

PREVALENCIA DE PERIODONTITIS EN LAS CLÍNICAS DE UNICOC BOGOTÁ DEL AÑO 2021 AL 2025.

Angie Acosta Ardila
Arlice Milena Ruiz Borja
Daniel Téllez Ramos
Residentes Posgrados de periodoncia

Asesor Científico: Dra. Silvia Juliana Martínez
Asesor Metodológico: Dr. Hernán Santiago
Garzón



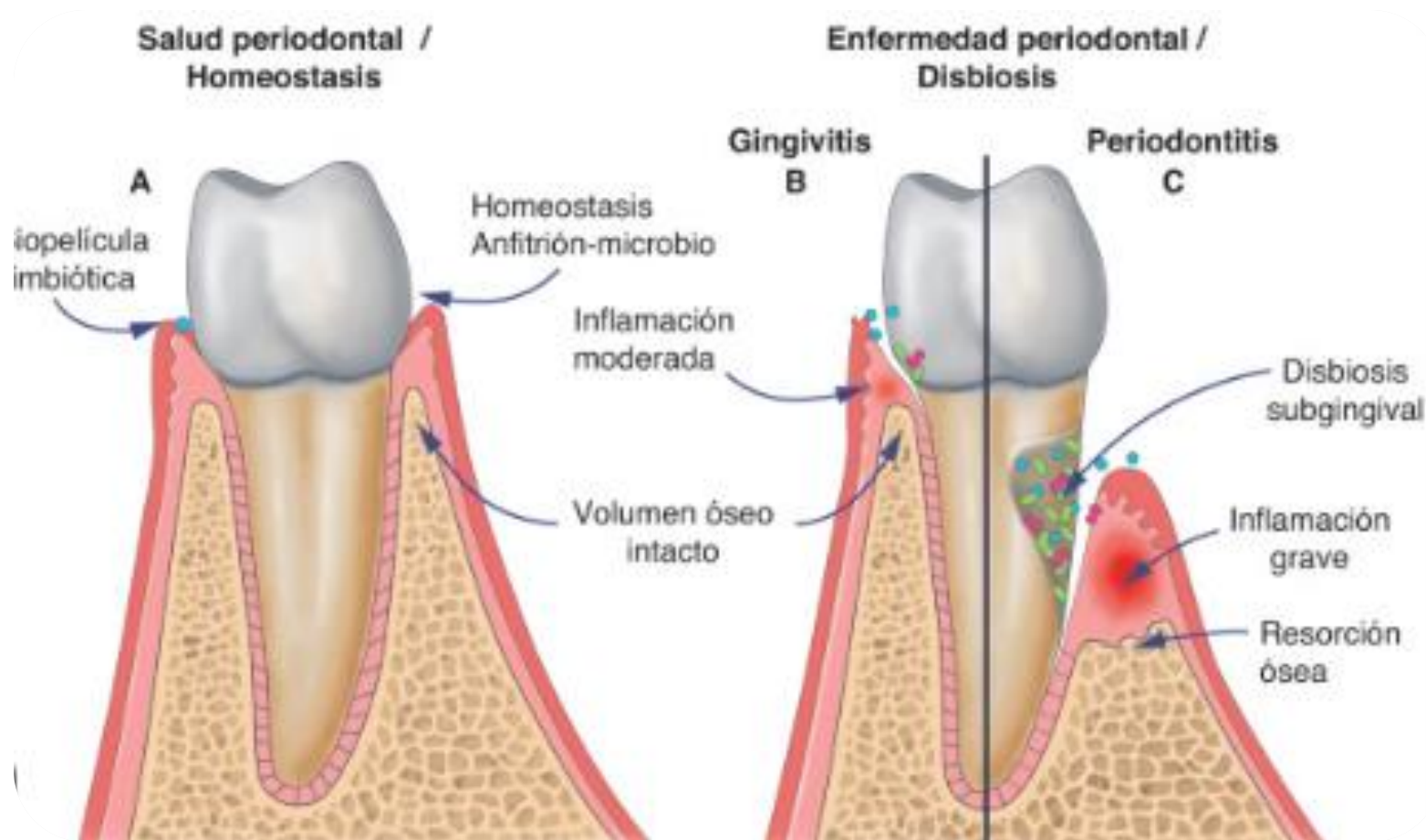
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Qué es?

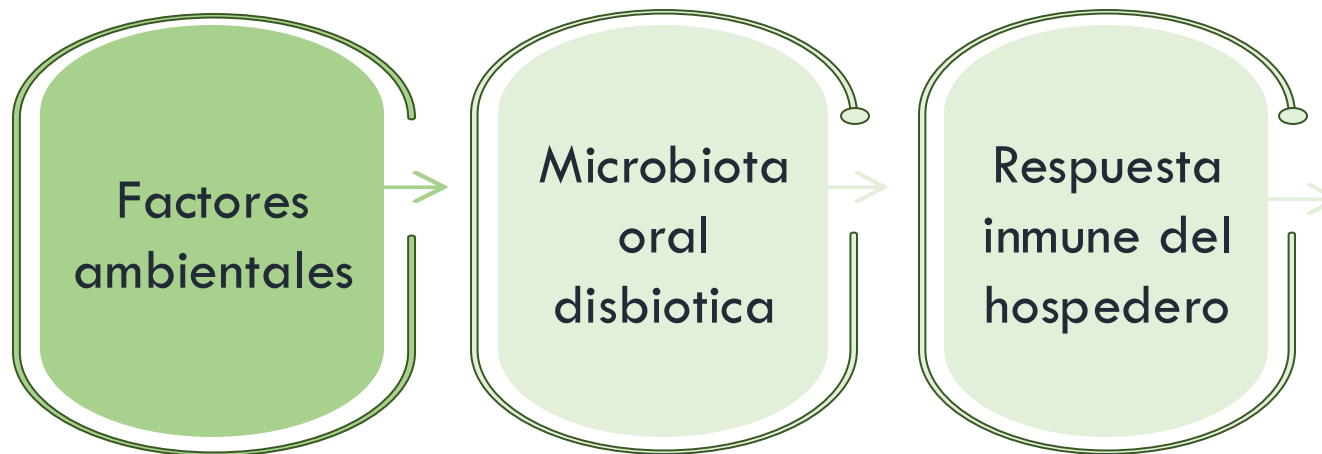
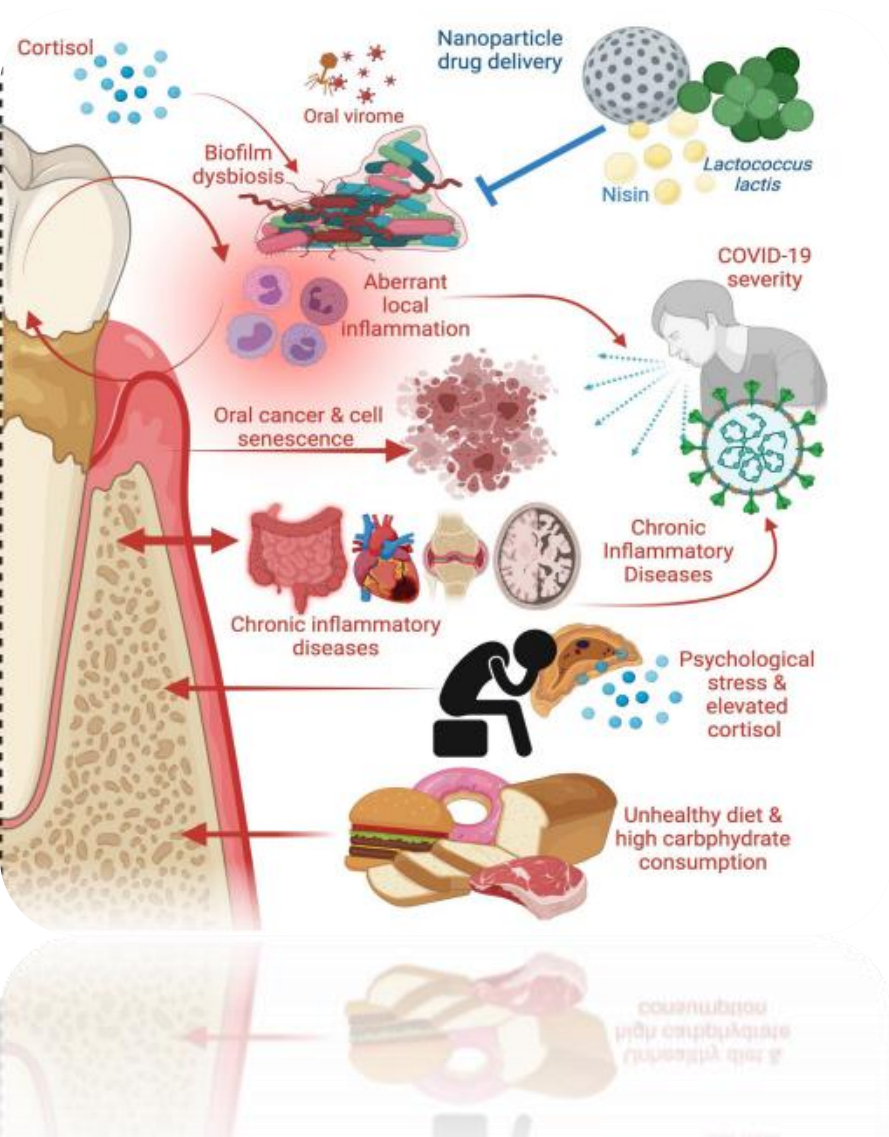
¿Que afecta?

