

**PREVALENCIA DE SALUD Y GINGIVITIS EN PACIENTE ASISTENTES A LA
CLÍNICA ODONTOLÓGICA UNICOC DE BOGOTÁ ENTRE 2021 Y 2024**

**PREVALENCE OF HEALTH AND GINGIVITIS IN PATIENTS ATTENDING THE
UNICOC DENTAL CLINIC IN BOGOTÁ (2021 AND 2024)**

Autores:

Dorys Yasmin Niño Rodríguez: Odontóloga, estudiante de postgrado de periodoncia.

Elizabeth Pacheco Fonseca: Odontóloga, estudiante de postgrado de periodoncia.

Juan Luis Vergara Genes: Odontóloga, estudiante de postgrado de periodoncia.

Asesor metodológico: Hernán Santiago Garzón Vergara, Odontólogo especialista en periodoncia y pedagogía, Magister en Bioingeniería.

Asesora científica: Dra. Martha Judith Sánchez Perdomo, Odontóloga universidad Nacional y especialista en periodoncia UNICOC. Magíster en Educación.

PREVALENCIA DE SALUD Y GINGIVITIS EN PACIENTE ASISTENTES A LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA UNICOC DE BOGOTÁ ENTRE 2021 Y 2024

La salud periodontal es esencial para el adecuado funcionamiento de la cavidad oral y la calidad de vida. La encía actúa como una barrera protectora frente a microorganismos, pero puede verse afectada por enfermedades como la gingivitis, la alteración más común, asociada con la acumulación de biopelícula bacteriana. Una correcta higiene oral es clave para prevenir su progresión hacia periodontitis, enfermedad con implicaciones sistémicas relevantes. La literatura científica evidencia una alta prevalencia de gingivitis, superior al 70% en algunas poblaciones, la cual se ve influida por factores individuales como la edad, el sexo, el nivel socioeconómico, los hábitos de higiene y la asistencia odontológica. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de salud y gingivitis, 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 de 2021 a 2024. **Metodología:** Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo de corte transversal; se recolectaron 310 historias clínicas, en las que se analizaron factores socioeconómicos, agrupados por edad y sexo, junto con un diagnóstico periodontal. **Resultados:** se analizó una población entre 18 y más de 65 años, donde la principal población asistente se caracterizó por ser femenina, en un rango de edad de 45 a 65 años (39 %) , con un estrato socio económico 2 (41%) y 3 (48 %) y un nivel de escolaridad bachiller (40%), donde el diagnostico predominante fue gingivitis inducida por biopelícula en un periodonto reducido con una prevalencia de 41%,

seguido del diagnóstico de salud gingival clínica en un periodonto reducido con una prevalencia de 17%. El porcentaje restante (42 %) correspondió a periodontitis.

Conclusiones: Existe una estrecha relación entre la edad y la prevalencia de gingivitis, igualmente se observó que esta relación se asocia con el grupo socioeconómico ya que la mayor parte de la población asistente se encontraba en un estrato 2 y 3 e igualmente se correlaciona con el nivel de escolaridad donde el predominio estuvo en el bachiller. El principal diagnóstico en la población estudiada fue gingivitis inducida por placa en un periodonto reducido, el cual representó al 41% de la población, y, por el contrario, el diagnóstico de salud gingival clínica en un periodonto intacto fue el de menor incidencia, con un 4% del total de diagnósticos periodontales.

Palabras clave: salud clínica, gingivitis, gingivitis inducida por placa dental, periodonto intacto, biopelícula, periodonto reducido, factores socioeconómicos.

Prevalence of Health and Gingivitis in Patients Attending the UNICOC Dental Clinic in Bogotá Between 2021 and 2024

Periodontal health is essential for the proper functioning of the oral cavity and quality of life. The gums act as a protective barrier against microorganisms but can be affected by diseases such as gingivitis, the most common alteration, associated with the accumulation of bacterial biofilm. Proper oral hygiene is key to preventing its progression to periodontitis, a disease with significant systemic implications. Scientific literature shows a high prevalence of gingivitis, over 70% in some populations, influenced by individual factors such as age, sex, socioeconomic status, hygiene habits, and dental care. **Objective:** To determine the prevalence of health and gingivitis according to the classification criteria of periodontal disease from the 2017 Consensus in adult patients attending UNICOC clinics in Bogotá from 2021 to 2024. **Methodology:** A retrospective, observational, and cross-sectional descriptive study; 310 medical records were collected, analyzing socioeconomic factors grouped by age and sex, along with a periodontal diagnosis. **Results:** A population between 18 and over 65 years was studied, with the leading attending group being female, aged 45 to 65 years (39%), with socioeconomic strata 2 (41%) and 3 (48%), and a high school education level (40%). The predominant diagnosis was biofilm-induced gingivitis in a reduced periodontium, with a prevalence of 41%, followed by clinical gingival health in a reduced periodontium, with a prevalence of 17%. The remaining 42% corresponded to periodontitis. **Conclusions:** There is a close relationship between age and the prevalence of gingivitis; this relationship is also

associated with socioeconomic groups, as most of the attending population was in strata 2 and 3, and it correlates with education level, where high school was predominant. The primary diagnosis in the studied population was biofilm-induced gingivitis in a reduced periodontium, representing 41% of the population, while the diagnosis of clinical gingival health in an intact periodontium was the least common, accounting for 4% of all periodontal diagnoses.

Palabras clave: salud clínica, gingivitis, gingivitis inducida por placa dental, periodonto intacto, biopelícula, periodonto reducido, factores socioeconómicos.

Introducción

La gingivitis es un proceso inflamatorio limitado al tejido epitelial y conectivo que rodea la porción cervical de los dientes y los procesos alveolares. Clínicamente, se caracteriza por el sangrado gingival en uno o más sitios, sin presencia de bolsa periodontal (1,2). Se considera una forma leve de enfermedad periodontal, pero representa un importante problema de salud pública por su alta prevalencia mundial, su impacto en la calidad de vida y su potencial para progresar a periodontitis en individuos susceptibles (3)

En algunos países de América Latina como Ecuador se han encontrado prevalencias de hasta 43% para gingivitis y 57% para periodontitis, tal como lo mostró el estudio de Martínez et al. (2017) (4,5); sin embargo en Colombia la

gingivitis es la segunda enfermedad más prevalente a nivel oral, después de la caries dental, con una prevalencia promedio de 91% (2), aunque es una entidad reversible, puede evolucionar en hospederos susceptibles y progresar hasta periodontitis con la consecuente pérdida irreversible de la inserción periodontal (3,6).

La gingivitis además tiene una estrecha relación con factores sociodemográficos externos tales como el grado de escolaridad, el nivel de ingresos, la raza y el origen étnico, siendo más prevalente en personas con bajo nivel educativo y bajos ingresos económicos, condiciones que son el común denominador de países en vía de desarrollo como Colombia (2,5,7)

Este estudio se fundamenta en una investigación previa desarrollada en UNICOC entre 2015 y 2020, realizado por Arenas y col. (8) . Esta investigación busca actualizar los datos epidemiológicos con base en los nuevos criterios diagnósticos internacionales, establecidos en el World Workshop de 2017 (9)

Dicha clasificación introduce un marco diagnóstico más preciso, diferenciando los estados de salud gingival, gingivitis localizada y generalizada según el porcentaje de sangrado al sondaje (BOP), y estableciendo una relación más clara entre los factores locales, sistémicos y conductuales (10).

