

Encuesta de Salud Oral en España 2025

Bravo Pérez M¹, Almerich Silla JM², Ausina Márquez V³, Berdún Álvarez M⁴, Canorea Díaz E⁵, Casals Peidró E⁶, Cortés Martinicorena FJ⁷, Gómez Santos G⁸, Elvira Domínguez D⁹, Lamas Oliveira M¹⁰, Llamas Ortuño ME¹¹, Martínez Beneyto Y¹², Monge Tàpies M¹³, Montiel Company JM¹⁴, Navarro Moreno MI¹⁵, Otero Casal MP¹⁶, Rosel Gallardo EM¹⁷, Sainz Ruiz C¹⁸, Trullols Casas MC¹⁹.

- ¹ Catedrático de Odontología Preventiva y Comunitaria. Facultad de Odontología. Universidad de Granada.
- ² Catedrático de Odontología Preventiva y Comunitaria. *Departament d'Estomatologia. Facultat de Medicina i Odontologia. Universitat de València.*
- ³ Odontóloga en Centro de Salud Malvarrosa, Departamento *Clinic-Malvarrosa*, Instituto de Investigación Sanitaria INCLIVA, Profesora Titular de Odontología Preventiva y Comunitaria del Departamento de Odontología, Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Europea Valencia, España.
- ⁴ Odontóloga de Atención Primaria Servicio Andaluz de Salud, Sevilla.
- ⁵ Odontóloga de Atención Primaria SERMAS, Madrid.
- ⁶ Doctor en Odontología. Odontólogo de Atención Primaria. *Institut Català de la Salut. Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Idiap Jordi Gol.* Granollers, Barcelona.
- ⁷ Doctor en Medicina y Cirugía. Especialista en Estomatología. Experto en Salud Pública Dental. Exprofesor de la Universidad de Barcelona.
- ⁸ Doctora en Medicina y Cirugía. Médico especialista en Estomatología. Dirección General de Salud Pública. Servicio Canario de la Salud.
- ⁹ Odontólogo de Atención Primaria. Servicio Aragonés de Salud. Caspe, Zaragoza.

- ¹⁰ Doctora en Odontología. Odontóloga de Atención Primaria SERMAS, Pozuelo de Alarcón, Madrid.
- ¹¹ Odontóloga de Atención Primaria Servicio de Salud de Castilla la Mancha (SESCAM), Unidad de Salud Bucodental de Tomelloso (Ciudad Real).
- ¹² Profesora Titular de Odontología Preventiva y Comunitaria. Facultad de Medicina-Odontología. Universidad de Murcia.
- ¹³ Odontóloga de Atención Primaria del Centro de Salud de la Seu d'Urgell y Oliana.
- ¹⁴ Profesor Titular de Odontología Preventiva y Comunitaria. *Departament d'Estomatologia Facultat de Medicina i Odontologia. Universitat de València.*
- ¹⁵ Licenciada en Odontología y en Derecho. Profesora sustituta interina. Facultad de Derecho. Universidad de Jaén.
- ¹⁶ Doctora en Odontología. Odontóloga de Atención Primaria del *Servicio Galego de Saude (SERGAS).*
- ¹⁷ Profesora Permanente Laboral de Odontología Preventiva y Comunitaria. Facultad de Odontología. Universidad de Granada.
- ¹⁸ Médico especialista en Estomatología. Unidad de Apoyo de Salud Bucodental. SACYL, Soria.
- ¹⁹ Odontóloga de Atención Primaria de Mallorca. *Servei de Salut de les Illes Balears.*

AGRADECIMIENTOS El estudio ha sido financiado por el Consejo General de Dentistas de España, tras concurso en convocatoria pública competitiva en 2024 para la realización de la Encuesta Nacional de Salud Oral española en 2025. Las opiniones y recomendaciones que se incluyen en el siguiente informe no son necesariamente las del Consejo General de Dentistas. El estudio se ha elaborado sin ningún conflicto de intereses con respecto a la entidad financiadora.

RESUMEN

Introducción (Fundamento y objetivo): Desde hace varias décadas se vienen realizando en España cada 5 años estudios epidemiológicos de salud oral a nivel nacional y siguiendo la metodología de la OMS. Ésta de 2025 incluye los grupos etarios 3-4, 5-6, 12, 15, 35-44 y 65-74 años. Sirva como indicador el CAOD a los 12 años que ha pasado de 1.33 en 1993 a 0.58 en 2020.

Material y metodología: Se ha realizado un estudio transversal siguiendo metodología *pathfinder* recomendada por la OMS, con 12 puntos muestrales, y tamaño total de 3152. Las exploraciones se realizaron entre enero y mayo de 2025. Se mide caries, enfermedad periodontal, maloclusiones, salud oral percibida y hábitos de salud oral.

Resultados: Respecto a los índices de caries, como variable principal del estudio, en el grupo de 3-4 años, el cod es de 0.49 con un índice de restauración (IR) de 8.4%, a los 5-6 años, el cod es 1.17 con IR 17.9%. A los 12 años el CAOD es 0.67 con IR 69.6%. A los 15 años, el CAOD es 1.15 y el IR 77.3%. A los 35-44 años el CAOD es 6.75, con IR 65.9%. Por último, a los 65-74 años, el CAOD asciende a 13.8 con un IR del 24.8%.

Conclusiones: Hay un nivel muy bajo de caries dental, medido como índice CAOD a los 12 años, aunque con distribución asimétrica y con un claro gradiente socioeconómico.

PALABRAS CLAVE: Odontología, España, encuesta epidemiológica.

ABSTRACT

Introduction (Background and Objective): For several decades, national epidemiological studies on oral health have been conducted in Spain every 5 years following the WHO methodology. The WHO methodology for 2025 includes the age groups 3-4, 5-6, 12, 15, 35-44, and 65-74 years. The DMFT at age 12 serves as an indicator, which has decreased from 1.33 in 1993 to 0.58 in 2020.

Materials and Methods: A cross-sectional study was conducted using the Pathfinder methodology recommended by the WHO, with 12 sample points and a total sample size of 3,152. Examinations were performed between January and May 2025. Caries, periodontal disease, malocclusions, perceived oral health, and oral health habits were measured.

Results: Regarding caries rates, as the primary study variable, in the 3-to 4-year-old group, the dft was 0.49 with a restoration index (RI) of 8.4%; at 5- to 6-year-olds, the dft was 1.17 with a RI of 17.9%. At 12 years, the DMFT was 0.67 with a RI of 69.6%. At 15 years, the DMFT was 1.15 and the RI of 77.3%. At 35- to 44-year-olds, the DMFT was 6.75, with a RI of 65.9%. Finally, at ages 65-74, the DMFT rises to 13.8, with a RI of 24.8%.

Conclusions: There is a low level of dental caries, measured as the DMFT index at age 12, although with an asymmetric distribution and a clear socioeconomic gradient.

KEYWORDS: Dentistry, Spain, Epidemiological survey.

CORRESPONDENCIA: Manuel Bravo Pérez. Facultad de Odontología. Campus de Cartuja s/n, 18071 Granada. .

CORREO ELECTRÓNICO: mbravo@ugres

GLOSARIO DE ACRÓNIMOS DEL ESTADO ORAL

A: Número de dientes permanentes ausentes.

ATM: Articulación temporomandibular.

c/C: Número de dientes temporales/permanentes cariados.

CAOD: suma de dientes permanentes cariados, ausentes y obturados.

cod: suma de dientes temporales cariados y obturados.

COD (raíz): suma de dientes permanentes cuyas raíces están cariadas u obturadas.

HIM: Hipomineralización Incisivo-Molar.

IPC: Índice periodontal comunitario.

IR (%): Índice de restauración = (dientes Obturados/CAOD) x100.

M1: Primeros molares permanentes.

o/O: Número de dientes temporales/permanentes obturados.

SIC: *Significant Index of Caries* de Bratthall. Es el índice CAOD en el tercio con mayor CAOD. Para su cálculo se ordenan los sujetos de menor a mayor CAOD, se selecciona el tercio de sujetos con mayor CAOD y a ese tercio se le calcula el CAOD.

INTRODUCCIÓN

Las encuestas epidemiológicas en salud oral son fundamentales para conocer el estado bucodental de la población, identificar las necesidades reales de atención y detectar desigualdades sociales en salud oral. Estas intervenciones permiten analizar la prevalencia y severidad de las principales enfermedades orales, como son la caries dental y la enfermedad periodontal. Además, permiten evaluar su evolución temporal y distribución por grupos de edad, sexo o nivel socioeconómico. Constituyen una herramienta clave para planificar, priorizar y evaluar intervenciones preventivas y asistenciales, orientar políticas públicas basadas en evidencia y optimizar la asignación de recursos en el sistema sanitario.

El primer estudio epidemiológico de salud oral a nivel nacional en España fue realizado en 1969 por Gimeno de Sande y colaboradores [1]. A pesar de sus limitaciones metodológicas, este trabajo posee un valor fundamentalmente histórico. En 1983, a instancias del Ministerio de Sanidad y Consumo, se promovió una segunda encuesta, cuyos resultados fueron publicados por Cuenca i Sala en 1986 [2]. Posteriormente, en 1987, se llevó a cabo un tercer estudio a cargo de Sicilia y colaboradores, cuyos hallazgos fueron difundidos en varias publicaciones durante 1990 [3,4]. El cuarto estudio nacional, promovido por el Consejo General de Dentistas, se desarrolló en 1993 y fue publicado en 1995 [5]. Desde entonces, se han llevado a cabo encuestas estatales cada cinco años siguiendo la metodología tipo *pathfinder* de la Organización Mundial de la Salud (OMS), lo que ha permitido analizar tendencias en caries dental y enfermedad periodontal. La quinta encuesta se realizó en el año 2000 [6], la sexta, en 2005 [7], la séptima, en 2010 [8], la octava en 2015 [9], y la novena y más reciente en 2020 [10].

En esta ocasión, la décima encuesta nacional incluye, además de los grupos etarios estudiados en

ediciones anteriores, un nuevo grupo de edad: la cohorte de niños de 3-4 años. Ya en 2007, el mismo equipo de trabajo de la encuesta de 2005 realizó una extensión a preescolares de 3-4 años [11], pero desde entonces, a nivel representativo de todo el país, no se ha publicado ninguna otra encuesta en esas edades.

La inclusión de los 3-4 años en la encuesta actual responde esencialmente a la voluntad de poder evaluar el efecto de la incorporación de nuevas prestaciones odontológicas públicas en las edades de 0 a 6 años [12]. Está también en consonancia con la recomendación de la OMS en su manual *Oral Health Surveys: Basic Methods* (5ª edición), para evaluar adecuadamente la carga de las enfermedades orales y planificar intervenciones eficaces en esta población [13].

A pesar de los avances logrados en la vigilancia epidemiológica de la salud oral infantil en España, los estudios centrados específicamente en la población preescolar han sido escasos y fragmentarios, limitándose en su mayoría a iniciativas autonómicas o muestras de tamaño reducido. Desde la Encuesta Nacional de Salud Oral en Preescolares de 2007 “el primer estudio de alcance estatal en este grupo etario”, no se han replicado investigaciones de similar envergadura a nivel nacional. Algunos trabajos relevantes, como el desarrollado en centros de salud de Granada, ya alertaban desde comienzos de siglo una elevada prevalencia de caries y su asociación con factores sociodemográficos en niños de entre 2 a 5 años [14]. En el año 2020, un estudio publicado en la Comunidad Valenciana describe un ligero repunte en los índices de caries en dentición temporal [15]. Más recientemente, un estudio realizado en la isla de Lanzarote volvió a poner de manifiesto la alta carga de enfermedad bucodental en la etapa preescolar, así como su estrecha relación con desigualdades sociales y hábitos de higiene oral deficientes [16]. En este contexto, la inclusión en 2025 de este grupo de >>>

»» edad en la encuesta nacional representa un hito clave para actualizar el perfil de salud oral en población preescolar, identificar desigualdades emergentes y orientar intervenciones preventivas desde edades tempranas, en consonancia con las recomendaciones de salud pública tanto nacionales como internacionales. Además, permitirá evaluar en el futuro el impacto de las nuevas prestaciones incorporadas a la cartera de servicios para estas cohortes [17].

TENDENCIAS EN CARIES DENTAL EN ESPAÑA (1983-2020)

Grupo de 12 años

El índice CAOD ha mostrado un descenso sostenido desde 1984, cuando alcanzó un valor de 4.2. Posteriormente, disminuyó a 3.5 en 1987, 2.29 en 1993, 1.12 en 2000, 1.33 en 2005, de nuevo a 1.12 en 2010 y a 0.71 en 2015. En 2020, este índice descendió aún más, situándose en 0.58 y acercándose así a la mitad del objetivo propuesto por la Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral (SESPO) para el periodo 2015-2020 [18]. A pesar de esta clara tendencia descendente, varios autores han advertido sobre la necesidad de cautela al realizar comparaciones longitudinales debido a diferencias metodológicas entre los estudios, aunque esto se refiere al realizado en 1984 [19,20]. De hecho, algunas encuestas autonómicas realizadas en años cercanos reflejaron valores considerablemente más bajos: Cataluña reportó un índice de 2.98 en ese mismo año; Navarra, 2.70; el País Vasco, 2.27 en 1987; y Canarias, 1.91 en 1991 [21-24]. Estos datos sugieren que el valor nacional de 1984 podría haber sido sobreestimado.

En cuanto al índice de restauración, este ha mostrado una evolución ascendente: del 7.14% en 1984 pasó a 14.3% en 1987 y a 38.4% en 1993. Posteriormente, se estabilizó en las tres encuestas siguientes con valores de 53% en 2000 y 2005, y 52.6% en 2010. En 2015 volvió a incrementarse hasta un 61.9%, y en 2020 se situó en el 70%.

Grupo de 35 a 44 años

En esta cohorte, el índice CAOD ha experimentado un descenso más moderado que en el grupo de 12 años, con ciertas fluctuaciones a lo largo del tiempo. Partiendo de un valor de 11.6 en 1984, disminuyó a 10.9 en 1993 y a 8.40 en 2000. Sin embargo, en 2005 se produjo un ligero aumento hasta 9.61, seguido de una reducción en 2010 a 6.75. En 2015 se registró un nuevo repunte, alcanzando un valor de 8.43, similar al registrado en el año 2000. En 2020, el índice volvió a descender, situándose en 7.40. Con este valor, España continúa clasificada, según los criterios de la OMS, entre los países con un nivel de caries bajo (índice CAOD entre 5 y 8.9).

Respecto al índice de restauración en adultos jóvenes, se ha evidenciado una tendencia general ascendente.

En 1984 era del 13%, incrementándose progresivamente al 27% en 1993, 49% en 2000 y al 54% en 2005. En 2010 alcanzó su valor máximo, con un 65%. Posteriormente, en 2015, se produjo una leve disminución hasta el 56%, aunque en 2020 volvió a incrementarse, superando el 63%, y aproximándose nuevamente al pico observado una década antes.

