

Adopción/Adaptación mediante Comentario para Argentina por intermedio de la Federación Iberoamericana de Periodoncia (FIPP) de la Guía de Práctica Clínica (GPC) de nivel S3: Tratamiento de la periodontitis en los estadios I – III, de la Federación Europea de Periodoncia (EFP), traducida por la Sociedad Española de Periodoncia (SEPA)

Adoption/Adaptation by Comment, for Argentina through the Iberoamerican Federation of Periodontology (FIPP) of the S3 Level Clinical Practice Guideline (CPG): Treatment of periodontitis in stages I – III, of the European Federation of Periodontology (EFP), translated by the Spanish Society of Periodontics (SEPA)

Presentado: 4 de enero de 2023
Aprobado: 3 de marzo de 2023
Publicado: 28 de agosto de 2023

Miriam G. Bermolen,^a Esteban R. Funosas,^b Maria de los Angeles Giaquinta,^c Paula Cristina Pedreira,^d Claudia N. Rodriguez,^d Mariana Zanotti^e

^aCátedra de Periodoncia I, Carrera de Especialización en Periodoncia, Escuela de Odontología, USAL/AOA, Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador, Buenos Aires, Argentina

^bCátedra de Periodoncia, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Rosario, Rosario, Argentina

^cCátedras de Periodontología I, II y III, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina

^dCátedra de Periodoncia A, Facultad de Odontología, Universidad de La Plata, La Plata, Argentina

^eCátedra de Periodoncia, Facultad de Odontología, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

Documento aprobado por el Comité Estratégico de Apoyo a la Federación Iberoamericana de Periodoncia (FIPP) con fecha de 4 de enero de 2023.

Resumen

La Sociedad Argentina de Periodoncia ha formulado un Comentario, analizando los condicionantes del contexto nacional, para determinar si las recomendaciones generadas en la Guía de Práctica Clínica de nivel S3 de la Federación Eu-

ropea de Periodoncia para el tratamiento de la periodontitis en estadios I-III, podrían ser aplicadas para dar respuesta a la demanda de la población, en lo referido a la salud periodontal.

Abstract

The Argentine Society of Periodontics has formulated a Commentary, analyzing the determining factors of the national context, to determine if the recommendations generated in the Level S3 Clinical Practice Guideline of the European Fed-

eration of Periodontics for the treatment of periodontitis in stages I-III could be applied to respond to the demand of the population, regarding periodontal health.



Este comentario para Argentina, se basa en la Guía de Práctica Clínica elaborada por la Federación Europea de Periodoncia (EFP)¹ “*Treatment of stage I–III periodontitis— The EFP S3 level Clinical Practice Guideline*“ publicada en el *Journal of Clinical Periodontology*, la cual fue traducida por la Sociedad Española de Periodoncia (SEPA) y comentada por la Federación Iberoamericana de Periodoncia (FIPP).

Trabajo original – Federación Europea de Periodoncia (EFP) Guía de Práctica Clínica de nivel S3 para el tratamiento de la periodontitis en estadios I-III

Mariano Sanz,¹ David Herrera,¹ Moritz Kebschull,^{2,3,4} Iain Chapple,^{2,3} Søren Jepsen,⁵ Tord Berglundh,⁶ Anton Sculean,⁷ Maurizio S. Tonetti,^{8,9*}

* En nombre de los participantes en el *Workshop* de la EFP y los consultores metodológicos

1. Grupo de Investigación ETEP (Etiología y Terapéutica de las Enfermedades Periodontales y Periimplantarias), Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España
2. Periodontal Research Group, Institute of Clinical Sciences, College of Medical & Dental Sciences, The University of Birmingham, Birmingham, Reino Unido
3. Birmingham Community Healthcare NHS Trust, Birmingham, Reino Unido
4. Division of Periodontics, Section of Oral, Diagnostic and Rehabilitation Sciences, College of Dental Medicine, Columbia University, Nueva York, Estados Unidos
5. Department of Periodontology, Operative and Preventive Dentistry, University Hospital Bonn, Bonn, Alemania
6. Department of Periodontology, Institute of Odontology, The Sahlgrenska Academy, University of Gothenburg, Gotemburgo, Suecia
7. Department of Periodontology, School of Dental Medicine, University of Bern, Berna, Suiza
8. Division of Periodontology and Implant Dentistry, Faculty of Dentistry, the University of Hong Kong, Hong Kong
9. Department of Oral and Maxillo-facial Implantology, Shanghai Key Laboratory of Stomatology, National Clinical Research Centre for Stomatology, Shanghai Ninth People Hospital, School of Medicine, Shanghai Jiao Tong University, Shanghai, China

Adaptación/Traducción – Sociedad Española de Periodoncia (SEPA)

Adopción/Adaptación para España de la Guía de Práctica Clínica de nivel S3 de la Federación Europea de Periodoncia (EFP) para el tratamiento de la periodontitis en estadios I-III

Mariano Sanz,¹ Paula Matesanz,^{1,2} Juan Blanco,³ Antonio Bujaldón,² Elena Figuero,¹ Ana Molina,¹ José Nart,^{2,4} David Herrera,^{1*}

* En nombre de los participantes en el proceso de Adopción/Adaptación, por parte de la Sociedad Española de Periodoncia (SEPA), de la Guía de Práctica Clínica

1. Grupo de Investigación ETEP (Etiología y Terapéutica de las Enfermedades Periodontales y Periimplantarias), Universidad Complutense de Madrid, España
2. Sociedad Española de Periodoncia, Madrid, España
3. Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España
4. Universitat Internacional de Catalunya, Barcelona, España

Comentario – Federación Iberoamericana de Periodoncia (FIPP)

Adopción/adaptación, mediante comentario, para la Federación Iberoamericana de Periodoncia (FIPP) de la Guía de Práctica Clínica (GPC) de nivel S3 para el tratamiento de la periodontitis en estadios I-III, de la Federación Europea de Periodoncia (EFP), traducida por la Sociedad Española de Periodoncia (SEPA)

David Herrera,^{1,2} Alejandra Chaparro,^{1,3} James Collins,^{1,4} Martha Theodorou,^{1,5} Laura Valls^{1,6}

1. Comité de Apoyo, Federación Iberoamericana de Periodoncia (FIPP)
2. Grupo de Investigación ETEP (Etiología y Terapéutica de las Enfermedades Periodontales y Periimplantarias), Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España
3. Universidad de los Andes, Santiago, Chile
4. Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra, Santo Domingo, República Dominicana
5. Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina
6. Sociedad Uruguaya de Periodoncia, Uruguay

Introducción

Recientemente se ha publicado, en el *Journal of Clinical Periodontology*, la Guía de Práctica Clínica (GPC), con nivel S3, “*Treatment of Stage I-III periodontitis –The EFP S3 level Clinical Practice Guideline*”¹ y una serie de 15 revisiones sistemáticas que informan sobre las recomendaciones formuladas.²⁻¹⁶ La GPC presenta un sistema de tratamiento de la periodontitis en estadios I-III, basado en la evidencia, y presentado en pasos sucesivos (“*steps of therapy*”), que se sustenta en el nuevo sistema de clasificación disponible desde 2018.¹⁷

Esta GPC es un ambicioso proyecto de la EFP, con casi 3 años de trabajos, que culminaron en el XVI *European Workshop in Periodontology*, celebrado en La Granja de San Ildefonso (Segovia), en noviembre de 2019. La EFP, como líder y responsable de este proyecto, valora muy positivamente sus resultados por el impacto que las recomendaciones generadas podrán tener en la atención a pacientes y en la salud pública oral. No obstante, dado que se trata de un GPC supranacional, el éxito de su implementación depende de los procesos de adopción/adaptación¹⁸ que se hagan a nivel de cada país, en relación con las condiciones socio-sanitarias del mismo, y de acuerdo con sus autoridades sanitarias.