Diversos análisis globales, como el Global Burden of Disease (1990–2021) (11) señala que la prevalencia de enfermedades periodontales aumenta con la edad,

alcanzando su punto máximo entre los 50 y 59 años. Por lo que se ha evidenciado una carga desproporcionada de enfermedad periodontal en países con desarrollo socioeconómico medio-bajo, donde las brechas en educación, recursos y acceso a la atención sanitaria son más marcadas. Estos factores contribuyen a la persistencia de desigualdades estructurales que condicionan la detección y prevención de la gingivitis (12)

METODOLOGIA

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, retrospectivo, orientado a determinar la prevalencia de salud y gingivitis en pacientes adultos atendidos en las clínicas odontológicas de la Institución Universitaria Colegios de Colombia (UNICOC), sede Bogotá, durante el periodo 2021–2024. Al ser un estudio de corte transversal y retrospectivo, la información se extrae de registros clínicos existentes y se realiza un análisis descriptivo de la frecuencia y las proporciones de la variable de interés.

Población y muestra

8.3 MUESTRA:

Historias clínicas de pacientes adultos de la clínica de pregrado de del 2021 al 2024.

Cálculo de la muestra según la fórmula: $\frac{(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 pq}{e^2} = n$

Todas las historias de pacientes atendidos en pregrado de la Facultad de Odontología

Tamaño de muestra: $n = 310$

Criterios de inclusión y exclusión

Se incluyeron historias clínicas de pacientes mayores de 18 años con registros clínicos completos y diagnóstico periodontal documentado, que contaran con periodontograma y juego completo de radiografías periapicales.

Se excluyeron las historias clínicas de pacientes edéntulos totales o con menos de veinte dientes en boca, así como aquellas con información incompleta o datos insuficientes.

Procedimiento

El estudio contó con la aprobación del Comité de Ética de la institución y obtuvo el permiso para acceder a las historias clínicas. Se diseñó un instrumento de recolección de datos basado en un formulario y en una base de datos estructurada, en la que se registró la información demográfica, antecedentes médicos, parámetros periodontales, diagnósticos y tratamientos.

Los datos fueron organizados y analizados estadísticamente para estimar la prevalencia de salud gingival, gingivitis y explorar los factores asociados.

Variables y mediciones

Las variables incluyeron edad, sexo, estrato socioeconómico, nivel educativo, tabaquismo, diabetes, número de dientes presentes, índice de Silness y Löe, sangrado al sondaje, profundidad al sondaje, eritema y pérdida de inserción.

Las variables cuantitativas se midieron en años o en milímetros, mientras que las variables cualitativas se clasificaron en categorías según su naturaleza clínica.

El diagnóstico de salud o de gingivitis se estableció según la clasificación de enfermedades periodontales y periimplantarias del consenso 2017 (Tonetti et al., 2018).

Análisis estadístico

El procesamiento de datos y las representaciones gráficas se realizaron en Microsoft Excel, mediante gráficos de barras, columnas, tortas y diagramas de calor.

Consideraciones éticas

De acuerdo con el Artículo 11 de la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, este estudio se clasificó como una investigación sin riesgo, al no implicar intervenciones biológicas, fisiológicas o sociales sobre los participantes.

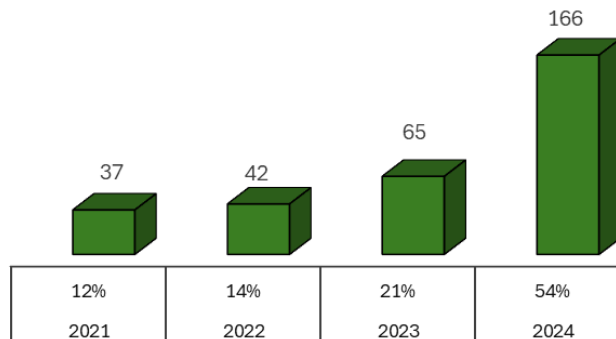
El estudio cumplió con los principios éticos de la Declaración de Helsinki y con las normas nacionales vigentes en materia de investigación en salud.

RESULTADOS

Se evaluaron 410 historias clínicas, de las cuales 310 cumplieron con los criterios de inclusión. Durante el periodo comprendido entre 2021 y 2024, el año con mayor número de historias revisadas fue 2024, con un total de 166 que representan el 54%, seguido de 2023, con 65 historias clínicas (21%) incluidas en el presente estudio.

Gráfica 1: *Distribución de historias clínicas analizadas por año*

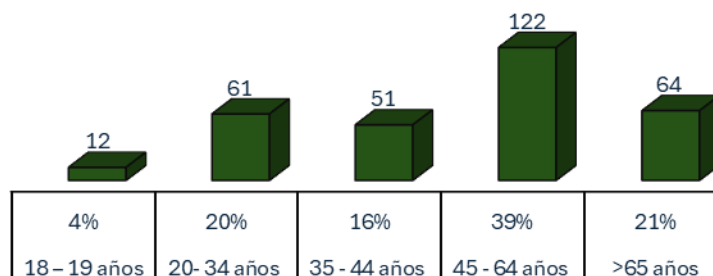
Distribución de historias clínicas analizadas por año



Según el Ministerio de Salud y Protección Social, la población de Colombia se clasifica en ciclos de vida; en el presente estudio se incluyeron pacientes a partir de los 18 años para la revisión de historias clínicas. Se observó que el grupo etario con mayor frecuencia de asistencia corresponde a los adultos entre 45 y 64 años, con un total de 122 pacientes, lo que representa el 39% de la población estudiada. Le siguen los adultos mayores de 65 años, con 64 pacientes (21%). Por otro lado, el grupo más joven del estudio corresponde a personas entre 18 y 19 años, con 12 pacientes, equivalente al 4 % del total.

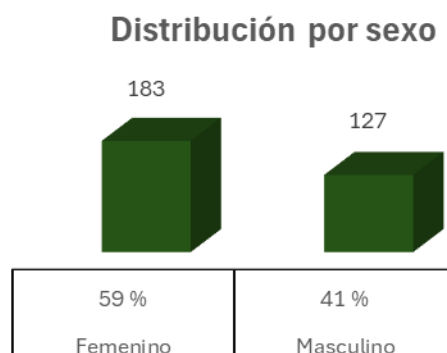
Gráfica 2. Asistencia por ciclos de vida

Asistencia por ciclos de vida



En el análisis de las historias clínicas por sexo, se observó que la población que más asiste corresponde al sexo femenino, con un total de 183 que corresponde al 59 % de la población evaluada.

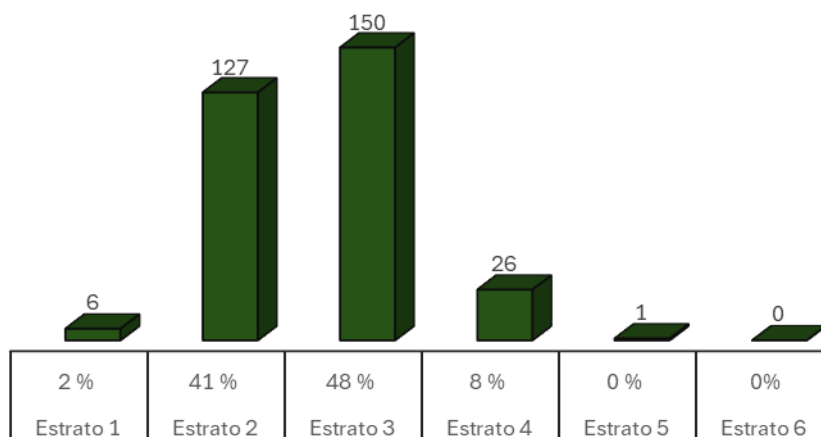
Gráfica 3. Distribución por sexo



En cuanto a la distribución por estrato socioeconómico, se observó un mayor predominio de pacientes pertenecientes al estrato 3, con un total de 150 casos, lo que representa el 48% de la muestra. Le sigue el estrato 2, con 127 pacientes (41%). En menor proporción se encuentra el estrato 4, con 26 pacientes (8%), y el estrato 1, con solo 6 casos (2%). Por su parte, los estratos 5 y 6 no registraron participación en la muestra analizada.