Grupo de 65 a 74 años

Esta cohorte ha evidenciado una tendencia general descendente en el índice CAOD, que pasó de 21.16 en 1993 a 18.10 en 2000, 16.79 en 2005 y 14.66 en 2010. No obstante, en 2015 se interrumpió esta trayectoria con un incremento hasta 16.27. En 2020, el índice volvió a disminuir ligeramente, situándose en 14.99. En cuanto al índice de restauración, se ha observado una mejora notable a lo largo del tiempo. Partiendo de un valor del 3.3% en 1993, ascendió progresivamente hasta alcanzar el 21.6 % en 2020, lo que supone un incremento de más de siete veces respecto al valor inicial.

TENDENCIAS EN PATOLOGÍA PERIODONTAL

Grupo de 35 a 44 años

En este grupo etario, el porcentaje de personas con bolsas periodontales de código 3 (código 3 del índice CPI, profundidad de sondaje 3 a 5 mm) mostró una tendencia descendente entre 1993 y 2010, con valores de 38.5% en 1993, 21.4% en 2000, 21.5% en 2005 y 11.0% en 2010. No obstante, en 2015 se registró un repunte hasta el 18.5%, seguido de una ligera disminución en 2020, cuando se alcanzó un 17.9%. Por otro lado, el porcentaje de sujetos con bolsas periodontales severas (código 4 del CPI, 6 mm o más), disminuyó de forma sostenida entre 1993 y 2005, pasando del 10.7% en 1993 al 4.2% en 2000 y al 3.9 % en 2005. A partir de entonces, se observó una tendencia ascendente: 5.0% en 2010, 5.5% en 2015 y 7.6% en 2020.

Grupo de 65 a 74 años

En esta cohorte, el porcentaje de personas con bolsas periodontales de código 3 (profundidad de 3 a 5 mm) mostró una tendencia general descendente entre 1993 y 2010, pasando de un 39.2% en 1993 a 18.8% en 2010. No obstante, en 2015 se produjo un repunte hasta el 27.0%, seguido de un nuevo descenso en 2020, cuando la prevalencia se situó en el 22.9%, lo que indica una ligera recuperación de la tendencia positiva previa. Por otro lado, la prevalencia de bolsas periodontales profundas (código 4) se redujo de manera significativa entre 1993 (17.1%) y 2000 (8.7%). A partir de 2005, los valores mostraron cierta estabilidad, oscilando entre el 10.8% y el 11.6% en el año 2020.

SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD ORAL EN ESPAÑA

España cuenta con un Sistema Nacional de Salud de cobertura universal y financiación pública. Sin »»

Tabla 1. Población española a 1 de enero de 2024 según tamaño poblacional, y distribución de puntos de muestreo y muestra en el estudio^a.

Tamaño poblacional	Población española ^b		Muestra	
	Municipios	Habitantes (en millones)	Puntos muestrales OMS ^c	Sujetos
Urbano (>100 mil hab.)	65 (0.8%)	19.6 (40.4%)	4 (33.3%)	973 (30.9)
Suburbano (20 mil-100 mil)	364 (4.5%)	14.5 (29.8%)	4 (33.3%)	1122 (35.6)
Rural (<20 mil hab.)	7703 (94.7%)	14.5 (29.8%)	4 (33.3%)	1057 (33.5)
Total	8132 (100%)	48.6 (100%)	12 (100%)	3152 (100%)

a: Como información adicional, a nivel poblacional el 49.0% son varones, y en la muestra el 46.9%.

b: Según padrón municipal de habitantes a 1 de enero de 2024 (www.ine.es) -últimos datos disponibles al confeccionar este informe-.

c: A los grupos etarios del manual de la OMS (5-6, 12, 15, 35-44 y 65-74 años) se ha añadido en esta encuesta el grupo de preescolares (3-4 años).

Tabla 2. Puntos de muestreo en la encuesta.

Dentista explorador ^a	Provincia/Municipio	Tipo
1	Valencia (Valencia)	Urbano
2 y 10	Granada (Granada)	Urbano
3	Islas Baleares (Palma de Mallorca)	Urbano
4	Madrid (Madrid)	Urbano
5	Ciudad Real (Tomelloso)	Suburbano
6	Soria (Soria)	Suburbano
7	Murcia (Lorca)	Suburbano
8	Madrid (Varios suburbanos)	Suburbano
9	Lérida (Seu d'Urgell)	Rural
11	La Coruña (varios municipios rurales)	Rural
12	Sevilla (varios municipios rurales)	Rural
13	Zaragoza (Caspe)	Rural

a: Cada número representa a un único dentista explorador, y a un único punto de muestreo, excepto Granada, punto compartido por dos dentistas exploradores: la número 2 para Adultos y la 10 para Preescolares y Escolares.

ciones presupuestarias, y varias alternan entre modelos según sus recursos y prioridades. Esta diversidad podría ser una oportunidad para evaluar su eficiencia relativa, pero ello requiere un sistema organizativo estable, resultados publicados de forma periódica y una evaluación sistemática de costes. Lamentablemente, estas condiciones sólo se cumplen en algunas comunidades autónomas. En 2013, Cortés advertía de que pocas comunidades disponían de una unidad de gestión específica ni de un referente en salud pública oral [29]. Por su parte, Llena y colaboradores mostraron que, a pesar de las diferencias entre modelos organizativos y cartera de servicios, los resultados en salud bucodental para la cohorte de 12 años eran comparables incluso en aquellas comunidades que no contaban con un modelo capitativo [30].

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño del estudio

Se ha realizado un estudio observacional, transversal, descriptivo y analítico de asociación cruzada que cumple las características de una encuesta de salud oral con la metodología *pathfinder* recomendada por la OMS. Se ha respetado la metodología de las encuestas nacionales previas realizadas desde 1993 a 2020 para facilitar la comparabilidad de los datos obtenidos en esta edición con los resultados de los estudios precedentes, si bien, como novedad, en esta edición se ha introducido una nueva cohorte de edad, la de 3-4 años. En el diseño del estudio la población española se ha estratificado según el tamaño poblacional y se han considerado 12 puntos muestrales: 4 urbanos (poblaciones de >100 mil hab.), 4 suburbanos (población entre 20 mil y 100 mil hab.) y 4 rurales (población <20 mil hab.) tal como se muestra en la *Tabla 1*. Las localizaciones por Provincia/Municipio de los 12 puntos de muestreo seleccionados pueden consultarse en la *Tabla 2*.

En los puntos muestrales indicados se procedió a la exploración de las seis cohortes de edad de 3-4, 5-6, 12, 15, 35-44 y 65-74 años. En el caso de las dos primeras se escogió la mitad de niños/niñas de cada una de las edades representadas en la cohorte. Las exploraciones de los grupos de edad infanto-juveniles se llevaron a >>>

>>> embargo, la cartera de servicios en salud oral ha sido tradicionalmente limitada, centrada en extracciones para adultos y atención preventiva y restauradora en menores a partir de los seis años [25,26]. El Real Decreto 1030/2006 actualizó dicha cartera [27], aunque su implementación ha sido desigual entre comunidades autónomas [28]. En 2024, la Orden SND/606/2024 supuso una ampliación significativa de las prestaciones y de los grupos poblacionales beneficiarios [17].

Clásicamente, se han descrito tres modelos de provisión en salud bucodentales públicos en España: Modelo de capitación con dentistas privados, implementado en el País Vasco, Navarra y Canarias; Modelo mixto, con atención básica en el sector público y tratamientos especiales derivados al sector privado, desarrollado en las comunidades autónomas de Castilla-La Mancha, Castilla y León, o Comunidad de Madrid (donde nunca se puso en marcha el modelo de capitación y hay un modelo mixto que depende de la firma anual de Convenio con dentistas privados, a través del Colegio de Odontólogos para tratamientos especiales) y Modelo de dentistas públicos estatutarios (asalariados), que presta toda la atención desde el sistema sanitario público. Estos esquemas están en continua transformación: algunas comunidades amplían la cobertura por edad, otras la han reducido por restric-

»»» cabo en centros educativos mixtos públicos, privados o concertados en los que se imparte educación primaria o bien educación secundaria obligatoria y para ello se solicitó la autorización previa de los padres/tutores/responsables del alumnado menor de edad. Para facilitar esta labor se dispusieron, además de los formularios en papel, de formularios digitales para su distribución *online* en los que se informaba sobre los objetivos del estudio y se solicitaba el consentimiento para la participación. Los adultos jóvenes (35-44 años) se seleccionaron en centros de salud a los que acudían como acompañantes, o si acudían por motivos distintos a la patología bucodental; así como en algunas ocasiones en sus propios centros de trabajo. Los adultos mayores (65-74 años) se seleccionaron igualmente en centros de salud (85% del total), y también en residencias de mayores (15% restante).

En todas las cohortes se procuró que la variable sexo estuviese equilibrada. Todos los examinados durante el desarrollo de la encuesta fueron informados sobre su estado de salud oral (por escrito en caso de escolares) al finalizar la exploración. Los datos para el almacenamiento y análisis fueron pseudoanonimizados mediante un número de identificación y protegidos cumpliendo la ley de protección de datos 3/2018. El estudio se ha desarrollado cumpliendo todos los requisitos éticos de la investigación en seres humanos de la Declaración de Helsinki y sus actualizaciones, e informado favorablemente por el Comité Central de Ética del Consejo General de Dentistas de España.

RECOGIDA DE DATOS

El trabajo de campo se llevó a cabo por parte de los distintos exploradores entre los meses de enero y mayo de 2025. Las exploraciones se realizaron en condiciones estandarizadas de fuente de luz (uso de lámpara frontal), instrumental (espejo plano intraoral nº5 y sonda periodontal de la OMS) y posición del individuo examinado, para los trece dentistas exploradores. La ficha de recogida de datos para la cohorte de 3-4 años se presenta en el *Anexo 1* y la utilizada para el resto de las cohortes en el *Anexo 2*.

Variables del estudio

Variables sociodemográficas

- Edad.
- Sexo.
- Emplazamiento: urbano, suburbano o rural.
- Origen o país de nacimiento, agrupado en 8 categorías, incluyendo España, siguiendo el criterio empleado desde la encuesta de 2015, para continuar analizando la influencia de la inmigración en la salud oral.
- Ocupación laboral del cabeza de familia, que se define como la persona que aporta más recursos al hogar familiar, se ha empleado para determinar el nivel social [31]. En el caso de jubilados o parados, corresponde a su última ocupación laboral.

Variables de salud oral

Para las exploraciones realizadas en las cohortes de 5-6, 12, 15, 35-44 y 65-74 años se tomaron en consideración las siguientes:

- Estado de la dentición tanto para la corona como para la raíz, tomando como unidad el diente. Para la consideración de caries se ha empleado el criterio diagnóstico de la OMS 4ª edición [32], que considera caries a aquella lesión presente en una fosa o fisura, o en una superficie dental lisa, con una cavidad inconfundible, un esmalte socavado o un suelo o pared apreciablemente reblandecido.
- Se han registrado los dientes cariados, obturados y ausentes en dentición permanente en las 5 cohortes, en dentición temporal únicamente en la cohorte de 5-6 años y la caries radicular en las cohortes adultas de 35-44 y 65-74 años. A partir de éstos, se han calculado una serie de indicadores: número de dientes presentes y ausentes, porcentaje de desdentados, número de dientes sellados, índice cod, índice CAOD, índice de restauración, índice de caries radicular, prevalencia de caries coronal en dentición temporal y permanente, índice de caries radicular, así como el índice CAOD>0 y el SIC (*Significant Index of Caries*) de Brattall [33], que es el CAOD medio del tercio de los individuos con la mayor puntuación de caries. Se usa como complementario del índice CAOD para valorar la actual distribución sesgada de la caries.
- Necesidades de tratamiento dental, restaurador y exodóncico, según criterios de la OMS 4ª edición [32].
- Estado periodontal medido con el índice periodontal comunitario (IPC) en las cohortes de 12, 15, 35-44 y 65-74 años y el registro de la pérdida de inserción en las cohortes de 35-44 y 65-74 años, según criterios de la OMS 4ª edición [32].
- Situación y necesidad de prótesis, según criterios de la OMS 4ª edición para las cohortes de 35-44 y 65-74 años [32].
- Maloclusión, según criterios de la OMS 3ª edición [34] para las cohortes de 12, 15 y 35-44 años.
- Fluorosis, medida con el índice de Dean, criterios diagnósticos de la OMS 3ª edición [34], sólo en la cohorte de 12 años.
- Articulación temporomandibular (ATM), según criterios de la OMS 3ª edición [34], en la cohorte de 35-44 años.
- Erosión dental, según criterios de la OMS 5ª edición [13] en la cohorte 35-44 años.
- Hipomineralización incisivo-molar (HIM), según los criterios de la Academia Europea de Odontopediatría [35] en la cohorte de 12 años, clasificándola en leve o moderada/severa y registrando el número de molares e incisivos afectados.
- Frecuencia de cepillado.
- Percepción del estado de salud (dolor/molestia, sensibilidad dentinaria y problemas al comer en los últimos 12 meses) en las cohortes de 12, 15, 35-44 y 65-74 años tomadas del proyecto de Indicadores de »»»

»» salud oral europeos EGOHID 2005 [36].

- Visitas al dentista en el último año en las cohortes de 12, 15, 35-44 y 65-74 años.
- Percepción de apretamiento de los dientes durante el día o la noche y dolor o fatiga en la musculatura al levantarse [37] en las cohortes de 15, 35-44 y 65-74 años.

Para las exploraciones realizadas en la cohorte de 3-4 años se tomaron en consideración las siguientes:

- Estado de la dentición, utilizando también el criterio de la OMS aplicado a la dentición temporal. En esta cohorte encontramos dientes temporales y por ello para codificar el estado de la dentición se utilizan letras, rellenando las casillas correspondientes a este efecto en el formulario (Anexo 2). Las casillas 49 a 58 se emplean para el registro del estado de la corona de los dientes del maxilar superior, y las casillas 97 a la 106 para el maxilar inferior. En este caso se añadió el código I para indicar la presencia de un absceso y/o fístula característicos de los dientes temporales y el código t (Traumatismo/decoloración), en los dientes fracturados y/o decolorados por un traumatismo (como causa más común). La principal diferencia con respecto a la ficha de exploración de las 5 cohortes OMS se refiere a las casillas 65 a 74 para maxilar superior y 113 a 122 para maxilar inferior. Aquí no se registra el estado de la raíz, sino el número de superficies afectadas. Éstas podrán oscilar de 0 a 5 en dientes posteriores y de 0-4 en anteriores; en el caso de que el niño o niña fuera portadora de una corona preformada, el número de superficies afectadas sería 5, en dientes posteriores o 4 en anteriores. No obstante, después en el análisis, se decidió por simplificación, no hacer uso de los índices por superficies dentarias.
- Necesidad de tratamiento operatorio o de exodoncia, se cumplimentó con los códigos correspondientes en las casillas 81 a 90 y 129 a 138.