Entre las diferentes opciones disponibles (comentario, adopción, adaptación), Argentina decidió optar por el Comentario, siguiendo el enfoque denominado GRADE-ADOLPMENT,¹⁸ y la adaptación general para Latinoamérica realizada por la FIPP mediante comentario, usando como referencia la traducción al español realizada por SEPA.¹⁹

La Sociedad Argentina de Periodoncia (SAP) ha formulado este Comentario, analizando los condicionantes del contexto nacional, para determinar si las recomendaciones generadas en la GPC podrían ser aplicadas para dar respuesta a la demanda de la población en lo referido a la salud periodontal.

Estas recomendaciones han sido desarrolladas sistemáticamente y sin duda ayudarán a los profesionales y a los pacientes en la toma de decisiones informadas sobre protocolos de atención personalizados. Asimismo, son una oportunidad para comprometerse con la salud de la población. Es necesario estar preparados para prevenir, curar y rehabilitar y sólo se logrará reflexionando sobre nuestra realidad.

Desarrollo

1. La relevancia del problema sanitario: la periodontitis en estadios I-III

1.1 Epidemiología en Argentina

En el año 2007 se publicó un estudio con el objetivo de determinar la necesidad de tratamiento de los individuos de la población estudiada. Empleando el Índice Periodontal Comunitario (IPC), se evaluó una muestra de 3694 pacientes que tenían entre 18-84 años, distribuidos en todo el país, que concurren espontáneamente a la consulta de un odontólogo general. Los resultados mostraron que la prevalencia de pacientes con bolsas periodontales $\geq 5,5$ mm fue de 14,3%, con bolsas de entre 3,5 y 5,5 mm fue de 26,4%, y con sondajes menores a 3,5 mm con cálculo fue de 38,8%, mientras que el 17,2% presentaba sangrado al sondaje y solo el 3,2% presentaban salud gingival. A partir de estos resultados, se determinó que el 96,8% de los pacientes mayores de 18 años que concurren al odontólogo en Argentina requieren alguna forma de atención periodontal.²⁰

En otro estudio realizado en adolescentes de 12 a 19 años de la ciudad de Buenos Aires, el 61% presentó patología gingival y de este porcentaje el 78% tenía una higiene oral inadecuada.²¹

En un trabajo de investigación en el que se evaluaron niños menores de 12 años de la ciudad de Rosario, se observó que el 0,66% presentó pérdida de inserción (PI) (>2 mm) en por lo menos un sitio de su boca. La prevalencia de PI hallada fue similar a la descrita en la literatura internacional.²²

Cuando se evaluaron adolescentes escolarizados entre 15 y 18 años, el 58% de los sujetos presentaba sangrado al sondaje en el 20% o más sitios de su boca, el 30,2% pérdida de inserción (>2 mm) en por lo menos un sitio de su boca. La prevalencia de PI hallada fue muy superior a la descrita en otras ciudades de Latinoamérica.²³

Los estudios indican un gran déficit en la educación para la salud bucal y prevención de las enfermedades periodontales en nuestro país.

1.2 La periodontitis como enfermedad crónica no transmisible: carga de enfermedad y morbilidad en estudios en Argentina

La periodontitis se considera una enfermedad crónica no transmisible (ECNT), como las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, el cáncer o las enfermedades respiratorias crónicas, y comparten con ellas factores de riesgo y determinantes sociales comunes. A su vez, las ECNT son responsables de cerca de dos

tercios de las muertes a nivel mundial. Por lo tanto, la periodontitis incide en la calidad de vida y representa un gran problema de salud pública.²⁴

Para establecer la relación de la enfermedad periodontal y el riesgo de parto pretérmino (PP), ruptura prematura de membrana (RPM) y bajo peso al nacer (BPN), se realizó un estudio en la ciudad de Córdoba, sobre 43 embarazadas que tenían entre 24 y 30 semanas de gestación. De ellas, 21 fueron diagnosticadas con periodontitis moderada a severa y 22 sin periodontitis. El 13,6% del total presentó su parto antes de las 37 semanas de gestación (PP). El *Odds Ratio* (OR) hallado para PP fue de 6,06 (IC 95%; 5,86-7,76); para RPM, 2,8 (IC 95%; 1,81-4,39) y con respecto al BPN no se hallaron diferencias en la población estudiada. Las periodontitis maternas moderadas a severas constituyeron un verdadero factor de riesgo para PP y para RPM; por el contrario, las mismas parecerían no tener influencia sobre los nacimientos de bajo peso.²⁵

En un estudio realizado sobre 166 pacientes adultos, residentes en la provincia de Mendoza, donde se investigó la correlación entre estrés psicosocial, conductas adaptativas y tabaquismo con el estado periodontal, se observó un aumento significativo de periodontitis en sujetos que fumaban, y en quienes presentaban estrés e inadecuadas conductas adaptativas, relacionándolo con hallazgos de valores altos de cortisol salival.²⁶

En la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires, se observó que los parámetros de rigidez arterial y función endotelial vascular fueron peores en relación a la severidad de la periodontitis y se correlacionaron moderadamente con el nivel de inserción clínica, en pacientes no diagnosticados previamente con enfermedades cardiovasculares.²⁷

Al analizar el estado de salud bucal en pacientes internados en Unidad Coronaria (SCA) y en Sala General, donde la higiene oral fue similar en ambos grupos; el grupo SCA mostró mayor nivel de colesterolemia, más inflamación gingival y cuadros periodontales más severos.²⁸

El deterioro cognitivo y la demencia son una importante causa de discapacidad y mortalidad entre los adultos mayores. Los pacientes con enfermedad cardiovascular y enfermedad periodontal severa cuadruplican el riesgo de deterioro cognitivo, lo que se correlaciona con mayor rigidez arterial.²⁹

En un estudio retrospectivo realizado en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata sobre 480 historias clínicas, se encontró que la diabetes y las enfermedades cardiovasculares fueron

más prevalentes que otras afecciones sistémicas en relación a formas severas de periodontitis.³⁰

Asimismo, los factores de riesgo compartidos entre las enfermedades sistémicas crónicas y las periodontitis se asocian con cuadros más severos.