Gráfica 4: Distribución por estrato social

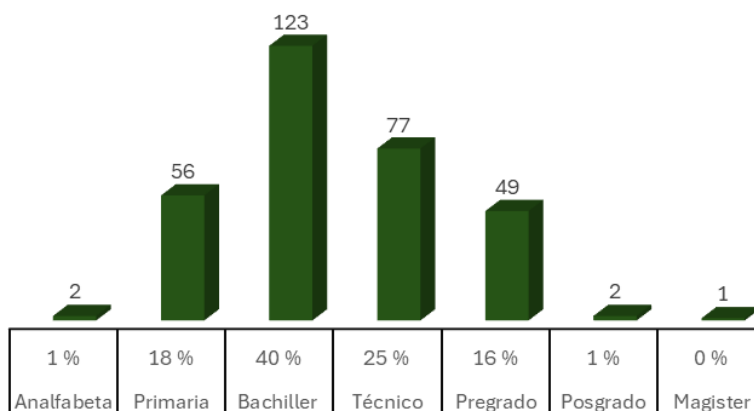
Distribución por estrato social



En cuanto al grado de escolaridad, se identificó un mayor número de pacientes con nivel de bachillerato, con un total de 123 casos, lo que representa el 40 % de la muestra. En segundo lugar, se encuentra el nivel técnico, con 77 pacientes (25 %), seguido del nivel de primaria, con 56 pacientes (18%) y pregrado, con 49 casos (16%). En menor proporción se registraron pacientes con estudios de posgrado (2 casos, 1%), personas analfabetas (2 casos, 1%) y únicamente un caso con nivel de magíster (0%).

Gráfica 5 Distribución por grado de escolaridad

Distribución por grado de escolaridad



Se observó un predominio de pacientes no fumadores, con un total de 262 casos, lo que representa el 85 % de la muestra. La información fue obtenida a partir de los registros consignados en la página 3 de la historia clínica, correspondiente a los datos generales, donde se incluyen preguntas relacionadas con los hábitos de vida. No obstante, es importante señalar que la historia clínica utilizada en UNICOC no cuenta con un apartado específico que aborde de manera detallada y directa el hábito de fumar. En este sentido, los datos dependen en gran medida de la percepción y creencias del paciente al momento del registro.

Tabla 1. Hábito de tabaquismo

Tabaquismo	# Total	%
No fumador	262	85 %
Fumador	48	15 %

De las 310 historias clínicas, 208 (67%) pacientes no refirieron alguna enfermedad sistémica. La hipertensión arterial fue la enfermedad más común representada en un 22 % del total de la muestra, seguida por la diabetes. La discriminación de las

enfermedades se realizó con base en los registros de las historias clínicas, y se incluyeron todas las enfermedades reportadas.

Tabla 2. *Enfermedades sistémicas*

Enfermedad Sistémica	# Total	%
No refiere	208	67%
Hipertensión arterial	68	22%
Hipotiroidismo	11	4%
Asma	6	2%
Osteoporosis	3	1%
Lupus eritematoso	3	1%
Problemas cardiacos	2	1%
Renal	2	1%
Alergia ácaros	1	0%
Epilepsia	1	0%
Síndrome Antifosfolípídico	1	0%
Astigmatismo	1	0%
Diabetes	1	0%
Alergia penicilina y aines	1	0%
Cáncer	1	0%

Debido a la discriminación específica que realiza el Consenso de enfermedades periodontales de 2017 sobre la relevancia que tiene la diabetes como factor modificador en la clasificación del grado de la enfermedad periodontal se aclara que un 7% de la muestra padece la de diabetes mellitus, sin embargo, con la información recopilada no se puede especificar si es tipo 1 o 2.

Tabla 3. Diabetes.

Diabetes	# Total	%
No diabético	287	93 %
Diabético	23	7 %

Según el Taller mundial de 2017 (9) sobre la clasificación de las enfermedades y afecciones periodontales y periimplantarias, se establece una serie de parámetros clínicos, los cuales son evaluables y permiten la cuantificación. Los resultados de estos criterios se cotejan siguiendo el árbol clínico de toma de decisiones obtener un diagnóstico desde salud gingival, pasando por gingivitis y llegando finalmente a periodontitis, con sus respectivas subclasificaciones según sea el caso.(9,13)

Por esta razón, se estudiaron 8 ítems, los cuales se registran en la historia clínica. En cuanto a la pérdida de inserción que es criterio clínico principal para determinar una progresión de la enfermedad entre gingivitis y periodontitis, se evaluó como está estipulado en la severidad de la progresión de la enfermedad, por mm de pérdida de inserción clasificado en 4 grupos: sin pérdida de inserción, pérdida de inserción de 1-2 mm, pérdida de inserción de 3-4 mm y mayor de 5 mm, dando como resultado que un 42 % del total de la muestra presento pérdidas de inserción de 1 a 2 mm.

La pérdida ósea se clasificó en 3 grupos: sin perdida ósea, perdida ósea menor a 3 mm y mayor a 3 mm y se verificó con los anexos de periodoncia, en el análisis radiográfico y también se observaron las radiografías periapicales de las historias clínicas, dando como resultado un 66% de la muestra con perdida ósea menor a 3 mm. La desarmonía oclusal se registró en la base de datos, considerando los diagnósticos dentales, y se observó que el 88 % de la muestra presentó desarmonía oclusal moderada.

El BOP, que corresponde por sus siglas en inglés a “bleeding on probing”, se obtiene de manera individual haciendo el cálculo del total de puntos sangrantes sobre el

total de los dientes evaluados por seis (ya que son 6 puntos los evaluados por diente)(1). Según el Consenso de 2017, el BOP se clasifica en 3 grupos: menor a 10%, que está asociado a condiciones de salud; de 10 a 30%, que se correlaciona con una enfermedad localizada; y un valor mayor a 30%, que se asocia a un sangrado generalizado. En los resultados obtenidos en la muestra se observó que un 45% de la población muestreada presentó un sangrado entre 10 y 30 %, lo que relaciona la enfermedad con una condición localizada. Otro ítem evaluado fue las recesiones gingivales, en las que el 78 % de la población presentó algún tipo de recesión.

Tabla 4. Distribución de los parámetros clínicos periodontales.

SUPURACIÓN	# TOTAL	%
Sin supuración	294	95 %
Con Supuración	16	5 %
PERDIDA DE INSERCIÓN	# TOTAL	%
Sin pérdida de niveles de inserción	12	4 %
Pérdida de inserción entre 1 y 2 mm	130	42 %
Pérdida de inserción entre 3 y 4 mm	76	25 %
Pérdida de inserción entre > 5 mm	92	30 %
PERDIDA ÓSEA RADIOGRÁFICA	# TOTAL	%
Sin Pérdida ósea	43	14 %
Pérdida ósea <3mm	205	66 %
Pérdida ósea >3mm	62	20 %
DESARMONÍA OCLUSAL	# TOTAL	%
No presenta desarmonía oclusal	36	12 %
Si presenta desarmonía oclusal	274	88 %
BOP	# TOTAL	%
<10%	67	22 %
10-30%	141	45 %
> 30%	102	33 %
PRESENCIA DE RECESIÓN	# TOTAL	%
No presenta dientes con recesión	66	21 %

Sí presenta dientes con recesión	242	78 %
# DIENTES CON RECESIÓN mediana (RIC)	6 (3-9)	Min: 0 Max: 23
ÍNDICE SILNESS & LÖE	39 (25-49)	Min: 1 Max: 100
PROFUNDIDAD AL SONDAJE	3 (3-5)	Min: 1 Max: 13

Se debe precisar que, desde 2017, se incluyó la salud gingival entre los diagnósticos periodontales. Por lo que es necesario resaltar que no solo se debe analizar la población que presenta enfermedad, sino que también se debe comprender cuáles son los factores que se puedan asociar o correlacionar con la población que presenta salud periodontal.