Cambios

Asociada
A:



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A nivel mundial

- **GBD 2016** : 6 condición mas prevalente (en un rango del 20-50% de la población)
- **GBD 2019**: Aumento de 1.1 mil millones casos de periodontitis severa, 8,44%.

En Colombia

- Duque, 2016**: leve 61,8%, moderada 43,6%, severa 10,6%.
- ENSAB IV 2013-14**: Prevalencia total:61,8%.
leve 7,7%, moderada 43,5%, severa 10,6%.
- UNICOC 2021**: prevalencia total 34,9%.



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Alta demanda de pacientes
periodontales en clínicas
UNICOC-Bogotá.

Información posterior a 2020
limitada.

Se aplica la clasificación AAP-EFP
2017, que integra factores locales
y sistémicos.



PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la prevalencia de la periodontitis en las clínicas de UNICOC entre los años 2021-2025?



JUSTIFICACIÓN

Actualizar y ampliar los datos sobre la prevalencia y severidad de la periodontitis en las clínicas de UNICOC



Realizar aportes epidemiológicos y de salud pública

Mejorar la atención, prevención y tratamiento periodontal



Protocolos de manejo de la enfermedad



reddeclínicas
colegio odontológico colombiano

MARCO TEÓRICO

Received: 2 January 2018 | Revised: 11 February 2018 | Accepted: 11 February 2018

DOI: 10.1002/JPER.18-0006

2017 WORLD WORKSHOP



Staging and grading of periodontitis: Framework and proposal of a new classification and case definition

Maurizio S. Tonetti¹ | Henry Greenwell² | Kenneth S. Kornman³

Es una enfermedad **inflamatoria crónica multifactorial** asociada a una **biopelícula disbiótica**, caracterizada por **la destrucción progresiva del aparato** de soporte del diente.

CLASIFICACIÓN POR ESTADIOS

		Estadio I	Estadio II	Estadio III	Estadio IV
Gravedad	CAL interdental en zona con la mayor pérdida	1-2 mm	3-4 mm	≥ 5 mm	≥ 8 mm
	Pérdida ósea radiográfica	Tercio coronal (< 15 %)	Tercio coronal (15-33 %)	Extensión a tercio medio	Extensión a tercio apical
	Pérdidas dentarias	Sin pérdidas dentarias por razones periodontales		≤ 4 pérdidas dentarias por razones periodontales	≥ 5 pérdidas dentarias por razones periodontales
Complejidad	Local	Profundidad de sondaje máxima ≤ 4 mm	Profundidad de sondaje máxima ≤ 5 mm	Profundidad de sondaje 6-7 mm	Profundidad de sondaje ≥ 8 mm
		Pérdida ósea principalmente horizontal	Pérdida ósea principalmente horizontal	Además de complejidad Estadio II:	Además de complejidad Estadio III:
				Pérdida ósea vertical ≥ 3 mm	Disfunción masticatoria, Trauma oclusal secundario; movilidad dentaria ≥ 2
				Afectación de furca grado II o III	Colapso de mordida, migraciones, abanicamiento dentario
				21-28 dientes residuales	< 20 dientes residuales
				Defecto de cresta moderado	Defecto de cresta grave
Extensión y distribución	Añadir a estadio como descriptor	En cada estadio, describir extensión como localizada (< 30 % de dientes implicados), generalizada, o patrón molar/incisivo			

CLASIFICACIÓN POR GRADOS

		Grado A	Grado B	Grado C
Evidencia directa	Radiografías o evaluación periodontal en los 5 años anteriores	No evidencia de pérdida de hueso/inserción	Pérdida < 2 mm	Pérdida ≥ 2 mm
	Pérdida ósea vs. edad	< 0,25	0,25-1,0	> 1,0
Evidencia indirecta	Fenotipo	Grandes depósitos de <i>biofilm</i> con niveles bajos de destrucción	Destrucción proporcional a los depósitos de <i>biofilm</i>	El grado de destrucción supera las expectativas teniendo en cuenta los depósitos de <i>biofilm</i> ; patrones clínicos específicos que sugieren periodos de progresión rápida y/o patología de aparición temprana... Por ejemplo, patrón molar-incisivo; falta de respuesta prevista a tratamientos de control bacteriano habituales
	Tabaquismo	No fumador	< 10 cig./día	≥ 10 cig./día
Factores modificadores	Diabetes	Normal con/sin diabetes	HbA1c < 7 con diabetes	HbA1c > 7 con diabetes

ANTECEDENTES

Estudios de prevalencia de enfermedad periodontal a nivel mundial

Autor	Año	Población	Prevalencia de periodontitis	Conclusión
Zheng L. et al.	2021	Pacientes con y sin diabetes mellitus	67,8% en diabéticos (tipos I y II). 35,5% en no diabéticos.	Mayor severidad y prevalencia en diabéticos.
Trindade L. et al.	2023	17 países (2011-2020)	- Prevalencia global 61%. - Europa 65,5%. - Sudamérica 54,9%. - Periodontitis severa 24%.	Alta prevalencia global; afectación importante en América del Sur.
Mohammad F.L. et al. (Harvard).	2019	Población clínica 2019	- Global 55,5%. - Moderada 20,7%. - Severa 2,8%.	Mayor pérdida ósea en hombres, adultos mayores, fumadores y bajos ingresos.
Chen et al. (GBD 2019).	2021	Datos globales 1990-2019	1,1 mil millones de casos de periodontitis severa, aumento 8,4% ajustado por edad.	Mayor prevalencia en países con bajo desarrollo socioeconómico.
Eke PI et al.	2016	Adultos mayores > 65 años en EE.UU.	42% con periodontitis. 7,8% severa.	CAL ≥6 mm severa, CAL ≥4 mm moderada.
Global Burden Disease, 2016.	2016	Población mundial	20-50% de prevalencia / 6ª condición más común	Confirma alta carga global de la enfermedad.