La relación entre la administración de fármacos y la pérdida de inserción clínica se evaluó en un estudio epidemiológico de corte transversal en el cual se incluyeron 1793 pacientes que concurrieron a la Cátedra de Periodoncia de la Facultad de Odontología de Rosario. El estado periodontal se analizó teniendo en cuenta la extensión y la severidad de la pérdida de inserción. Las variables utilizadas fueron: edad, sexo, índice de placa, profundidad de sondaje, nivel de inserción, índice de sangrado, presencia de piezas dentarias, hábito de fumar y exposición a medicamentos. Fueron calculados los correspondientes OR: la edad (OR=1,6), género masculino (OR=1,4), hábito de fumar (OR=1,5) y la exposición a medicamentos (OR=1,3). El grupo de los ansiolíticos y los antidepresivos mostraron una significativa asociación con la severidad de la pérdida de inserción periodontal. Los resultados indican que el consumo de psicofármacos podría considerarse junto a la edad, el hábito de fumar y el género masculino como indicador de riesgo de mayor severidad en la pérdida de inserción clínica periodontal.³¹

En el 2008 se publicó un trabajo realizado en 81 estudiantes de odontología entre 17 y 26 años, fumadores de por lo menos 10 cigarrillos al día durante 2 años como mínimo, donde el grupo fumador presentó mayor número de dientes con recesión gingival y pérdida ósea.³²

2. Los efectos deseados de la intervención considerada, en relación con la intervención de comparación, y para la variable respuesta principal. Estudios en sujetos en Argentina

Un estudio evaluó la composición microbiológica y los parámetros clínicos de bolsas periodontales con ≥ 5 mm de profundidad en 44 sitios de 11 pacientes con diagnóstico de periodontitis crónica, tomando muestras de placa subgingival y registros clínicos antes del raspaje y alisado radicular; y después 1 semana, 3 y 12 meses post raspado y alisado radicular identificado, por técnica de Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR) y patógenos putativos periodontales. Luego del tratamiento de raspado y alisado radicular, todos los parámetros clínicos (Placa Bacteriana, Sangrado al sondaje (SS), Supuración, Profundidad al Sondaje (PS) y Nivel de Inserción Clínica

(NIC)) se redujeron significativamente y los valores obtenidos se mantuvieron hasta los 12 meses de la misma manera que la prevalencia de los patógenos periodontales. No se detectaron mayores pérdidas de inserción clínica en el 86% de los sitios a 3 meses y en 79% a los 12 meses. Los resultados de la presente investigación podrían indicar que la terapia mecánica periodontal aplicada a bolsas profundas de dientes unirradiculares es capaz de producir dos efectos: un cambio en la composición bacteriana de las bolsas y una modificación en el hábitat, debida principalmente a la disminución de los signos inflamatorios.³³

En cuanto a la efectividad de los antibióticos sistémicos como coadyuvantes del tratamiento periodontal en sujetos de Argentina, se evaluó el efecto clínico de la espiramicina administrada en forma sistémica como coadyuvante del raspaje y alisado en comparación al tratamiento mecánico solo y al tratamiento solo con espiramicina, en piezas unirradiculares de 30 pacientes adultos con periodontitis.³⁴ A las 2 semanas la reducción de la PS fue significativamente mayor en el grupo combinado mientras que a las 24 semanas no se hallaron diferencias clínicas entre los grupos. En todas las evaluaciones postratamiento la reducción del porcentaje de espiroquetas fue mayor en los grupos que recibieron espiramicina. El mismo grupo de investigación, en 2011 evaluó en 32 sujetos adultos, no fumadores, con enfermedad periodontal con PS \geq 7 mm el efecto de la espiramicina sobre *Porphyromonas gingivalis* (*Pg*) y otros patógenos periodontales “clásicos” con la técnica PCR. 25 sujetos positivos para *Pg* se dividieron aleatoriamente en el grupo test (espiramicina durante 7 días) y control (placebo durante 7 días). La espiramicina fue efectiva sobre *Pg*, *Tanarella forsythia* (*Tf*), *Treponema denticola* (*Td*), pero no fue efectiva contra *Aggregatibacter Actinomycetemcomitans* (*Aa*).³⁵

En cuanto a pacientes con periodontitis agresiva se realizaron dos estudios^{36,37} en los cuales se determinaron las variaciones de los parámetros periodontales y la composición microbiológica de las bolsas periodontales al inicio, y después del tratamiento periodontal no quirúrgico combinado con amoxicilina y metronidazol. Las muestras iniciales evidenciaron prevalencia significativa de *Pg* sobre *Aa*.

En el estudio de Usin *et al.*³⁶ hallaron después de 6 meses de tratamiento mecánico en combinación con amoxicilina (875 mg) y metronidazol (500 mg), un aumento estadísticamente significativo del nivel de inserción clínica (0,97 mm) y de la profundidad de sondaje (2,54 mm). *Aa* se había negativizado en todos los sitios, *Pg* no fue detectada en el seguimiento

de 3 meses y solo hallada en un sitio 6 meses después del tratamiento, mientras que *Td* y *Tf* persistieron en todos los sitios después de completar el período de 6 meses. Por otro lado, Pontarolo *et al.*³⁷ después de 180 días de terapia básica periodontal junto con antibioticoterapia (amoxicilina de 500 mg y metronidazol de 250 mg) hallaron una mejora clínica y ausencia de *Aa*. Hubo una disminución estadísticamente significativa en la detección microbiana de *Fusobacterium nucleatum* (*Fn*), *Td*, *Tf* y *Prevotella intermedia* (*Pi*), pero no así en *Pg*.

En cuanto al uso de antibióticos en aplicación local subgingival, Chiappe *et al.*³⁸ evaluaron el efecto clínico y microbiológico de microgránulos de minociclina colocados subgingivalmente como coadyuvante del raspaje y alisado radicular en 26 pacientes no fumadores con periodontitis crónica severa en un estudio clínico controlado aleatorizado. Los resultados mostraron que la aplicación subgingival de microgránulos de minociclina y el raspaje y alisado radicular causaron una mayor reducción del SS, la PS y el NI que el raspaje y alisado solos, lo que aumentó la probabilidad de suprimir *Pg* y retardó la recolonización con *Td*.

Por otro lado, se ha estudiado *in vitro* la susceptibilidad de los diferentes microorganismos periodontopáticos, dada su variación en las poblaciones mundiales. En tal sentido, los aislamientos de *Pi* analizados fueron todos sensibles a la asociación de amoxicilina con ácido clavulánico, mientras que un 25% de estos aislamientos resultaron productores de beta-lactamasa, disminuyendo la sensibilidad a ampicilina a un 75%. Las cepas de *Fn* describieron un perfil de susceptibilidad que alcanzó el 100% para la amoxicilina junto a ácido clavulánico y un 85,7% para ampicilina. Ninguna cepa de *Fn* presentó producción de betalactamasas. Ambas especies presentaron una disminución de la susceptibilidad a la azitromicina. Los *Aa* estudiados resultaron sensibles a todas las drogas ensayadas.³⁹

3. Los efectos no deseados de la intervención considerada en Argentina, en relación con la intervención de comparación

3.1 Resistencia a los antimicrobianos

La aceleración observada en las últimas décadas sobre la emergencia y diseminación de la resistencia a los antimicrobianos está vinculada al abuso y/o mal uso de los mismos. Si bien existe en Argentina una estrategia para el monitoreo de la resistencia antimicrobiana y una Comisión Nacional integrada por los

distintos organismos públicos con responsabilidad en la materia, no existen estudios que evidencien dicha vigilancia clínica microbiológica y farmacéutica, en relación a la flora oral.⁴⁰

Es de fundamental importancia trabajar arduamente para obtener una correcta regulación del consumo y comercialización de antimicrobianos.

3.2 Recesiones gingivales

Un estudio realizado en 30 pacientes con pérdida de inserción compara el tratamiento combinado de curetas tipo *Gracey* con ultrasonido, magneto restrictivo (G1) y piezoeléctrico (G2). Si bien ambas modalidades resuelven favorablemente la enfermedad periodontal, a los seis meses G2 presentó mayores recesiones gingivales en comparación con G1.⁴¹

Es importante considerar que para el tratamiento de las recesiones gingivales se necesitan profesionales altamente capacitados y equipamiento e instrumental específico y costoso, por lo que se deben evitar maniobras que acentúen las recesiones.