Esta es una de las razones por las cuales también se correlacionaron los diferentes datos sociodemográficos anteriormente mencionados, ya que, como se ha descrito en la literatura, las enfermedades periodontales tienen una relación directa con las condiciones socioeconómicas y culturales de la población.

Antes de analizar resultados los diagnósticos periodontales, se debe tener presente los resultados sobre la población que asiste a consulta odontológica en UNICOC sede Bogotá, en la cual predomina la población femenina de 45 a 64 años, femenina, estrato 3 con un nivel educativo que llega hasta bachillerato.

En la tabla 10 se observan 2 grupos de diagnóstico: el primero incluye a la población que padece periodontitis. De un total de 310 historias clínicas, 84 correspondientes al 27 % del total son pacientes con diagnóstico de periodontitis, según las diferentes clasificaciones del nuevo consenso sobre enfermedades periodontales. Con respecto al diagnóstico gingivitis el 52 % se encuentra dentro de alguna de las

subclasificaciones, en la cual predomina el diagnóstico de gingivitis inducida por biopelícula en un periodonto reducido con un 41%. Finalmente, se midió la prevalencia de salud periodontal, la cual anteriormente no se encontraba incluida en los diagnósticos periodontales ni en los resultados epidemiológicos como lo es, por ejemplo, el ENSAB IV. Dando como resultado que el 21 % de la población estudiada presenta un diagnóstico de salud gingival, donde la subcategoría de salud gingival clínica en periodonto reducido prevalece con un 17 %.(14)

El segundo grupo de estudio de diagnóstico ajustado en la tabla 10 distingue entre los casos con periodontitis, lo que altera significativamente los porcentajes de prevalencia. Esto permite identificar una prevalencia de gingivitis inducida por biopelícula en un periodonto reducido del 56,3 %, lo que representa una diferencia de 15,3 %, lo cual es altamente significativo en el análisis de los datos. También ocurre en el caso de la salud gingival en un periodonto reducido: si se calcula la prevalencia excluyendo a los pacientes con periodontitis, el resultado final muestra una diferencia del 6,9 % respecto al grupo anterior. Por ello, se considera necesario aclarar por qué se incluyó el diagnóstico de periodontitis en la prevalencia de enfermedades periodontales.

Tabla 5. Distribución del estado periodontal de los participantes.

DIAGNÓSTICO INICIAL	# total	%
Gingivitis inducida por placa en un periodonto Sano	33	11 %
Gingivitis inducida por placa en un periodonto reducido	127	41 %
Periodontitis	84	27 %
Salud gingival clínica en un periodonto intacto	12	4 %
Salud gingival clínica en un periodonto reducido	54	17 %
Diagnóstico ajustado		
Gingivitis inducida por placa en un periodonto Sano	33	14,6 %a

Gingivitis inducida por placa en un periodonto reducido	127	56,3 %a
Salud gingival clínica en un periodonto intacto	12	5,3 %a
Salud gingival clínica en un periodonto reducido	54	23,9 %a

En la figura 1 se asociaron las variables de sexo y diagnóstico periodontal en un gráfico por calor, donde el color más oscuro representa mayor incidencia, asociando así el diagnóstico de gingivitis inducida por biopelícula en un periodonto reducido en el género femenino con un 26 % de prevalencia vs el mismo diagnóstico en hombres con un 15 % de prevalencia. Sin embargo, es necesario precisar que, para el presente estudio, la población de mujeres fue mayor, con un total de 183 mujeres frente a los 128 hombres, como se describe en la tabla 3, lo que no permite analizar los datos de manera equitativa, ya que existe una diferencia de 55 personas por sexo.

Figura 1. Distribución por sexo del estado periodontal.

Gingivitis inducida por placa en un periodonto reducido	81	26%	46	15%	127	41%
Periodontitis	43	14%	41	13%	84	27%
gingival clínica en un periodonto reducido	33	11%	21	7%	54	17%
is inducida por placa en un periodonto Sano	19	6%	14	5%	33	11%
l gingival clínica en un periodonto intacto	7	2%	5	2%	12	4%
Diagnóstico	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr
	Femenino		Masculino		Total	

Al comparar el diagnóstico vs edad se debe revisar la tabla número 2 de asistencia por ciclos de vida, donde el 39 % de la población asistente a UNICOC corresponde al grupo entre los 45 y 64 años, población en la que predomina el diagnóstico de gingivitis inducida por placa con una frecuencia relativa 15,9 %, seguida del diagnóstico de periodontitis con una frecuencia relativa de 11,9 %.

Figura 2. Distribución por grupo de edad del estado periodontal.

Gingivitis inducida por placa en un periodonto Sano	5	1,6%	15	4,8%	4	1,3%	4	1,3%	1	0,3%	29	9,4%
Salud gingival clínica en un periodonto intacto	4	1,3%	5	1,6%	1	0,3%	2	0,6%	0	0,0%	12	3,9%
Gingivitis inducida por placa en un periodonto reducido	2	0,6%	22	7,1%	19	6,1%	49	15,8%	35	11,3%	127	41,0%
Periodontitis	1	0,3%	10	3,2%	16	5,2%	37	11,9%	20	6,5%	84	27,1%
Salud gingival clínica en un periodonto reducido	0	0,0%	9	2,9%	11	3,5%	26	8,4%	8	2,6%	54	17,4%
Diagnóstico	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr
	18-19 años		20 a 34 años		35 a 44 años		45 a 64 años		65 a 79 años		Total	

Como se describe en la tabla 4, el 48 % de la población que asiste a las clínicas de UNICOC, sede centro, pertenece al estrato 3. Dentro de esta población, el diagnóstico más frecuente es la gingivitis inducida por placa, con una frecuencia relativa del 21,6 %, seguido nuevamente por este mismo diagnóstico en el estrato 2, con un 15,5 %. Finalmente, cabe destacar el diagnóstico de periodontitis en el estrato 2, con una frecuencia relativa del 13,5 %, lo que lo convierte en el segundo diagnóstico con mayor prevalencia entre los asistentes a UNICOC Bogotá.

Figura 3. Distribución por estrato socioeconómico del estado periodontal

Gingivitis inducida por placa en un periodonto Sano	1	0,3%	15	4,8%	14	4,5%	3	1,0%	0	0,0%	33	0,11
Salud gingival clínica en un periodonto intacto	0	0,0%	6	1,9%	4	1,3%	2	0,6%	0	0,0%	12	0,04
Gingivitis inducida por placa en un periodonto reducido	3	1,0%	48	15,5%	67	21,6%	8	2,6%	1	0,3%	127	0,41
Periodontitis	1	0,3%	42	13,5%	34	11,0%	7	2,3%	0	0,0%	84	0,27
Salud gingival clínica en un periodonto reducido	1	0,3%	16	5,2%	31	10,0%	6	1,9%	0	0,0%	54	0,17
Diagnóstico	Estrato 1		Estrato 2		Estrato 3		Estrato 4		Estrato 5		Fa	Fr
	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr	Total	

El análisis de los datos, tanto individual como en conjunto, revela que la asistencia a la clínica de UNICOC está vinculada a factores como edad, sexo y estrato

socioeconómico. Hay una fuerte relación entre estos parámetros, ya que la clínica ofrece servicios odontológicos con costos que los pacientes deben cubrir, lo que explica que la mayor asistencia provenga del grupo de 45 a 64 años. Además, el motivo principal de consulta por enfermedades periodontales se encuentra en adultos, no en población joven.

También se destaca que las personas que asisten a la clínica de UNICOC pertenecen principalmente al estrato social 3. Con relación al sexo, la literatura indica que los hombres tienden a presentar una salud periodontal menos favorable que la de las mujeres. Sin embargo, en el análisis de los datos no fue posible realizar comparaciones equitativas de los diagnósticos y de los aspectos evaluados, ya que la muestra por sexo era numéricamente diferente. A pesar de ello, cabe resaltar que este hecho puede estar relacionado con la mayor intención de la población femenina de conservar su salud oral.

