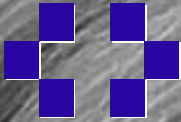


SERIE
Epidemiológica



Servicio
Canario de la Salud

*Estudio Epidemiológico
de la Salud Oral
de los Adultos.
Canarias 2002.*

**Estudio Epidemiológico de la Salud Oral de los Adultos.
Canarias 2002.**

Dirección y Coordinación:
Gladys Gómez Santos

AUTORES

Gladys Gómez Santos
Miguel Angel González Sierra
Dulce Gómez Santos
Antonio Angel Moreno González
Ricardo Graziani González
Oswaldo Rodríguez Bernal
Teresa Izquierdo Bello
Pedro Antonio Camacho Hernández
Luciano Díaz González
María Dolores Jordán Sales
Margarita Padrón Moreno
Francisco Enrique Mini
Ana Ruth Oliva Hernández
Guillermo de Iturrate Cárdenes
Jesús Yanes Contreras

Edita: Dirección General de Salud Pública
Servicio Canario de la Salud
Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias

Realización: Abiss Publicidad

Impresión: Formularios La Esperanza, S.L.

Depósito Legal: TF 1869/04

I.S.B.N.:

Agradecimientos

Los autores quieren dar las gracias a la Dirección General de Salud Pública, Gerencias de Atención Primaria y de Servicios Sanitarios, Directores de Zona, personal de los Centros de Salud, Servicio de informática del Servicio Canario de la Salud y Servicio de Atención Telefónica del Gobierno de Canarias.

Un agradecimiento especial a todas las personas seleccionadas de la muestra que con su participación hicieron posible la realización de este estudio.

PARTICIPANTES

Dirección y Coordinación:

Gladys Gómez Santos. Dra. en Medicina y Cirugía. Médico especialista en Estomatología. Máster en Salud Pública Dental. Coordinadora del Programa de Salud Bucodental. Dirección General de Salud Pública, Servicio Canario de la Salud.

Asesoramiento estadístico:

Miguel Angel González Sierra. Catedrático de Estadística e Investigación Operativa. Universidad de La Laguna.

Redacción del texto:

Gladys Gómez Santos, Miguel Angel González Sierra.

Calibración:

Gladys Gómez Santos, Antonio Angel Moreno González.

Trabajo de campo. Exploración Odontológica:

Dulce Gómez Santos. CS Icod, CAE J.A. Rumeu.
Ricardo Graziani González. CS San José.
Oswaldo Rodríguez Bernal. CS Canalejas.
Teresa Izquierdo Bello. CS Vecindario.
Antonio Angel Moreno González. CS Puerto del Rosario, CAE J.A. Rumeu.
Pedro Antonio Camacho Hernández. CS Los Llanos.
Luciano Díaz González. CS San Sebastián.
María Dolores Jordán Sales. CS Valterra.
Margarita Padrón Moreno. CS Santa Brígida.
Francisco Enrique Mini. CS Valverde.
Ana Ruth Oliva Hernández. CS Arona.
Guillermo de Iturrate Cárdenes. CS Arucas.
Jesús Yanes Contreras. CS Barranco Grande.

Trabajo de campo. Registro de datos:

Rosana Iriarte Sánchez. CAE J.A. Rumeu.
Fabiola Santana Suárez. CS San José.
Ana Argelia Hernández Domínguez. CS Canalejas.
Fátima Ferrer Galeote. CS Icod.
Paloma Cases Sanchis. CS Vecindario.
Carolina Naranjo Lorenzo. CS Vecindario.
Trinidad González Socorro. CS Puerto del Rosario.
Esther Álvarez Leal. CS Los Llanos.
Guadalupe Pérez Mejías. CS San Sebastián.
María del Carmen Acosta Mejías. CS Valterra.
Antonia Rodríguez Casañas. CS Valverde.
Angela Noda Fontes. CS Arona.
Carmen Suárez Armas. CS Arucas.
María del Mar Rodríguez Darias. CS Barranco Grande.

Coordinación del Servicio de Atención Telefónica:

Carlos José Bethencourt Benítez. Dirección General de Tecnologías de la Información.
Fernando León Cabello. Dirección General de Tecnologías de la Información.
Ana Esther Hernández Pérez. Servicio de Atención Telefónica.
Sonia Rodríguez Rodríguez. Servicio de Atención Telefónica.
Elena Villaverde Mustafá. Servicio de Atención Telefónica.

Manejo informático de las muestras:

Javier Arencibia West. Servicio de Informática.

Proceso de datos:

Radem SL.





PRESENTACIÓN

Esta encuesta ha sido planificada atendiendo a los objetivos de salud bucodental del Plan de Salud de Canarias para la población adulta, siguiendo las recomendaciones de la O.M.S. Presenta datos que cubren los rasgos socioeconómicos y geográficos de la situación de Canarias, incluyendo tres cohortes, desde el grupo de 35-45 al de mayores de 74 años. Por ello supone una clara exposición de la realidad de la salud oral de la población adulta de Canarias en el año 2002.

Si bien la cohorte de 35-45 años presenta una situación más favorable respecto a las recomendaciones de la OMS para este grupo, los adultos mayores de 65 años presentan una situación más grave, motivada probablemente por el miedo a la intervención, la aceptación generalizada de la pérdida dental como parte inherente del envejecimiento, las dificultades económicas, el desconocimiento de las repercusiones de la mala higiene bucal, los problemas de accesibilidad a las consultas dentales y la consideración de la atención dental como un lujo y no como necesidad.

En consecuencia, nuestra política sociosanitaria debe tener presente un claro objetivo: la promoción de la salud, que no sería completa si no fomentara el autocuidado de la boca, con consejos higiénicos y dietéticos y con la recomendación de acudir al dentista como a otro profesional sanitario más. El *Estudio Epidemiológico de la Salud Oral de los Adultos de Canarias*, contribuye, de manera manifiesta, a alcanzar este objetivo.

Desde aquí quiero felicitar a los autores y colaboradores del Estudio por el excelente trabajo realizado y animarlos a continuar en la misma línea de investigación.

Francisco Rivera Franco
Director General de Salud Pública

ÍNDICE

I. ANTECEDENTES Y OBJETIVOS	31
II. MÉTODOS	35
2.1. Población	37
2.2. Selección de la muestra	37
2.3. Calibración de los examinadores	38
2.4. Recogida de la información	38
2.5. Depuración de los datos	39
2.6. Análisis estadístico	39
III. RESULTADOS	43
3.1. Análisis de la caries	45
3.1.1. Media de dientes presentes y ausentes	45
3.1.2. Prevalencia de caries	45
3.1.3. Índices de caries e índices de restauración	46
3.1.4. Prevalencia de caries radicular	47
3.1.5. Índices de caries radicular	47
3.2. Análisis de las fracturas dentales	47
3.3. Análisis de las necesidades de tratamiento restaurador y exodónico	48
3.4. Análisis de las alteraciones periodontales	48
3.4.1. Prevalencia de alteraciones periodontales	48
3.4.2. Número de sextantes con alteraciones periodontales ...	49
3.4.3. Necesidades de tratamiento periodontal	50
3.4.4. Prevalencia de pérdida de fijación periodontal	50
3.4.5. Número de sextantes con pérdida de fijación periodontal	51
3.5. Análisis de la prótesis	51
3.5.1. Situación actual	51
3.5.2. Necesidades de prótesis	52
3.6. Análisis de las necesidades de tratamiento inmediato	52
3.7. Análisis de los trastornos de la mucosa oral	53
IV. DISCUSIÓN	55
V. CONCLUSIONES	59
BIBLIOGRAFÍA	63
ANEXO: CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO Y PROCEDIMIENTOS	67
TABLAS	89
FIGURAS	237





**ANTECEDENTES
Y OBJETIVOS**

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS

En 1996 el Plan de Salud de Canarias⁽¹⁾ establecía una serie de objetivos a alcanzar en cuanto a la salud bucodental infantil, basados fundamentalmente en la reducción de la patología oral tomando como datos de partida los obtenidos en el estudio epidemiológico realizado en 1991⁽²⁾. Por otra parte, para la población adulta se proponían entre los objetivos de salud bucodental:

- Aumentar la cobertura de valoración y tratamiento dental al 75% de la población mayor de 75 años.
- Reducir por debajo del 39% actual los problemas masticatorios en las personas mayores y
- Facilitar una línea de ayudas especiales para la adquisición de prótesis dentales a las personas mayores con escasos recursos económicos.

