores que influyen la proporción coste-eficacia.

Métodos:

Se trata de un estudio de cohortes retrospectivo que incluyó pacientes que habían recibido terapia periodontal para el tratamiento de periodontitis crónica o agresiva, de moderada a avanzada entre 1982 y 1998 en la Universidad Christian-Albrechts Kiel, en Alemania, y que habían acudido de forma regular a TPM durante ≥ 9 años (a intervalos de 3-12 meses). Los pacientes debían presentar al menos un primer o segundo molar al finalizar la terapia periodontal inicial (T1).

Los costes se calcularon en base a tarifas por ítems, de acuerdo al sistema de honorarios alemán en el contexto de un marco de atención secundaria de salud.

En los análisis se incluyó un sistema de pago mixto público-privado, dado que la mayoría de los pacientes (86%) estaban inscritos en la sanidad pública, aunque no todos los ítems (como la TPM) estaban cubiertos, y por tanto, estos fueron abonados por el paciente. Se calcularon los recursos y costes por diente; en aquellos casos en los que se proporcionó un servicio a más de un diente al mismo tiempo (p. ej. evaluación, antibióticos), los costes fueron distribuidos entre todos los dientes presentes.

La eficacia fue definida como los años de retención dentaria desde la inclusión del paciente hasta la extracción o hasta el último seguimiento (tiempo censurado).

Continúa . . .

*Publicación
Científica de la EFP
Diciembre 2016*

Métodos:
(continúa)

No se calculó la proporción coste-eficacia para aquellos dientes retenidos más allá del tiempo censurado, dado que los costes de dicha retención eran desconocidos.

La unidad de análisis fue el diente. Los costes/año fueron calculados estimando los costes totales de tratamiento (inicial o retratamientos, y TPM) por año de retención dentaria. Se evaluó la asociación entre la proporción coste-eficacia y las siguientes variables predictoras: a) a nivel de paciente: género, diagnóstico (periodontitis crónica o agresiva), edad (en años) en basal (T0), y hábito tabáquico auto-reportado; b) a nivel de diente: arco dentario (mandíbula/maxilar), PBS máxima (mm), grado de FI en T1, pérdida de hueso radiográfica (% de la longitud radicular: $\leq 25\%$, $\leq 50\%$ y $> 50\%$),

movilidad dental en T0, prótesis/pilar en T0 (sí/no), tratamientos de conductos presentes al comienzo (sí/no), lesión peri-apical en T0 (sí/no).

Se realizaron análisis de la variancia univariable (ANOVA) y tests de Bonferroni post-hoc para analizar la influencia de las diferentes variables predictoras en los costes o la eficacia, mientras que su influencia en la proporción coste-eficacia fue evaluada por medio de modelos lineares-mixtos generalizados. Los costes y los costes/año también se calcularon a nivel del paciente. Un modelo lineal generalizado evaluó la influencia de los predictores a nivel del paciente, y el grado máximo de FI en T1 (como predictor a nivel de diente) sobre la proporción coste-eficacia a nivel del paciente.

Resultados:

Se incluyeron un total de 2.306 molares en 379 pacientes. La edad media de los pacientes en T0 fue 45.7 años (SD:10.0), y el seguimiento global fue de 16.5 años (SD: 6.8).

Tratamientos realizados (media por año):

- Raspado y alisado radicular: 0.07 (SD: 0.12). Esta media fue significativamente mayor en pacientes jóvenes vs de mayor edad, y en molares con $PBS \geq 5\text{mm}$.
- Cirugía de acceso: 0.04 (SD:0.11). Este tratamiento fue más frecuente en pacientes mayores, molares con $PBS \geq 5\text{mm}$, movilidad, FI-3, o tratamiento protético en T0.
- Cirugía resectiva: 0.01 (SD: 0.04). Estos procedimientos se llevaron a cabo de forma significativamente más frecuente en molares superiores, molares con movilidad grado 3, FI-3, pérdida de hueso, tratamiento endodóntico, lesiones peri-apicales, o tratamientos protéticos.
- TPM: 2.49 (SD: 0.12). La PBS, la pérdida de hueso, la movilidad, la FI, y el tratamiento endodóntico se asociaron con un mayor número de visitas.

Costes por año:

Bajo la perspectiva del modelo público-privado, los costes anuales del tratamiento total y del tratamiento periodontal fueron 19.32€ (SD: 18.78€) y 14.71€ (SD: 12.65€) respectivamente. A nivel de paciente, los costes medios por año de seguimiento fueron 137.86€ (SD: 370.03€). Los costes del tratamiento periodontal se incrementaban significativamente para molares con $PBS \geq 5\text{mm}$, movilidad, FI, pérdida de hueso, lesiones endodónticas y periapicales, y cuando el número de dientes era < 24 . A nivel del paciente, se encontró una asociación significativa entre la proporción coste-eficacia y el hábito tabáquico (mayor en el caso de los fumadores) y el hecho de presentar al menos un molar con FI grado 3.

Predictores de la proporción coste-eficacia:

Los costes totales anuales se incrementaban significativamente con cada mm de PBS máxima, en molares maxilares vs mandibulares, molares con movilidad, y aquellos con pérdida de hueso, tratamiento endodóntico, y lesiones periapicales en T0. Los molares restaurados protéticamente mostraron unos menores costes periodontales anuales, en comparación con los molares no restaurados.

*Publicación
Científica de la EFP
Diciembre 2016*

**Limitaciones,
conclusiones
e impacto:**

Limitaciones:

- La estimación de costes sólo es aplicable al sistema de salud alemán y puede resultar difícil extrapolarla a otros países o sistemas de salud.
- Los tratamientos periodontales no incluyeron las terapias regenerativas, que podrían haber influido tanto en la retención de dientes, como en la proporción coste-eficacia.
- Sólo se incluyeron en el cálculo los costes directos. Otros posibles costes - tales como aquellos derivados de la ausencia de los pacientes al trabajo u otros factores de productividad - también podrían modificar el coste - eficacia.
- La muestra de población estaba compuesta por pacientes altamente cumplidores y por tanto los costes de tratar a pacientes que asistieran a TPM de forma irregular podría ser diferente.
- La recolección de los datos fue retrospectiva y podría por tanto ser parcialmente imprecisa o estar incompleta.
- Los modelos de predicción evaluaron parámetros registrados en basal y tras la terapia inicial, por lo tanto su valor predictor sólo puede ser evaluado tras la terapia inicial y puede estar influenciado por la respuesta individual al tratamiento.

Conclusiones:

La retención a largo plazo de molares con afectación periodontal requiere un tratamiento y unos costes limitados. Ciertos factores a nivel del diente (como la PBS, la movilidad, la FI o la pérdida de hueso) y a nivel del paciente (hábito tabáquico) han sido asociados con la frecuencia del tratamiento periodontal y el coste-eficacia del mismo. Se deben tener en consideración los costes previstos de mantener molares con afectación periodontal cuando se planifique el tratamiento periodontal de cada paciente individual.

Impacto:

- Con una cantidad de terapia y coste anual limitados se puede lograr con éxito la retención de molares con afectación periodontal.
- Mientras que la mayoría de los costes del tratamiento dependen de la situación periodontal del diente, otros aspectos - tales como el estado endodóntico y prostodóntico del diente - pueden influir en el coste-eficacia de tratamiento y deben ser cuidadosamente evaluados y tenidos en consideración.
- Al planificar el tratamiento periodontal de un paciente, se pueden prever con antelación los costes a largo plazo derivados del mantenimiento y retención de los dientes.