En cuanto a los diagnósticos, contar con una cifra de referencia para evaluar la condición de salud es clave, ya que nuestro objetivo como profesionales en odontología se basa en mejorar las condiciones orales de los pacientes, llevándolos de un estado de enfermedad a la salud.

Para centralizar la información y comparar los resultados obtenidos se buscaron estudios a nivel Nacional con el fin de tener información de prevalencia de salud y gingivitis en una población con características similares en condiciones.

El estudio *Usuaga et al. 2023 (15)* analizó una amplia base de datos de salud en Colombia, extraída del Sistema Integrado de Protección Social (SISPRO) en el

periodo de enero de 2016 a diciembre de 2023, estudio que tenía por objetivo examinar la asociación entre las consultas por enfermedades bucales y patologías sistémicas con diversos indicadores socioeconómicos. La población de estudio se segmentó por ciclos de vida, que iban desde la infancia (0-4 años) hasta la tercera edad (≥ 60 años), y se categorizó también por sexo (mujer/hombre) y región de residencia.

Para el estudio, la división geográfica de Colombia (15) se agrupó en seis grandes regiones: Caribe, Pacífico, Eje Cafetero, Centro Sur, Los Llanos y Oriente. Las enfermedades se clasificaron con base en la CIE-10 internacional. Y los datos se contrastaron con variables sistémicas como: Nutrición: (desnutrición, deficiencias, obesidad), alteraciones metabólicas (diabetes mellitus) y afecciones del sistema circulatorio. En los indicadores socioeconómicos se tuvo en cuenta el IPM (Índice de Pobreza Multidimensional), Índice de Gini (desigualdad del ingreso) e IDH (Índice de Desarrollo Humano).

La prevalencia de la gingivitis en Colombia mostró un aumento significativo en la región Centro-Oriente, donde la gingivitis aguda alcanzó el 58,1% de los casos entre 2022 y 2023. Este crecimiento se correlaciona con la alta concentración de consultas por enfermedades bucales en esta área, y aunque la región presenta un mejor Índice de Desarrollo Humano (IDH), se sugiere que factores como la desigualdad de ingresos y la alta densidad de población podrían estar contribuyendo a esta carga desproporcionada. De manera similar, la región de Los Llanos también experimentó un incremento en la gingivitis crónica, lo cual se asocia a su situación

socioeconómica más desfavorable, con mayores niveles de pobreza rural y un Índice de Desarrollo Humano (IDH) más bajo. (15)

Por otro lado, la región Caribe experimentó una disminución notable en la gingivitis aguda, pasando de un 25,4% de los casos en 2016-2017 a un 10,4% en 2022-2023, a pesar de tener los niveles de pobreza más altos según el Índice de Pobreza Multidimensional (IPM). Esta reducción podría deberse a la implementación de campañas de salud oral, una mejor accesibilidad a servicios odontológicos en algunas áreas o una mayor conciencia sobre la higiene bucal. Este resultado sugiere que la prevalencia de la gingivitis no depende exclusivamente del desarrollo económico, sino también de factores específicos como el acceso a la atención médica y programas de salud oral locales. (15)

Donde se concluye que existe una fuerte correlación entre las desigualdades socioeconómicas y la morbilidad por afecciones bucodentales, con una mayor frecuencia de consultas en regiones con bajos indicadores de desarrollo humano y alta pobreza. Las consultas también fueron más frecuentes en adultos mayores y mujeres. El estudio destaca la importancia de considerar los factores socioeconómicos en las políticas de salud pública pueden predecir patrones de consulta y afectar la salud oral y sistémica. Se aclara este estudio se basa en consultas y no en la prevalencia real de las patologías. (15)

La prevalencia de la gingivitis en Colombia mostró un aumento significativo en la región Centro-Oriente, donde la gingivitis aguda alcanzó el 58,1% de los casos entre

2022 y 2023. Este crecimiento se correlaciona con la alta concentración de consultas por enfermedades bucales en esta área, y aunque la región presenta un mejor Índice de Desarrollo Humano (IDH), se sugiere que factores como la desigualdad de ingresos y la alta densidad de población podrían estar contribuyendo a esta carga desproporcionada. De manera similar, la región de Los Llanos también experimentó un incremento en la gingivitis crónica, lo cual se asocia a su situación socioeconómica más desfavorable, con mayores niveles de pobreza rural y un Índice de Desarrollo Humano (IDH) más bajo.(15)

Por otro lado, la región Caribe experimentó una disminución notable en la gingivitis aguda, pasando de un 25,4% de los casos en 2016-2017 a un 10,4% en 2022-2023, a pesar de tener los niveles de pobreza más altos según el Índice de Pobreza Multidimensional (IPM). Esta reducción podría deberse a la implementación de campañas de salud oral, una mejor accesibilidad a servicios odontológicos en algunas áreas o una mayor conciencia sobre la higiene bucal. Este resultado sugiere que la prevalencia de la gingivitis no depende exclusivamente del desarrollo económico, sino también de factores específicos como el acceso a la atención médica y programas de salud oral locales. (15)

Donde se concluye que existe una fuerte correlación entre las desigualdades socioeconómicas y la morbilidad por afecciones bucodentales, con una mayor frecuencia de consultas en regiones con bajos indicadores de desarrollo humano y alta pobreza. Las consultas también fueron más frecuentes en adultos mayores y mujeres. El estudio destaca la importancia de considerar los factores

socioeconómicos en las políticas de salud pública pueden predecir patrones de consulta y afectar la salud oral y sistémica. Se aclara este estudio se basa en consultas y no en la prevalencia real de las patologías.(15)

Otro de los estudios realizado en Colombia titulado “*Frecuencia de factores de riesgo relacionados con la gingivitis en la clínica de mediana complejidad en la Universidad Cooperativa de Combi, Campus Pasto, periodo 2017-II y 2018-1*” (16)recopila 88 historias clínicas de pacientes que acudieron a la clínica de mediana complejidad de la Universidad Cooperativa sede Pasto durante el segundo semestre de 2017. El estudio reveló que la mayoría de los pacientes atendidos eran mujeres, constituyendo el 72.7 %, mientras que el promedio de edad fue de 44 años. En cuanto al diagnóstico, la mayoría presentaba gingivitis simple asociada a placa bacteriana, con un 62.2 %, y también se encontró que un 39.8 % tenían gingivitis simple que actualmente se diagnostica según los criterios de la nueva clasificación mencionados con pérdida de inserción preexistente que actualmente se diagnostica según los criterios de la nueva clasificación mencionados. Además, se analizó el porcentaje de fumadores, que fue del 17.5 %. En este estudio no se consideraron las condiciones sistémicas.

En los resultados se encontró que el 72,7% de los pacientes eran de sexo femenino y que la placa bacteriana estaba presente en el 100% de los casos]. La gingivitis simple asociada a placa bacteriana fue la condición más común en ambos sexos. Se observó una alta incidencia de gingivitis severa (93,18%), y un notable

predominio en mujeres, con un 50% de los casos severos y 22,7% de los moderados, mientras que en hombres fue del 14,77% y 11,36% respectivamente.