4. La certeza de la evidencia, evaluada considerando aspectos como el riesgo de sesgo, la consistencia de los resultados, o la precisión, entre otros. Situación actual en Argentina

En este punto se analizan todas las revisiones sistemáticas y metaanálisis que citan las recomendaciones GPC para evaluar si incluyeron estudios realizados en la Argentina. Solo dos tuvieron participación nacional, y hacen referencia a la carga mundial de enfermedades, lesiones y factores de riesgo publicadas en *Lancet*.^{42,43}

El único estudio a nivel nacional no evalúa el nivel de inserción, por lo que no permite evaluar la prevalencia y severidad de la enfermedad.²⁰ El resto de los trabajos considerados fueron realizados en comunidades o tamaños muestrales más reducidos, lo que permite inferir los resultados en el ámbito de influencia de la población estudiada. Por otro lado, la mayoría de las publicaciones disponibles no consideran los actuales estadios de enfermedad⁴⁴ y utilizan criterios dispares en la definición de caso. Se requerirán más estudios longitudinales, epidemiológicos y con intervenciones para incrementar la evidencia de la problemática evaluada.

5. El balance de los efectos, entre deseados y no deseados. Estudios en Argentina

Los estudios realizados en Argentina que analizan el balance entre efectos deseados y no deseados son escasos y se han orientado a establecer si existe asociación entre enfermedades sistémicas tales como la patología cardiovascular y la diabetes mellitus tipo II. Con respecto a estados fisiológicos como el embarazo y los partos pretérmino, reportan resultados controversiales.

5.1 Control metabólico

Con relación a la asociación bidireccional entre periodontitis y diabetes mellitus, hay estudios que sugieren que la terapia periodontal no quirúrgica podría ser especialmente beneficiosa para reducir significativamente los niveles de HbA1c en pacientes con niveles mayores a un 9%, y que es un método eficaz para revertir los signos clínicos de periodontitis, los indicadores bioquímicos de diabetes mellitus y las microangiopatías gingivales.⁴⁵

6. La relación costo-efectividad en Argentina

Entre las principales causas que determinan un incremento progresivo de los costos de atención sanitaria, se encuentran: el desarrollo científico y tecnológico y la aplicación de técnicas de alto costo; una mayor exigencia por parte de los usuarios; la asimetría de la información debido al paternalismo persistente;⁴⁶ los terceros pagadores (instituciones públicas de salud o seguros de salud social o privados); la medicina defensiva por el incremento de las demandas jurídicas a los profesionales y la ineficiencia de los sistemas de salud en la administración de recursos.⁴⁷

En Argentina el 36,3% de la población no posee cobertura en salud, mientras que el 63,7% restante cuenta con una cobertura médica a través de un seguro de salud (SDS). De la población que posee cobertura el 75% tiene SDS obligatorio, el 11% es afiliado al Instituto Nacional de Seguridad Social para Jubilados y Pensionados (INSSJP), 7,9% posee afiliación a un plan de SDS privado, de los cuales un 4,6% hace un pago voluntario y el 3,3% un pago diferencial sobre el SDS gubernamental. El resto, se atiende mediante los programas o planes estatales de salud o a través de la emergencia médica.⁴⁸

Tanto los seguros sociales gubernamentales como los privados están regulados por el Estado, quien les exige brindar prestaciones básicas esenciales incluidas dentro del Programa Médico Obligatorio (PMO). De las prestaciones odontológicas periodontales consideradas en el PMO, el tratamiento

periodontal no está cubierto en todos los casos, por lo que se puede deducir que, si bien el 63,7% de la población posee algún tipo de cobertura médica, no se accede de manera equitativa a los cuidados periodontales necesarios.

La relación costo-efectividad se ve afectada ya que el sistema público no cubre el gasto de recursos para diagnóstico y para tratamiento, sumado a que los terceros pagadores no tienen aranceles justos.

Por otro lado, la mayoría de los biomateriales avalados con la suficiente evidencia científica son importados, por lo tanto, poseen precios a valor dólar, y su precio en pesos argentinos varía según la cotización de la divisa extranjera. Es necesario considerar que el costo que dichos insumos representa, en algunos casos es muy elevado, motivo por el cual no son cubiertos por los sistemas de salud.

Teniendo en cuenta la GPC, en los tratamientos más complejos que implican el uso de biomateriales, el costo debe ser asumido por los pacientes en su totalidad, lo que hace difícil su aplicación en el sector de la población de menores recursos.

Toda sociedad está obligada a cumplir con ciertos “mínimos morales”, según el concepto que Theodor W. Adorno denominó “minima moralia”, mencionado por Gracia.⁴⁹ Estos mínimos coinciden con el concepto de justicia, es decir, con lo que el Estado debe a sus ciudadanos en virtud del principio de justicia distributiva.^{50,51}

7. La equidad. Situación Argentina

Durante 2012 y 2013 se analizaron los gastos relacionados a la salud en los hogares argentinos. Para el análisis se utilizó como fuente de datos la Encuesta Nacional de Gastos de Hogares 2012/13.⁵² A continuación se presentan los análisis de 3 indicadores: 1) Los hogares con un gasto en salud superior al 10% del gasto total del hogar, 2) Los hogares con un gasto en salud superior al 40% de los gastos no alimentarios del hogar y 3) Los hogares con empobrecimiento debido a los pagos directos por salud.

1. Se identificó que el 2,3% de los hogares del país tiene un gasto destinado a la salud superior al 30% del gasto total del hogar. En 11 provincias este tipo de gasto involucra un mayor porcentaje que en el total del país, que son la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la provincia de Buenos Aires, Córdoba, Corrientes, Entre Ríos, Formosa, La Pampa, Mendoza, San Juan, Santa Fe y Tucumán.
2. El 3% de los hogares del país reportaron un gasto destinado a la salud superior al 40% so-

bre los gastos no alimentarios, observándose también que la situación empeora en las mismas provincias en las que se midió el anterior indicador, sumándose la provincia de Jujuy.

3. Con respecto al empobrecimiento debido a los pagos directos por eventos de salud, en primer lugar, fue necesario realizar la estimación de la línea de pobreza para la base de datos de la Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares 2012. En este procedimiento se obtuvo una tasa de pobreza del 45%, y como consecuencia del pago directo de bolsillo por eventos de salud, un 1,7% de los hogares caen por debajo de la línea de pobreza. En este punto también hay provincias que superan el porcentaje reflejado en el total del país, como es el caso de Corrientes, Chaco, Formosa, La Rioja, Misiones, Salta, San Juan, Santiago del Estero y Tucumán.⁵³

Si bien en Argentina la población urbana alcanza el 92%, siendo mayor que en el resto de Latinoamérica,⁵⁴ existen también pequeños poblados rurales que sólo poseen una posta sanitaria de atención primaria, que no dispone de médico ni odontólogo de manera permanente.

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que cuenta con 2.900.000 habitantes, de todos los hospitales públicos que tienen servicio de Odontología, solo tres tienen servicio de Periodoncia, por lo que se deduce que, ante un mismo nivel de necesidad de tratamiento, el hecho de no poder acceder a una cobertura de salud se relaciona con la falta de accesibilidad al tratamiento necesario.⁵⁵

8. La aceptabilidad, para los potenciales usuarios de las intervenciones, tanto pacientes como profesionales, así como las autoridades sanitarias que los puedan considerar.