En 1998 la realización del segundo estudio epidemiológico de salud bucodental infantil de Canarias⁽³⁾ permitió valorar el grado de cumplimiento de estos objetivos. Siguiendo en esta línea de trabajo, el presente estudio se plantea con el fin de conocer el estado de la Salud bucodental y las necesidades de tratamiento de los adultos de nuestra comunidad y detectar en que medida se podrían cumplir los objetivos definidos, teniendo en cuenta la patología de los mayores de 75 años y los recursos con que cuenta el Programa de Salud Bucodental. Además, se ha incluido la valoración de la salud bucodental de los adultos de los dos grupos de edad que recomienda la Organización Mundial de la Salud, 35-44 y 65-74 años, lo que permite hacer comparaciones con otros estudios nacionales.

Los objetivos específicos de este estudio son:

- 1.- Conocer el porcentaje de personas con dientes naturales presentes.
- 2.- Conocer el porcentaje de personas con dientes naturales ausentes.
- 3.- Conocer la prevalencia de caries en general y de caries radicular de los adultos con edades comprendidas entre 35-44, 65-74 y mayores de 74 años y sus correspondientes índices CAOD.
- 4.- Conocer la prevalencia de fracturas dentales de los adultos con edades comprendidas entre 35-44, 65-74 y mayores de 74 años.
- 5.- Conocer las necesidades de tratamiento restaurador y exodóncico en los referidos grupos de edad.
- 6.- Conocer el índice comunitario de enfermedad periodontal (IPC) de los adultos con edades comprendidas entre 35-44, 65-74 y mayores de 74 años.
- 7.- Conocer las necesidades de tratamiento periodontal de los adultos con edades comprendidas entre 35-44, 65-74 y mayores de 74 años.
- 8.- Conocer la pérdida de fijación periodontal de los adultos con edades comprendidas entre 35-44, 65-74 y mayores de 74 años.
- 9.- Conocer el uso de prótesis en los adultos con edades comprendidas entre 35-44, 65-74 y mayores de 74 años.
- 10.- Conocer la necesidad de prótesis en los adultos con edades comprendidas entre 35-44, 65-74 y mayores de 74 años.
- 11.- Conocer la necesidad inmediata de asistencia y consulta en los adultos con edades comprendidas entre 35-44, 65-74 y mayores de 74 años.
- 12.- Conocer la prevalencia de alteraciones de la mucosa oral en los adultos con edades comprendidas entre 35-44, 65-74 y mayores de 74 años.



MÉTODOS

MÉTODOS

2.1 Población

La población objeto del estudio está constituida por las personas que en la fecha de realización del muestreo, del 25 de noviembre al 15 diciembre de 2002, se situaban en los siguientes rangos de edad: 35-44, 65-74 y más de 74 años, y eran residentes en Canarias. El Instituto Canario de Estadística (ISTAC) nos proporcionó las cifras de población en el año 2001, desglosadas por edad, municipio y sexo, que convenientemente ajustadas a nuestros propósitos (tabla 1), aportan 287.586, 122.809 y 76.996 habitantes, respectivamente.

2.2 Selección de la muestra

Se realizó el mismo diseño muestral para cada rango de edad considerado de manera independiente. Cada franja de la población se estratificó por áreas geográficas (islas) y sexo. A diferencia de estudios anteriores, realizados sobre la población infantil y juvenil, donde se consideró la variable comarca, tipo geográfico (urbano, rural) y estado social, la primera fue descartada por su escaso interés de actuación y las dos restantes por su dificultad de control en el muestreo elegido.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos por el estudio nacional “La salud bucodental en España. 1994”⁽⁴⁾ y el estudio “La salud buco-dental de los ancianos institucionalizados en España”⁽⁵⁾, consideramos que el índice CAOD no superaría la cifra de 10,9 para el rango de 35-44 años, de 21,16 para el rango de 65-74 y de 29,70 para los mayores de 74 años, respectivamente. Para un nivel de confianza del 95% y unos errores en la estimación de 0,166, 0,166 y 0,0997 resultó un tamaño muestral de 1.000 personas por cada franja de edad.

Se realizó un muestreo aleatorio estratificado con afijación proporcional en cada rango de edad considerado (tabla 2). En la mayoría de los estratos, con las islas de menor densidad de población: El Hierro, Fuerteventura, Lanzarote, La Gomera y La Palma, se aumentó a 25 personas para disponer de unas estimaciones con ciertas garantías en cada estrato (tabla 3).

La selección aleatoria de la muestra, en cada estrato para cada rango de edad, fue llevada a cabo por el Servicio de Informática del Servicio Canario de la Salud a partir de la base de datos de población con tarjeta sanitaria.

Se llevó a cabo un proceso de concertación telefónica para la fijación de día y hora de la exploración, a través del Servicio de Atención Telefónica de la Dirección General de Tecnologías de la Información, que habitualmente realiza este tipo de citas, en las fechas y horarios facilitados previamente por los odontoestomatólogos examinadores. Las personas citadas fueron dirigidas a los Centros de Salud concertados siguiendo el criterio de proximidad geográfica.

2.3 Calibración de los examinadores

Durante los días 8 y 9 de noviembre de 2001 se realizó la primera parte del curso de entrenamiento y calibración donde participaron los trece examinadores y una persona experimentada en encuestas epidemiológicas como calibrador o explorador de referencia.

Unos días antes, cada examinador recibió un ejemplar del protocolo del estudio que incluía las instrucciones para la realización de los exámenes orales, además de los códigos y criterios de diagnóstico clínico, para su estudio (Anexo). Estos criterios fueron los recomendados por la OMS en su manual "Encuestas de Salud Bucodental. Métodos básicos." ⁽⁶⁾.

Se repartieron las fichas de exploración y los juegos de material, consistentes en sondas periodontales de la OMS y espejos planos del Nº 5. Se valoraron diez modelos de estudio con dientes naturales, para estudiar las discrepancias en cuanto a caries y necesidades de tratamiento restaurador y exodóncico. Estos modelos incluyeron dientes sanos, cariados y obturados, así como piezas con todos los códigos posibles de tratamiento restaurador y protésico. Cada modelo era evaluado por cada examinador y posteriormente se valoraban en conjunto y se unificaban los criterios si existían discrepancias en las anotaciones de cada uno. La evaluación repetida de cada modelo por cada explorador y el examinador de referencia permitió valorar la variabilidad interexaminador.