PERSONAL PARTICIPANTE Y CALIBRACIÓN DE DENTISTAS EXPLORADORES

Las Jornadas de Entrenamiento y Calibración se realizaron siguiendo las recomendaciones de la OMS [38]. Todos los encuestadores recibieron previamente un ejemplar del protocolo del estudio, incluyendo instrucciones para la realización de los exámenes orales y cumplimentado de los formularios de registro, además de una descripción de los criterios diagnósticos de cada una de las variables que se miden. Antes de la sesión

Tabla 3: Estado dentario: análisis de concordancia diagnóstica interobservador^a, tomando el diente como unidad de análisis^b.

Examinador	Punto de muestreo	pacientes (n)	dientes (n)	kappa±ee ^c
1	Valencia (Valencia)	-	-	0.78±0.04 ^d
2	Granada (Granada) Adultos	3	52	0.71±0.11
10	Granada (Granada) Escolares	3	74	0.85±0.15
3	Islas Baleares (Palma de Mallorca)	6	140	0.81±0.06
4	Madrid (Madrid)	6	155	0.78±0.07
5	Ciudad Real (Tomelloso)	5	125	0.90±0.06
6	Soria (Soria)	7	180	0.80±0.07
7	Murcia (Lorca)	7	184	0.81±0.07
8	Madrid (varios municipios suburbanos)	6	131	0.73±0.08
9	Lérida (Seu d'Urgell)	8	203	0.84±0.05
11	La Coruña (varios municipios rurales)	7	177	0.87±0.05
12	Sevilla (varios municipios rurales)	6	146	0.86±0.06
13	Zaragoza (Caspé)	6	128	0.71±0.08

a: Concordancia de cada examinador frente al examinador externo de referencia. En el interior de la tabla se ofrecen los coeficientes kappa.

b: Basado en los dientes correspondientes a 19 pacientes (12 varones y 7 mujeres): 6 escolares de 11-12 años y 13 adultos de 18-78 años. Se contrastan, tras excluir los dientes ausentes, las categorías cariado u obturado frente a sano.

c: Valor kappa y error estándar. Se contrasta con la escala de Landis y Koch [39]: Pobre (<0.00), Ligero (0.00-0.20), Justo (0.21-0.40), Moderado (0.41-0.60), Sustancial (0.61-0.80) y Casi perfecto (0.81-1.00).

d: La dentista exploradora de Valencia, con gran experiencia en encuestas epidemiológicas bajo la misma metodología, no acudió a las jornadas de calibración de Granada, y esa cifra se refiere a su concordancia en un estudio igual en metodología diagnóstica.

de calibración presencial, los exploradores recibieron un cuestionario de preguntas con respuesta de elección múltiple para poder hacer una primera autoevaluación sobre los conocimientos adquiridos de la lectura de la documentación previa recibida.

Los días 21 a 22 de noviembre de 2024 se realizaron en la Facultad de Odontología de la Universidad de Granada las Jornadas de Entrenamiento y Calibración de dentistas exploradores. Participaron 12 dentistas exploradores y tres dentistas ponentes, uno de los cuales, muy experimentado en encuestas epidemiológicas, actuó como dentista explorador calibrador externo (JMAS). El primer día se procedió al repaso sobre el contenido de la encuesta, metodología e instrucciones para el relleno de fichas de registro y de los criterios diagnósticos de las variables de salud que se miden. Estos criterios fueron discutidos, en una primera aproximación, sobre ejemplos teóricos y fotográficos. Terminada la sesión se realizó un segundo cuestionario con respuestas de elección múltiple sobre los contenidos del manual de exploración y una puesta en común de las dudas restantes. A continuación, se pasó a la calibración de los exploradores en caries dental en pacientes adultos asistentes a la clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad de Granada, con el criterio de aprovechar la mayor prevalencia de caries en estos pacientes para encontrar una mayor diversidad de situaciones clínicas a las que enfrentar a los exploradores. El segundo día se dedicó a la calibración de caries dental en escolares. Se midió el grado de acuerdo de cada explorador con el dentista explorador calibrador externo (concordancia interexaminador) mediante el estadístico kappa, para el estado dentario. La repetibilidad o fiabilidad de este estudio se debe considerar adecuada según la escala de Landis & Koch [39], como se desprende de las cifras de la *Tabla 3*.

»»

Tabla 4. Aceptación para ser explorado^{a,b}.

	Solicitados (n)	Explorados (n)	Éxito (%) ^a
Preescolares y Escolares ^c	2054	1458	71.0%
Adultos ^d	817	630	77.1%

a: Basado en la información aportada por 9 de los 13 dentistas exploradores.

b: (Explorados/Solicitados) x100.

c: Grupos de 3-4, 5-6, 12 y 15 años. Se solicita permiso a padres/tutores por escrito antes de ser explorados. La diferencia entre solicitados y explorados es la suma de los que no responden + los que aún teniendo permiso no asisten a clase el día de la exploración.

d: Grupos 35-44 y 65-75 años. La diferencia entre solicitados y explorados corresponde a aquellos adultos que ante la petición del dentista explorador, verbalmente declinan ser explorados. No responde exactamente al tamaño muestral final, pues el explorador no sabe con certeza la edad de los sujetos a los que solicita exploración.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

»» Los exploradores cumplimentaron en papel y a mano las fichas de recogida de datos. Además, a cada dentista explorador se le pidió que indicara a qué unidad natural de muestreo o conglomerado (colegio, residencia de la tercera edad, centro de salud, etcétera) pertenecía cada individuo, y cuántos pacientes había podido explorar de aquéllos inicialmente seleccionados (*Anexo 2*). Lo primero permitirá corregir los errores estándar y pruebas de significación (valores *p*) por muestreo por conglomerados, y lo segundo ha permitido estimar que la tasa de éxito o aceptación para ser explorado ha sido del 71.0% en preescolares/escolares y 77.1% en adultos (*Tabla 4*).

Una única persona experimentada introdujo los datos en el ordenador, utilizando el programa *EpiInfo 6.0* (Centers for Disease Control, Atlanta, GA). El control de calidad de los datos se realizó de dos formas. Durante la introducción de datos, mediante un sistema automático que sólo permitía introducir códigos previamente definidos, y, posteriormente, mediante revisión, en la etapa de preparación y adaptación de la base de datos para el análisis, cruzando múltiples variables. Por ejemplo, un paciente en el que se ha registrado la presencia de varios dientes naturales sin necesidad de extracción no puede presentar necesidad de prótesis completa. El tamaño muestral previsto era de 34/punto de muestreo para preescolares y escolares (x12 puntos = 408 por edad x 4 edades = 1632), y 45/punto para adultos (x12 puntos = 540 x 2 edades = 1080). Por

lo tanto, la muestra inicialmente prevista era de 2712 (= 1632+1080). La muestra efectiva final fue 3152 sujetos (*Tabla 1*). Los tamaños muestrales están dentro del rango recomendado por la OMS para este tipo de estudios [13].

En el análisis estadístico se han utilizado los programas *EPIINFO 6.0* (Centers for Disease Control, Atlanta, GA), y *SUDAAN v.7.0* (RTI, RTP, NC), especificando en este último el diseño WR (con reemplazamiento), lo que permite corregir los errores estándar y las pruebas de significación por muestreo por conglomerados. Se han calculado medias, desviaciones estándar y porcentajes de las variables analizadas, junto a sus correspondientes errores estándar. Los intervalos de confianza al 95% se han calculado según la fórmula: media/porcentaje ± 1.96 error estándar. Los índices de restauración se han calculado como el ratio entre el total de dientes obturados y el total del índice en estudio (cod o CAOD), multiplicado por 100. Se ha evaluado la influencia en las distintas variables de tres factores: sexo, nivel social, y origen (España/Extranjero). Los test estadísticos utilizados han tenido en consideración la corrección de los valores *p* por muestreo por conglomerado, utilizando el programa *SUDAAN 7.0*. Dichos tests han sido los siguientes: a) para comparar porcentajes según sexo u origen (Español/extranjero) el test chi cuadrado, con el procedimiento *CROSSTABS* de *SUDAAN*; b) para comparar porcentajes según nivel social, regresión logística con el procedimiento *LOGISTIC* de *SUDAAN*; c) para comparar medias según sexo u »»

Tabla 5: Distribución de los participantes en el estudio por sexo, nivel social, país de procedencia, tipo geográfico y localización geográfica, según la edad.

	3-4 años		5-6 años		12 años		15 años		35-44 años		65-74 años		Total	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Todos	673 (100)		707 (100)		463 (100)		347 (100)		490 (100)		472 (100)		3152 (100)	
Edad, media±de	3.5±0.5		5.5±0.5		12.0±0.0		15.0±0.0		39.8±3.0		69.6±3.1		22.0±23.4	
Sexo														
Varones	336 (49.9)		349 (49.4)		232 (50.1)		177 (51.0)		175 (35.7)		209 (44.3)		1478 (46.9)	
Mujeres	337 (50.1)		358 (50.6)		231 (49.9)		170 (49.0)		315 (64.3)		263 (55.7)		1674 (53.1)	
Nivel social ocupacional exhaustivo ^a														
I. Gerentes>10 trab., licenciados, etc	87 (13.9)		77 (11.7)		81 (18.4)		68 (20.7)		45 (9.9)		37 (9.5)		395 (13.6)	
II. Diplomaturas, etc.	110 (17.5)		112 (17.0)		88 (20.0)		61 (18.6)		86 (18.9)		37 (9.5)		494 (17.1)	
III. Administrativos, etc	128 (20.4)		116 (17.6)		109 (24.8)		68 (20.7)		62 (13.6)		63 (16.2)		546 (18.8)	
IV. Por cuenta propia.	32 (5.1)		28 (4.3)		23 (5.2)		24 (7.3)		30 (6.6)		25 (6.4)		162 (5.6)	
V. Supervisores, etc.	156 (24.8)		169 (25.7)		91 (20.7)		62 (18.9)		112 (24.6)		104 (26.8)		694 (24.0)	
VI. Semicualificados, etc	82 (13.1)		103 (15.7)		35 (8.0)		33 (10.1)		79 (17.4)		78 (20.1)		410 (14.2)	
VII. No cualificados	33 (5.3)		53 (8.1)		13 (3.0)		12 (3.7)		41 (9.0)		44 (11.3)		196 (6.8)	
Desconocido	(45)		(49)		(27)		(19)		(35)		(84)		(255)	
Nivel social ocupacional colapsado ^a														
Alto (I+II)	197 (31.4)		189 (28.7)		169 (38.4)		129 (39.3)		131 (28.8)		74 (19.1)		889 (30.7)	
Medio (III+IV)	160 (25.5)		144 (21.9)		132 (30.0)		92 (28.0)		92 (20.2)		88 (22.7)		708 (24.4)	
Bajo (V+VI+VII)	271 (43.2)		325 (49.4)		139 (31.6)		107 (32.6)		232 (51.0)		226 (58.2)		1300 (44.9)	
Desconocido	(45)		(49)		(27)		(19)		(35)		(84)		(255)	
País nacimiento														
España	606 (84.1)		605 (85.6)		405 (87.7)		303 (87.8)		355 (72.6)		444 (94.3)		2718 (86.4)	
Otro país de la UE	6 (1.2)		3 (0.4)		3 (0.6)		1 (0.3)		30 (6.1)		7 (1.5)		80 (1.6)	
Otro país de Europa	11 (1.6)		9 (1.3)		7 (1.5)		4 (1.2)		6 (1.2)		1 (0.2)		38 (1.2)	
Canadá o EEUU	1 (0.3)		1 (0.1)		- (0)		1 (0.3)		- (0)		- (0)		3 (0.1)	
Otro país de América	34 (8.2)		70 (9.9)		32 (6.9)		18 (5.2)		63 (12.9)		17 (3.6)		234 (7.4)	
Asia	8 (0.4)		6 (0.8)		4 (0.9)		6 (1.7)		9 (1.8)		- (0)		33 (1.0)	
África	7 (4.3)		13 (1.8)		11 (2.4)		12 (3.5)		26 (5.3)		2 (0.4)		71 (2.3)	
Oceanía	- (0)		- (0)		- (0)		- (0)		- (0)		- (0)		0 (0)	
Desconocido	(-)		(-)		(1)		(2)		(1)		(1)		(5)	
Tipo geográfico														
Urbano	258 (38.3)		248 (35.1)		147 (31.7)		93 (26.8)		115 (23.5)		112 (23.7)		973 (30.9)	
Semiurbano	217 (32.2)		247 (34.9)		174 (37.6)		129 (37.2)		185 (37.8)		170 (36.0)		1122 (35.6)	
Rural	198 (29.4)		212 (30.0)		142 (30.7)		125 (36.0)		190 (38.8)		190 (40.3)		1057 (33.5)	

a: De acuerdo con Domingo-Salvany (2013) [31].

»»» origen, t-student con el procedimiento *DESCRIPT* de *SUDAAN*; d) para comparar medias según nivel social, *ANOVA* con procedimiento *REGRESS* de *SUDAAN*; y e) por último, para comparar índice de restauración (es una ratio) según sexo, origen o nivel social, el procedimiento *RATIO* de *SUDAAN*.

RESULTADOS: DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

En la *Tabla 5* se muestra el número de individuos explorados en cada uno de los grupos de edad estudiados, así como su distribución porcentual de acuerdo con las variables sexo, nivel social, país de nacimiento y tipo geográfico. El tamaño total de la muestra ha sido »»»

Tabla 6: Porcentaje de individuos con lesiones de caries (tratadas y activas) y con caries activa.

		cod/CAOD>0	cariados>0
	n	% (IC-95%)	% (IC-95%)
3-4 años (temporal)	673	15.6 (10.7-20.5)	14.9 (10.0-19.8)
5-6 años (temporal)	707	30.8 (25.1-36.5)	26.3 (20.4-32.2)
5-6 años (permanente)	"	2.1 (0.9-3.3)	2.0 (0.7-3.2)
12 años (permanente)	463	27.9 (23.2-32.6)	9.3 (6.2-12.4)
15 años (permanente)	347	40.1 (32.0-48.1)	13.3 (9.2-17.3)
35-44 años (permanente)	490	92.7 (89.5-95.8)	29.4 (21.6-37.2)
65-74 años (permanente)	472	99.6 (98.8-100)	40.5 (34.6-46.3)

Tabla 7: Índices de caries (medias).

	n	Car.	Aus.	Obt.	IR (%) (Obt/CAOD)x100		cod/CAOD		Índice SiCc	
					IR±ee ^a	IC-95%	media±de ^b	(IC-95%)	media±de	(IC-95%)
3-4 años (temporal)	673	0.45	-	0.04	8.4±2.5	(3.5-13.3)	0.49±1.50	(0.29-0.69)	-	-
5-6 años (temporal)	707	0.96	-	0.21	17.9±3.6	(10.8-25.0)	1.17±2.39	(0.88-1.46)	-	-
5-6 años (permanente)	"	0.03	0.00	0.00	9.5±7.0	(0.0-23.2)	0.03±0.21	(0.01-0.05)	0.09±0.36	(0.01-0.17)
12 años (permanente)	463	0.20	0.00	0.47	69.6±5.0	(59.8-79.4)	0.67±1.46	(0.49-0.85)	2.01±1.93	(1.64-2.38)
15 años (permanente)	347	0.25	0.01	0.89	77.3±6.1	(65.3-89.3)	1.15±1.93	(0.76-1.54)	3.23±2.08	(2.74-3.72)
35-44 años (permanente)	490	0.75	1.56	4.45	65.9±3.3	(59.4-72.4)	6.75±4.73	(6.06-7.44)	12.04±3.27	(11.61-12.47)
65-74 años (permanente)	472	0.99	9.39	3.42	24.8±2.4	(20.1-29.5)	13.81±6.95	(12.73-14.89)	21.81±4.55	(21.08-22.54)

a: Índice de restauración ± error estándar.

b: de = desviación estándar.

c: Índice SiC (Significant Caries Index) de Bratthal: Índice CAOD en el tercio con mayor CAOD.