8.1 Perspectiva desde el profesional. Situación en Argentina.

Según el estudio epidemiológico publicado en el 2007,²⁰ donde se observaba que un 14% de los pacientes posee bolsas de más de 5,5 mm, y teniendo en cuenta el índice de población actual de la República Argentina, según datos del censo del 2010, se necesitaría un gran número de odontólogos formados en periodoncia para la atención de cerca de 6.000.000 de pacientes. Si bien no existen datos sobre el número de odontólogos especialistas en Periodoncia en Argentina, se calcula que no se cubre el alto número

requerido. No existen tampoco estudios que analicen la razón por la cual hay poco interés de los odontólogos en formarse en periodoncia. El alto costo de la formación profesional y las posibles limitaciones por la extensión territorial argentina podrían ser algunos de los motivos.

Una profesión es un oficio desempeñado con ética, es la respuesta institucionalizada a la demanda social. Según Lolas,⁵⁶ “quien sabe estar en lo suyo conoce sus límites, reconoce que lo factible no siempre es legítimo y que lo posible no siempre es necesario. Del saber estar le viene al saber su valor moral”. Es una tarea pendiente reflexionar profundamente desde lo individual, lo académico, lo institucional y desde el Estado acerca de la formación profesional; para arribar a un desarrollo de la profesión con fuerte compromiso, creando posibilidades de trabajo y atención que redunden en una mejor salud de la población y en la búsqueda de la excelencia que se adquiere desde la formación académica, científica, técnica y ética en un camino continuo en el aprender a aprender toda la vida.^{57,58}

8.2 Perspectiva desde el paciente en Argentina

El grupo etario y el género están vinculados con la consulta odontológica, a diferencia de la región de residencia que no está significativamente asociada con la consulta. Con relación al género, las mujeres concurren con más frecuencia que los hombres al odontólogo. En cuanto a la edad, la consulta desciende a medida que avanza el grupo etario, siendo el grupo de 18 a 29 años el que más concurrió (19,4%) y el de más de 60 años el que menos concurrió (12,5%). En relación al estrato social, vemos que son los sectores de la clase media propietaria, profesional y directiva quienes, en mayor medida, consultan (25,1%), seguidos de la clase media intermedia técnico-comercial-administrativa (17,5%), la clase trabajadora no calificada (15,4%) y la calificada (12,8%). Con relación al tipo de cobertura, es la población que cuenta con sistema de emergencias y otros tipos de cobertura la que en mayor proporción ha concurrido al odontólogo (32%), seguido de quienes cuentan con seguro de salud privado o mutual (19,1%), quienes tienen seguro social (16,4%) y por último los que solo cuentan con la asistencia pública (14,2%). Con relación al quintil de ingreso, es la población del quintil de más ingreso la que en mayor medida consultó (19,4%).⁵⁵

Hay una clara relación entre el estrato social y la autopercepción de salud. De la población residente en el Noroeste Argentino (NOA), el 26,5% tiene una

autopercepción negativa sobre su propia salud, y en el Noreste Argentino (NEA), es el 24,7%, son los que reportan niveles más altos de autopercepción negativa. A la inversa, los niveles de autopercepción positiva más altos se encuentran en Cuyo (40,2%), en la Patagonia (40%), en la región Pampeana (37,9%) y en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), con el 37%. Cabe destacar que el NEA y el NOA son las regiones más pobres del país y con peores indicadores objetivos de salud.^{59,60}

Si bien las personas con discapacidad (diversidad funcional) por ley tienen asegurada la atención integral y gratuita, solo el 8,8% accedió a la atención odontológica efectiva.⁶¹ Con respecto al estado bucal de estas personas, el 22,5% porta prótesis, el 56,2% le faltan piezas dentales, y el 7,8% tuvo que ser hospitalizado por causas odontológicas, según una encuesta validada con 409 personas.⁶²

La mayoría de los estudios realizados no expresan el motivo de la consulta odontológica (urgencia, preventiva, etcétera). Para hablar de aceptabilidad de las intervenciones para los potenciales usuarios, es necesario revisar los siguientes aspectos relevantes: valores (axiología)^{63,64} y modelos de relación clínica. En el modelo de paternalismo en la relación clínica, el paciente no participa en la toma de decisiones, sino que existe un criterio objetivo basado en la beneficencia,⁶⁵ por lo cual las decisiones las toma el profesional. Esto conlleva la falta de adherencia del paciente al tratamiento y la falta de empoderamiento en el valor de la salud.⁴⁶

A manera de ejemplo, en un estudio sobre higiene oral realizado en adolescentes de 12 a 19 años de la ciudad de Buenos Aires, el 72% refirió realizar el cepillado 1 a 2 veces por día. El 70% de los adolescentes presentaron hábitos de higiene inadecuados, y sólo el 6% utilizaba hilo dental.²¹ En otro trabajo se realizó una encuesta en 381 sujetos sobre el uso del hilo dental, en la que se observó que existe una discrepancia entre el conocimiento y la práctica: si bien el 80,1% de los individuos declararon conocer cómo se utiliza el hilo dental, solo el 29,4% afirmó utilizarlo diariamente.⁶⁶

En estos trabajos se destaca que el saber, sin empoderamiento en el valor salud, es insuficiente para lograr verdaderos cambios de aceptabilidad en los sujetos en relación a los tratamientos como así al cuidado de su propia salud; por lo tanto, el desafío por parte de los profesionales es el trabajo constante de democratización del conocimiento para hacer partícipe al otro en la demanda de la necesidad de tratamiento.

9. La factibilidad en Argentina

La factibilidad de los procedimientos en Argentina debería evaluarse en el siguiente contexto:⁶⁷

1. Desde la distribución y formación del talento humano: En la Argentina hay 8,9 odontólogos cada 10.000 habitantes (Indicadores Básicos-Nación 2019).⁶⁸ La mayoría de ellos se ubican en los centros urbanos que, si bien nuclean a la mayor parte de la población, es importante señalar que aquellos que viven en zonas rurales se ven menos favorecidos ya que no tienen acceso a la salud, lo que aumenta su vulnerabilidad.
2. Desde el principio de atención integral: Existe una excesiva compartimentación de la asistencia, lo que le otorga poco valor al tratamiento periodontal. Por otro lado, algunos de los productos evaluados como coadyuvantes a la instrumentación subgingival o para la regeneración de tejidos, pueden no estar disponibles en el mercado, o ser inaccesibles por su elevado costo.
3. Decisiones políticas en salud: Si bien existe un programa de atención primaria en salud bucodental, faltan recursos para su aplicación.⁶⁹
4. Principio de transparencia: Es lo que le permite al ciudadano disponer de la información pública, y participar en el proceso de toma de decisiones; sin embargo, la falta de recursos y la inequidad existente limitan este principio.
5. Conformación e integración de trabajo en redes de servicios en salud: Fortalecer la red de referencia y contrarreferencia en salud permitiría abarcar una atención integral del paciente.

La inequidad de la sociedad en su conjunto está plasmada en su máxima expresión en Latinoamérica, y se hace evidente en la falta de planificación urbana, la falta de desarrollo laboral, la falta de educación para la salud. La labor como agentes de salud, y por sobre todo como periodoncistas, es compleja con una sociedad tan heterogénea y desigual.