Respecto a otros factores, la mayoría de los pacientes (64,8%) no presentaba malposición dental, un factor que puede contribuir a la retención de placa bacteriana. El análisis también encontró que el grupo de pacientes fumadores, aunque minoritario (17%), mostraba una menor severidad de la enfermedad gingival en comparación con los no fumadores, lo cual es consistente con la literatura que indica que el tabaquismo puede enmascarar los síntomas de inflamación gingival. Estos hallazgos sugieren una marcada diferencia en la severidad de la gingivitis entre sexos, así como una compleja relación entre los factores de riesgo, como el tabaquismo. (16).(16)

Finalmente, el estudio realizado por Arenas Quintero y colaboradores en el documento titulado “Prevalencia de salud y gingivitis en adultos asistentes a la clínica odontológica UNICOC en Bogotá entre 2015 y 2020” (17), se recolectaron datos de 414 historias clínicas. Se halló que el sexo masculino representaba el 50,1%, el estrato social 2 correspondía al 36 %, y la escolaridad de bachillerato alcanzaba el 47,7 %. El porcentaje de pacientes fumadores fue de 0,5 %. También se consideró la condición sistémica de diabetes mellitus, detectándose en un 2,7 % (17 historias clínicas), aunque sin especificar si era de tipo I o II. La prevalencia de salud gingival fue del 34,9 %, aunque la revisión no indicó si los diagnósticos de salud y de gingivitis correspondían a un periodonto sano o afectado. Es importante señalar que esta revisión incluye historias clínicas previas al workshop de 2017. (17)

Finalmente, el estudio realizado por Arenas Quintero y colaboradores en el documento titulado “Prevalencia de salud y gingivitis en adultos asistentes a la clínica odontológica UNICOC en Bogotá entre 2015 y 2020”(8), se recolectaron datos de 414 historias clínicas. Se halló que el sexo masculino representaba el 50,1%, el estrato social 2 correspondía al 36 %, y la escolaridad de bachillerato alcanzaba el 47,7 %. El porcentaje de pacientes fumadores fue de 0,5 %. También se consideró la condición sistémica de diabetes mellitus, detectándose en un 2,7 % (17 historias clínicas), aunque sin especificar si era de tipo I o II. La prevalencia de salud gingival fue del 34,9 %, aunque la revisión no indicó si los diagnósticos de salud y de gingivitis correspondían a un periodonto sano o afectado. Es importante señalar que esta revisión incluye historias clínicas previas al workshop de 2017. (8)

En los resultados obtenidos el diagnóstico de gingivitis inducida por biopelícula en un periodonto reducido en un paciente sin antecedente de periodontitis localizada correspondió al (43,4%), el resultado de gingivitis inducida por biopelícula en un periodonto reducido sin antecedente de periodontitis generalizada fue de 25,8%, gingivitis inducida por biopelícula en un periodonto reducido en un paciente con antecedente de periodontitis localizada 15,7%, gingivitis inducida por biopelícula en un periodonto intacto en paciente sin antecedente de periodontitis localizada (6,6%), gingivitis inducida por biopelícula en un periodonto intacto en paciente sin antecedente de periodontitis generalizada 4,5%, gingivitis inducida por biopelícula en periodonto reducido con antecedente de periodontitis generalizada 4,0%.

Adicionalmente analizaron los resultados de prevalencia de salud gingival donde obtuvieron un resultado de salud gingival en periodonto reducido en paciente con antecedente de periodontitis 53,2%, salud gingival en periodonto reducido en paciente sin antecedente de periodontitis 34,3%, salud gingival en periodonto intacto en paciente sin antecedente de periodontitis 12,5%.

Luego de obtener todos los datos mencionados en los anteriores estudios y comparar los resultados, se evidencia una estrecha relación en la relación que existe entre los factores socio económicos y la prevalencia de la gingivitis. Esto debido a la influencia directa que tiene la educación y el factor económico para acceder a servicios de salud.

Al contrastar los resultados de los estudios predomina un diagnóstico de gingivitis en un estrato socio económico medio- bajo, que para efectos de comparación a nivel nacional coincide con la población Asistente a UNICOC que correspondía en un 41 % y 48 % a un estrato 2 y 3 respectivamente, con una mayor asiste de la población femenina, al igual que los estudios de Steinvik y et, al.(17,18)

Otro factor a resalta es la poca literatura que se encuentra acerca de la prevalencia de salud, ya que en las revisiones hechas solo la de *Arenas (8)*, describe la prevalencia de salud, y fue el único documento que describe los diagnósticos según los criterios de clasificación de la enfermedad periodontal del consenso 2017.

Otro factor a resalta es la poca literatura que se encuentra acerca de la prevalencia de salud, ya que en las revisiones hechas solo la de *Arenas(8)* describe la prevalencia de salud, y fue el único documento que describe los diagnósticos según los criterios de clasificación de la enfermedad periodontal del consenso 2017.

DISCUSIÓN

La presente discusión se orienta a examinar los hallazgos obtenidos en el estudio sobre la prevalencia de gingivitis en adultos atendidos en la clínica odontológica UNICOC durante el periodo 2021–2024, contrastándolos con los resultados reportados en la literatura nacional e internacional. Este análisis se desarrolla en torno a dos ejes principales: el primero es resaltar la dificultad para unificar los distintos parámetros sobre los cuales se da el diagnóstico de gingivitis entre los estudios revisados; y segundo, la correlación entre la gingivitis y las condiciones socioeconómicas de las poblaciones analizadas. Ambos aspectos son de especial relevancia, ya que permiten comprender las brechas existentes en la clasificación, diagnóstico de la gingivitis, así como el impacto de los determinantes sociales y la incidencia que tienen en la progresión de la enfermedad periodontal.

El primer punto a discutir es la complejidad que representa dar un diagnóstico de gingivitis debido a la variabilidad metodológica entre los diferentes estudios epidemiológicos y revisiones analizadas en el presente estudio. En Colombia, el Cuarto Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB IV) realizado por el Ministerio de Salud y Protección Social (2014) (14) constituye el referente más importante a nivel

nacional; sin embargo, este estudio no reporta la prevalencia específica de gingivitis ni adopta la clasificación de 1999 para enfermedades periodontales. Esto representa una limitación sustancial, dado que la ausencia de una definición diagnóstica estandarizada impide establecer comparaciones precisas con investigaciones internacionales. El ENSAB IV se centró en la evaluación de caries, pérdida dental y uso de servicios odontológicos, pero omitió indicadores específicos de salud gingival y arroja solo resultados de prevalencia de periodontitis, lo que restringe la interpretación de la prevalencia de la gingivitis en el país.

La literatura internacional evidencia notables discrepancias en la estimación de la prevalencia de gingivitis debido a la utilización de distintas metodologías diagnósticas. Por ejemplo, el estudio Americano de prevalencia y severidad de gingivitis del 2010 (4) empleó el Índice de Gingivitis de Löe y Silness, encontrando que el 93,9% de los adultos presentaban algún grado de inflamación gingival y un 55,7% mostraban un índice igual o superior a 1.0, lo que refleja una alta prevalencia de inflamación leve a moderada. En contraste, el estudio portugués que analiza la severidad y los factores de riesgo en una población portuguesa en 2022(19) adoptó la clasificación de enfermedades periodontales 2017 sin embargo no hace énfasis en todos los subgrupos de la clasificación, dando como resultado reportando una prevalencia del 26,9% de gingivitis, de la cual el 92,1% correspondía a formas generalizadas. Estas diferencias metodológicas influyen significativamente en la estimación epidemiológica, dado que los criterios basados en sangrado al sondaje ($BOP \geq 10\%$) difieren de los índices subjetivos de inflamación utilizados en décadas anteriores.

En el contexto colombiano, el estudio basado en los registros del Sistema Integrado de Protección Social (SISPRO) entre 2016 y 2023 (15) mostró que las consultas por gingivitis crónica (K05.1) representaron más del 19% del total de atenciones odontológicas, mientras que las de gingivitis aguda (K05.0) superaron el 12%. Aunque estos valores reflejan consultas y no prevalencia clínica directa, constituyen un indicador indirecto de la carga asistencial y permiten identificar desigualdades regionales. Sin embargo, el SISPRO no especifica el criterio diagnóstico ni la clasificación utilizada, lo cual genera una brecha en la interpretación clínica de estos datos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014)(15)

La ausencia de una metodología homogénea en la identificación de gingivitis tiene implicaciones clínicas y epidemiológicas relevantes. La falta de consenso respecto al uso de índices específicos, umbrales de sangrado o criterios clínicos de pérdida de inserción limita la validez comparativa de los estudios y dificulta la construcción de indicadores globales de salud periodontal. Asimismo, la variabilidad en la calibración de los examinadores y la utilización de muestras no representativas puede introducir sesgos significativos.