ANTECEDENTES

Estudios de prevalencia de periodontitis a nivel nacional

Autor	Año	Población	Prevalencia de periodontitis	Conclusión o implicación
Duque, A.	2016	Iberoamérica - Colombia	• Leve 61,8%. • Moderada 43,6%. • Severa 10,6%.	Alta prevalencia nacional bajo criterios AAP-CDC.
ENSAB IV	2013-2014	Población colombiana	• Leve 7,7%. • Moderada 43,5%. • Severa 10,6%.	Datos oficiales nacionales sobre periodontitis
UNICOC	2021	Pacientes 2015-2020	• Total 34,9%. • Estadio I-IV: 12-34%. • Grado A-C: 14-63-22%.	Uso de clasificación 2017; resultados por estadios y grados.

OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia de periodontitis, según los criterios de clasificación de la enfermedad periodontal del consenso 2017, en pacientes adultos que asisten a las clínicas de UNICOC sede Bogotá, en el periodo 2021 a 2025.



OBJETIVOS ESPECIFICOS

1.Caracterizar socio demográficamente a los pacientes adultos que asisten a las clínicas de UNICOC sede Bogotá, en el periodo 2021 a 2025.

2.Comparar la prevalencia de periodontitis del periodo 2015 al 2020 contra el periodo 2021 al 2025 en las clínicas de UNICOC-Bogotá.

3.Comparar la distribución de la periodontitis en función de factores de riesgo, como el tabaquismo, la diabetes y la higiene oral, entre los pacientes adultos que asistieron a las clínicas de UNICOC en Bogotá durante el período de 2021 a 2025.



ASPECTOS METODOLÓGICOS

Historias clínicas de pacientes mayores de 18 años que hayan asistido a las clínicas de UNICOC-Bogotá sede centro del 2021-2025.

Criterios de inclusión

- Historias clínicas de pacientes edéntulos totales o con menos de 5 dientes en boca.
- Historias clínicas sin diligenciamiento completo del Periodontograma.
- Historias clínicas que no cuenten con juego de radiografías periapicales.
 - Pacientes con registros clínicos incompletos o datos insuficientes

Criterios de exclusión

ASPECTOS METODOLÓGICOS

TIPO DE ESTUDIO

Retrospectivo de corte transversal descriptivo.

MATERIAL OBJETO DE ESTUDIO

Historias clínicas de pacientes adultos que acudieron a las clínicas de UNICOC en Bogotá durante el periodo 2021-2025.

OBJETO DE ESTUDIO

Prevalencia de periodontitis.

UNIDAD OBJETO DE OBSERVACION

Historias clínicas de pacientes adultos que acudieron a las clínicas de UNICOC en Bogotá durante el periodo 2021-2025.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Se calculo el tamaño muestral para
estimar una proporción en una
población finita de 700 pacientes

Requiriendo un tamaño muestral
corregido de 247 individuos

Muestra : 299 historias clínicas

Se emplearon como
parámetros un nivel de
confianza del 95%, una
potencia del 90% y un margen
de error absoluto del 5%
esperando una prevalencia del
55%, considerando el tipo de
población

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Se obtuvo la aprobación del comité de ética de la institución.



Se definió la muestra del estudio siendo de 299 historias clínicas.

Se diseñó un instrumento de recolección de datos (formulario, base de datos, etc.)



Se realizó la depuración de los datos recolectados para identificar y corregir posibles errores o inconsistencias.

Durante el segundo semestre de 2024 y el primer semestre de 2025, revisaron las historias clínicas.

Se revisaron las historias clínicas seleccionadas y recolectaron los datos.



Se analizaron los datos mediante técnicas estadísticas.

Se interpretaron los resultados y se compararon con hallazgos previos reportados en la literatura.

Se redactó el informe final del estudio.



Se presentaron y difundieron los resultados a través de publicaciones científicas y/o eventos académicos.



ASPECTOS METODOLÓGICOS

Según el artículo 11 de la resolución N° 008430 de 1993.

Se considera una investigación **sin riesgo** debido a que no se realizan intervenciones biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales.

No fue necesario desarrollar un formato de consentimiento informado.

RESULTADOS

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO			
Variable		frecuencias	Porcentaje (%)
Año de atención	2021	19	6%
	2022	31	10%
	2023	33	11%
	2024	146	49%
	2025	70	23%
Edad (años)	18-19	4	1%
	20 a 34	47	16%
	35 a 44	46	15%
	45 a 64	164	55%
	65 a 79	38	13%
Sexo	Mujer	188	63%
	Hombre	111	37%

RESULTADOS

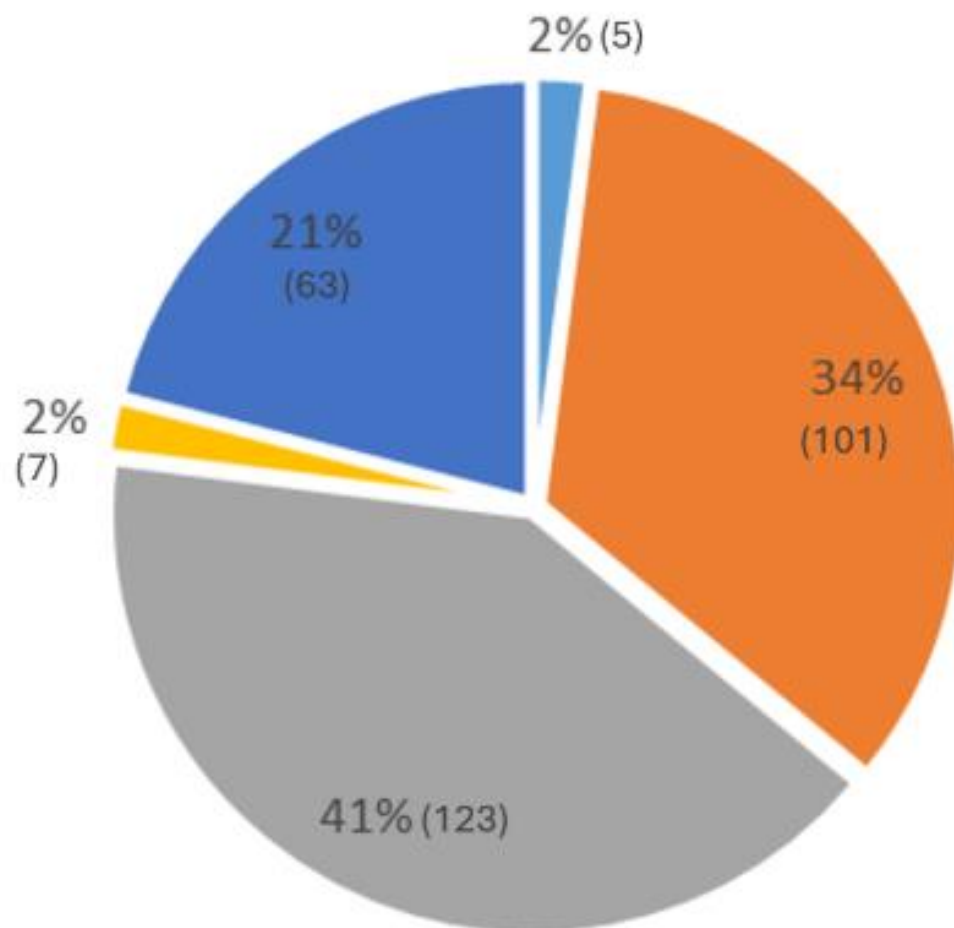
PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO			
Variable		frecuencias	Porcentaje (%)
Estrato socioeconómico	1	8	3%
	2	96	32%
	3	172	58%
	4	22	7%
	5	1	0%
Nivel de escolaridad	Primaria	23	8%
	Bachiller	112	37%
	Técnico	73	24%
	Pregrado/profesional	78	26%
	Postgrado/ especialista	10	3%
	Maestría/doctorado	3	1%
Tabaquismo	No fumador	285	95%
	Fumador	14	5%
Diabetes	No diabético	284	95%
	Diabético	14	5%