Desde la salud pública se debería fortalecer la educación para la salud, democratizando los conocimientos básicos referidos a la salud bucal en general y periodontal en particular, para llegar a una justa valoración del estado bucodental y el impacto que esto puede causar sobre la calidad de vida de la población.

Se debe poner como meta la visión de equidad en los sistemas de atención de salud en general y en los servicios odontológicos en particular.⁷⁰ Establecer la estructura de una red de servicios odontológicos, teniendo en cuenta las necesidades de salud identificadas a partir de estudios basales realizados por odontólogos competentes. Crear criterios de comple-

mentariedad entre servicios. Realizar una protocolización consensuada de las intervenciones clínicas, para así poder programar la dinámica de la demanda por grupos prioritarios articulada con los diferentes niveles de la red de servicios.

En países como Argentina es necesario trabajar con una metodología transdisciplinar, desde la educación, las áreas sociales, el derecho, y la salud en general; incorporando a la comunidad para reconocer y reducir factores de riesgo comunes a las enfermedades crónicas no transmisibles, entre ellas la periodontitis, que impactan en la calidad de vida de las personas.

Conclusiones

Las reflexiones sobre el proceso del Comentario acorde al contexto de Argentina han permitido concluir que las enfermedades periodontales son altamente prevalentes en la población del país. Los estudios epidemiológicos indican que el 96,7% de los pacientes mayores de 18 años que concurren al odontólogo requieren de alguna forma de atención periodontal, asimismo señalan un gran déficit en la educación para la salud bucal y en la prevención de las enfermedades periodontales, por lo que debe ser considerada un problema de salud pública.

Por lo tanto, se necesita trabajar en conjunto para disminuir las inequidades sociales, personales y del sistema de salud, lo que mejoraría el acceso de las personas a la atención sanitaria, con el ofrecimiento de tratamientos integrados y personalizados a sus necesidades de salud.

Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses en relación a este artículo científico.

Fuentes de financiamiento

Este estudio fue financiado exclusivamente por los autores.

Identificadores ORCID

MB  0009-0009-5214-5184

EF  0009-0006-7897-3250

MAG  0009-0009-3165-2662

PCP  0009-0009-5963-5290

CNR  0009-0003-2606-8433

MZ  0009-0001-4191-1914

Referencias

- Sanz M, Herrera D, Kerschull M, Chapple I, Jepsen S, Berglundh T, *et al.* Treatment of stage I-III periodontitis-The EFP S3 level clinical practice guideline. *J Clin Periodontol* 2020;47:4-60. <https://doi.org/10.1111/jcpe.13290>
- Carra MC, Detzen L, Kitzmann J, Woelber JP, Ramseier CA, Bouchard P. Promoting behavioural changes to improve oral hygiene in patients with periodontal diseases: A systematic review. *J Clin Periodontol* 2020;47:72-89. <https://doi.org/10.1111/jcpe.13234>
- Dommisch H, Walter C, Dannewitz B, Eickholz P. Resective surgery for treatment of furcation involvement: A systematic review. *J Clin Periodontol* 2020;47:375-91. <https://doi.org/10.1111/jcpe.13241>
- Donos N, Calciolari E, Brusselaers N, Goldoni M, Bostanci N, Belibasakis GN. The adjunctive use of host modulators in non-surgical periodontal therapy. A systematic review of randomized, placebo-controlled clinical studies. *J Clin Periodontol* 2019;47:199-238. <https://doi.org/10.1111/jcpe.13232>
- Figuero E, Roldan S, Serrano J, Escribano M, Martin C, Preshaw PM. Efficacy of adjunctive therapies in patients with gingival inflammation: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Periodontol* 2019;47:125-43. <https://doi.org/10.1111/jcpe.13244>
- Herrera D, Matesanz P, Martin C, Oud V, Feres M, Teughels W. Adjunctive effect of locally delivered antimicrobials in periodontitis therapy. A systematic review and meta-analysis. *J Clin Periodontol* 2020;47:239-56. <https://doi.org/10.1111/jcpe.13230>
- Jepsen S, Gennai S, Hirschfeld J, Kalemaj Z, Buti J, Graziani F. Regenerative surgical treatment of furcation defects: A systematic review and Bayesian network meta-analysis of randomized clinical trials. *J Clin Periodontol* 2019;47:352-74. <https://doi.org/10.1111/jcpe.13238>
- Nibali L, Koidou VP, Nieri M, Barbato L, Pagliaro U, Cairo F. Regenerative surgery versus access flap for the treatment of intra-bony periodontal defects: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Periodontol* 2019;47:320-51. <https://doi.org/10.1111/jcpe.13237>
- Polak D, Wilensky A, Antonoglou GN, Shapira L, Goldstein M, Martin C. The efficacy of pocket elimination/reduction compared to access flap surgery: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Periodontol* 2020;47:303-19. <https://doi.org/10.1111/jcpe.13246>
- Ramseier CA, Woelber JP, Kitzmann J, Detzen L, Carra MC, Bouchard P. Impact of risk factor control interventions for smoking cessation and promotion of healthy lifestyles in patients with periodontitis: A systematic review. *J Clin Periodontol* 2020;47:90-106. <https://doi.org/10.1111/jcpe.13240>
- Salvi GE, Stähli A, Schmidt JC, Ramseier CA, Sculean A, Walter C. Adjunctive laser or antimicrobial photodynamic therapy to non-surgical mechanical instrumentation in patients with untreated periodontitis: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Periodontol* 2020;47:176-98. <https://doi.org/10.1111/jcpe.13236>
- Sanz-Sánchez I, Montero E, Citterio F, Romano F, Molina A, Aimetti M. Efficacy of access flap procedures compared to subgingival debridement in the treatment of periodontitis. A systematic review and meta-analysis. *J Clin Periodontol* 2020;47:282-302. <https://doi.org/10.1111/jcpe.13259>
- Slot DE, Valkenburg C, Van der Weijden GAF. Mechanical plaque removal of periodontal maintenance patients: A systematic review and network meta-analysis. *J Clin Periodontol* 2020;47:107-24. <https://doi.org/10.1111/jcpe.13275>
- Suvan J, Leira Y, Moreno Sancho FM, Graziani F, Derks J, Tomasi C. Subgingival instrumentation for treatment of periodontitis. A systematic review. *J Clin Periodontol* 2019;47:155-75. <https://doi.org/10.1111/jcpe.13245>
- Teughels W, Feres M, Oud V, Martin C, Matesanz P, Herrera D. Adjunctive effect of systemic antimicrobials in periodontitis therapy: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Periodontol* 2020;47:257-81. <https://doi.org/10.1111/jcpe.13264>
- Trombelli L, Farina R, Pollard A, Claydon N, Franceschetti G, Khan I, West N. Efficacy of alternative or additional methods to professional mechanical plaque removal during supportive periodontal therapy: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Periodontol* 2020;47:144-54. <https://doi.org/10.1111/jcpe.13269>
- Papapanou PN, Sanz M, Buduneli N, Dietrich T, Feres M, Fine DH, *et al.* Periodontitis: Consensus report of workgroup 2 of the 2017 World workshop on the classification of periodontal and peri-implant diseases and conditions. *J Clin Periodontol* 2018;45:162-70. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12946>
- Schünemann HJ, Wiercioch W, Brozek J, Etzendorf-Ikobaltzeta I, Mustafa RA, Manja V, *et al.* GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks for adoption, adaptation, and de novo development of trustworthy recommendations: GRADE-ADOLOPMENT. *J Clin Epidemiol* 2017;81:101-10. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2016.09.009>
- Sanz M, Matesanz P, Blanco J, Bujaldón A, Figuero E, Molina A, *et al.* Adopción/Adaptación para España de la Guía de Práctica Clínica de Nivel S3 de la Federación Europea de Periodoncia (EFP) - Tratamiento de la Periodontitis en Estadios I-III. 2020[citado el 3 de enero de 2023]. Disponible en: <https://sepa.es/info/recursos/>
- Romanelli H, Chiappe V, Gómez M, González y Rivas M, Pettiti B. Diagnóstico de la necesidad de tratamiento periodontal en adultos de la República Argentina. Estudio Epidemiológico Nacional. 1999-2000 *Acta Odontol Latinoamer* 2007;20:39-47.
- Carosella M, Milgram L, Della Rica M, Ayuso MS, Fainboim V, Llorens A, *et al.* Análisis del estado de la salud bucal de una población adolescente. *Arch Argent Pediatr* 2003;101.
- Funosas E, Martínez A, Maestri L, Siragusa M. A case of prepubertal periodontitis and prevalence of gingivitis in a population attending a university clinic in Rosario, Argentina. *Acta Odontol Latinoam* 1999;12:89-96.
- Contreras M, Berretta M, Gómez M, Romanelli H. Pérdida de inserción clínica en adolescentes, CABA, Argentina. Trabajo presentado en formato póster en la XXXIII Reunión Anual de la Sociedad Argentina de Periodontología 2014.
- Gamonal J, Bavo J, Malheiros Z, Stewart B, Morales