En síntesis, la revisión de la literatura revela que la comparación de prevalencias entre estudios nacionales e internacionales resulta metodológicamente limitada. Ninguno de los estudios analizados, salvo el estudio realizado en Portugal en 2022 (19) aplica la clasificación de 2017 aunque no se enfatiza en las subclasificaciones para el diagnóstico de gingivitis, lo que impide establecer equivalencias diagnósticas consistentes. Esta falta de uniformidad evidencia la necesidad de promover la estandarización de los criterios clínicos y de fortalecer los sistemas de información

en salud bucal para garantizar datos comparables, reproducibles y clínicamente relevantes.

El segundo eje de análisis aborda la relación entre las condiciones socioeconómicas y la prevalencia de gingivitis. De acuerdo con el Informe Mundial sobre el Estado de la Salud Bucodental (OMS, 2022) (20), cerca del 45% de la población mundial padece alguna enfermedad oral, y la enfermedad periodontal severa afecta a aproximadamente mil millones de personas. El informe subraya que las desigualdades en salud oral son un reflejo de las desigualdades sociales, ya que los factores económicos, educativos y ambientales condicionan el acceso a servicios odontológicos, la práctica de hábitos preventivos y la comprensión de las recomendaciones profesionales.

El estudio de Almajed et al. que relaciona las enfermedades sistémicas con las enfermedades periodontales (21) destaca la influencia directa del nivel socioeconómico (NSE) sobre la salud bucal, demostrando que los niños de entornos desfavorecidos presentan mayores tasas de caries y enfermedad gingival. Asimismo, el nivel educativo de los padres, en especial de la madre, se correlaciona con la salud oral infantil, evidenciando que la educación sanitaria constituye un factor protector frente a la aparición de patologías periodontales. En el ámbito adulto, esta relación se mantiene: las personas con menor nivel educativo tienden a mostrar un menor conocimiento sobre salud oral y menor adherencia a las prácticas de higiene (18,22)

En Colombia, tanto el ENSAB IV 2014 (14) como en la tesis 'La salud bucal es un privilegio de clase social' (Universidad del Bosque) (23) evidencia que las poblaciones de estratos bajos y zonas rurales enfrentan barreras significativas en el acceso a la atención odontológica. Estas limitaciones derivan en una mayor prevalencia de enfermedades periodontales, especialmente gingivitis, entre quienes carecen de los recursos económicos y educativos necesarios para mantener prácticas preventivas sostenidas. De acuerdo con el estudio de enfermedades orales y condiciones sistémicas en Colombia (15), los determinantes sociales como la educación, la ocupación y el ingreso influyen directamente en los indicadores de salud bucal y general, reforzando el papel del contexto socioeconómico en la distribución de la enfermedad.

El análisis de datos del Global Burden of Disease (GBD, 1990–2021)(11) muestra que la carga de enfermedad periodontal es más alta en regiones con desarrollo intermedio, mientras que los países con índices de desarrollo humano (IDH) más altos presentan menores tasas de incidencia. En Colombia, el estudio SISPRO (2016–2023) (15) evidenció que las regiones con menor IDH y mayor pobreza rural, como Los Llanos y el Pacífico, registraron mayor prevalencia de gingivitis crónica, mientras que zonas de mejor desarrollo económico, como el Caribe, mostraron reducciones significativas en la gingivitis aguda gracias a campañas de promoción y mejor acceso a la atención dental. Estos hallazgos refuerzan la correlación entre las condiciones socioeconómicas y la morbilidad oral, demostrando que la pobreza, la desigualdad y la educación son factores estructurales que perpetúan las brechas en salud bucal.

El estudio de Steinvik L, et al .(22) también reporta una mayor prevalencia de enfermedad gingival en regiones con bajo desarrollo socioeconómico, destacando la importancia de la alfabetización en salud como determinante clave. Este concepto se define como la capacidad de acceder, comprender y aplicar información sanitaria para tomar decisiones adecuadas sobre el autocuidado. La baja alfabetización en salud limita la prevención, retrasa la búsqueda de atención y amplifica los efectos de los determinantes sociales, consolidando un círculo de inequidad que favorece la progresión de la enfermedad periodontal.

En conclusión, los hallazgos del presente estudio realizado en UNICOC 2021-2025 con el objetivo de determinar la prevalencia de salud y gingivitis en los pacientes asistidos a UNICOC, confirman la alta prevalencia de gingivitis inducida por biopelícula en periodonto reducido (41%), con predominio en mujeres adultas de estratos 2 y 3 y niveles educativos intermedios. Estos resultados coinciden con los reportes internacionales y nacionales, que evidencian una asociación directa entre factores socioeconómicos y el desarrollo de enfermedades periodontales. Asimismo, la estabilidad del patrón epidemiológico observado respecto al estudio UNICOC (2015–2020) sugiere la persistencia de determinantes socioeconómicos que condicionan el acceso y la calidad de la atención odontológica.

En comparación con los estudios internacionales, los resultados de UNICOC se adoptó la clasificación de enfermedades periodontales de 2017 (9), lo que fortalece la validez diagnóstica. No obstante, la falta de estandarización en investigaciones previas, tanto nacionales como extranjeras, sigue siendo un desafío que limita la consolidación de indicadores comparativos globales. Por ello, se recomienda la

adopción universal de protocolos diagnósticos basados en la clasificación 2017, junto con el fortalecimiento de sistemas de información integrados que permitan el seguimiento epidemiológico continuo.

Desde una perspectiva social, la gingivitis debe entenderse no solo como una condición inflamatoria reversible, sino como un marcador biológico de desigualdad. Las diferencias en educación, ingresos y acceso a servicios determinan tanto la aparición como la progresión de la enfermedad. La evidencia revisada demuestra que las intervenciones preventivas enfocadas en la educación y la promoción de la salud bucal son más efectivas cuando se implementan en contextos comunitarios.

Finalmente, al comparar los resultados del presente estudio con el de Arenas Quintero et al. prevalencia de gingivitis en UNICOC 2015–2020 (8), se encuentran varias coincidencias en el grupo poblacional asistente a UNICOC ya que también predominan el estrato 3, bachiller, y el diagnóstico de gingivitis se posiciona en el segundo puesto con un porcentaje de 31,1 % precedido por la periodontitis, sin embargo hay que hacer una aclaración frente al sexo, esto debido a que ni en el estudio de Arenas et al, ni en ninguno de los estudios revisados en la presente discusión se tenía una muestra homogénea de hombres y mujeres, esto hace que exista un sesgo en los resultados ya que no se puede comparar la prevalencia por sexo debido a la gran diferencia entre el número de mujeres y hombres en cada uno de los estudios, incluida la presente revisión donde la discrepancia por sexo fue de 56 personas en el total de la muestra lo que representa el 18 % de variación muestral.

En conclusión, los resultados del estudio UNICOC (2021–2024) no solo contribuyen a la comprensión clínica de la gingivitis en población adulta, sino que también evidencian la necesidad de políticas públicas integrales orientadas a reducir las brechas sociales que perpetúan la enfermedad periodontal. El fortalecimiento de la educación en salud, la mejora del acceso a la atención odontológica y la implementación de estrategias diagnósticas estandarizadas son pilares esenciales para avanzar hacia una salud bucal equitativa y sostenible.