RESULTADOS

Distribución de parámetros clínicos			
Variable		frecuencias	Porcentaje (%)
Sangrado al sondaje	<10%	75	25%
	10-30%	109	36%
	>30%	115	38%
Eritema	Ausente	131	44%
	Presente	168	56%
Profundidad al sondaje	1-3mm	93	31%
	< 4mm	77	26%
	< 5mm	49	16%
	> 6mm	80	27%
Pérdida de inserción	Sin pérdida	10	3%
	1-2 mm	53	18%
	3-4mm	62	21%
	5 mm o mas	174	58%
Pérdida ósea radiográfica	Ausencia de pérdida ósea	56	19%
	<3mm	159	53%
	>3 mm	84	28%
Desarmonía oclusal	No	27	9%
	Si	271	91%
Supuración	Ausente	292	98%
	Presente	6	2%

RESULTADOS

Distribución diagnóstico Inicial

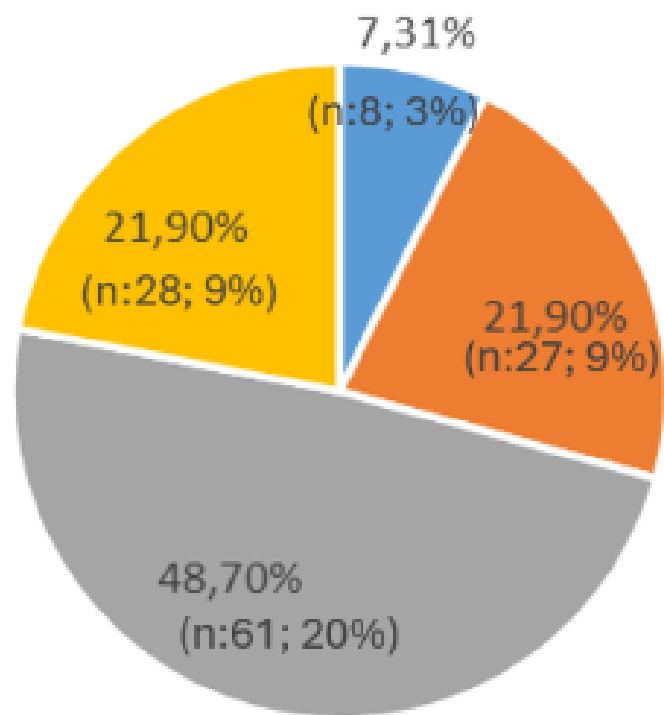


- Gingivitis inducida por placa en un periodonto Sano
- Gingivitis inducida por placa en un periodonto reducido
- Periodontitis
- Salud gingival clínica en un periodonto intacto
- Salud gingival clínica en un periodonto reducido

RESULTADOS

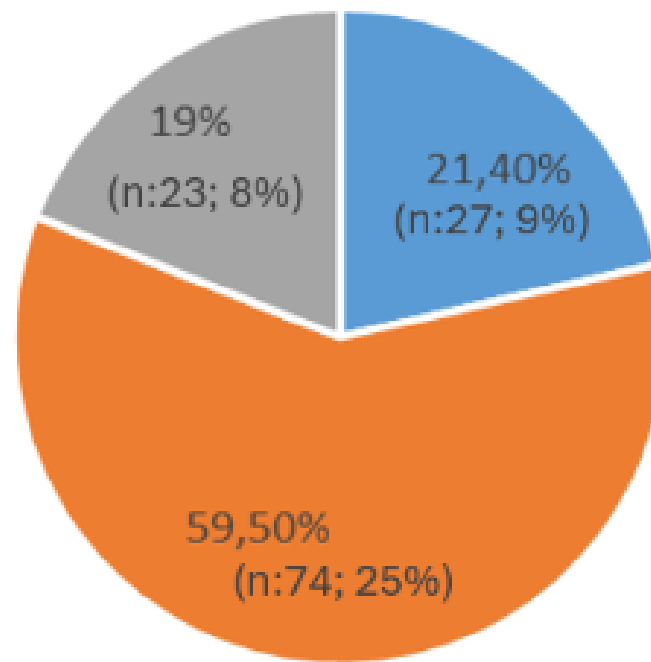
Distribución por estadios y grado, extensión de pacientes diagnosticados con p