- A, Cavalla F, *et al.* Periodontal disease and its impact on general health in Latin America. Section I: Introduction part I. *Braz Oral Res* 2020;34:e024. <https://doi.org/10.1590/1807-3107bor-2020.vol34.0024>
25. Wolff FC, Ribotta de Albera EM, Jofré ME. Riesgo de complicaciones perinatales en embarazadas con periodontitis moderada y severa, en la ciudad de Córdoba. Argentina. *Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabil Oral* 2010;3:73-8. <http://dx.doi.org/10.4067/S0719-01072010000200003>
 26. Pascucci JO, Albera E, Giaquinta MA. Correlación entre estrés, tabaquismo y estado periodontal en adultos residentes en la ciudad de Mendoza. *Avances en Periodoncia e Implantología Oral* [citado el 3 de enero de 2023];28:11-22. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-65852016000100002&lng=es&tlng=es
 27. Nicolosi LN, Lewin PG, Rudzinski JJ, Pompeo M, Guanca F, Rodríguez P, Gelpi RJ, Rubio MC. Relation between periodontal disease and arterial stiffness. *J Periodontol Res* 2017;52:122-6. <https://doi.org/10.1111/jre.12376>
 28. Nicolosi LN, Lewin P, González N, Jara N, Lama A, Rubio MDC. Association between oral health and acute coronary syndrome in elderly people. *Acta Odontol Latinoamer* 2011[citado el 3 de enero de 2023];24:229-35. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-48342011000300002&lng=es
 29. Rubio MC, Rudzinski J, Princich G, Toloza Y, Lewin PG, Nicolosi LN. Enfermedad periodontal, rigidez arterial y deterioro cognitivo (Resumen). Sociedad Argentina de Investigación Odontológica 2016. Abstract 38.
 30. Barletta L, Klein PL, Tau DG, Di Salvi NA, Friso NE, Pazos FE, *et al.* Presencia de factores sistémicos en los distintos estados periodontales. Revista de la Fundación Juan José Carraro 2012[citado el 3 de enero de 2023];17:6-13. Disponible en: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/99696>
 31. Funosas E, Feser G, Gulino M, Soto A, Aromando R, Maestri L, *et al.* Relación entre el consumo de fármacos y la enfermedad periodontal. *Rev Asoc Odontol Argent* 2009[citado el 3 de enero de 2023];97:59-64. Disponible en: <https://raoa.aoa.org.ar/revistas/?roi=971000405>
 32. Rosa GM, Lucas GQ, Lucas ON. Cigarette smoking and alveolar bone in young adults: A study using digitized radiographs. *J Periodontol* 2008;79:232-44. <https://doi.org/10.1902/jop.2008.060522>
 33. Bazzano G, Parodi R, Tabares S, Sembaj A. Evaluación de la terapia mecánica periodontal en bolsas profundas: Respuesta clínica y bacteriológica. *Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabil Oral* 2012;5:122-6. <http://dx.doi.org/10.4067/S0719-01072012000300004>
 34. Gómez M, Chiappe V, Romanelli H, Sznajder N, Lavandeira H, Bernat MI. Acción de la espiramicina en la periodontitis del adulto. *Rev Asoc Odontol Argent* 1998[citado el 3 de enero de 2023];86:574-82. Disponible en: <https://raoa.aoa.org.ar/revistas/?roi=866000403>
 35. Chiappe V, Gómez M, Fernández-Caniggia L, Romanelli H. The effect of spiramycin on *Porphyromonas gingivalis* and other “classic” periopathogens. *Acta Odontol Latinoamer* 2011[citado del 3 de enero de 2023];24:115-21. Disponible en: <https://actaodontologica.com/wp-content/uploads/2017/07/articulo19-1.pdf>
 36. Usin MM, Tabares SM, Menso J, Ribotta de Albera EM, Sembaj A. Generalized aggressive periodontitis: microbiological composition and clinical parameters in non-surgical therapy. *Acta Odontol Latinoamer* 2016[citado del 3 de enero de 2023];29:255-61. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-48342016000300009
 37. Pontarolo C, Bozza FL, Galli FG, Bontá H, Molgatini SL, Caride F, Gliosca LA. Clinical and microbiological assessment in a subpopulation of young Argentine patients with severe periodontitis. *Acta Odontol Latinoamer* 2023;36:24-33. <https://doi.org/10.54589/aol.36/1/24>
 38. Chiappe VB, Gómez MV, Rodríguez C, Fresolone M, Romanelli H. Subgingivally applied minocycline microgranules in subjects with chronic periodontitis: A randomized clinical and microbiological trial. *Acta Odontol Latinoamer* 2015[citado el 3 de enero de 2023];28:122-31. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/aol/v28n2/v28n2a05.pdf>
 39. Gliosca L, Brusca MI, Maccarone G, Turcot LG, Molgatini SL. Susceptibilidad antibiótica de microorganismos periodontopáticos. Libro de la XLIII Reunión Anual de la Sociedad Argentina de Investigación Odontológica 2010[citado el 3 de enero de 2023]. Abst. #169. Disponible en: http://saio.org.ar/oldsaio/new/descargas/Libro_XLIII_Reunion_Cientifica_Anual.pdf
 40. ANMAT. Resistencia Antimicrobiana (RAM). Información para profesionales de la salud [citado el 3 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.argentina.gov.ar/anmat/ram/informacion-profesionales-salud>
 41. Feser G, Gulino M, Boccio I, Dulong I, Antuña MV, Quintero I, *et al.* Non-Surgical periodontal treatment: Clinical and microscopic evaluation. *Rev Científ do CRO-RJ* 2018;3:54-8. <https://doi.org/10.29327/24816.3.1-11>
 42. GBD 2015 Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioral, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet* 2016;388:1659-724. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31679-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31679-8)
 43. GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet* 2018;392:1789-858. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32279-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32279-7)
 44. Kornman, KS, Papapanou, PN. Clinical application of the new classification of periodontal diseases: Ground rules, clarifications and “gray zones”. *J Periodontol*. 2020;91:352- 60. <https://doi.org/10.1002/JPER.19-0557>
 45. Villa AA. Correlación clínica, bioquímica e histopatológica en pacientes diabéticos con enfermedad periodontal, aplicando la técnica de raspaje y alisado radicular. Tesis doctoral. Argentina: Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Córdoba; 2005[citado el 3 de enero de 2023]. Disponible en: <https://rdu.unc.edu.ar/handle/11086/1548>
 46. Emanuel EJ, Emanuel LL. “Cuatro modelos de la relación médico-paciente”, en: Couceiro A. *Bioética para clínicos*, Madrid, editorial Triacastela, 1999, pp.109-26.