» de 3152 individuos. Respecto a la distribución por variables destacaríamos que el 53.1 % han sido mujeres, el 44.9 % de clase social baja, y el 24.4 % y 30.7 % de clase social media y alta respectivamente. Además, el 86.4 % son nacidos en España.

ANÁLISIS DE LA ENFERMEDAD DE CARIES

Prevalencia de caries. La prevalencia de caries (cod/CAOD>0) para cada cohorte se detalla en la Tabla 6, observándose que el porcentaje de menores de 3-4 años con al menos un diente primario cariado u obturado es del 15.6%, y en los de 5-6 años del 30.8%. A los 12 y 15 años, el porcentaje de jóvenes con historia de caries en la dentición definitiva es del 27.9% y 40.1% respectivamente. En las cohortes de adultos se sitúa entre el 92.7% y casi el 100%. En la Tabla 6 se exponen los porcentajes de individuos afectados por caries sin tratar (cariados>0). En las cohortes más jóvenes en dentición primaria, los valores son muy cercanos a los de la prevalencia de caries (cod/CAOD>0) ante-

riormente expuestos, con un 14.9% en los 3-4 años y 26.3% en los 5-6 años.

Índices de caries y de restauración (IR= [O/CAOD] x100). En la Tabla 7 se presentan los índices CAOD y cod (sólo para dentición temporal a los 3-4 años y a los 5-6 años) en las distintas cohortes. En el grupo de 3-4 años, el número de dientes primarios cariados u obturados (índice cod) es de 0.49 con un índice de restauración (IR) de 8.4%, mientras que en el grupo de 5-6 años, el índice cod es de 1.17 con un índice de restauración (IR) de 17.9%. En la cohorte de 12 años, la media de dientes permanentes cariados, ausentes por caries y obturados (índice CAOD) es de 0.67 con un IR del 69.6%. En los adolescentes de 15 años, el CAOD se eleva a 1.15 y el IR es del 77.3%. El CAOD en el grupo de 35-44 años es de 6.75 y con un IR del 65.9%. Por último, en la cohorte de 65-74 años, el CAOD asciende a 13.8 con un IR del 24.8%. En la misma Tabla 7, se expresa el índice SiC (*Significant Index of Caries*), que ofrece unos valores a los 12 y 15 años de 2.01 y 3.23 respectivamente.

»»

Tabla 8: Índices de caries. Detalle de la distribución de cod/CAOD.

	n	%	(IC-95%)
3-4 años (temporal)	673		
cod=0	568	84.4	(79.5-89.3)
cod=1	28	4.2	(2.1-6.2)
cod=2	32	4.8	(2.6-6.9)
cod=3	12	1.8	(0.7-2.9)
cod=4	10	1.5	(0.6-2.4)
cod=5-9	21	3.1	(1.3-4.9)
cod≥10	2	0.3	(0.0-0.7)
5-6 años (temporal)	707		
cod=0	489	69.2	(63.5-74.9)
cod=1	60	8.5	(6.3-10.6)
cod=2	38	5.4	(3.5-7.2)
cod=3	27	3.8	(2.2-5.5)
cod=4	21	3.0	(1.8-4.1)
cod=5-9	60	8.5	(5.8-11.2)
cod≥10	12	1.7	(0.7-2.7)
5-6 años (permanente)	707		
CAOD=0	692	97.9	(96.7-99.1)
CAOD=1	9	1.3	(0.4-2.1)
CAOD=2	6	0.8	(0.2-1.5)
CAOD=3	0	-	-
CAOD=4	0	-	-
CAOD=5-9	0	-	-
CAOD≥10	0	-	-
12 años (permanente)	463		
CAOD=0	334	72.1	(67.4-76.8)
CAOD=1	48	10.4	(7.3-13.4)
CAOD=2	35	7.6	(5.3-9.8)
CAOD=3	16	3.5	(2.0-4.9)
CAOD=4	22	4.8	(3.1-6.4)
CAOD=5-9	7	1.5	(0.0-3.1)
CAOD≥10	1	0.2	(0.0-0.6)
15 años (permanente)	347		
CAOD=0	208	59.9	(51.9-68.0)
CAOD=1	36	10.4	(7.6-13.1)
CAOD=2	43	12.4	(8.7-16.1)
CAOD=3	26	7.5	(4.8-10.2)
CAOD=4	12	3.5	(1.3-5.6)
CAOD=5-9	19	5.5	(2.3-8.7)
CAOD≥10	3	0.9	(0.0-1.8)
35-44 años (permanente)	490		
CAOD=0	36	7.3	(4.2-10.5)
CAOD=1	42	8.6	(5.4-11.8)
CAOD=2	31	6.3	(4.3-8.3)
CAOD=3	32	6.5	(5.5-7.5)
CAOD=4	27	5.5	(2.5-8.6)
CAOD=5-9	198	40.4	(37.5-43.3)
CAOD≥10	124	25.3	(20.7-30.0)
65-74 años (permanente)	472		
CAOD=0	2	0.4	(0.0-1.2)
CAOD=1	2	0.4	(0.0-0.9)
CAOD=2	8	1.7	(0.9-2.5)
CAOD=3	10	2.1	(0.2-4.0)
CAOD=4	16	3.4	(1.7-5.1)
CAOD=5-9	97	20.6	(16.7-24.4)
CAOD≥10	337	71.4	(65.5-77.3)

»» En las *Tablas 8 y 9* se presenta la distribución de la muestra, en cada uno de los seis grupos de edad, en función del índice cod/CAOD. En la dentición primaria a los 3-4 años, el porcentaje de individuos libres de caries es del 84.4 %, mientras que a los 5-6 años es del 69.2 %. En dentición permanente, este valor se »»

Tabla 9: Distribución acumulada del índice CAOD, por individuos y por dientes afectados, en escolares de 12 y 15 años de edad^a.

CAOD	12 años						15 años					
	Individuos			Dientes CAO ^b			Individuos			Dientes CAO		
	n	%	% acumul	n	%	% acumul	n	%	% acumul	n	%	% acumul
16	1	0.2	0.2	16	5.1	5.1	-	-	-	-	-	-
15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
11	-	-	-	-	-	-	1	0.3	0.3	11	2.7	2.7
10	-	-	-	-	-	-	2	0.6	0.9	20	5.0	7.7
9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8	1	0.2	0.4	8	2.6	7.7	3	0.9	1.7	24	6.2	13.9
7	1	0.2	0.6	7	2.2	9.9	5	1.4	3.2	35	8.8	22.7
6	2	0.4	1.1	12	3.8	13.7	7	2.0	5.2	42	10.5	33.2
5	3	0.6	1.7	15	4.8	18.5	4	1.2	6.3	20	5.0	38.2
4	22	4.8	6.5	88	28.2	46.7	12	3.5	9.8	48	12.0	50.2
3	16	3.5	9.9	48	15.4	62.1	26	7.5	17.3	78	19.5	69.7
2	35	7.6	17.5	70	22.4	84.5	43	12.4	29.7	86	21.5	91.2
1	48	10.4	27.9	48	15.4	100.0	36	10.4	40.1	36	9.0	100.0
0	334	72.1	100.0	0	0.0	100.0	208	59.9	100.0	0	0.0	100.0
Total	463	100		312	100		347	100		400	100	

a: Sirvan como ejemplos (resaltados en cursiva): A los 12 años, el 17.5% de los escolares (n=463) acumula el 84.5% de los dientes CAO (n=312); o a los 15 años, el 17.3% de los escolares (n=347) acumula el 69.7% de los dientes CAO (n=400).
b: Dientes con historia de caries.

Tabla 10: Distribución de caries entre aquellos escolares (12 y 15 años) con índice CAOD>0.

	% (IC-95%)	media±de	(IC-95%)
12 años (n=129)			
% Cariados>0	33.3 (24.1-42.5)		
% Obturados>0	77.5 (69.0-86.0)		
CAOD		2.42±1.87	(2.01-2.83)
Cariados		0.73±1.59	(0.48-0.98)
Ausentes		0.01±0.09	(0.00-0.03)
Obturados		1.68±1.46	(1.27-2.09)
15 años (n=139)			
% Cariados>0	33.1 (22.3-43.9)		
% Obturados>0	82.7 (74.9-90.6)		
CAOD		2.88±2.07	(2.37-3.39)
Cariados		0.63±1.38	(0.32-0.94)
Ausentes		0.03±0.17	(0.00-0.07)
Obturados		2.22±1.99	(1.59-2.85)

» sitúa en 97.9 % a los 5-6 años, 72.1% a los 12 años, 59.9% a los 15 años, 7.3% a los 35-44 años y 0.4% a los 65-74 años (Tabla 8). Respecto al fenómeno 80/20 y para el grupo de 12 años, se observa que el 17.5% de los escolares acumulan el 84.5% del total de dientes afectados por caries. Del mismo modo, se observa que, en el grupo de 15 años, el 17,3 % de los escolares acumu-

la el 69,7 % de dientes afectados por caries (Tabla 9). En la Tabla 10, se detalla la distribución de caries entre los jóvenes con historia de caries (CAOD>0). Observamos que, a la edad de 12 años, la media del índice CAO en los escolares que han sido alguna vez afectados por caries es de 2.42, mientras que a los 15 años esta cifra asciende a 2.88. »

Tabla 11: Dientes naturales presentes^a.

	Distribución		media±de	(IC-95%)
	n (%)	(% acumul.)		
3-4 años (temporal)			19.97±0.26	(19.95-19.99)
Presentes=0	0 (0.0)	(0.0)		
Presentes=1-5	0 (0.0)	(0.0)		
Presentes=6-10	0 (0.0)	(0.0)		
Presentes=11-15	0 (0.0)	(0.0)		
Presentes=16-20	673 (100.0)	(100.0)		
5-6 años (temporal)			18.27±2.27	(17.86-18.68)
Presentes=0	0 (0.0)	(0.0)		
Presentes=1-5	0 (0.0)	(0.0)		
Presentes=6-10	2 (0.3)	(0.3)		
Presentes=11-15	85 (12.0)	(12.3)		
Presentes=16-20	620 (87.7)	(100.0)		
5-6 años (permanente)			2.81±3.33	(2.10-3.52)
Presentes=0	313 (44.3)	(44.3)		
Presentes=1-5	216 (30.6)	(74.8)		
Presentes=6-10	166 (23.5)	(98.3)		
Presentes=11-15	12 (1.7)	(100.0)		
Presentes=16-20	0 (0.0)	(100.0)		
12 años (permanente)			25.40±3.87	(24.77-26.03)
Presentes=0	0 (0.0)	(0.0)		
Presentes=1-5	2 (0.4)	(0.4)		
Presentes=6-10	1 (0.2)	(0.6)		
Presentes=11-15	11 (2.4)	(3.0)		
Presentes=16-20	41 (8.9)	(11.9)		
Presentes=21-25	106 (22.9)	(34.8)		
Presentes ≥ 26	302 (65.2)	(100.0)		
15 años (permanente)			27.70±1.61	(27.52-27.88)
Presentes=0	0 (0.0)	(0.0)		
Presentes=1-5	1 (0.3)	(0.3)		
Presentes=6-10	0 (0.0)	(0.3)		
Presentes=11-15	0 (0.0)	(0.3)		
Presentes=16-20	0 (0.0)	(0.3)		
Presentes=21-25	8 (2.3)	(2.6)		
Presentes ≥ 26	338 (97.4)	(100.0)		
35-44 años (permanente)			26.37±2.58	(26.00-26.74)
Presentes=0	0 (0.0)	(0.0)		
Presentes=1-5	0 (0.0)	(0.0)		
Presentes=6-10	2 (0.4)	(0.4)		
Presentes=11-15	2 (0.4)	(0.8)		
Presentes=16-20	13 (2.7)	(3.5)		
Presentes=21-25	102 (20.8)	(24.3)		
Presentes ≥ 26	371 (75.7)	(100.0)		
65-74 años (permanente)			18.55±7.96	(17.28-19.82)
Presentes=0	31 (6.6)	(6.6)		
Presentes=1-5	19 (4.0)	(10.6)		
Presentes=6-10	33 (7.0)	(17.6)		
Presentes=11-15	49 (10.4)	(28.0)		
Presentes=16-20	86 (18.2)	(46.2)		
Presentes=21-25	161 (34.1)	(80.3)		
Presentes ≥ 26	93 (19.7)	(100.0)		

a: Códigos A,B,C,D, G y t en dientes temporales, y 0,1,2,3,6,7 y T en permanentes. Para dientes permanentes se calcula sobre un máximo de 28 (excluidos los cordales).