Posteriormente, del 26 noviembre al 18 de diciembre, se realizó la segunda parte del curso, en cada uno de los centros de salud distribuidos en las 7 islas donde se ubicaban los exploradores, que permitió analizar las diferencias interexaminador. Cada examinador exploró quince personas y se compararon los resultados de concordancia de cada uno con los resultados del "examinador de referencia"⁽⁷⁾. Para cuantificar el grado de concordancia se midió el índice de concordancia simple (Tabla 4), que la OMS recomienda que alcance el 85-95%.

Por otro lado se tuvo en cuenta la necesidad de controlar a lo largo del estudio la variabilidad intraobservador. Para ello se previó la realización de exámenes duplicados, con separación mínima de una semana, de forma que cada examinador hubo de repetir aproximadamente un 10% de los exámenes de las personas exploradas en cada grupo de edad. Para cuantificar el grado de concordancia intraexaminador se usó el índice de concordancia simple y el índice Kappa, que pondera el acuerdo real con el que se produce por azar (Tablas 5 y 6), superando en general valores de 0,60, lo que indica un nivel de fiabilidad "sustancial" según la escala de Landis y Koch⁽⁸⁾.

2.4 Recogida de la información

El trabajo de campo comenzó en enero de 2002 y se extendió como máximo 6 meses en los centros donde se valoraron más cantidad de pacientes. Para el examen clínico se usó como soporte la ficha homologada por la OMS⁽⁶⁾ para la evaluación del estado de salud bucodental, adaptada a las necesidades de esta investigación (Anexo), que consta de 135 variables de examen clínico agrupadas en los siguientes apartados:



- 1.- Datos demográficos y de identificación.
- 2.- Trastornos de la mucosa oral y localización.
- 3.- Índice periodontal comunitario de necesidades de tratamiento.
- 4.- Pérdida de fijación.
- 5.- Caries dental y su tratamiento.
- 6.- Situación y necesidad de prótesis.
- 7.- Necesidad inmediata de asistencia y consulta.

2.5 Depuración de los datos

A medida que se fueron obteniendo las fichas de exploración, se inspeccionaban para la búsqueda de códigos incorrectos y de falta de respuestas. Finalizada la recogida de la muestra, se inició un proceso de depuración de los datos, que comenzó con el trasvase a soporte informático de la información mediante un proceso de doble grabación que, además, sólo permitía introducir códigos previamente definidos.

Posteriormente se realizó un seguimiento del cuestionario mediante tablas de contingencia, una comprobación de códigos y de rangos de las variables. Por último se procedió a la búsqueda de inconsistencias lógicas.

2.6 Análisis estadístico

El análisis estadístico fue realizado en un ordenador personal pentium, mediante los programas SPSS 11.5.0 (2002) y EPIINFO (2002). La descripción estadística, de forma separada para los rangos de edad 35-44, 65-74 y más de 74 años y desagregada para las variables Provincia, Islas, Sexo y Categoría Socio Profesional, incluye las siguientes variables:

- Media de dientes presentes, su intervalo de confianza y distribución.
- Media de dientes ausentes, su intervalo de confianza y distribución.
- Prevalencia de personas libres de caries y su intervalo de confianza.
- Prevalencia de personas con dientes cariados, ausentes u obturados y su respectivo intervalo de confianza.
- Media de dientes cariados, ausentes u obturados y su respectivo intervalo de confianza.
- Prevalencia de personas con caries radicular y con obturaciones en raíz y su respectivo intervalo de confianza.
- Media de dientes con caries radicular y de obturaciones en raíz y su respectivo intervalo de confianza.
- Prevalencia de caries según el número de piezas afectadas, por intervalos.
- Prevalencia de fracturas dentales e intervalos de confianza.
- Porcentaje de personas que no necesitan tratamiento restaurador y exodóncico.
- Media de dientes que no necesitan tratamiento restaurador y exodóncico.
- Porcentaje de personas que precisan los distintos tipos de tratamiento restaurador y media y dispersión de dientes que requieren estos tratamientos.
- Porcentaje de personas que precisan extracción dental y media y dispersión de dientes que requieren exodoncia.

- Media de sextantes no valorables a efectos de las alteraciones del periodonto, y su desviación típica.
- Prevalencia de personas periodontalmente sanas e intervalo de confianza.
- Media de sextantes libres de enfermedad periodontal y medida de su dispersión.
- Prevalencia de personas con al menos un sextante con sangrado, como patología periodontal más intensa e intervalo de confianza.
- Media de sextantes con sangrado y medida de su dispersión.
- Prevalencia de personas con al menos un sextante con cálculo, únicamente, o con cálculo y sangrado e intervalo de confianza.
- Media de sextantes con cálculo, o con cálculo y sangrado, y su desviación estándar.
- Prevalencia de personas con al menos un sextante con una o más bolsas periodontales de 4-5 mm, únicamente, o junto con otra alteración periodontal de menor grado e intervalo de confianza.
- Media de sextantes con una o más bolsas periodontales de 4-5 mm exclusivamente o acompañado de otra alteración periodontal de menor grado y su desviación estándar.
- Prevalencia de personas con al menos un sextante con una o más bolsas periodontales de 6 mm o más, únicamente, o junto con otra alteración periodontal de menor grado e intervalo de confianza.
- Media de sextantes con una o más bolsas periodontales de 6 mm o más, exclusivamente o acompañado de otra alteración periodontal de menor grado y su desviación típica.
- Porcentajes de personas que necesitan los distintos tipos de tratamiento periodontal e intervalos de confianza.
- Media de sextantes que precisan los distintos tipos de tratamiento periodontal e intervalos de confianza.
- Media de sextantes no valorables a efectos de la pérdida de inserción periodontal y su desviación típica.
- Prevalencia de personas con al menos un sextante con pérdida de fijación de 0-3 mm e intervalo de confianza.
- Media de sextantes con pérdida de fijación de 0-3 mm y medida de su dispersión.
- Prevalencia de personas con al menos un sextante con pérdida de fijación de 6-8 mm e intervalo de confianza.
- Media de sextantes con pérdida de fijación de 6-8 mm y medida de su dispersión.
- Prevalencia de personas con al menos un sextante con pérdida de fijación de 9-11 mm e intervalo de confianza.
- Media de sextantes con pérdida de fijación de 9-11 mm y medida de su dispersión.
- Prevalencia de personas con al menos un sextante con pérdida de fijación de 12 mm o más e intervalo de confianza.
- Media de sextantes con pérdida de fijación de 12 mm y medida de su dispersión.
- Porcentaje de personas que llevan los distintos tipos de prótesis y sus combi-



naciones en ambas arcadas e intervalos de confianza.

- Porcentaje de personas que necesitan los distintos tipos de prótesis y sus combinaciones en ambas arcadas e intervalos de confianza.
- Porcentaje de personas con necesidad inmediata de asistencia y consulta e intervalos de confianza.
- Prevalencia de alteraciones de la mucosa oral y distribución.

Para ello se han utilizado los siguientes procedimientos estadísticos del Software SPSS:

- Estadísticos descriptivos: Frecuencia, Descriptivos, Explorar, Tabla de contingencia.
- Tablas: Tablas Básicas, Tablas generales, Tablas de respuestas múltiple y Tablas de frecuencias.
- Comparar medias: Prueba T para una muestra, Prueba T para dos muestras independientes y Anova de un factor.