47. D'Empaire G. Aspectos éticos de la distribución de recursos escasos y el derecho a la asistencia médica. *Gac Med Caracas* 2021[citado el 22 de diciembre de 2022];109:455-67. Disponible en: http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_gmc/article/view/20817
48. Abeldaño RA, González LM. Cobertura de seguro de salud en Argentina entre los años 2001 y 2014: lectura de los avances y cuestiones pendientes. *Revista Latinoamericana De Desarrollo Económico* 2016;14:99-114. <https://doi.org/10.35319/lajed.20162659>
49. Gracia D. ¿Qué es un sistema justo de servicio de salud? Principios para la asignación de recursos escasos. *Bol Oficina Sanit Panamá* 1990;108:570-85.
50. Caballero García, JF. La Teoría de la Justicia de John Rawls. *Rev Ciencias Soc Univ Iberoamer* 2006[citado el 3 de enero de 2023];2:1-22. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=211015573007>
51. Migliore J. Amartya Sen: La idea de la justicia. *Cultura Económica* 2011[citado el 3 de enero de 2023];29:13-26. Buenos Aires. Disponible en: <https://erevistas.uca.edu.ar/index.php/CECON/article/view/1476>
52. Encuesta Nacional de Gastos de Hogares 2012/2013. Resumen metodológico[citado el 3 de enero de 2023]. Disponible en: https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/menusuperior/engho/engho2012_resumen_metodologico.pdf
53. Abeldaño RA. 2017. Análisis del gasto de los hogares en salud en Argentina, como componente de la cobertura universal de salud. *Cienc Saúde Colet* 2017;22:5. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.21102015>
54. González y Rivas M. La salud bucal en la República Argentina. Análisis del sector. *Univ Odontol* 2019;38:80. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.uo38-80.sbra>
55. Ballesteros, MS. *Un análisis de las desigualdades en el acceso de los servicios de salud en la población adulta urbana en Argentina a partir de datos secundarios*. Buenos Aires, Editorial Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Sociales, Instituto de Investigaciones Gino Germani, 2014[citado el 3 de enero de 2023]. Disponible en: <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/187014>
56. Lolás F. *Bioética y antropología médica*. 1ª reimpresión, Santiago de Chile, Editorial Mediterráneo, 2003.
57. Gracia Guillén D. *Bioética clínica*. 1ª ed., Bogotá, Editorial El Búho, 1998.
58. Gracia Guillén D. *Como arqueros al blanco: Estudios de bioética*. Madrid, Triacastela, 2004, p. 516.
59. Triano MS. Mapa de población con déficit sanitario de la República Argentina 2001. Buenos Aires, CEDES, 2006[citado el 20 de febrero de 2023]. Disponible en: <http://repositorio.cedes.org/handle/123456789/3589>
60. Cetrángolo O, Goldschmit A, Lima Quintana L, San Martín M, Aprile M. *El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros*. 1ª ed., Buenos Aires, PNUD, 2011[citado el 20 de febrero de 2023] Disponible en: <http://www.codajic.org/sites/default/files/sites/www.codajic.org/files/El%20sistema%20de%20salud%20argentino%20-%20PNUD%20OPS%20CEPAL.pdf>
61. Abellán A, Domingo L, Feito MA, Giaquinta J, Rivas I, Roch S, et al. Bioética, discapacidad y diversidad funcional. En: Sanchez-Caro J, Abellán F (coord.). *Aspectos bioéticos, jurídicos y médicos de la discapacidad*, Madrid, Fundación Carmen Pardo-Valcarce, 2012.
62. Mosca CO, Ingénito PV, Rey E. Estudio sobre el estado de cobertura odontológica garantizada por la Ley 24901 a favor de personas con discapacidad certificada en la República Argentina. *Rev Científica de UCES* 2019[citado el 3 de enero de 2023];24:25-50. Disponible en: <http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/handle/123456789/4856>
63. Ortega y Gasset J. *Introducción a una estimativa ¿qué son los valores?*, Madrid, Alianza Editorial, 2004. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/12/2.2.-Ortega-Que-son-los-valores.pdf>
64. Cortina A. *El mundo de los valores: ética mínima y educación*. 2ª ed., Bogotá, Editorial El Búho, 2000. <https://filosofia260.files.wordpress.com/2015/08/adela-cortina-el-mundo-de-los-valores.pdf>
65. Laín Entralgo P. *El médico y el enfermo*, 2ª ed., Madrid, Triacastela, 2003, p. 232.
66. Dho MS. Determinantes sociales que influyen en la utilización del hilo dental. *Rev Fac Odont UNNE* 2017;1:1. <http://dx.doi.org/10.30972/rdo.112937>
67. Sanchez-Caro J, Abellán F. *Retos en Salud Pública: derechos y deberes de los ciudadanos*, Madrid, Editorial Comares, 2011[citado el 3 de enero de 2023]. Disponible en: https://www.fundacionmercksalud.com/wp-content/uploads/2017/04/MONOGRAFIA_17.pdf
68. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, Organización Panamericana de la Salud. Indicadores Básicos 2019[citado el 3 de enero de 2023] Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/indicadores-basicos-2019.pdf>
69. Boletín Oficial de la República Argentina. Ministerio de Salud. Resolución 440-E/2017[citado el 15 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/162640/20170421>
70. Mulbany P, Bordoni N. Modelo para la toma de decisiones en atención odontológica: descripción y puesta a prueba de un modelo de intervención a nivel local. *Rev Salud Publica* 2014[citado el 3 de enero de 2023];3:15-30. Disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/RSD/article/view/11734/12107>

Cómo citar este artículo

Bermolen MG, Funosas ER, Giaquinta MA, Pedreira PC, Rodríguez CN, Zanotti M. Adopción/Adaptación mediante Comentario, para Argentina por intermedio de la Federación Iberoamericana de Periodoncia (FIPP) de la Guía de Práctica Clínica (GPC) de nivel S3: Tratamiento de la periodontitis en los Estadios I – III, de la Federación Europea de Periodoncia (EFP), traducida por la Sociedad Española de Periodoncia (SEPA). *Rev Asoc Odontol Argent* 2023;111:e1110881.
<https://doi.org/10.52979/raoa.1110881.1233>

Contacto:

PAULA CRISTINA PEDREIRA
pedreirapaula@hotmail.com