Tabla 12: Detalle de la distribución de dientes permanentes ausentes.

	n	%	(IC-95%)
5-6 años (permanente)	707		
Ausentes=0	707	100.0	(100.0-100.0)
Ausentes=1-15	0	0.0	-
Ausentes=16-19	0	0.0	-
Ausentes ≥20	0	0.0	-
12 años	463		
Ausentes=0	462	99.8	(99.4-100.2)
Ausentes=1-15	1	0.2	(0.0-0.6)
Ausentes=16-19	0	0.0	-
Ausentes ≥20	0	0.0	-
15 años	347		
Ausentes=0	343	98.8	(97.3-100.4)
Ausentes=1-15	4	1.2	(0.0-2.7)
Ausentes=16-19	0	0.0	-
Ausentes ≥20	0	0.0	-
35-44 años	490		
Ausentes=0	241	49.2	(42.6-55.8)
Ausentes=1-15	246	50.2	(44.1-56.3)
Ausentes=16-19	1	0.2	(0.0-0.6)
Ausentes ≥20	2	0.4	(0.0-1.2)
65-74 años	472		
Ausentes=0	25	5.3	(2.0-8.6)
Ausentes=1-15	349	73.9	(70.5-77.4)
Ausentes=16-19	32	6.8	(4.9-8.7)
Ausentes ≥20	66	14.0	(9.8-18.2)

Tabla 14: Índices de caries radicular.

	n	%/media±de	(IC-95%)
35-44 años	490		
COD (raíz)>0 (%)	37	7.6	(4.0-11.1)
Caries (raíz)>0 (%)	29	5.9	(2.5-9.3)
COD (media±de)	490	0.16±0.81	(0.06-0.26)
Cariados	"	0.12±0.69	(0.02-0.22)
Obturados	"	0.04±0.45	(0.00-0.08)
65-74 años	472		
COD (raíz)>0 (%)	135	28.6	(21.6-35.6)
Caries (raíz)>0 (%)	98	20.8	(16.3-25.2)
COD (media±de)	472	0.75±1.67	(0.55-0.95)
Cariados	"	0.54±1.50	(0.38-0.70)
Obturados	"	0.21±0.80	(0.07-0.35)

Tabla 15: Presencia de dientes sellados.

	sujetos (n)	selladores (n)	% ^a	(IC-95%)	media±de ^b	(IC-95%)
3-4 años (Temporal)	673	7	0.3	(0.0-0.7)	0.01±0.19	(0.00-0.03)
5-6 años (Temporal)	707	2	0.1	(0.0-0.4)	0.00±0.08	(0.00-0.00)
5-6 años (Permanente)	"	25	1.4	(0.5-2.3)	0.04±0.32	(0.02-0.06)
12 años	463	293	20.1	(12.6-27.6)	0.63±1.49	(0.36-0.90)
15 años	347	163	17.3	(7.9-26.7)	0.47±1.24	(0.18-0.76)
35-44 años	490	21	2.0	(0.2-3.8)	0.04±0.34	(0.00-0.08)
65-74 años	472	0	0.0	(0.00-0.00)	0.00±0.00	(0.00-0.00)

a: Porcentaje de sujetos con al menos un diente sellado.

b: Media ± desviación estándar de dientes sellados por sujeto.

Tabla 13: Porcentaje de desdentados.

	n	%	(IC-95%)
35-44 años (n=490)	0	0.0	0.0
65-74 años (n=472)	31	6.6	(4.1-9.1)

»» **Media de dientes presentes y desdentados totales.** Las Tablas 11 y 12 muestran las medias de dientes presentes y ausentes en cada grupo de edad. En la cohorte de 35-44 años, el promedio de dientes presentes, tanto sanos como afectados por alguna patología, es de 26.4 (sobre un máximo de 28 al excluirse del análisis a los terceros molares) (Tabla 11). El 75.7% de individuos de esta cohorte tiene igual o más de 26 dientes presentes (Tabla 11) y el 49.2% no tiene ningún diente ausente (Tabla 12). Respecto a la cohorte de 65-74 años, la media de dientes presentes es 18.6 (Tabla 11). El 19.7% de individuos de esta cohorte tiene igual o más de 26 dientes presentes (Tabla 11) y sólo el 5.3% no tiene dientes ausentes (Tabla 12). El porcentaje de desdentados totales es del 6.6% (Tabla 13).

Caries radicular. En la Tabla 14, se muestra el índice de caries radicular (ICR) en las dos cohortes adultas, excluyéndose de este valor tanto el estado de caries de la corona como los dientes ausentes. El número de dientes afectados fue 0.16 en el grupo de 35-44 años y de 0.75 en los adultos mayores. El 5.9% de la cohorte de 35-44 años y el 20.8% de la de 65-74 años presentan al menos una lesión de caries radicular activa (Tabla 14). Los índices de restauración de estas lesiones radiculares son del 25% (0.04/0.16 x100) y del 28% (0.21/0.75 x100) en las cohortes 35-44 años y 65-74 años, respectivamente.

Presencia de dientes permanentes sellados. El porcentaje de jóvenes de 12 y 15 años que tienen al menos un sellador en la dentición definitiva fue de 20.1% y 17.3% y el número de dientes sellados 0.63 y 0.47 respectivamente (Tabla 15).

»»

Tabla 16: Necesidades de tratamiento dental restaurador y exodónico.

Tratamiento (código OMS ^a)	% (IC-95%)	media±de (IC-95%)
3-4 años (temporal) (n=673)		
Obt.1 superf. (1)	10.5 (6.6-14.5)	0.25±0.89 (0.14-0.35)
Obt.compleja (2)	6.1 (3.2-9.0)	0.14±0.64 (0.07-0.21)
Corona (3)	0.7 (0.0-1.5)	0.01±0.20 (0.00-0.03)
Revestimiento/lámina (4)	0.1 (0.0-0.4)	0.01±0.15 (0.00-0.02)
Endodoncia (5)	1.2 (0.2-2.1)	0.01±0.14 (0.00-0.03)
Extracción (6)	1.3 (0.0-2.7)	0.04±0.41 (0.00-0.09)
Otros (7+8)	0.0 (0.0-0.0)	0.00±0.00 (0.00-0.00)
Total restauradora (1+2+5)	14.7 (10.0-19.4)	0.40±1.22 (0.26-0.54)
5-6 años (temporal) (n=707)		
Obt.1 superf. (1)	15.8 (10.5-21.2)	0.34±0.99 (0.20-0.48)
Obt.compleja (2)	15.7 (11.7-19.7)	0.41±1.23 (0.27-0.55)
Corona (3)	0.6 (0.0-1.1)	0.01±0.19 (0.00-0.03)
Revestimiento/lámina (4)	0.3 (0.0-0.8)	0.01±0.16 (0.00-0.02)
Endodoncia (5)	2.1 (0.8-3.4)	0.03±0.24 (0.01-0.05)
Extracción (6)	3.3 (1.8-4.7)	0.08±0.57 (0.03-0.13)
Otros (7+8)	0.4 (0.0-1.0)	0.01±0.20 (0.00-0.03)
Total restauradora (1+2+5)	25.0 (19.4-30.7)	0.78±1.76 (0.57-1.00)
5-6 años (permanente) (n=707)		
Obt.1 superf. (1)	1.4 (0.2-2.7)	0.02±0.19 (0.00-0.04)
Obt.compleja (2)	0.3 (0.0-0.6)	0.00±0.05 (0.00-0.01)
Corona (3)	0.0 (0.0-0.0)	0.00±0.00 (0.00-0.00)
Revestimiento/lámina (4)	0.0 (0.0-0.0)	0.00±0.00 (0.00-0.00)
Endodoncia (5)	0.0 (0.0-0.0)	0.00±0.00 (0.00-0.00)
Extracción (6)	0.0 (0.0-0.0)	0.00±0.00 (0.00-0.00)
Otros (7+8)	0.1 (0.0-0.4)	0.00±0.04 (0.00-0.00)
Total restauradora (1+2+5)	1.7 (0.5-2.9)	0.02±0.19 (0.01-0.04)
12 años (n=463)		
Obt.1 superf. (1)	6.9 (3.9-9.9)	0.11±0.46 (0.06-0.16)
Obt.compleja (2)	4.3 (3.0-5.7)	0.08±0.50 (0.05-0.12)
Corona (3)	0.4 (0.0-1.3)	0.00±0.07 (0.00-0.01)
Revestimiento/lámina (4)	0.0 (0.0-0.0)	0.00±0.00 (0.00-0.00)
Endodoncia (5)	0.6 (0.0-1.5)	0.01±0.11 (0.00-0.02)
Extracción (6)	0.4 (0.0-0.9)	0.00±0.07 (0.00-0.01)
Otros (7+8)	0.2 (0.0-0.6)	0.01±0.19 (0.00-0.03)
Total restauradora (1+2+5)	9.7 (6.8-12.7)	0.20±0.85 (0.13-0.27)
15 años (n=347)		
Obt.1 superf. (1)	8.9 (4.4-13.5)	0.16±0.67 (0.06-0.27)
Obt.compleja (2)	3.7 (1.9-5.6)	0.05±0.30 (0.03-0.08)
Corona (3)	0.6 (0.0-1.3)	0.01±0.08 (0.00-0.01)
Revestimiento/lámina (4)	0.0 (0.0-0.0)	0.00±0.00 (0.00-0.00)
Endodoncia (5)	0.9 (0.0-1.8)	0.01±0.13 (0.00-0.02)
Extracción (6)	0.9 (0.0-1.7)	0.01±0.13 (0.00-0.02)
Otros (7+8)	0.6 (0.0-1.7)	0.01±0.08 (0.00-0.02)
Total restauradora (1+2+5)	12.4 (8.5-16.3)	0.23±0.88 (0.11-0.35)
35-44 años (n=490)		
Obt.1 superf. (1)	15.5 (9.6-21.4)	0.30±0.98 (0.17-0.43)
Obt.compleja (2)	14.1 (7.2-20.9)	0.29±1.03 (0.11-0.48)
Corona (3)	1.4 (0.0-3.3)	0.01±0.12 (0.00-0.03)
Revestimiento/lámina (4)	0.0 (0.0-0.0)	0.00±0.00 (0.00-0.00)
Endodoncia (5)	1.6 (0.4-2.9)	0.02±0.23 (0.00-0.05)
Extracción (6)	6.7 (3.2-10.2)	0.11±0.53 (0.04-0.18)
Otros (7+8)	5.7 (0.3-11.2)	0.15±0.74 (0.02-0.28)
Total restauradora (1+2+5)	25.5 (17.4-33.6)	0.62±1.53 (0.39-0.85)
65-74 años (n=472)		
Obt.1 superf. (1)	23.1 (15.7-30.5)	0.43±1.09 (0.26-0.60)
Obt.compleja (2)	15.5 (9.1-21.8)	0.25±0.70 (0.11-0.38)
Corona (3)	1.7 (0.0-3.4)	0.02±0.20 (0.00-0.05)
Revestimiento/lámina (4)	0.0 (0.0-0.0)	0.00±0.00 (0.00-0.00)
Endodoncia (5)	1.7 (0.7-2.7)	0.03±0.32 (0.01-0.05)
Extracción (6)	14.2 (9.6-18.8)	0.32±1.09 (0.21-0.43)
Otros (7+8)	8.9 (0.9-16.9)	0.36±1.45 (0.03-0.69)
Total restauradora (1+2+5)	35.2 (29.6-40.7)	0.71±1.42 (0.52-0.89)

a: Véanse fichas de recogida de datos, de preescolares y principal.

»» **Tratamientos restauradores necesarios.** La *Tabla 16* muestra los resultados correspondientes a las necesidades de tratamiento dental. En las cohortes de 3-4 años y de 5-6 años en dentición temporal, la necesidad de tratamiento restaurador es del 14.7% (con una media de 0.4 dientes con necesidad) y 25% (con una media de 0.78 dientes) respectivamente. En las cohortes de adolescentes, dicha necesidad es del 9.4% a los 12 años (0.2 dientes de media) y del 12.4% a los 15 años (0.23 dientes de media). La necesidad de extracción es únicamente del 0.4% y 0.9% respectivamente. En las cohortes de adultos, la necesidad de tratamiento restaurador es 25.5% (0.62 dientes) con una necesidad de extracción del 6.7% a los 35-44 años. Por otro lado, para el grupo de 65-74 años, la necesidad restauradora es del 35.2% (0.71 dientes) y la de extracción del 14.2%. Al detallarse el tipo de tratamiento restaurador necesario, se percibe que para las cohortes infantiles en dentición temporal, las necesidades de obturaciones simples de una superficie afectan al 10.5% (3-4 años) y al 15.8% (5-6 años). Los requerimientos de restauraciones complejas son del 6.1% (3-4 años) y 15.7% (5-6 años), y finalmente de tratamiento pulpar (1.2% y 2.1% respectivamente). Para los adolescentes de 12 y 15 años, las necesidades de obturaciones simples de una superficie afectan al 6.9% (12 años) y al 8.9% (15 años). Los requerimientos de restauraciones complejas son inferiores, 4.3% (12 años) y 3.7% (15 años), así como de tratamiento pulpar (0.6% y 0.9% respectivamente). Para la cohorte de 35-44 años, se observa que las necesidades de restauraciones simples y complejas son de 15.5% y 14.1% respectivamente, y que un 1.6% necesita tratamiento pulpar. Por último, en el grupo de adultos

mayores, el 23.1% precisa de restauración simple, el 15.5% de restauración compleja, y el 1.7% de tratamiento pulpar.

Variables relacionadas con la prevalencia de caries. El porcentaje de sujetos afectados por caries, según las variables sexo, nivel social y país de nacimiento se detalla en la *Tabla 17*. Sólo se comentan los datos donde la variable muestra diferencias estadísticamente significativas. El nivel social se asocia significativamente a los 3-4 años en dentición primaria con la prevalencia de caries (6.6% en nivel alto, 10.6% en nivel medio y 23.2% en nivel bajo) y la prevalencia de caries activas (6.1% en nivel alto, 10% en nivel medio y 22.1% en nivel bajo). De igual forma y de manera significativa, el nivel social se asocia a los 5-6 años, en dentición primaria con la prevalencia de caries (17.5% en nivel alto, 22.9% en nivel medio y 39.4% en nivel bajo) y con la prevalencia de caries activas (11.6% en nivel alto, 16.7% en nivel medio y 36.0% en nivel bajo). Además, los nacidos en España presentan una prevalencia de caries significativamente menor que los nacidos en el extranjero (29.4% vs. 39.2%).

En la cohorte de 12 años, únicamente se asocia la prevalencia de caries activas con la variable sexo con un 6.9% en los varones vs. 11.7% en las mujeres. En la cohorte de 15 años, no se observan asociaciones significativas. Nuevamente el nivel social se asocia significativamente en las cohortes adultas. En el grupo de 35-44 años, la encontramos en la prevalencia de caries (87.8% en nivel alto, 94.6% en nivel medio y 94.4% en nivel bajo) y en la prevalencia de caries activa, (14.5% en nivel alto, 32.6% en nivel medio y 36.6% en nivel bajo). En el grupo de 65-74 años, se mantiene el efecto del nivel social en la prevalencia de caries activa (32.4% en nivel alto, 30.7% en nivel medio y 49.6% en nivel bajo).