Estadios



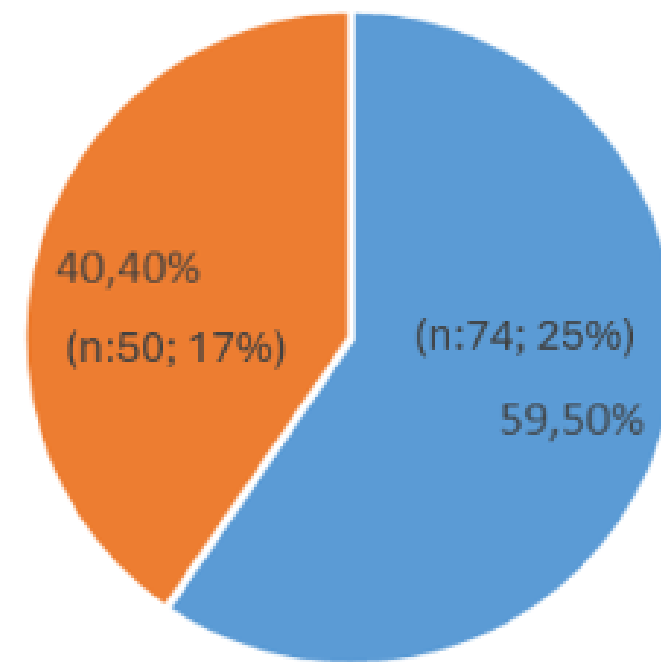
■ I ■ II ■ III ■ IV

Grados



■ A ■ B ■ C

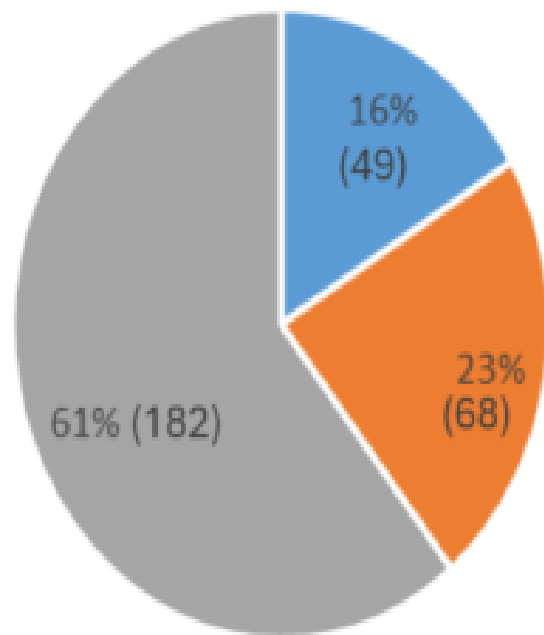
Extensión



■ Localizada ■ Generalizada

RESULTADOS

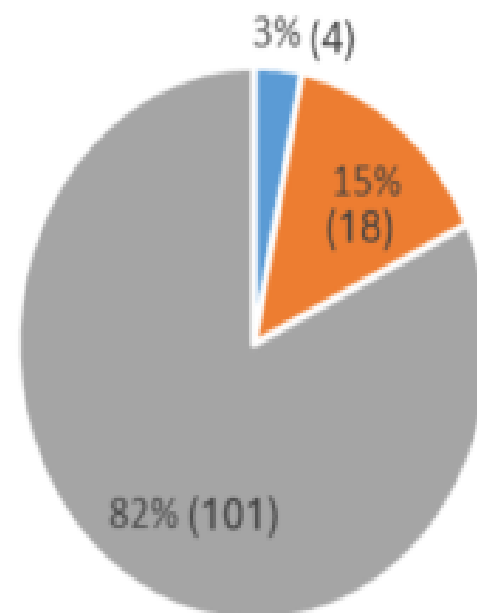
Distribución Índice silness & Loe M



a)

■ Bueno 0-15% ■ Regular 16-30% ■ Deficiente >30%

Distribución Índice silness & Lee M pacientes con periodontitis

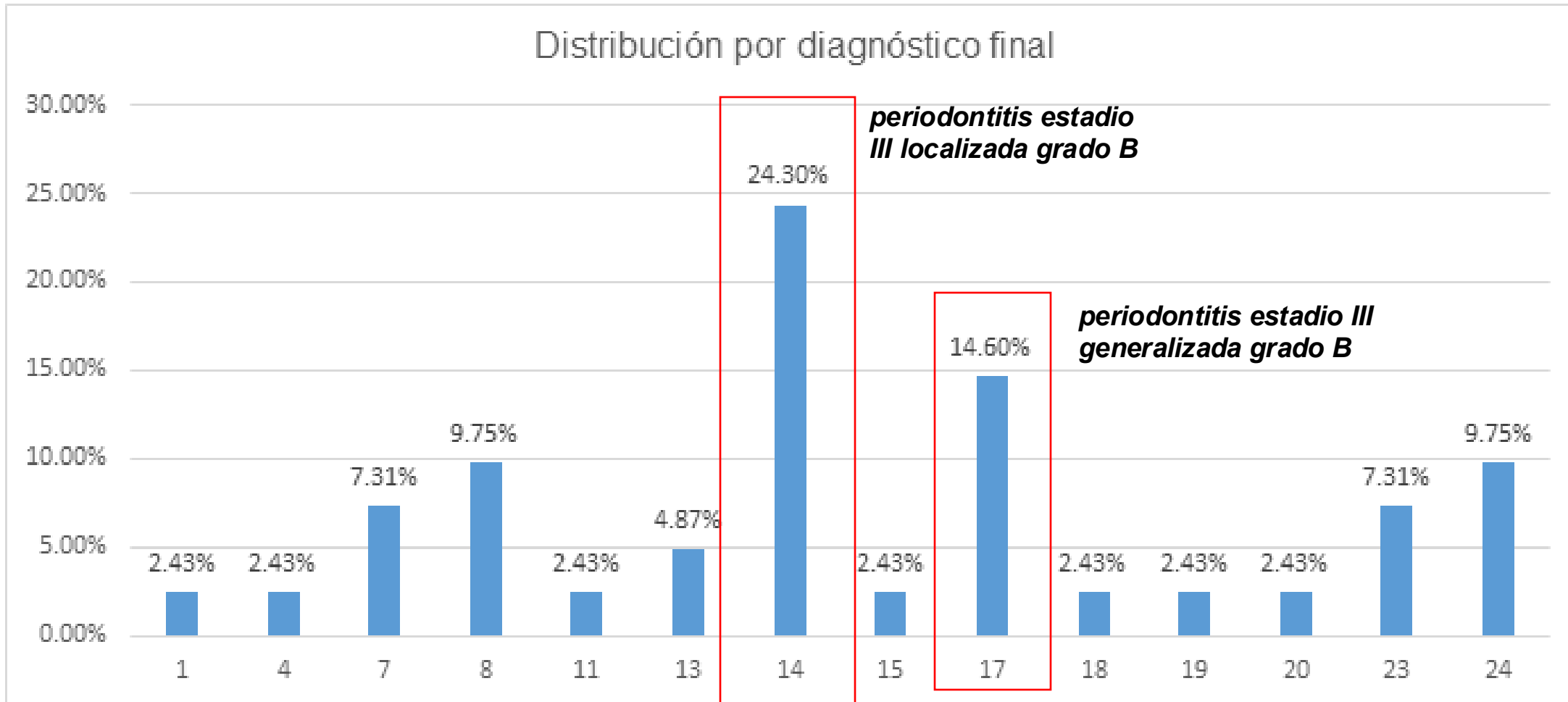


b)

■ Bueno 0-15 ■ Regular 16-30 ■ Deficiente >30

RESULTADOS

Distribución por diagnóstico final



*Diagnósticos 1: periodontitis estadio I localizada grado A, 4: periodontitis estadio I generalizada grado A, 7: periodontitis estadio II localizada grado A, 8: periodontitis estadio II localizada grado B, 11: periodontitis estadio II generalizada grado B, 13: periodontitis estadio III localizada grado A, **14: periodontitis estadio III localizada grado B**, 15: periodontitis estadio III localizada grado C, **17: periodontitis estadio III generalizada grado B**, 18: periodontitis estadio III generalizada grado C, 19: periodontitis estadio IV localizada grado A, 20: periodontitis estadio IV localizada grado B, 23: periodontitis estadio IV generalizada grado B, 24: periodontitis estadio IV generalizada grado C.

RESULTADOS

Tabla 4 Distribución por sexo de los diagnósticos de periodontitis

21 16 9	0	0,0%	1	0,8%	1	0,8%
4	0	0,0%	2	1,6%	2	1,6%
19 18 10 2	1	0,8%	1	0,8%	2	1,6%
8	1	0,8%	3	2,4%	4	3,3%
17 14	1	0,8%	0	0,0%	1	0,8%
2	1	0,8%	0	0,0%	1	0,8%
1	2	1,6%	2	1,6%	4	3,3%
24 20 15 11 13 23 7	3	2,4%	0	0,0%	3	2,4%
3	3	2,4%	0	0,0%	3	2,4%
5	4	3,3%	2	1,6%	6	4,9%
7	3	2,4%	3	2,4%	8	6,5%
9	2	1,6%	3	2,4%	10	8,1%
12	5	4,1%	3	2,4%	17	13,8%
17 14	14	11,4%	10	8,1%	31	25,2%
	17	13,8%	14	11,4%	31	25,2%
	12	9,8%	5	4,1%	17	13,8%
	9	7,3%	2	1,6%	11	8,9%
	7	5,7%	3	2,4%	10	8,1%
	5	4,1%	3	2,4%	8	6,5%
	4	3,3%	2	1,6%	6	4,9%
	3	2,4%	1	0,8%	4	3,3%
	3	2,4%	0	0,0%	3	2,4%
	3	2,4%	0	0,0%	3	2,4%
	3	2,4%	10	8,1%	13	10,6%
	2	1,6%	2	1,6%	4	3,3%
	1	0,8%	0	0,0%	1	0,8%
	1	0,8%	0	0,0%	1	0,8%
	1	0,8%	3	2,4%	4	3,3%
	1	0,8%	1	0,8%	2	1,6%
	0	0,0%	2	1,6%	2	1,6%
	0	0,0%	1	0,8%	1	0,8%
	0	0,0%	1	0,8%	1	0,8%
	0	0,0%	1	0,8%	1	0,8%
Diagnóstico	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr
	Femenino		Masculino		Total	