Para la comparación de medias se ha utilizado el estadístico t-Student en el caso de una y dos poblaciones independientes y el estadístico F Snedecor resultante de un diseño completamente aleatorizado (Análisis de la varianza de un factor). Comparaciones múltiples según Ryan- Einot-Gabriel-Welsch.

Para el contraste de homogeneidad de proporciones se ha utilizado el estadístico Chi cuadrado de Pearson. Comparaciones múltiples según Tukey.

Para el análisis de concordancia se han usado el Porcentaje de concordancia y el Coeficiente Kappa.

Para la elaboración de las tablas se ha utilizado el procedimiento Report de SPSS.

Los programas utilizados en estos cálculos fueron: T-Test, Oneway, Crosstabs, Npart Test y Report del software SPSS y el P4F con el BMDP.



RESULTADOS

RESULTADOS

3.1 Análisis de la caries

3.1.1. Media de dientes naturales presentes y ausentes.

En las tablas 22 a 41 se muestran las medias de dientes naturales presentes y ausentes en cada cohorte. En el grupo de 35-44 años la media de dientes presentes en Canarias es de 25 (sobre un máximo de 28, al excluirse del análisis los terceros molares), en el grupo de 65-74 años es de 14 dientes y en el de mayores de 74 años, de 10 dientes.

En las tres cohortes estudiadas, se aprecian diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) en cuanto a dientes presentes y ausentes, según la isla, siendo Fuerteventura la isla que presenta mayor número de dientes presentes, aunque no todos sanos, tanto en el grupo de 35-44 años como en el grupo de mayores de 74 años. El Hierro destaca en las tres cohortes por presentar menor número de dientes.

En cuanto a las diferencias por sexo, son significativas ($p < 0,05$) para el grupo de 35-44 años y para el de mayores de 74 años, apareciendo, en ambos grupos, mayor número de dientes en los hombres que en las mujeres. Por categoría socioprofesional se observan también diferencias ($p < 0,05$), siendo las categorías más bajas, que representan profesiones con más años de estudio y mejor remuneradas, las que presentan mayor número de dientes naturales presentes.

El porcentaje de desdentados totales en Canarias es de 0,55% en el grupo de 35-44 años, 20,32% en el grupo de 65-74 años y de 31,77% en la cohorte de mayores de 74 años. Por islas presenta el valor más alto La Gomera, en la cohorte más joven, con un 2% y Gran Canaria encabeza tanto el grupo de 65-74 años como el de mayores de 74 años, con un 30,79% y un 39,76% respectivamente.

3.1.2. Prevalencia de caries.

En las tablas 42 a 51 se presenta la prevalencia de caries y la prevalencia de caries sin tratar (o caries activa) en cada cohorte, siendo en todos los grupos la prevalencia de caries de casi un 100%. La prevalencia de caries sin tratar en Canarias es de 71,22%, a los 35-44 años, 59,54% a los 65-74 años y de 52,80% en los mayores de 74 años.

Destaca la gran diferencia, estadísticamente significativa ($p < 0,05$), existente entre la prevalencia de caries sin tratar entre islas en los grupos de 35-44 años y de 65-74 años, siendo la situación más favorable la de Fuerteventura en el grupo de 35-44 años con una prevalencia del 54% y la peor en el Hierro, 89,36%. En el grupo de 65-74 años destaca con la menor prevalencia La Palma, 47,62%, y la prevalencia de caries activa más alta se observa en Lanzarote, 77,55%. En el grupo de mayores de 74 años presen-

ta la menor prevalencia La Palma, 32,47%, y la prevalencia más alta se observa en El Hierro, 60,87%

Por sexos en el grupo de adultos jóvenes, hay mayor porcentaje de mujeres con piezas ausentes por caries y con obturaciones que de hombres, en el grupo de adultos jóvenes, tendiendo a igualarse al aumentar la edad. Atendiendo a la categoría socioprofesional, se observa mayor porcentaje de personas con caries activa y con piezas ausentes por caries y menor porcentaje de personas con obturaciones en las categorías más deprimidas, siendo las diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$).

3.1.3. Índices de caries e índices de restauración.

En las tablas 52 a 61 se muestran los índices CAOD y las medias correspondientes a dientes cariados, ausentes y obturados por persona en las tres cohortes. En el grupo de 35-44 años el CAOD en Canarias es de 12,21 (11,80-12,62), en el de 65-74 años es de 20,87 (20,35-21,39) y en el grupo de mayores de 74 años el CAOD es de 24,19 (23,72-24,65).

Existen diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$), destacando por islas en los tres grupos de edad, el CAOD más alto en El Hierro y el más bajo en Fuerteventura.

Igualmente hay diferencias significativas ($p < 0,05$) por sexos y por categoría socio profesional, siendo el CAOD en los tres grupos más alto en las mujeres, y apareciendo en el grupo de 35-45 años los valores más altos en las categorías socio profesionales económicamente más desfavorecidas (5, 6 y 7).

En cuanto al índice de restauración ($IR = OD/CAOD$) o porcentaje que representan las piezas obturadas en el índice CAOD, en el grupo de 35-44 años en Canarias es de 39%, siendo más alto en la provincia de Santa Cruz de Tenerife, que en la de Las Palmas (43% vs 34%).

En el grupo de 65-74 años el IR en Canarias es de un 11% siendo mayor en la provincia de Santa Cruz de Tenerife que en la de Las Palmas (16% vs 6%).

En la cohorte de >74 años el IR es de un 6%, siendo también más alto en la provincia de Santa Cruz de Tenerife que en la de Las Palmas (9% vs 3%)

Por islas presenta el índice de restauración más bajo en el grupo de adultos jóvenes, Gran Canaria (34%) y el más alto La Palma (47%). En el grupo de 65-74 años el IR más bajo es el de Fuerteventura (3%) y el más alto el de Tenerife (17%). En la cohorte de >74 años el valor más bajo es el de La Gomera (2%) y el más alto es el de La Palma (14%).

Por sexos es mayor este índice en las mujeres tanto en el grupo de 35-44 años como en el de 65-74 años. Por categoría socioprofesional el índice de restauración es mucho más alto en las categorías económicamente más favorecidas.



3.1.4. Prevalencia de caries radicular.

Analizando de manera separada la caries de raíz (tablas 62-71), la prevalencia de caries en Canarias es del 44,64%, 56,06% y 48,74% en los grupos de 35-44, 65-74 y mayores de 74 años, respectivamente, existiendo diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) por islas, en las tres cohortes.

Por islas, a los 35-44 años, destaca con la mayor prevalencia El Hierro con un 78,72% y la más baja, La Gomera con un 30%. En el grupo de 65-74 años presenta el valor más alto El Hierro con un 69,39% y el más bajo La Palma con un 39,68% y en el grupo de mayores de 74 años presenta la mayor prevalencia de caries radicular El Hierro, 60,87%, y la menor, La Palma con un 24,68%.

3.1.5. Índices de caries radicular.

En las tablas 72-81 se muestra el índice de caries radicular, que expresa el promedio de dientes con caries activa y/u obturaciones en la raíz. En Canarias, en el grupo de adultos jóvenes el índice es de 1,39 (1,24-1,55), en el grupo de 65-74 años, 2,13 (1,95-2,31) y en la cohorte de los mayores de 74 años, 2,03 (1,84-2,21). Sólo entre un 21% y un 25% de estas lesiones están restauradas.