Tabla 17: Prevalencia de caries (porcentajes), según sexo, nivel social y país de nacimiento.

	n	cod/CAOD>0	c/C>0
3-4 años (temporal)	673	15.6	14.9
Varones	336	15.8	15.2
Mujeres	337	15.4	14.5
N. Social Alto	197	6.6*	6.1*
N. Social Medio	160	10.6	10.0
N. Social Bajo	271	23.2	22.1
Nace en España	606	14.2	13.5
Nace en extranjero	67	28.4	26.9
5-6 años (temporal)	707	30.8	26.3
Varones	349	31.8	28.4
Mujeres	358	29.9	24.3
N. Social Alto	189	17.5*	11.6*
N. Social Medio	144	22.9	16.7
N. Social Bajo	325	39.4	36.0
Nace en España	605	29.4*	25.0
Nace en extranjero	102	39.2	34.3
5-6 años (permanente)	707	2.1	2.0
Varones	349	2.3	2.3
Mujeres	358	2.0	1.7
N. Social Alto	189	1.6	1.1
N. Social Medio	144	2.8	2.8
N. Social Bajo	325	2.5	2.5
Nace en España	605	2.5*	2.3*
Nace en extranjero	102	0.0	0.0

Tabla 17: Prevalencia de caries (porcentajes), según sexo, nivel social y país de nacimiento.

	n	cod/CAOD>0	c/C>0
12 años	463	27.9	9.3
Varones	232	25.9	6.9*
Mujeres	231	29.9	11.7
N. Social Alto	169	24.3	4.7
N. Social Medio	132	25.8	9.8
N. Social Bajo	139	33.8	13.7
Nace en España	405	27.4	8.1
Nace en extranjero	57	31.6	17.5
15 años	347	40.1	13.3
Varones	177	44.1	15.8
Mujeres	170	35.9	10.6
N. Social Alto	129	34.9	8.5
N. Social Medio	92	40.2	15.2
N. Social Bajo	107	43.0	14.0
Nace en España	303	39.3	11.6
Nace en extranjero	42	42.9	23.8
35-44 años	490	92.7	29.4
Varones	175	90.9	32.0
Mujeres	315	93.7	27.9
N. Social Alto	131	87.8*	14.5*
N. Social Medio	92	94.6	32.6
N. Social Bajo	232	94.4	36.6
Nace en España	355	91.5	26.8
Nace en extranjero	134	95.5	35.8
65-74 años	472	99.6	40.5
Varones	209	100.0	45.5
Mujeres	263	99.2	36.5
N. Social Alto	74	100.0*	32.4*
N. Social Medio	88	100.0	30.7
N. Social Bajo	226	99.6	49.6
Nace en España	444	99.5	40.8
Nace en extranjero	27	100.0	37.0

*: variable con efecto significativo ($p<0.05$); por ejemplo, a los 5-6 años, el nivel social se asocia significativamente al cod>0.

Variables relacionadas con los índices de caries y de restauración.

Los datos de la *Tabla 18* indican respecto al índice de caries en dentición temporal (índice cod), que el grupo de 3-4 años muestra una asociación significativa con el nivel social (incremento del índice a medida que empeora el nivel social) de forma que la media de dientes temporales afectados por caries ha sido de 0.15 en nivel alto, 0.28 en nivel medio y 0.83 en nivel bajo. En el grupo de 5-6 años en dentición temporal, el índice cod se asocia a nivel social (0.47 en nivel alto, 0.61 en nivel medio y 1.63 en nivel bajo) y a país de nacimiento (1.10 nacidos en España vs. 1.58 nacidos en el extranjero).

Respecto a las cohortes de adolescentes, en el grupo de 12 años se observa una asociación significativa de la media del CAOD con el índice de restauración (IR),

entre nacidos en España con un 76% vs. nacidos en el extranjero con un 34.7%. En la cohorte de 15 años, las mujeres presentan un CAOD significativamente menor (mujeres 1.1 vs. varones 1.2).

Finalmente (*Tabla 18*), para las cohortes de adultos, se han asociado significativamente en el grupo de 35-44 años, el índice CAOD tanto con el sexo (6.07 en varones vs. 7.13 en mujeres) como con el nivel social (5.56 en nivel alto, 6.76 en nivel medio y 7.29 en nivel bajo). Además, se ha asociado el índice de restauración con el nivel social (82.1% en nivel alto, 73.4% en nivel medio y 58.7% en nivel bajo). Para el grupo de 65-74 años, el nivel social se ha asociado con el índice CAOD (12.1 en nivel alto, 12.3 en nivel medio y 14.7 en nivel bajo) y con el índice de restauración (41.1% en nivel >>>

Tabla 18: Índices de caries (medias), según sexo, nivel social y país de nacimiento.

	n	Caries	Ausente	Obturado	IR (%) (Obt/cod o CAOD)x100	cod/CAOD media±de
3-4 años (temporal)	673	0.45		0.04	8.4	0.49±1.50
Varones	336	0.44		0.06	11.3	0.50±1.51
Mujeres	337	0.46		0.03	5.5	0.49±1.50
N. Social Alto	197	0.14		0.01	6.9	0.15±0.73*
N. Social Medio	160	0.27		0.01	4.4	0.28±1.07
N. Social Bajo	271	0.75		0.09	10.6	0.83±1.99
Nace en España	606	0.40		0.04	10.0	0.45±1.42
Nace en extranjero	67	0.91		0.01	1.6	0.93±2.10

Tabla 18: Índices de caries (medias), según sexo, nivel social y país de nacimiento.

	n	Caries	Ausente	Obturado	IR (%) (Obt/cod o CAOD)x100	cod/CAOD media±de
5-6 años (temporal)	707	0.96		0.21	17.9	1.17±2.39
Varones	349	1.04		0.21	16.8	1.25±2.51
Mujeres	358	0.89		0.21	19.0	1.10±2.28
N. Social Alto	189	0.27		0.20	42.7	0.47±1.41*
N. Social Medio	144	0.43		0.18	29.5	0.61±1.47
N. Social Bajo	325	1.38		0.24	14.9	1.63±2.75
Nace en España	605	0.90		0.20	18.6	1.10±2.34*
Nace en extranjero	102	1.34		0.24	14.9	1.58±2.66
5-6 años (permanente)	707	0.03	0.00	0.00	9.5	0.03±0.21
Varones	349	0.03	0.00	0.00	0.0	0.03±0.22
Mujeres	358	0.02	0.00	0.01	20.0	0.03±0.21
N. Social Alto	189	0.01	0.00	0.01	33.3	0.02±0.13
N. Social Medio	144	0.03	0.00	0.01	20.0	0.03±0.22
N. Social Bajo	325	0.04	0.00	0.00	0.0	0.04±0.26
Nace en España	605	0.03	0.00	0.00	9.5	0.03±0.23*
Nace en extranjero	102	0.00	0.00	0.00	-	0.00±0.00
12 años	463	0.20	0.00	0.47	69.6	0.67±1.46
Varones	232	0.15	0.00	0.47	75.9	0.63±1.55
Mujeres	231	0.26	0.00	0.46	64.1	0.72±1.37
N. Social Alto	169	0.11	0.01	0.44	78.7	0.56±1.60
N. Social Medio	132	0.21	0.00	0.49	69.9	0.70±1.45
N. Social Bajo	139	0.29	0.00	0.50	63.1	0.80±1.36
Nace en España	405	0.16	0.00	0.49	76.0 *	0.65±1.31
Nace en extranjero	57	0.54	0.02	0.30	34.7	0.86±2.30
15 años	347	0.25	0.01	0.89	77.3	1.15±1.93
Varones	177	0.29	0.01	0.91	75.6	1.20±1.93
Mujeres	170	0.21	0.02	0.87	79.1	1.10±1.93*
N. Social Alto	129	0.12	0.00	0.64	84.5	0.75±1.39
N. Social Medio	92	0.24	0.01	0.96	79.3	1.21±1.99
N. Social Bajo	107	0.31	0.03	1.12	76.9	1.46±2.27
Nace en España	303	0.16	0.01	0.92	84.5	1.09±1.85
Nace en extranjero	42	0.90	0.02	0.64	40.9	1.57±2.41
35-44 años	490	0.75	1.56	4.45	65.9	6.75±4.73
Varones	175	0.94	1.46	3.67	60.5	6.07±4.82*
Mujeres	315	0.64	1.61	4.88	68.4	7.13±4.64
N. Social Alto	131	0.21	0.78	4.56	82.1*	5.56±4.27*
N. Social Medio	92	0.57	1.24	4.99	73.4	6.79±4.44
N. Social Bajo	232	1.05	1.96	4.28	58.7	7.29±5.01
Nace en España	355	0.72	1.35	4.69	69.4	6.76±4.82
Nace en extranjero	134	0.81	2.10	3.84	57.0	6.75±4.51
65-74 años	472	0.99	9.39	3.42	24.8	13.81±6.95
Varones	209	1.26	9.65	2.78	20.3	13.69±6.97
Mujeres	263	0.78	9.19	3.94	28.3	13.90±6.94
N. Social Alto	74	0.73	6.41	4.99	41.1 *	12.12±5.60*
N. Social Medio	88	0.60	7.58	4.08	33.3	12.26±6.58
N. Social Bajo	226	1.24	10.76	2.68	18.3	14.69±7.19
Nace en España	444	0.99	9.29	3.37	24.7	13.65±6.94
Nace en extranjero	27	1.04	10.96	4.33	26.5	16.33±6.84

*: variable con efecto significativo ($p < 0.05$). Nótese que este análisis se ha realizado para el IR y para el cod/CAOD, pero no para sus componentes cariado, ausente y obturado.

»» alto, 33.3% en nivel medio y 18.3% en nivel bajo). En relación con la caries radicular (Tabla 19), el nivel social tiene influencia en las dos cohortes de adultos de forma que el índice de caries radicular en la cohorte de 35-44 muestra valores de 0.1 en nivel alto, 0.04 en nivel medio y 0.21 en nivel bajo, y en la cohorte de 65-74 años valores de 0.59 en nivel alto, 0.52 en nivel medio y 0.91 en nivel bajo. También se asocia el nivel social en la cohorte de 35-44 años con la prevalencia de caries radicular (3.8% en nivel alto, 4.3% en nivel medio y 10.3%

en nivel bajo) y la prevalencia de caries radicular activa (2.3% en nivel alto, 2.2% en nivel medio y 8.6% en nivel bajo). En la cohorte de 65-74 años, la prevalencia de caries radicular activa se asocia con sexo (27.3% en varones vs. 15.6 en mujeres) y con nivel social (16.2% en nivel alto, 12.5% en nivel medio y 27.4% en nivel bajo (Tabla 19). Nótese que, en la mayoría de los datos presentados en este párrafo, los índices de caries radicular y prevalencia de caries es el nivel social bajo el que marca las diferencias, y no así entre nivel social alto y medio. »»»

Tabla 19: Índices de caries radicular, según sexo, nivel social y país de nacimiento.

	n	Porcentajes		Medias		
		COD (raíz)>0	Caries (raíz)>0	Caries (raíz)	Obturado (raíz)	COD±de (raíz)
35-44 años	490	7.6	5.9	0.12	0.04	0.16±0.81
Varones	175	9.7	6.3	0.20	0.06	0.26±1.13
Mujeres	315	6.3	5.7	0.08	0.03	0.11±0.57
N. Social Alto	131	3.8*	2.3*	0.03	0.07	0.10±0.73*
N. Social Medio	92	4.3	2.2	0.02	0.02	0.04±0.21
N. Social Bajo	232	10.3	8.6	0.17	0.04	0.21±0.84
Nace en España	355	7.0	5.1	0.12	0.05	0.17±0.92
Nace en extranjero	134	9.0	8.2	0.12	0.01	0.13±0.46
65-74 años	472	28.6	20.8	0.54	0.21	0.75±1.67
Varones	209	33.0	27.3*	0.81	0.11	0.92±1.93
Mujeres	263	25.1	15.6	0.33	0.28	0.62±1.43
N. Social Alto	74	27.0	16.2*	0.36	0.23	0.59±1.24*
N. Social Medio	88	21.6	12.5	0.25	0.27	0.52±1.39
N. Social Bajo	226	32.3	27.4	0.75	0.15	0.91±1.88
Nace en España	444	28.4	20.7	0.55	0.20	0.75±1.68
Nace en extranjero	27	33.3	22.2	0.56	0.26	0.81±1.52

*: variable con efecto significativo ($p<0.05$). Nótese que este análisis se ha realizado para los porcentajes y para el COD medio (pero no para sus componentes cariado y obturado).

►►► **Variables relacionadas con el número de dientes presentes.** El número de dientes presentes (Tabla 20) se asocia al sexo en la cohorte infantil de 5-6 años tanto en la dentición temporal (18.5 en mujeres vs. 18.0 en varones) como en la dentición permanente (3.15 en mujeres vs. 2.46 en varones). También se encuentra esta asociación en la cohorte de 12 años (25.9 en mujeres vs 24.9 en varones). Respecto a la asociación con el nivel social, podemos encontrarla en la cohorte de 5-6 años en la dentición temporal (18.6 en

nivel alto, 18.6 en nivel medio y 17.9 en nivel bajo) y en la dentición permanente (2.2 en nivel alto, 2.3 en nivel medio y 3.3 en nivel bajo). También, se encuentra en las cohortes adultas en el grupo de 35-44 años (27.2 en nivel alto, 26.7 en nivel medio y 26 en nivel bajo) y en el grupo de 65-74 años (21.6 en nivel alto, 20.4 en nivel medio y 17.2 en nivel bajo). La variable país de nacimiento influye en el promedio de dientes presentes en las cohortes adultas. Así en el grupo de 35-44 años, el número de dientes presentes en los ►►►

Tabla 20: Dientes naturales presentes, según sexo, nivel social y lugar de nacimiento.

	n	Desdent.(%)	media±de
3-4 años (temporal)	673	-	19.97±0.26
Varones	336	-	19.97±0.25
Mujeres	337	-	19.97±0.26
N. Social Alto	197	-	19.99±0.10
N. Social Medio	160	-	19.95±0.37
N. Social Bajo	271	-	19.96±0.27
Nace España	606	-	19.97±0.26
Nace en extranjero	67	-	19.97±0.17
5-6 años (temporal)	707	-	18.27±2.27
Varones	349	-	18.53±2.01*
Mujeres	358	-	18.02±2.47
N. Social Alto	189	-	18.69±1.88*
N. Social Medio	144	-	18.59±2.10
N. Social Bajo	325	-	17.94±2.49
Nace España	605	-	18.33±2.24
Nace en extranjero	102	-	17.96±2.39
5-6 años (permanente)	707	-	2.81±3.33
Varones	349	-	2.46±3.13*
Mujeres	358	-	3.15±3.48
N. Social Alto	189	-	2.22±2.86*
N. Social Medio	144	-	2.33±3.26
N. Social Bajo	325	-	3.27±3.57
Nace España	605	-	2.71±3.30
Nace en extranjero	102	-	3.37±3.47

Tabla 20: Dientes naturales presentes, según sexo, nivel social y lugar de nacimiento.

	n	Desdent.(%)	media±de
12 años	463	-	25.40±3.87
Varones	232	-	24.89±4.19*
Mujeres	231	-	25.92±3.45
N. Social Alto	169	-	25.16±4.04
N. Social Medio	132	-	25.03±4.40
N. Social Bajo	139	-	25.94±3.13
Nace España	405	-	25.44±3.60
Nace en extranjero	57	-	25.14±5.49
15 años	347	-	27.70±1.61
Varones	177	-	27.79±0.72
Mujeres	170	-	27.61±2.18
N. Social Alto	129	-	27.76±0.78
N. Social Medio	92	-	27.75±0.81
N. Social Bajo	107	-	27.54±2.67
Nace España	303	-	27.67±1.72
Nace en extranjero	42	-	27.88±0.45
35-44 años	490	0.0	26.37±2.58
Varones	175	-	26.43±2.13
Mujeres	315	-	26.34±2.80
N. Social Alto	131	-	27.15±1.57*
N. Social Medio	92	-	26.68±2.24
N. Social Bajo	232	-	26.00±2.91
Nace España	355	-	26.59±2.42*
Nace en extranjero	134	-	25.81±2.89
65-74 años	472	6.6	18.55±7.96
Varones	209	5.7	18.26±7.93
Mujeres	263	7.2	18.78±8.00
N. Social Alto	74	0.0*	21.57±6.09*
N. Social Medio	88	3.4	20.36±7.36
N. Social Bajo	226	8.4	17.15±8.21
Nace España	444	6.3	18.65±7.89*
Nace en extranjero	27	11.1	17.00±9.27

*: variable con efecto significativo (p<0.05).

nacidos en España es de 26.6 vs. 25.8 en los nacidos en el extranjero, mientras que en el grupo de 65-74 años, es de 18.7 vs. 17 respectivamente.