Además se uno de los objetivos del presente estudio era analizar la prevalencia de salud gingival la cual constituye un componente esencial en la evaluación del estado periodontal; sin embargo, no suele ser registrada de manera sistemática ni objeto de seguimiento epidemiológico en los estudios disponibles. La literatura evidencia una marcada ausencia de investigaciones que determinen la prevalencia de salud gingival en diferentes poblaciones, lo que limita la comprensión de los factores protectores asociados al mantenimiento del periodonto sano. Esta carencia de información impide identificar con precisión las características clínicas, conductuales y socioambientales de los individuos libres de enfermedad periodontal, así como los determinantes que favorecen la ausencia de procesos inflamatorios gingivales. Contar con esta evidencia permitiría establecer parámetros de referencia poblacionales y orientar estrategias preventivas basadas en la promoción activa de la salud periodontal

CONCLUSIONES

- La prevalencia de enfermedades periodontales en las clínicas de UNICOC Bogotá durante el periodo 2021–2024 fue del 79 %, siendo la gingivitis la enfermedad de mayor prevalencia con un 52 %, seguida de la periodontitis con un 27 %, mientras que la salud gingival representó el 21 % del total de la población analizada.
- La desigualdad entre los estratos socioeconómicos sugiere inequidades y dificultades para acceder a la atención de servicios odontológicos tiene una influencia directa con el autocuidado.
- El nivel educativo y las condiciones económicas son determinantes críticos en la salud oral. Los ingresos condicionan el acceso a servicios básicos como atención odontológica preventiva.
- La salud gingival constituye un componente esencial en la evaluación del estado periodontal; sin embargo, no suele ser registrada de manera sistemática ni objeto de seguimiento epidemiológico en los estudios disponibles.

RECOMENDACIONES

- En la historia clínica institucional deberían incluirse apartados más específicos sobre hábitos, condiciones sistémicas y factores psicosociales que puedan influir en la aparición o progresión de las enfermedades periodontales.

- Se sugiere fortalecer la supervisión en el diligenciamiento de las historias clínicas, con el fin de garantizar la calidad y uniformidad de los registros, facilitando su uso en futuros estudios epidemiológicos.
- Dada la frecuencia de enfermedades sistémicas como hipertensión y diabetes, se recomienda fomentar un mayor análisis clínico a los estudiantes, ya que los estudios describen la estrecha relación entre las enfermedades periodontales y algunas enfermedades sistémicas.

LIMITACIONES

- Como se ha mencionado a lo largo del presente documento, no tener un criterio claro para la clasificación de salud y gingivitis a nivel nacional o al contrastar con otros países y no tener un estudio nacional en Colombia que determine la prevalencia de la gingivitis no permite tener valores claros sobre los cuales contrastar los resultados

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martínez-Martínez¹ AC, Llerena² ME, Peñaherrera-Manosalva³ MS. Prevalencia de enfermedad periodontal y factores de riesgo asociados Periodontal Disease Prevalence and Associated Risk Factors Prevalência de doença periodontal e fatores de risco associados. Revista Científica Dominio de las Ciencias [Internet]. 2017;3(1):99–108. Available from: <http://dx.doi.org/10.23857/dom.cien.pocaip.2017.3.1.99-108>URL:<http://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/indexCorreo:soporte@dominiodelasciencias.com>
2. Jenny Beatriz González Vera Nora Cristina Hernández Vidal I. Gingivitis: Prevalencia Y Factores Riesgo. Colombia, 2015-2018. Monografía. Universidad Cooperativa de Colombia Programa de Periodoncia y Oseointegraciónn. 2020;
3. Holmstrup P, Plemons J, Meyle J. Non–plaque-induced gingival diseases. J Clin Periodontol. 2018 Jun 1;45:S28–43.
4. Heitz-Mayfield LJA. Conventional diagnostic criteria for periodontal diseases (plaque-induced gingivitis and periodontitis). Vol. 95, Periodontology 2000. John Wiley and Sons Inc; 2024. p. 10–9.
5. Fernández P, Díaz P, Cañedo V. Investigación: Medidas de frecuencia de enfermedad: incidencia y prevalencia Medidas de frecuencia de enfermedad. Hospital Universitario Juan Canalejo A Coruña [Internet]. 2004 [cited 2024 Jun 20]; Available from: Servicio de Nefrología. Complejo Hospitalario-Universitario Juan Canalejo.
6. Arenas Quintero Daniel TZJ. Prevalencia De Salud Y Gingivitis En Adultos Asistentes A La Clínica Odontológica Unicoc En Bogotá Entre 2015 Y 2020. Institucion Universitaria Colegios de Colombia UNICOC. 2021;
7. 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. J Periodontol. 2018 Jun 1;89:S74–84.
8. Deng K, Pelekos G, Jin L, Tonetti MS. Gingival bleeding on brushing as a sentinel sign of gingival inflammation: A diagnostic accuracy trial for the discrimination of periodontal health and disease. J Clin Periodontol. 2021 Dec 1;48(12):1537–48.
9. World Health Organization. Global oral health status report Towards universal health coverage for oral health by 2030. In 2022. Available from: <http://apps.who.int/bookorders>.
10. Vargas MG, Castillo M, Serrano JJ, Ramirez JM, Viales G, Benitez J. Prevalence and Severity of Plaque-Induced Gingivitis in Three Latin American Cities: Mexico City-Mexico, Great Metropolitan Area-Costa Rica and Bogota-Colombia.-

ODOVTOS-Int. J Dental Sc [Internet]. 2018;20(2):91–102. Available from: <https://doi.org/10.15517/ijds.v0i0.32451>

11. Trombelli L, Farina R, Silva CO, Tatakis DN. Plaque-induced gingivitis: Case definition and diagnostic considerations. *J Clin Periodontol*. 2018 Jun 1;45:S44–67.
12. Martínez-García M, Hernández-Lemus E. Periodontal Inflammation and Systemic Diseases: An Overview. Vol. 12, *Frontiers in Physiology*. Frontiers Media S.A.; 2021.
13. MINSALUD. Ensab IV, Situacion Bucal Actual. Ministerio de Salud de Colombia. 2012;
14. Usuga-Vacca M, Díaz-Báez D, Beltrán EO, Cortes A, Vargas-Sanchez PK, Avila V. Oral diseases and systemic conditions: correlation analyses from the Colombian national health records between 2016 and 2023. *Frontiers in Oral Health*. 2024;5.
15. Diaz JP, Rosas S. Frecuencia de los factores de riesgo relacionados con la Gingivitis en la Clínica de Mediana Complejidad de la Universidad Cooperativa de Colombia campus Pasto, periodos 2017-II y 2018-I. 2018.
16. Peres MA, D Macpherson LM, Weyant RJ, Daly B, Venturelli R, Mathur MR, et al. Oral health 1 Oral diseases: a global public health challenge [Internet]. Vol. 394, *www.thelancet.com*. 2019. Available from: <https://vizhub.healthdata.org/>
17. Steinvik LM, Holde GE, Stein LM. Oral Health in Young Adults: The Impact of Socioeconomic Factors and Health Literacy. *Int J Environ Res Public Health*. 2025 Sep 1;22(9).
18. Li Y, Lee S, Hujoel P, Su M, Zhang WU, Kim J, et al. Prevalence and severity of gingivitis in American adults.
19. Relvas M, López-Jarana P, Monteiro L, Pacheco JJ, Braga AC, Salazar F. Study of Prevalence, Severity and Risk Factors of Periodontal Disease in a Portuguese Population. *J Clin Med*. 2022 Jul 1;11(13).
20. Bui FQ, Almeida-da-Silva CLC, Huynh B, Trinh A, Liu J, Woodward J, et al. Association between periodontal pathogens and systemic disease. Vol. 42, *Biomedical Journal*. Elsevier B.V.; 2019. p. 27–35.
21. Steinvik LM, Holde GE, Stein LM. Oral Health in Young Adults: The Impact of Socioeconomic Factors and Health Literacy. *Int J Environ Res Public Health*. 2025 Sep 1;22(9).
22. Camila R, Munévar P. La salud bucal es un privilegio de clase social.
23. Fu H, Li X, Zhang R, Zhu J, Wang X. Global burden of periodontal diseases among the working-age population from 1990–2021: results from the Global Burden of Disease Study 2021. *BMC Public Health*. 2025 Dec 1;25(1).