Por islas aparecen diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$), destacando en el grupo de 35-44 años el mayor índice de caries radicular en El Hierro, 2,98 (2,13-3,82) y el más bajo en Tenerife, 0,94 (0,75-1,13). El índice de restauración (IR) más alto lo tiene Lanzarote (45%) y el más bajo Fuerteventura (0 %).

En el grupo de 65-74 años presenta el mayor índice de caries radicular El Hierro, 3,69 (2,55-4,84) y el más bajo La Palma, 1,38 (0,76-2,00) . El IR más alto es el de Tenerife (38%) y el más bajo El Hierro (0 %).

En el grupo de mayores de 74 años se observa el mayor índice de caries radicular en El Hierro, 3,67 (2,28-5,07) y el más bajo en La Palma, 0,77 (0,33-1,20). El IR más alto lo tiene Lanzarote (42%) y el más bajo El Hierro (0,5%).

Por sexos, en los grupos de 65-74 años y mayores de 74 años, hay un mayor índice de caries radicular en los hombres. En los tres grupos de edad, el índice de restauración de caries radicular es superior en las mujeres.

Por categoría socioprofesional el índice de restauración es mucho más alto en las categorías 1, 2 y 3.

3.2 Análisis de las fracturas dentales

En la tabla 82 se muestra la prevalencia de fracturas dentales sin tratar en Canarias, que alcanza una cifra del 2,93% en la cohorte de 35-44 años, 2,50% en la cohorte de 65-74 años y 1,53% en el grupo de mayores de 74 años.

3.3 Análisis de las necesidades de tratamiento restaurador y exodónico

En las tablas 83 a 92 se exponen los resultados correspondientes a las necesidades de tratamiento restaurador y exodónico, debidas fundamentalmente a caries, fracturas, reemplazo de obturaciones defectuosas u otras causas.

Vemos como las necesidades de tratamiento en Canarias van disminuyendo en los grupos de más edad, debido a que estos grupos tienen menor número de dientes presentes como ya se ha comentado, pasando el porcentaje de los que no necesitan tratamiento del 27,13% en los adultos jóvenes al 37,43% en el grupo de 65-74 años y 44,58% en el grupo de mayores de 74 años. Ocurre lo mismo con el promedio de dientes que no necesitan tratamiento.

En cuanto al tipo de tratamiento restaurador necesario vemos como en el grupo de 35-44 años, en el 51,42% de la población las necesidades se corresponden fundamentalmente con restauraciones simples de una superficie, siendo mucho menores las necesidades de restauraciones complejas (37,86%) y más bajas aún las necesidades de endodoncia (9,35%). En cambio en los grupos de más edad se igualan más las necesidades de obturaciones simples y complejas y son muy bajas las necesidades de tratamiento pulpar.

Las necesidades de extracción aumentan con la edad, oscilando del 29,24% en los adultos más jóvenes a un 36,90% en el grupo de 65-74 años.

Existen diferencias en cuanto a las necesidades de tratamiento por islas, siendo estadísticamente significativas ($p < 0,05$) para el total de necesidades y para los dos tipos de obturaciones en los tres grupos de edad, tanto en los porcentajes de personas como en el promedio de dientes afectados.

En el grupo de 35-44 años, las mayores necesidades se observan en El Hierro, 93,62% y las menores en Fuerteventura, 56%. En la cohorte de 65-74 años las mayores necesidades aparecen en Lanzarote, 77,55% y las menores en La Palma, 47,62%. En los mayores de 74 años se observan las mayores necesidades en La Gomera, 62% y las menores en Fuerteventura, 43,75%.

En la cohorte de 35-45 años, hay diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) tanto en el promedio de dientes como en el porcentaje de personas que necesitan algún tipo de tratamiento, según el sexo y según la categoría socio profesional, siendo las necesidades mayores en los hombres y en las categorías más desfavorecidas económicamente.

3.4 Análisis de las alteraciones periodontales

3.4.1. Prevalencia de alteraciones periodontales.

En las tablas 93 a 102 se muestran los porcentajes de individuos que presentan las distintas alteraciones periodontales que registra el Índice Periodontal Comunitario (IPC).



En Canarias en el grupo de 35-44 años, el 8,32% de la población no presenta ningún tipo de alteración periodontal. Las cifras ascienden ligeramente en los dos grupos de edad que le siguen como consecuencia del menor número de piezas presentes, pasando el porcentaje de sujetos sanos al 9,52% y 13,46% en los grupos de 65-74 años y mayores de 74 años respectivamente. Estos valores son más favorables en la provincia de Santa Cruz de Tenerife que en la de Las Palmas, siendo las diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) en las tres cohortes estudiadas.

La prevalencia de cálculo en Canarias es del 33,09%, 30% y 38,61% en los tres grupos de menor a mayor edad respectivamente. El porcentaje de individuos con bolsas de 4-5 mm es de 38,17%, 34,88% y 28,25% en las tres cohortes estudiadas de menor a mayor edad. La prevalencia de bolsas profundas o mayores de 5 mm en el grupo de 35-44 años es del 11,92% y se eleva al 17,98% y 14,05% en los grupos de 65-74 años y mayores de 74 años respectivamente. Se observan diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) en la prevalencia de estas alteraciones por provincias, observándose como en Las Palmas la prevalencia de bolsas periodontales es más elevada que en Santa Cruz de Tenerife, o lo que es lo mismo, las alteraciones periodontales detectadas en La Palmas son más graves en los tres grupos de edad.

Por islas se aprecian diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) en todas las categorías del IPC, en los tres grupos de edad. Destacan con menor prevalencia de alteraciones periodontales en los tres grupos, Tenerife y La Palma. La peor situación se presenta en Gran Canaria, donde se registra la prevalencia de bolsas profundas más elevada en las tres cohortes, llegando a 22,84%, 37,78% y 34,34% en los grupos de 35-44 años, 65-74 años y mayores de 74 años respectivamente.

3.4.2. Número de sextantes con alteraciones periodontales.

En las tablas 103 a 112 se presenta el número de sextantes con alteraciones periodontales, que es un indicador de la severidad del proceso. Los valores encontrados muestran diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) por provincias e islas en las tres cohortes. En Canarias, en el grupo de 35-44 años, se observa un promedio de 1,79 sextantes sanos (1,67-1,92), en el grupo de 65-74 años este valor es de 1,02 (0,92-1,12) y en los mayores de 74 años, de 0,81 (0,73-0,90).

La media de sextantes con cálculo en Canarias es 1,46 (1,36-1,56) en el grupo de 35-44 años, 0,89 (0,81-0,98) en el grupo de 65-74 años y 0,69 (0,62-0,76) en la cohorte de mayores de 74 años. El número de sextantes con bolsas de 4-5 mm es 1,22 (1,12-1,31) en el grupo de 35-44 años, 0,85 (0,77-0,93) en la cohorte de 65-74 años y 0,56 (0,49-0,63) en los mayores de 74 años. El promedio de bolsas profundas es 0,22 (0,18-0,27) en los adultos jóvenes, 0,25 (0,21-0,30) en el grupo de 65-74 años y 0,14 (0,11-0,17) en los mayores de 74 años. Hay que resaltar que en este último grupo, más de la mitad de los sextantes, 3,51, (3,36-3,65) fueron excluidos.