Variables relacionadas con el número de dientes sellados.

En la cohorte de 15 años, el número de dientes sellados se asocia significativamente con nivel social (0.68 en nivel

alto, 0.41 en nivel medio y 0.29 en nivel bajo) y con país de nacimiento (0.51 en nacidos en España vs. 0.17 en nacidos en el extranjero). Además, esta asociación se muestra significativa con la prevalencia de dientes sellados, ya que nacidos en España presentan un valor del 18.5% mientras que nacidos en el extranjero apenas un 7.1% (Tabla 21).

Tabla 21: Presencia de dientes permanentes sellados, según sexo, nivel social y país de nacimiento*.

	n	%	media
12 años	463	20.1	0.63
Varones	232	17.2	0.55
Mujeres	231	22.9	0.72
N. Social Alto	169	23.7	0.79
N. Social Medio	132	22.7	0.67
N. Social Bajo	139	15.1	0.45
Nace en España	405	20.0	0.64
Nace en extranjero	57	21.1	0.60
15 años	347	17.3	0.47
Varones	177	16.9	0.46
Mujeres	170	17.6	0.48
N. Social Alto	129	24.8	0.68*
N. Social Medio	92	16.3	0.41
N. Social Bajo	107	9.3	0.29
Nace en España	303	18.5*	0.51*
Nace en extranjero	42	7.1	0.17

*: variable con efecto significativo (p<0.05).

»» Variables relacionadas con las necesidades de tratamiento restaurador y exodónico. Las necesidades de tratamiento restaurador y exodónico según las distintas variables se exponen en la Tabla 22. De forma general, en todas las cohortes explo-

radas se observa el efecto del nivel social sobre la necesidad de tratamiento, en algunos casos obturaciones y en otros endodoncia o extracciones. El efecto del país de origen o del sexo no parece tan claro. »»

Tabla 22: Necesidades de tratamiento^a restaurador y exodónico, según sexo, nivel social y país de nacimiento.

	n	Obt.1 superf. (1)		Obt.compleja (2)		Corona (3)		Endodoncia (5)		Extracción (6)	
		%	media	%	media	%	media	%	media	%	media
3-4 años (temporal)	673	10.5	0.25	6.1	0.14	0.7	0.01	1.2	0.01	1.3	0.04
Varones	336	10.4	0.24	7.1	0.16	0.6	0.01	1.5	0.02	1.2	0.03
Mujeres	337	10.7	0.26	5.0	0.11	0.9	0.02	0.9	0.01	1.5	0.06
N. Social Alto	197	5.1 *	0.12 *	1.5 *	0.02 *	0.0 *	0.00	0.0 *	0.00 *	0.5 *	0.01
N. Social Medio	160	6.9	0.18	6.3	0.10	0.6	0.01	0.0	0.00	0.0	0.00
N. Social Bajo	271	15.5	0.36	8.5	0.22	0.7	0.02	3.0	0.04	2.6	0.10
Nace España	606	9.1	0.20 *	6.3	0.15	0.3	0.01	1.3	0.02 *	1.3	0.04
Nace en extranjero	67	23.9	0.70	4.5	0.06	4.5	0.07	0.0	0.00	1.5	0.04
5-6 años (temporal)	707	15.8	0.34	15.7	0.41	0.6	0.01	2.1	0.03	3.3	0.08
Varones	349	16.3	0.36	18.3	0.48	0.6	0.02	1.4	0.02	2.6	0.08
Mujeres	358	15.4	0.32	13.1	0.35	0.6	0.01	2.8	0.04	3.9	0.08
N. Social Alto	189	6.9 *	0.16 *	5.8 *	0.09 *	0.0 *	0.00	0.5	0.01	1.1 *	0.01 *
N. Social Medio	144	10.4	0.18	6.3	0.14	0.0	0.00	0.7	0.01	0.7	0.01
N. Social Bajo	325	21.5	0.49	22.5	0.63	0.9	0.02	2.5	0.03	4.6	0.10
Nace España	605	14.5	0.32 *	14.7	0.39	0.3	0.01	2.0	0.03	2.8	0.07
Nace en extranjero	102	23.5	0.49	21.6	0.55	2.0	0.04	2.9	0.04	5.9	0.13
5-6 años (perman.)	707	1.4	0.02	0.3	0.00	0.0	0.00	0.0	0.00	0.0	0.00
Varones	349	1.7	0.03	0.0	0.00	0.0	0.00	0.0	0.00	0.0	0.00
Mujeres	358	1.1	0.02	0.6	0.01	0.0	0.00	0.0	0.00	0.0	0.00
N. Social Alto	189	0.5 *	0.01 *	0.0 *	0.00	0.0	0.00	0.0	0.00	0.0	0.00
N. Social Medio	144	0.7	0.01	1.4	0.01	0.0	0.00	0.0	0.00	0.0	0.00
N. Social Bajo	325	2.5	0.04	0.0	0.00	0.0	0.00	0.0	0.00	0.0	0.00
Nace España	605	1.7	0.02 *	0.3	0.00	0.0	0.00	0.0	0.00	0.0	0.00
Nace en extranjero	102	0.0	0.00	0.0	0.00	0.0	0.00	0.0	0.00	0.0	0.00
12 años	463	6.9	0.11	4.3	0.08	0.4	0.00	0.6	0.01	0.4	0.00
Varones	232	5.6	0.07	3.0	0.06	0.0	0.00	0.4	0.01	0.4	0.00
Mujeres	231	8.2	0.14	5.6	0.10	0.9	0.01	0.9	0.01	0.4	0.00
N. Social Alto	169	3.6	0.04	1.8	0.05	0.6 *	0.01	0.6 *	0.01	0.6 *	0.01
N. Social Medio	132	8.3	0.14	4.5	0.09	0.0	0.00	0.0	0.00	0.0	0.00
N. Social Bajo	139	8.6	0.15	7.2	0.12	0.0	0.00	1.4	0.01	0.7	0.01
Nace España	405	5.7	0.08	4.2	0.07	0.5	0.00	0.5	0.00	0.2	0.00
Nace en extranjero	57	15.8	0.30	5.3	0.18	0.0	0.00	1.8	0.04	1.8	0.02
15 años	347	8.9	0.16	3.7	0.05	0.6	0.01	0.9	0.01	0.9	0.01
Varones	177	12.4	0.21	4.0	0.06	0.6	0.01	0.6	0.01	0.6	0.01
Mujeres	170	5.3	0.12	3.5	0.05	0.6	0.01	1.2	0.02	1.2	0.02
N. Social Alto	129	6.2	0.09	2.3	0.02	0.8 *	0.01	0.0 *	0.00	0.0 *	0.00
N. Social Medio	92	7.6	0.14	4.3	0.04	1.1	0.01	1.1	0.01	2.2	0.03
N. Social Bajo	107	10.3	0.18	4.7	0.07	0.0	0.00	1.9	0.03	0.9	0.01
Nace España	303	7.3	0.10	3.6	0.04	0.7	0.01	0.3	0.00	0.3	0.00
Nace en extranjero	42	19.0	0.64	4.8	0.14	0.0	0.00	4.8	0.07	4.8	0.07
35-44 años	490	15.5	0.30	14.1	0.29	1.4	0.01	1.6	0.02	6.7	0.11
Varones	175	17.1	0.39	15.4	0.31	2.3	0.02	3.4	0.06	8.0	0.18 *
Mujeres	315	14.6	0.25	13.3	0.28	1.0	0.01	0.6	0.01	6.0	0.07
N. Social Alto	131	9.9 *	0.13 *	4.6 *	0.06 *	1.5	0.02	0.0 *	0.00 *	2.3 *	0.02 *
N. Social Medio	92	16.3	0.22	19.6	0.26	2.2	0.02	3.3	0.03	2.2	0.02
N. Social Bajo	232	18.1	0.36	17.7	0.45	1.3	0.01	1.7	0.03	11.2	0.19
Nace España	355	14.1	0.28	13.5	0.31	1.7	0.02 *	1.7	0.03	5.6	0.10
Nace en extranjero	134	19.4	0.36	14.9	0.25	0.7	0.01	1.5	0.01	9.7	0.16
65-74 años	472	23.1	0.43	15.5	0.25	1.7	0.02	1.7	0.03	14.2	0.32
Varones	209	27.3	0.56 *	14.4	0.24	1.0	0.01	2.4	0.03	18.7 *	0.50 *
Mujeres	263	19.8	0.32	16.3	0.25	2.3	0.03	1.1	0.03	10.6	0.18
N. Social Alto	74	21.6	0.38	14.9	0.19	8.1 *	0.12	1.4 *	0.01	9.5 *	0.15 *
N. Social Medio	88	19.3	0.32	12.5	0.18	1.1	0.01	0.0	0.00	4.5	0.07
N. Social Bajo	226	25.7	0.50	18.1	0.30	0.4	0.00	1.8	0.03	18.6	0.45
Nace España	444	23.4	0.43	15.8	0.25	1.8	0.02 *	1.4	0.03	14.2	0.33
Nace en extranjero	27	18.5	0.37	11.1	0.11	0.0	0.00	7.4	0.11	14.8	0.26

*: Variable con efecto significativo ($p < 0.05$).

a: El código 4 (lámina o revestimiento) se ha excluido de la tabla pues es casi inexistente.

»» ANÁLISIS DE LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES

Prevalencia de las enfermedades periodontales. En la *Tabla 23* se exponen los porcentajes de sujetos para cada código IPC (Índice Periodontal Comunitario) máximo. Este índice se ha recogido a partir de los 12 años. En la cohorte de 12 años, el porcentaje de individuos con periodonto sano es del 51.8%, descendiendo a un 40.7% en los 15 años. El porcentaje de hemorragia tras sondaje es del 24.3% y 30.9% respectivamente. Un 29.4% de la cohorte de 35-44 años presenta salud periodontal, un 42.9% presenta sarro o cálculo mientras que el porcentaje de sujetos con bolsas profundas (≥ 6 mm) es del 2.9% y de bolsas periodontales de 4-5 mm un 13.3%. En los adultos mayores la salud periodontal sólo representa un 23.1%, sarro un 30.9%, y respecto a las bolsas profundas y a las bolsas de 4-5 mm un 8.5% y un 25.9% respectivamente.

Número de sextantes afectados. En relación con la severidad del proceso (*Tabla 24*), observamos que en la cohorte de 12 años, de los seis sextantes, 4.47 sextantes se encuentran sanos, siendo este valor de 4.17 en

los jóvenes de 15 años. Presentan sangrado 1.53 sextantes a los 12 años y 1.83 a los 15 años. La media de sextantes con sarro fue de 0.44 y 0.51 respectivamente. En los grupos de adultos el número de sextantes sanos desciende desde 3.28 a los 35-44 años hasta 2.19 sextantes a los 65-74 años. La existencia de bolsas de cualquier grado de profundidad aparece en 0.38 sextantes en los adultos jóvenes y en 0.81 sextantes en los adultos mayores. La media de sextantes con bolsas profundas es de 0.05 y 0.15 en ambas cohortes respectivamente. En el grupo de 65-74 años un promedio de 1.04 sextantes fueron excluidos del IPC (código X). »»

Tabla 24: Índice periodontal comunitario (IPC). Número medio de sextantes en cada código.

Código IPC ^a	n	media $\pm$ de	(IC-95%)
12 años	463		
0	423	4.47 $\pm$ 2.06	(3.82-5.12)
≥ 1	"	1.53 $\pm$ 2.06	(0.88-2.18)
≥ 2	"	0.44 $\pm$ 1.00	(0.24-0.64)
X	"	0.00 $\pm$ 0.00	--
No recogido	(40)		
Los 6 sextantes son X	(0)		
15 años	347		
0	337	4.17 $\pm$ 2.08	(3.44-4.90)
≥ 1	"	1.83 $\pm$ 2.08	(1.10-2.56)
≥ 2	"	0.51 $\pm$ 1.07	(0.37-0.65)
X	"	0.00 $\pm$ 0.00	--
No recogido	(10)		
Los 6 sextantes son X	(0)		
35-44	490		
0	489	3.28 $\pm$ 2.44	(2.54-4.02)
≥ 1	"	2.65 $\pm$ 2.40	(1.92-3.38)
≥ 2	"	1.54 $\pm$ 1.87	(1.11-1.97)
≥ 3	"	0.38 $\pm$ 1.06	(0.20-0.56)
4	"	0.05 $\pm$ 0.36	(0.01-0.09)
X	"	0.07 $\pm$ 0.39	(0.03-0.11)
No recogido	(1)		
Los 6 sextantes son X	(0)		
65-74 años	472		
0	433	2.19 $\pm$ 2.27	(1.48-2.90)
≥ 1	"	2.76 $\pm$ 2.27	(2.00-3.52)
≥ 2	"	1.79 $\pm$ 1.89	(1.16-2.42)
≥ 3	"	0.81 $\pm$ 1.41	(0.46-1.16)
4	"	0.15 $\pm$ 0.61	(0.07-0.23)
X	"	1.04 $\pm$ 1.50	(0.84-1.24)
No recogido	(4)		
Los 6 sextantes son X	(35)		

a: Códigos: tejidos periodontales sanos (0), sólo hemorragia (1), cálculos (2), bolsas poco profundas (3), bolsas profundas (4) y sextantes excluidos del análisis (X).

Tabla 23: Índice periodontal comunitario máximo (IPC).

IPC máximo	n	%	(IC-95%)
12 años	463		
0 (Sano)	219	51.8	(39.9-63.7)
1 (Hemorragia)	103	24.3	(14.4-34.3)
2 (Cálculo)	101	23.9	(16.9-30.9)
No recogido	(40)		
Los 6 sextantes son X	(0)		
15 años	347		
0 (Sano)	137	40.7	(30.2-51.1)
1 (Hemorragia)	104	30.9	(21.6-40.1)
2 (Cálculo)	96	28.5	(20.8-36.1)
No recogido	(10)		
Los 6 sextantes son X	(0)		
35-44	490		
0 (Sano)	144	29.4	(15.3-43.6)
1 (Hemorragia)	56	11.5	(6.9-16.0)
2 (Cálculo)	210	42.9	(32.2-53.7)
3 (Bolsas 4-5 mm)	65	13.3	(7.1-19.5)
4 (Bolsas ≥ 6 mm)	14	2.9	(1.3-4.4)
No recogido	(1)		
Los 6 sextantes son X	(0)		
65-74 años	472		
0 (Sano)	100	23.1	(10.2-36.0)
1 (Hemorragia)	50	11.5	(5.6-17.5)
2 (Cálculo)	134	30.9	(22.0-39.9)
3 (Bolsas 4-5 mm)	112	25.9	(17.4-34.3)
4 (Bolsas ≥ 6 mm)	37	8.5	(4.5-12.6)
No recogido	(4)		
Los 6 sextantes son X	(35)		

➤➤➤ Finalmente, en la *Tabla 25* se presenta la distribución porcentual de sujetos explorados según códigos IPC y arcadas.