14) P III L GB
 17) P III G GB
 24) P IV G GC
 8) P II L GB

RESULTADOS

Tabla 5 Distribución por grupo edad diagnóstico de periodontitis

Diagnóstico	18-19 años		20 a 34 años		35 a 44 años		45 a 64 años		65 a 79 años		Total	
	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr
14) P III L GB	0	0%	3	2,4%	4	3,3%	19	15,4%	5	4,1%	31	25,2%
17) P III G GB	0	0%	0	0%	4	3,3%	12	9,8%	1	0,8%	17	13,8%
24) P IV G GC	0	0%	1	0,8%	2	1,6%	4	3,3%	6	4,9%	13	10,6%
8) P II L GB	0	0%	0	0%	1	0,8%	10	8,1%	0	0%	11	8,9%
	0	0%	0	0%	2	1,6%	7	5,7%	1	0,8%	10	8,1%
	0	0%	0	0%	0	0%	8	6,5%	0	0%	8	6,5%
	0	0%	1	0,8%	2	1,6%	3	2,4%	0	0%	6	4,9%
	0	0%	2	1,6%	1	0,8%	1	0,8%	0	0%	4	3,3%
	0	0%	0	0%	1	0,8%	2	1,6%	1	0,8%	4	3,3%
	0	0%	0	0%	1	0,8%	2	1,6%	1	0,8%	4	3,3%
	0	0%	2	1,6%	0	0%	1	0,8%	0	0%	3	2,4%
	0	0%	0	0%	1	0,8%	1	0,8%	1	0,8%	3	2,4%
	0	0%	2	1,6%	0	0%	0	0%	0	0%	2	1,6%
	0	0%	0	0%	0	0%	1	0,8%	1	0,8%	2	1,6%
	0	0%	0	0%	1	0,8%	0	0%	0	0%	1	0,8%
	0	0%	1	0,8%	0	0%	0	0%	0	0%	1	0,8%
	0	0%	0	0%	0	0%	1	0,8%	0	0%	1	0,8%
	0	0%	0	0%	0	0%	1	0,8%	0	0%	1	0,8%
	0	0%	0	0%	1	0,8%	0	0%	0	0%	1	0,8%

14) P III L GB
 17) P III G GB
 24) P IV G GC
 8) P II L GB

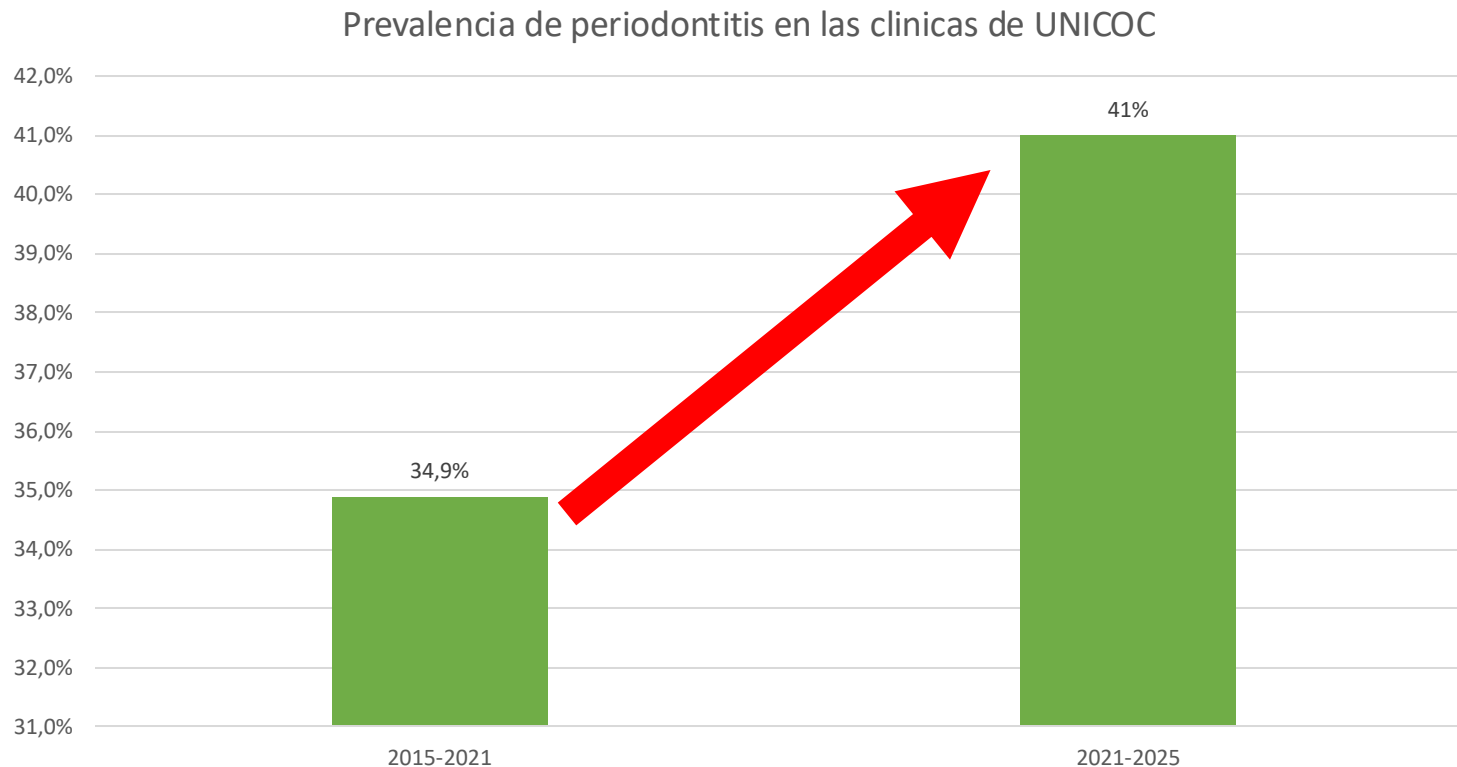
RESULTADOS

Tabla 6. Distribución por nivel socio económico de los diagnósticos de periodontitis