Al analizar las diferencias por provincias, la situación es peor en Las Palmas que en Santa Cruz de Tenerife, encontrándose en la primera mayor número de sextantes afectados y con alteraciones más graves. Por islas, La Palma presenta la situación más

favorable, con mayor número de sextantes sanos, en el grupo de 35-44 años y Tenerife, en las otras dos cohortes. La peor situación, con mayor número de sextantes afectados, en el grupo de adultos jóvenes, se observa en Fuerteventura y en los dos grupos mayores de 65 años, en El Hierro. La isla con mayor número de sextantes con bolsas profundas, en las tres cohortes, es Gran Canaria.

3.4.3. Necesidades de tratamiento periodontal.

En las tablas 113 a 122 se muestra el porcentaje de sujetos y la media de sextantes que precisa cada tipo de tratamiento periodontal. En Canarias el 90,93% de la población entre 35 y 44 años necesita instrucción en higiene oral, el 81,85% requiere profilaxis/raspado y el 11,82%, tratamiento complejo. En el grupo de 65-74 años, el 67,74% precisa enseñanza de higiene oral, un 60,43%, eliminación del cálculo y el 13,46%, tratamientos más complejos. En los mayores de 74 años, el 52,8% necesita instrucción en higiene oral, el 48,29%, tartrectomía y el 8,57%, cirugía.

Por provincias, las diferencias son estadísticamente significativas ($p < 0,05$) en el grupo de 35-44 años para los tres tipos de tratamiento, precisando Las Palmas mayor proporción de tratamientos complejos que Santa Cruz de Tenerife en las tres cohortes. Por islas, son Gran Canaria y Fuerteventura las que presentan mayor proporción de individuos con necesidad de tratamiento complejo en los tres grupos de edad.

En cuanto al promedio de sextantes que necesitan estos tratamientos, en el grupo de 35-44 años en Canarias, 2,67 (2,56-2,79) requieren profilaxis/raspado y 0,22 (0,18-0,27) necesitan tratamiento complejo. A los 65-74 años 1,74 (1,63-1,85) sextantes precisan tartrectomía y 0,25 (0,21-0,30) tratamiento quirúrgico. En los mayores de 74 años precisan estos tratamientos 1,24 (1,14-1,34) y 0,14 (0,11-0,17) sextantes respectivamente.

Por islas hay diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) en los promedios de sextantes que precisan estos tratamientos, siendo Gran Canaria la isla que presenta mayor promedio de sextantes con necesidades de tratamiento complejo en los tres grupos de edad.

3.4.4. Prevalencia de pérdida de fijación periodontal.

En las tablas 123 a 132 se presentan los porcentajes de personas que presentan pérdida de fijación periodontal en relación a la unión cemento-esmalte. En Canarias, en el grupo de 35-44 años, el 38,45% no presenta pérdida de fijación (0-3 mm), el 41,31% presenta pérdida de fijación de 4-5 mm y el 20,23% presenta pérdida de fijación grave (6 mm o mayor). A los 65-74 años, el 18% no presenta pérdida de fijación, el 34,13% presenta pérdida de 4-5 mm y el 48,09% presenta pérdida de fijación grave. En los mayores de 74 años, el 15,41% no presenta pérdida de fijación, el 33,33% presenta pérdida de 6-8 mm y el 48,14% presenta pérdida de fijación de 6 mm o mayor.

Por islas aparecen diferencias, estadísticamente significativas ($p < 0,05$) en casi todas las categorías, en los tres grupos de edad, siendo El Hierro la isla con mayor pre-



valencia de pérdida de inserción grave en el grupo de 35-44 años y Lanzarote en los otros dos grupos de edad.

3.4.5. Número de sextantes con pérdida de fijación periodontal.

En las tablas 133 a 142 se presentan los promedios de sextantes con pérdida de fijación periodontal. En Canarias en los adultos jóvenes 3,74, sextantes no presentan pérdida de fijación (0-3 mm), 1,5 sextantes presentan pérdida de fijación de 4-5 mm y 0,45 sextantes presentan pérdida de fijación grave, de 6 mm o más. En el grupo de 65-74 años, 1,97 sextantes no tienen pérdida de inserción, 1,62 tiene pérdida de 4-5 mm y 0,99 tienen pérdida de inserción grave. En los mayores de 74 años, 1,55 sextantes no tiene pérdida de inserción, 1,55 tiene pérdida de 4-5 mm y 0,93 tiene pérdida de inserción grave.

Existen diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) por islas en las tres cohortes estudiadas, siendo en el grupo de 35-44 años, El Hierro la isla con mayor promedio de sextantes con pérdida de fijación grave y Lanzarote en los otros dos grupos de edad.

3.5 Análisis de la prótesis

3.5.1. Situación actual.

En las tablas 143 a 192 se presentan los porcentajes de personas que usan prótesis. En Canarias en el grupo de 35-44 años, el 85,77% y el 93,2% no usan prótesis superior e inferior respectivamente. En la arcada superior el 7,53% lleva prótesis fija y en la arcada inferior el 3,86%. El porcentaje de personas que usa prótesis parcial es del 5,42% para la arcada superior y del 2,39% para la inferior. El porcentaje de individuos que usa prótesis completa es del 1,29% y del 0,55% en el maxilar superior e inferior respectivamente.

En Canarias en el grupo de 65-74 años, el 44,14% y el 53,67% no usan prótesis superior e inferior respectivamente. El 7,25% usa prótesis fija en el maxilar superior y el 4,47% en el inferior. El 21,40% usa prótesis parcial en el maxilar superior y el 21,29% en el inferior. El 27,22% usa prótesis completa superior y el 20,57%, prótesis completa inferior.

En la cohorte de los mayores de 74 años en Canarias el 35,70% no lleva prótesis en la arcada superior y el 46,13% no la usa en la arcada inferior. El 4,46% lleva prótesis fija en el maxilar superior y el 2,10% en el inferior. El 20,13% lleva prótesis parcial superior y el 21,15%, inferior. El 39,71% lleva prótesis completa superior y el 30,63%, prótesis completa inferior.

Por islas aparecen diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) siendo La Gomera la isla que tiene mayor porcentaje de personas que usan prótesis completa superior e inferior simultáneamente en la cohorte de adultos jóvenes y Gran Canaria en las dos cohortes mayores de 65 años.

Asimismo, aparecen diferencias significativas por sexo, siendo en general en las mujeres mayor el uso de todos los tipos de prótesis que en los hombres, en los tres grupos.

3.5.2. Necesidades de prótesis.

En las tablas 193 a 242 se presentan los porcentajes de personas que necesitan prótesis. Se incluyen en este grupo tanto aquellas personas que necesitan una prótesis porque no tienen o porque la necesitarían tras efectuarse las extracciones indicadas tras la exploración, como aquellas personas que usan prótesis defectuosas y precisan ser reparadas.

En el grupo de 35-44 años en Canarias, el 64,46% y el 52,89% de las personas no necesitan prótesis superior e inferior respectivamente. En el maxilar superior necesitan prótesis unitaria el 11,66% de la población y en el maxilar inferior, el 13,41%. Un 23,23% necesita prótesis multiunitaria superior y un 33,24%, inferior. Sólo un 0,64 % de este grupo necesita prótesis completa superior y el 0,46%, inferior.

En la cohorte de 65-74 años en Canarias el 45,88% no necesita ningún tipo de prótesis en la arcada superior y el 41,52%, en la inferior. El 3,94% precisa prótesis unitaria superior y el 4,66%, inferior. Un 32,26% requiere prótesis multiunitaria superior y un 39,28%, inferior. El 17,92% necesita prótesis completa en el maxilar superior y un 14,53%, en el maxilar inferior.

En los mayores de 74 años el 43,62% no necesita ninguna prótesis superior y el 39,25%, inferior. Un 2,19% necesita prótesis unitaria superior y un 1,64%, inferior. El 27,23% necesita prótesis multiunitaria superior y el 34,06%, inferior. El 29,96% precisa prótesis completa en el maxilar superior y 25,05%, en el maxilar inferior.

Por islas aparecen diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$), siendo El Hierro la isla que mayor porcentaje tiene de personas que necesitan prótesis completas y prótesis multiunitarias, tanto en el maxilar superior como en el inferior por separado, en los grupos de 65-74 años y de mayores de 74 años.

Asimismo, aparecen diferencias significativas ($p < 0,05$) por sexo, siendo mayor el porcentaje de hombres que necesitan algún tipo de prótesis en la arcada superior que el de mujeres, en los tres grupos de edad. Por categoría socio profesional hay diferencias significativas ($p < 0,05$), siendo en general las necesidades de prótesis mayores en las categorías económicamente más desfavorecidas.

3.6 Análisis de las necesidades de tratamiento inmediato

En la tabla 243 se presentan los porcentajes de personas que necesitan tratamiento inmediato. Un 0,18% en los grupos de 35-44 años y de 65-74 años presentan necesidad de tratamiento inmediato por un trastorno que amenaza la vida y entre un 9,16% y un 11,15% lo precisan por dolor o infección en los tres grupos de edad. Entre un 85,83%



y un 95,22% necesitan acudir a la consulta dental para recibir algún tipo de tratamiento o consejo de higiene oral en las tres cohortes.

3.7 Análisis de los trastornos de la mucosa oral

En las tablas 244 a 248 se presenta la prevalencia de trastornos de la mucosa oral según el tipo de lesión y según su localización. En este tipo de estudios, el diagnóstico de muchas lesiones es de presunción y solo podría confirmarse con otras pruebas como la biopsia.

Se detectaron alteraciones de la mucosa bucal en 783 personas, entre los tres grupos de edad. Entre ellas, el 28,7% presentan úlceras, el 18,2%, candidiasis y el 13,7%, leucoplasia. Sólo se detectó una persona, del grupo de los adultos jóvenes, con una lesión compatible con tumor maligno de la mucosa oral.

La prevalencia de úlcera es del 4,40%, 8,47% y 10,56% en los grupos de 35-44 años, 65-74 años y mayores de 74 años respectivamente. Estos porcentajes se elevan al 5,81%, 12,05% y 13,61% respectivamente en los usuarios de prótesis removible, confirmándose el uso de prótesis removible como factor de riesgo para la aparición de úlceras.

La prevalencia de candidiasis es de 1,56%, 6,42% y 7,22% en las cohortes de 35-44 años, 65-74 años y mayores de 74 años respectivamente. Estos porcentajes se elevan al 11,63%, 11,70% y 10,74% respectivamente en los usuarios de prótesis removible, confirmándose también el uso de prótesis removible como factor de riesgo para la aparición de candidiasis.

La prevalencia de leucoplasia es de 3,57%, 4,72% y 3,25% en los grupos de 35-44 años, 65-74 años y mayores de 74 años respectivamente.

Si analizamos la prevalencia de trastornos según su localización en Canarias, vemos como estos trastornos se localizan con mayor frecuencia en la mucosa del paladar seguida de los bordes alveolares y encías.



DISCUSIÓN

DISCUSIÓN

A continuación se analiza la comparación de los datos obtenidos en nuestro estudio con los de la “Encuesta nacional de Salud Oral en España (2000)”⁽¹⁰⁾ en cuanto a caries, alteraciones periodontales y estado de prótesis para los grupos de 35-44 años y 65-74 años y con los datos del estudio “Patología de la mucosa bucal en los ancianos españoles”⁽¹¹⁾ en cuanto a trastornos de la mucosa en los mayores de 65 años.

4.1 CAOD

En la tabla 249 se observa como el CAOD en Canarias es mayor que el promedio nacional en ambos grupos de edad, siendo estos valores de 12,21 vs 8,40 ($p < 0,05$) en los adultos jóvenes y 20,87 vs 18,10 ($p < 0,05$) en la cohorte de 65-74 años.

4.2 Prevalencia de alteraciones periodontales (IPC)

En la tabla 250 se muestra la comparación de la prevalencia de alteraciones periodontales, observándose en el grupo de 35-44 años en Canarias mayores prevalencias de cálculo (33,09% vs 44,2%), de bolsas periodontales de 4-5 mm (38,17% vs 21,4%) y de bolsas periodontales profundas (11,92% vs 4,2%) que en el conjunto nacional ($p < 0,05$).

En el grupo de 65-74 años en Canarias es significativamente menor la prevalencia de cálculo (30% vs 42,9%) que en el conjunto nacional ($p < 0,05$) y en cambio la prevalencia de bolsas periodontales ≥ 6 mm es mayor en Canarias ($p < 0,05$) que en el promedio nacional (17,98% vs 8,7%).

4.3 Necesidades de tratamiento periodontal

En la tabla 251 se muestra que las necesidades de instrucción en higiene oral son mayores en Canarias que en el promedio nacional ($p < 0,05$), tanto en el grupo de 35-44 años (90,93% vs 80,7%) y ocurre lo contrario en el grupo de 65-74 años (67,74% vs 91,3%).

Las necesidades de profilaxis/raspado en Canarias son mayores que en el conjunto nacional ($p < 0,05$) en la cohorte de 35-44 años (81,85% vs 69,8%) y en cambio, son menores en la cohorte de 65-74 años (60,43% vs 86,8%), como ocurría con la prevalencia de cálculo.

Las necesidades de tratamiento complejo también son significativamente mayores en Canarias que en el estudio nacional ($p < 0,05$), tanto en los adultos jóvenes (11,82% vs 4,2%) como en el grupo de los mayores (13,46% vs 8,7%).

4.4 Estado de prótesis

En las tablas 252 se comparan los estados de prótesis superior, siendo la única

diferencia significativa el porcentaje de personas que en el grupo de 35-44 años llevan uno o más puentes superiores, menor en Canarias que en el conjunto nacional (7,53% vs 10,7%).

En la tabla 253 se comparan los estados de prótesis inferior, siendo mayor en Canarias el porcentaje de personas de 35-44 años que no usan prótesis inferior que en el promedio nacional (93,2% vs 88,5%). Asimismo, en este grupo, el porcentaje de usuarios de prótesis parcial inferior es menor en Canarias que en el estudio nacional (2,39% vs 5,5%).

En la tabla 254 se comparan los estados de prótesis superior más inferior, apreciándose diferencias significativas ($p < 0,05$) sólo en la proporción de usuarios de prótesis parcial del grupo de 35-44 años, inferior en Canarias al estudio nacional (0,92% vs 3,4%).

4.5 Prevalencia de trastornos de la mucosa oral

En la tabla 255 se muestra la comparación entre la prevalencia de trastornos de la mucosa oral encontrada en Canarias y los datos del estudio realizado entre 1994 y 1996 en ancianos institucionalizados a nivel nacional, encontrándose diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de trastornos de la mucosa en general, en la población mayor de 65 años, menor en Canarias ($p < 0,05$) que en el estudio nacional (27,98% vs 39,8%).