14	1	0,8%	10	8,1%	18	14,6%	2	1,6%	31	25,2%
	0	0,0%	7	5,7%	9	7,3%	1	0,8%	17	13,8%
17	1	0,8%	4	3,3%	8	6,5%	1	0,8%	14	11,4%
	0	0,0%	5	4,1%	6	4,9%	0	0,0%	11	8,9%
24	0	0,0%	5	4,1%	5	4,1%	0	0,0%	10	8,1%
	1	0,8%	2	1,6%	4	3,3%	1	0,8%	8	6,5%
8	0	0,0%	0	0,0%	6	4,9%	0	0,0%	6	4,9%
	0	0,0%	2	1,6%	1	0,8%	1	0,8%	4	3,3%
7	0	0,0%	1	0,8%	3	2,4%	0	0,0%	4	3,3%
	0	0,0%	3	2,4%	1	0,8%	0	0,0%	4	3,3%
23	0	0,0%	0	0,0%	3	2,4%	0	0,0%	3	2,4%
	0	0,0%	3	2,4%	0	0,0%	0	0,0%	3	2,4%
13	0	0,0%	0	0,0%	2	1,6%	0	0,0%	2	1,6%
	0	0,0%	0	0,0%	2	1,6%	0	0,0%	2	1,6%
18	0	0,0%	0	0,0%	1	0,8%	0	0,0%	1	0,8%
	1	0,8%			0	0,0%	0	0,0%	1	0,8%
11	0	0,0%	1	0,8%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,8%
	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
1	0	0,0%	0	0,0%	1	0,8%	0	0,0%	1	0,8%
	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
20	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
15	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
19	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
4	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
16	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
10	1	0,8%			0	0,0%	0	0,0%	1	0,8%
	0	0,0%	1	0,8%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,8%
9	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	0	0,0%	0	0,0%	1	0,8%	0	0,0%	1	0,8%
2	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	0	0,0%	0	0,0%	1	0,8%	0	0,0%	1	0,8%
Diagnóstico	Estrato 1		Estrato 2		Estrato 3		Estrato 4		Total	
	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr

14) P III L GB
 17) P III G GB
 24) P IV G GC
 8) P II L GB

DISCUSIÓN



Esta enfermedad sigue siendo frecuente en los adultos que asisten a las clínicas de UNICOC.

Trindade et al., 2023
Latinoamerica
Cifras similares:
54,9%

ENSAB IV
2014
Colombia
Cifras similares:
61,8%

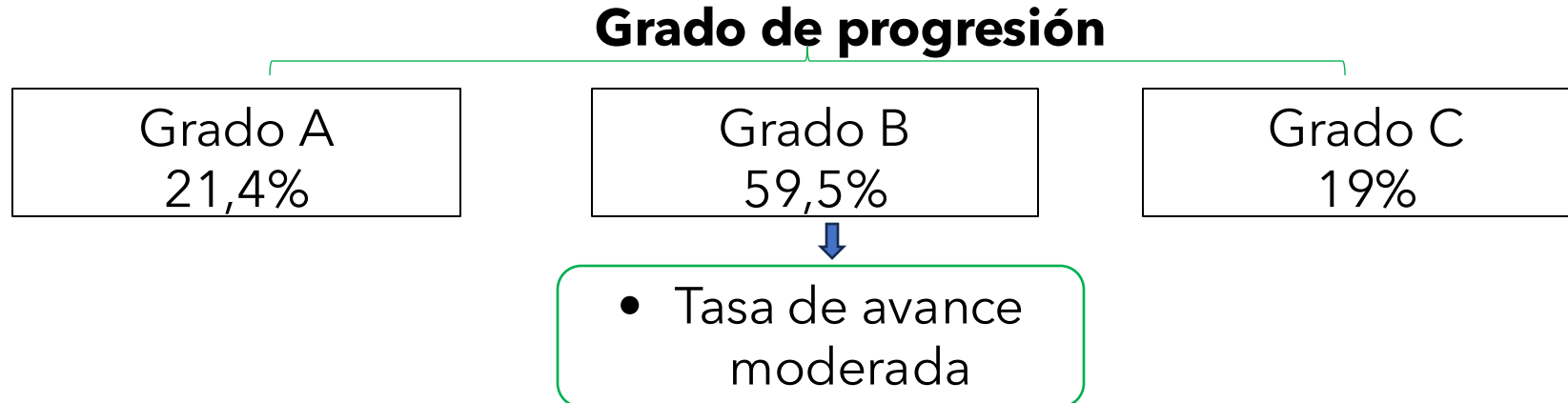
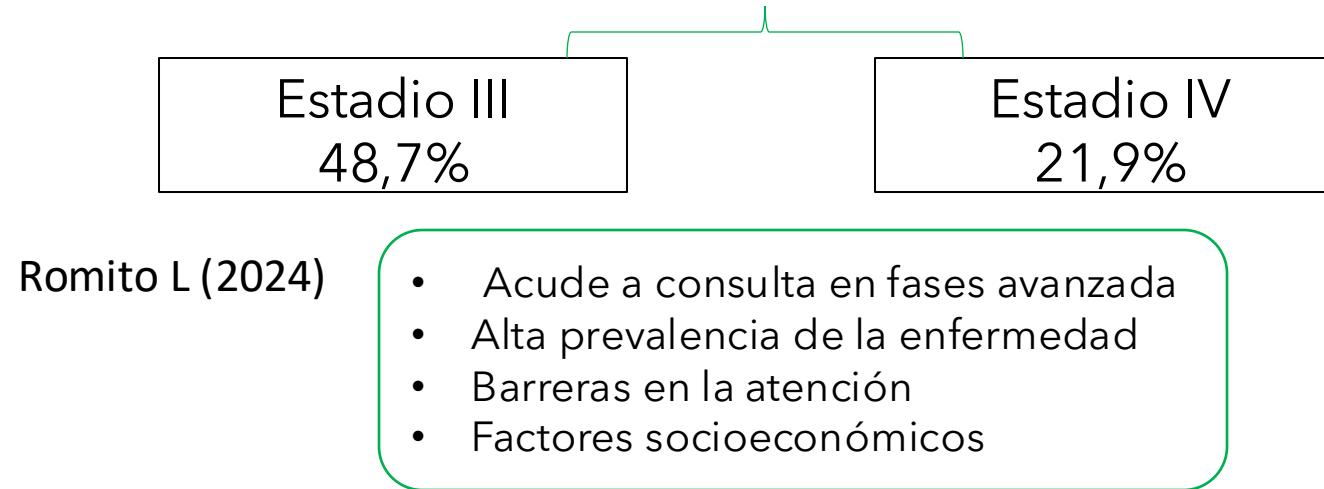
Este incremento puede deberse a mayor sensibilidad diagnostica con la clasificación 2017 AAP-EFP

Trindade D, Carvalho R, Machado V, Chambrone L, Mendes JJ, Botelho J. Prevalence of periodontitis in dentate people between 2011 and 2020: A systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. Vol. 50, Journal of Clinical Periodontology. John Wiley and Sons Inc; 2023. p. 604–26.

Rolando enrique peñaloza - Elizageth Suarez Zuñiga - Yamiled Palacio Basto - Jhonny Alejandro Garnica aAfosso - Luis Carlos Gómez Serrano. Estudio Nacional de Salud Bucal ENSAB IV - situación en salud bucal. ministerio de salud . 2014;IV:1–381.

DISCUSIÓN

Distribución por estadios



la transición de grado B a C se asocia estrechamente con factores sistémicos como la diabetes mal controlada y el tabaquismo persistente

DISCUSIÓN

Análisis estrato socioeconómico

Estrato 3

Estrato 2

los grupos con nivel socioeconómico medio enfrentan barreras parciales para acceder a servicios preventivos, lo que favorece el diagnóstico tardío y la progresión de la enfermedad.