En cuanto a los trastornos de la mucosa, que por la forma de presentación en dicho estudio, podían compararse con los nuestros, se encontró una mayor prevalencia de leucoplasias en Canarias ($p < 0,05$) (3,99% vs 2,8%).

Respecto a la candidiasis se encontró menor prevalencia en Canarias que en el estudio nacional ($p < 0,05$) (10,22% vs 14,1%) y en cambio, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de líquen plano entre los dos estudios (0,94% en Canarias vs 1,1% en el Estudio nacional).





CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

1. El 88 % de los canarios con edades entre 35 y 44 años conservan más de 20 dientes (aunque no todos sanos), con lo que se cumple la recomendación de la OMS “para el año 2000 el 75% de los adultos de esta edad deben conservar al menos 20 dientes”. Esto unido a la baja cifra de desdentados totales (0,6%), puede ser considerado como un dato favorable para esta cohorte.
2. El 36% de los adultos canarios entre 65 y 74 años conservan más de 20 dientes, con lo que no cumplimos la recomendación de la OMS “para el año 2000 el 50% de los adultos mayores de 65 años deben conservar al menos 20 dientes” . Esto unido a la elevada cifra de desdentados totales (más del 20%), nos indica la desfavorable situación de este grupo.
3. El porcentaje de personas adultas en Canarias que tiene o han tenido historia de caries es de casi el 100% en los tres grupos de edad.
4. La prevalencia de caries activa (o caries sin tratar) es del 71% a los 35-44 años, 60% a los 65-74 años y 53% en los mayores de 74 años.
5. El promedio de dientes cariados, ausentes y obturados (CAOD) en Canarias es de 12,2 en el grupo de 35-44 años, 20,9 en la cohorte de 65-74 años y 24,2 en los mayores de 74 años respectivamente.
6. El índice de restauración o porcentaje que representan las piezas obturadas en el índice CAOD es del 39% en el grupo de 35-44 años, 11% en la cohorte de 65-74 años y 6% en los mayores de 74 años.
7. La prevalencia de caries radicular es del 45% en el grupo de 35-44 años, 56% en la cohorte de 65-74 años y 49% en los mayores de 74 años.
8. El índice de caries radicular o promedio de dientes con caries u obturaciones en la raíz es de 1,4 en el grupo de 35-44 años, 2,1 en la cohorte de 65-74 años y 2 en los mayores de 74 años.
9. La prevalencia de fracturas dentales sin tratar es del 3% a los 35-44 años y a los 65-74 años y del 2% en los mayores de 74 años.
10. El porcentaje de personas que necesitan algún tipo de tratamiento restaurador o exodóncio, es del 73%, 63% y 55% en los tres grupos, de menor a mayor edad respectivamente, siendo el grupo de personas más amplio el que necesita la obturación simple en la cohorte de 35-45 años y el que necesita la extracción en las otras dos cohortes estudiadas.
11. El 92% de la población de 35-44 años presenta algún tipo de problema periodontal; estas cifras son del 90% y 87% en los grupos de 65-74 y mayores de 74 años respectivamente.

12. El promedio de sextantes periodontalmente afectados es de 4 en el grupo de 35-45 años, 2,4 en el grupo de 65-74 años y 1,7 en los mayores de 74 años.
13. El 62% de la población de 35-44 años presenta pérdida de fijación periodontal en relación a la unión cemento-esmalte. Este valor se eleva al 82% y al 85% en las cohortes de 65-74 y mayores de 74 años respectivamente.
14. El 91% de la población canaria entre 35 y 44 años necesita instrucción en higiene oral, el 82% requiere profilaxis/raspado y el 12% tratamiento periodontal complejo. En el grupo de 65-74 años, las cifras son de 68%, 60% y 13% respectivamente y en los mayores de 74 años, de 53%, 48% y 9%.
15. A los 35-44 años el 14% usa algún tipo de prótesis superior y el 7% usa algún tipo de prótesis inferior. Estos valores son del 56% y del 46% respectivamente en el grupo de 65-74 años y del 64% y 54% en los mayores de 74 años.
16. En el grupo de 35-44 años el 35% necesita algún tipo de prótesis superior y el 47% necesita algún tipo de prótesis inferior. A los 65-74 años estos valores son del 54% y 58% respectivamente. y en los mayores de 74 años, de 56% y 61%.
17. Entre un 86% y un 95% de los adultos de los tres grupos de edad necesitan acudir a una consulta dental para recibir algún tipo de tratamiento o bien enseñanza de higiene oral.
18. Los trastornos de la mucosa más frecuentes fueron las úlceras orales, candidiasis y leucoplasias. A los 35-45 años, la prevalencia de estas lesiones fue, úlceras orales 4%, leucoplasia 4% y candidiasis 2%. A los 65-74 años estos valores son del 8%, 5% y 6% respectivamente y en los mayores de 74 años, de 11%, 3% y 7% respectivamente.





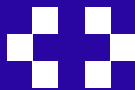
BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

1. **Servicio Canario de la Salud.** *Plan de Salud de Canarias 1996-2000 (Documento 2)*. Santa Cruz de Tenerife: Consejería de Sanidad y Consumo, 1996.
2. **Gómez Santos G, Matute Cruz P, Martín Delgado M, Fernández González C.** *La salud bucodental en Canarias. Estudio epidemiológico de la población escolar. Contenido en flúor de las aguas de abastecimiento público*. Santa Cruz de Tenerife: Servicio Canario de Salud, Consejería de Sanidad y Consumo del Gobierno de Canarias, 1996.
3. **Gómez Santos G.** *II Estudio Epidemiológico de la Salud Bucodental Infantil en Canarias. 1998*. Santa Cruz de Tenerife: Dirección General de Salud Pública, Servicio Canario de Salud, Consejería de Sanidad y Consumo, 2000.
4. **Noguerol B, Llodra JC, Sicilia A, Follana M.** *La salud bucodental en España 1994: antecedentes y perspectivas de futuro*. Madrid: Ediciones Avances Médico-Dentales, 1995.
5. **Rodríguez Baciero G, Goiriena de Gandarias FJ, Mallo Pérez L.** *La salud buco-dental de los ancianos institucionalizados en España*. Bilbao: Ediciones Eguía S.L., 1998.
6. **OMS.** *Encuestas de Salud Bucodental: métodos básicos*. Ed 4 Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1997.
7. **WHO.** *Calibration of examiners for oral health epidemiological surveys*. Geneve: World Health Organization, 1993.
8. **Landis JR, Koch GG.** *The measurement of observer agreement for categorical data*. *Biometrics* 1977; 33: 159-74.
9. **Domingo Salvany A, Marcos Alonso J.** *Propuesta de un indicador de la clase social basado en la ocupación*. *Gaceta Sanitaria* 1989; 10: 320-326.
10. **Llodra-Calvo JC, Bravo-Pérez M, Cortés-Martinicorena, FJ.** *Encuesta de Salud Oral en España (2000)*. *RCOE* 2002, 7 (Número especial): 19-63.
11. **Rodríguez Baciero G, Goiriena de Gandarias FJ, Mallo Pérez L.** *Patología de la mucosa bucal en los ancianos españoles*. Bilbao: Ediciones Eguía S.L., 1999.



GOBIERNO DE CANARIAS
Consejería de Sanidad



Servicio
Canario de la Salud