Análisis por sexo, edad

Mujeres

Mas frecuentes en muestra total

Hombres

Mayores diagnósticos severos (periodontitis estadio IV generalizada grado c)

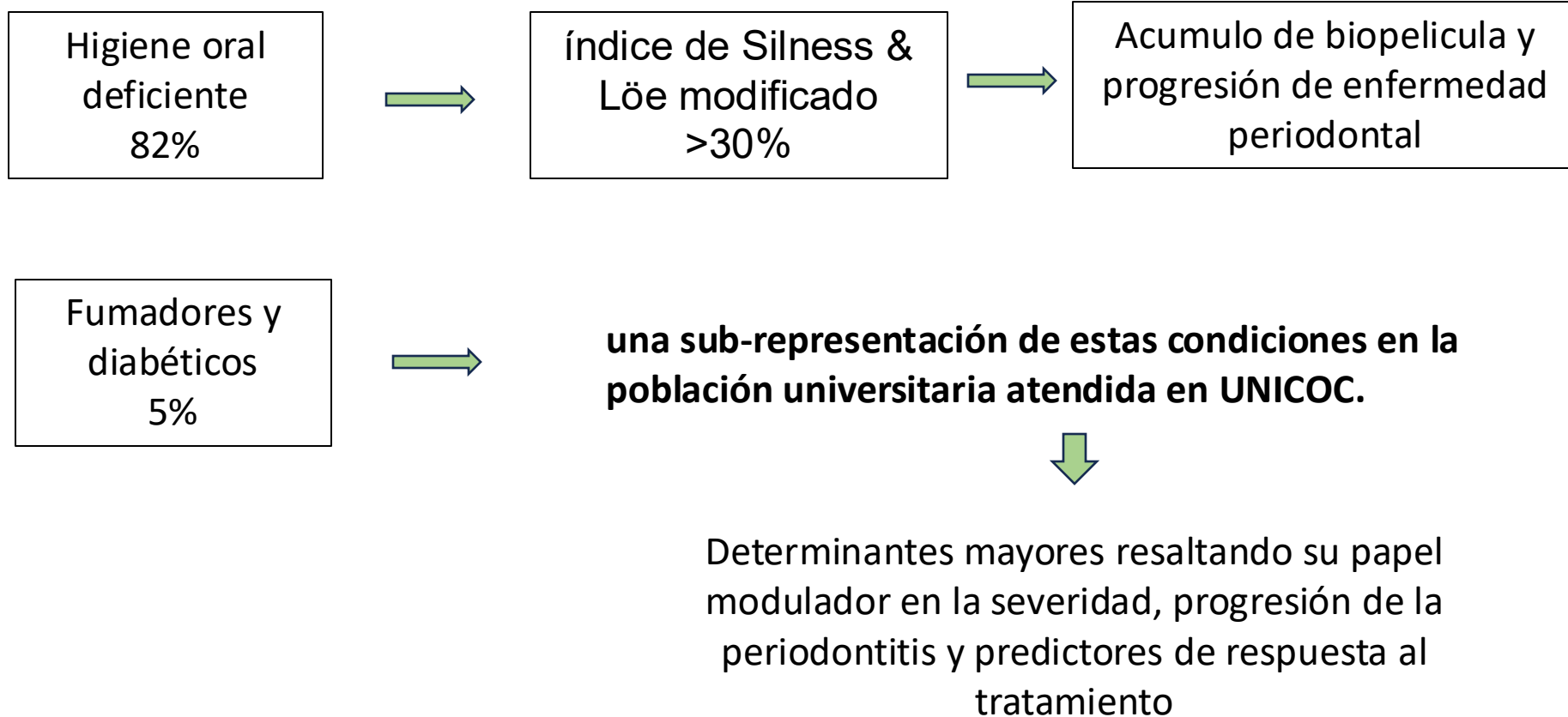
Adultos 45-64 años

Mayor concentración de diagnósticos

- Tasa de prevalencia por edad de periodontitis severa **aumentó (8.44% 1990-2019)**
- Prevalencia por tendencia de edad 50-54 años
- Casos más avanzados 70-74 años

DISCUSIÓN

Con relación a los factores de riesgo



Chapple ILC, Mealey BL, Van Dyke TE, Bartold PM, Dommisch H, Eickholz P, et al. Periodontal health and gingival diseases and conditions on an intact and a reduced periodontium: Consensus report of workgroup 1 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. In: Journal of Clinical Periodontology. Blackwell Munksgaard; 2018. p. S68–77.

Genco RJ, Borgnakke WS. Risk factors for periodontal disease. Periodontol 2000. 2013;62:59–94.

DISCUSIÓN

Términos

2015-2020 vs. 2011-2025
comparativos
Dos factores principales

Mayor carga real
de la
enfermedad

2015-2020

- Estadio III (28,02%)
- Estadio IV (34,58%)
- No existen datos de extensión

Mayor sensibilidad
diagnóstica gracias a
la clasificación de

2017

2021-2025

- Estadio III (48,7%)
- Estadio IV (21,9%)
- Formas localizadas (59,5%)
- Formas generalizadas (40,4%)



**Grado B sigue
siendo el más
frecuente**

DISCUSIÓN

Los hallazgos de este estudio tienen importantes implicaciones para la salud pública.

PRIMERO

Enfatiza la necesidad de programas de tamizaje periodontal y educación en salud bucal dirigidos especialmente a adultos de mediana edad.

SEGUNDO

Refuerzan la importancia de integrar la salud periodontal en la atención primaria en salud .

TERCERO

El abordaje interdisciplinario y la incorporación de la periodoncia en políticas nacionales de salud oral son estrategias clave para reducir la carga de enfermedad en el país.

LIMITACIONES

El hecho de que la población provenga de un único centro universitario limita la generalización de los resultados a otros contextos de atención odontológica en Colombia

El registro y diagnóstico clínico realizados por estudiantes de pregrado y del posgrado de periodoncia pueden haber introducido cierta variabilidad en la clasificación de los casos, derivada del proceso de aprendizaje y experticia en la aplicación de los criterios de estadificación, gradación y extensión establecidos en la Clasificación de Enfermedades y Condiciones Periodontales y Periimplantarias 2017

No obstante, estas limitaciones se compensan parcialmente por la consistencia de los hallazgos con estudios internacionales y por el valor de contar con datos actualizados en un escenario académico.

CONCLUSIONES

La investigación evidenció que la periodontitis sigue siendo altamente prevalente en adultos atendidos en UNICOC entre 2021 y 2025, confirmando su carácter de enfermedad crónica e inflamatoria frecuente.

La alta predominancia de los estadios III y IV y del grado B sugieren una destrucción tisular moderada a severa, con progresión controlada y afectación localizada, lo que sugiere un subdiagnóstico temprano y una detección tardía de los pacientes.

El aumento en la prevalencia podría deberse a una aplicación más clara de la clasificación de 2017 de la AAP y la EFP, que utiliza criterios más precisos para evaluar severidad, extensión y riesgo, haciendo el diagnóstico clínico más sensible.

RECOMENDACIONES

Recomendamos generar estrategias de promoción y prevención en higiene oral dentro de las clínicas universitarias, con énfasis en la educación para el control de placa y la motivación al paciente, dado que la higiene deficiente fue el principal factor de riesgo identificado



Implementar tamizajes periódicos de riesgo periodontal en adultos, especialmente entre los 45 y 64 años, e incluir protocolos diferenciados según factores sociodemográficos, destinando mayores esfuerzos a los estratos intermedios y bajos donde se concentra la carga de enfermedad

RECOMENDACIONES

En el ámbito académico, resulta fundamental consolidar la formación de los estudiantes en el uso de la clasificación 2017 para garantizar diagnósticos más precisos.



Se recomienda desarrollar estudios multicéntricos con muestras probabilísticas y enfoques analíticos que permitan establecer relaciones causales entre factores sociodemográficos, conductuales y sistémicos con la severidad de la periodontitis.

¡Gracias!