Análisis de la pérdida de inserción. En las *Tablas 26 y 27* se muestra la pérdida de inserción (respecto a la unión cemento-esmalte) en los grupos de adultos. En la cohorte de 35-44 años, el 71.1 % no presentan pérdida de inserción y el 22.5 % muestran pérdidas de 4 a 5 mm (código 1). Únicamente en el 6.4 % de los individuos se observa pérdida de inserción mayor o igual a 6 mm.

En la cohorte de 65-74 años, el 38.6% está sano respecto este signo, el 33.7% muestra una pérdida de 4-5 mm y el 27.9% presentan pérdidas de 6 o más mm (*Tabla 26*). Atendiendo a la gravedad del proceso, se observa ausencia de este signo en una media de 5.23 sextantes en el grupo 35-44 años y 3.12 en la cohorte de 65-74 años. La pérdida de inserción grave (6 o más mm) afecta de media a 0.14 sextantes en los adultos jóvenes y a 0.58 sextantes en los adultos mayores. Un promedio de 1.0 sextantes ha sido excluido en esta cohorte (*Tabla 27*). ➤➤➤

Tabla 25: Distribución de sextantes según códigos IPC^a.

Edad Código IPC	Arcada superior		Arcada inferior		Total n (%)
	Anterior n (%)	Posterior n (%)	Anterior n (%)	Posterior n (%)	
12 años					
IPC=0	324 (76.6)	608 (71.9)	266 (62.9)	692 (81.8)	1890 (74.5)
IPC=1	91 (21.5)	186 (22.0)	66 (15.6)	119 (14.1)	462 (18.2)
IPC=2	8 (1.9)	52 (6.1)	91 (21.5)	35 (4.1)	186 (7.3)
IPC=X	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Total	423 (100.0)	846 (100.0)	423 (100.0)	846 (100.0)	2538 (100.0)
15 años					
IPC=0	253 (75.1)	450 (66.8)	184 (54.6)	519 (77.0)	1406 (69.5)
IPC=1	76 (22.6)	169 (25.1)	64 (19.0)	135 (20.0)	444 (22.0)
IPC=2	8 (2.4)	55 (8.2)	89 (26.4)	20 (3.0)	172 (8.5)
IPC=X	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Total	337 (100.0)	674 (100.0)	337 (100.0)	674 (100.0)	2022 (100.0)
35-44 años					
IPC=0	313 (64.0)	529 (54.1)	169 (34.6)	593 (60.6)	1604 (54.7)
IPC=1	113 (23.1)	184 (18.8)	49 (10.0)	199 (20.3)	545 (18.6)
IPC=2	41 (8.4)	157 (16.1)	255 (52.1)	112 (11.5)	565 (19.3)
IPC=3	17 (3.5)	77 (7.9)	16 (3.3)	52 (5.3)	162 (5.5)
IPC=4	0 (0.0)	17 (1.7)	0 (0.0)	8 (0.8)	25 (0.9)
IPC=X	5 (1.0)	14 (1.4)	0 (0.0)	14 (1.4)	33 (1.1)
Total	489 (100.0)	978 (100.0)	489 (100.0)	978 (100.0)	2934 (100.0)
65-74 años					
IPC=0	203 (43.4)	273 (29.2)	130 (27.8)	343 (36.6)	949 (33.8)
IPC=1	105 (22.4)	132 (14.1)	54 (11.5)	129 (13.8)	420 (15.0)
IPC=2	45 (9.6)	109 (11.6)	176 (37.6)	95 (10.1)	425 (15.1)
IPC=3	27 (5.8)	112 (12.0)	38 (8.1)	111 (11.9)	288 (10.3)
IPC=4	8 (1.7)	29 (3.1)	9 (1.9)	18 (1.9)	64 (2.3)
IPC=X	80 (17.1)	281 (30.0)	61 (13.0)	240 (25.6)	662 (23.6)
Total	468 (100.0)	936 (100.0)	468 (100.0)	936 (100.0)	2808 (100.0)

a: Basado en los sujetos que presentan al menos un sextante con código distinto a X.

Tabla 26: Pérdida máxima de inserción.

Pérdida máxima	n	% (IC-95%)
35-44	490	
0-3 mm (0)	342	71.1 (61.4-80.8)
4-5 mm (1)	108	22.5 (15.7-29.2)
6-8 mm (2)	27	5.6 (2.5-8.7)
9-11 mm (3)	3	0.6 (0.0-1.3)
≥ 12 mm (4)	1	0.2 (0.2-0.6)
No recogido	(9)	
Los 6 sextantes son X	(0)	
65-74 años	472	
0-3 mm (0)	166	38.6 (27.7-49.5)
4-5 mm (1)	144	33.5 (25.7-41.3)
6-8 mm (2)	93	21.6 (14.0-29.3)
9-11 mm (3)	20	4.7 (2.4-6.9)
≥ 12 mm (4)	7	1.6 (0.4-2.9)
No recogido	(7)	
Los 6 sextantes son X	(35)	

Tabla 27: Pérdida de inserción. Número medio de sextantes en cada código.

Código	n	media±de	(IC-95%)
35-44	490		
0-3 mm (0)	481	5.23±1.47	(4.92-5.54)
4-5 mm (1)	"	0.57±1.13	(0.33-0.81)
6-8 mm (2)	"	0.13±0.60	(0.05-0.21)
9-11 mm (3)	"	0.01±0.11	(0.01-0.01)
≥ 12 mm (4)	"	0.00±0.05	(0.00-0.00)
Excl.(X)	"	0.06±0.37	(0.02-0.10)
No recogido	(9)		
Los 6 sextantes son X	(0)		
65-74 años	472		
0-3 mm (0)	430	3.12±2.28	(2.63-3.61)
4-5 mm (1)	"	1.30±1.67	(0.85-1.75)
6-8 mm (2)	"	0.49±1.02	(0.29-0.69)
9-11 mm (3)	"	0.07±0.33	(0.03-0.11)
≥ 12 mm (4)	"	0.02±0.15	(0.00-0.04)
Excl.(X)	"	1.00±1.48	(0.80-1.20)
No recogido	(7)		
Los 6 sextantes son X	(35)		

Tabla 28: Índice periodontal comunitario (IPC), según sexo, nivel social y país de nacimiento.

	Muestra (n) ^a				Código IPC máximo (%) ^b				
	Total	No registr.	6 sext. "X"	Efectiva	0	1	2	3	4
12 años	463	40	0	423	51.8	24.3	23.9		
Varones	232	19	0	213	48.8	26.3	24.9		
Mujeres	231	21	0	210	54.8	22.4	22.9		
N. Social Alto	169	9	0	160	53.1	23.8	23.1		
N. Social Medio	132	6	0	126	47.6	27.0	25.4		
N. Social Bajo	139	24	0	115	54.8	23.5	21.7		
Nace en España	405	29	0	376	51.6	25.5	22.9		
Nace en extranjero	57	11	0	46	54.3	13.0	32.6		
15 años	347	10	0	337	40.7	30.9	28.5		
Varones	177	5	0	172	40.7	32.0	27.3		
Mujeres	170	5	0	165	40.6	29.7	29.7		
N. Social Alto	129	3	0	126	30.2	38.9	31.0		
N. Social Medio	92	3	0	89	41.6	28.1	30.3		
N. Social Bajo	107	3	0	104	51.9	25.0	23.1		
Nace en España	303	8	0	295	41.7	30.8	27.5		
Nace en extranjero	42	2	0	40	32.5	32.5	35.0		
35-44 años	490	1	0	489	29.4	11.5	42.9	13.3	2.9
Varones	175	0	0	175	26.3	10.3	45.7	14.9	2.9
Mujeres	315	1	0	314	31.2	12.1	41.4	12.4	2.9
N. Social Alto	131	1	0	130	33.1	13.8	44.6	6.9	1.5
N. Social Medio	92	0	0	92	26.1	12.0	43.5	14.1	4.3
N. Social Bajo	232	0	0	232	28.9	10.3	42.7	15.1	3.0
Nace en España	355	0	0	355	29.3	10.7	45.4	12.1	2.5
Nace en extranjero	134	1	0	133	30.1	13.5	36.1	16.5	3.8
65-74 años	472	4	35	433	23.1	11.5	30.9	25.9	8.5
Varones	209	1	14	194	19.1	11.9	29.4	30.4	9.3
Mujeres	263	3	21	239	26.4	11.3	32.2	22.2	7.9
N. Social Alto	74	1	0	73	20.5	11.0	31.5	20.5	16.4
N. Social Medio	88	1	5	82	29.3	13.4	26.8	29.3	1.2
N. Social Bajo	226	1	21	204	21.6	12.7	32.4	25.0	8.3
Nace en España	444	4	31	409	23.0	11.5	31.3	26.4	7.8
Nace en extranjero	27	0	4	23	26.1	8.7	26.1	17.4	21.7

Ninguna variable (sexo, nivel social o nacimiento) se asoció estadísticamente con el código IPC máximo, para ninguna edad.

a: Del total, se excluyen los individuos no registrados y aquellos con los seis sextantes con código X.

b: Porcentaje de individuos con: tejidos periodontales sanos (0), sólo hemorragia (1), cálculos (2), bolsas poco profundas (3) y bolsas profundas (4).

»» **Variables relacionadas con el Índice Periodontal Comunitario.** Ninguna de las variables analizadas como sexo, nivel social y país de nacimiento ha mostrado asociación con el IPC máximo en las cohortes exploradas (Tabla 28). En la Tabla 29 se presenta el número medio

de sextantes afectados, apareciendo diferencias significativas en los jóvenes de 15 años respecto al número de sextantes sanos y sextantes con sangrado o cálculo. Así, el nivel social alto presenta una media de 3.69 sextantes sanos mientras que el nivel medio y el »»

Tabla 29: Índice periodontal comunitario (IPC). Número medio de sextantes en cada código^a, según sexo, nivel social, y país de nacimiento.

	Códigos de IPC ^b					
	0	≥ 1	≥ 2	≥ 3	4	X
12 años	4.47	1.53	0.44			0.00
Varones	4.39	1.61	0.45			0.00
Mujeres	4.54	1.46	0.43			0.00
N. Social Alto	4.34	1.66	0.37			0.00
N. Social Medio	4.33	1.67	0.44			0.00
N. Social Bajo	4.85	1.15	0.42			0.00
Nace en España	4.46	1.54	0.41			0.00
Nace extranjero	4.61	1.39	0.72			0.00
15 años	4.17	1.83	0.51			0.00
Varones	4.19	1.81	0.47			0.00
Mujeres	4.16	1.84	0.55			0.00
N. Social Alto	3.69*	2.31*	0.44			0.00
N. Social Medio	4.12	1.88	0.70			0.00
N. Social Bajo	4.76	1.24	0.45			0.00
Nace en España	4.21	1.79	0.48			0.00
Nace extranjero	3.92	2.08	0.75			0.00

Tabla 29: Índice periodontal comunitario (IPC). Número medio de sextantes en cada código^a, según sexo, nivel social, y país de nacimiento.

	Códigos de IPC ^b					
	0	≥ 1	≥ 2	≥ 3	4	X
35-44 años	3.28	2.65	1.54	0.38	0.05	0.07
Varones	3.21	2.74	1.66	0.43	0.07	0.05
Mujeres	3.32	2.61	1.47	0.36	0.04	0.08
N. Social Alto	3.69	2.28	1.18*	0.18*	0.02*	0.02
N. Social Medio	3.18	2.75	1.60	0.45	0.11	0.07
N. Social Bajo	3.14	2.76	1.62	0.42	0.05	0.10
Nace en España	3.35	2.58	1.53	0.34	0.05	0.07
Nace extranjero	3.08	2.86	1.55	0.51	0.05	0.06
65-74 años	2.19	2.76	1.79	0.81	0.15	1.04
Varones	1.90*	3.03*	2.06*	1.01*	0.19	1.07
Mujeres	2.43	2.55	1.58	0.65	0.11	1.03
N. Social Alto	2.29*	2.82	1.74*	0.79	0.30*	0.89*
N. Social Medio	2.72	2.46	1.30	0.66	0.01	0.82
N. Social Bajo	1.99	2.75	1.79	0.83	0.14	1.26
Nace en España	2.20	2.78	1.81	0.81	0.14	1.02
Nace extranjero	2.17	2.52	1.57	0.91	0.35	1.30

*: Variable con efecto significativo ($p < 0.05$).

a: Basado en los mismos tamaños muestrales que la Tabla anterior (sujetos que presentan al menos un sextante con código mayor o igual a 0).

b: Códigos: tejidos periodontales sanos (0), sólo hemorragia (1), cálculos (2), bolsas poco profundas (3), bolsas profundas (4) y sextantes excluidos del análisis (X).

►►► nivel bajo presentan valores medios de 4.12 y 4.76 respectivamente. En cuanto a sextantes afectados, los valores son de 2.31 en nivel alto, 1.88 en nivel medio y 1.24 en nivel bajo. Se observa, por tanto, una asociación inversa con el nivel social; tienen peores datos (menos sextantes sanos y más sextantes afectados) los de nivel social alto que los de nivel social medio o bajo (éstos últimos con mejores valores en ambas categorías). En la cohorte de 35-44 años, hallamos una asociación significativa con nivel social. De este modo, el número de sextantes con códigos ≥ 2 es de 1.18 en el nivel social

alto, aumentando a 1.60 en nivel medio y a 1.62 en nivel bajo. La misma tendencia se observa en el número de sextantes con códigos ≥ 3 y en los códigos 4.

En el grupo de adultos mayores, tanto el sexo como el nivel social influyen en la gravedad del IPC, siendo mayor el número de sextantes sanos en mujeres (2.43) frente a los varones (1.9) y en el nivel social medio (2.72), frente a nivel alto (2.29) y nivel bajo (1.99).

Variables relacionadas con la pérdida de inserción. En la Tabla 30 se observa que no hay diferencias estadísticamente significativas en el porcentaje de adultos ►►►

Tabla 30: Pérdida de inserción. Valoración según sexo, nivel social y país de nacimiento^a.

	Muestra (n) ^b				Pérdida de inserción máxima (%)				
	Total	No registr.	6 sext. "X"	Efectiva	0-3 mm (0)	4-5 mm (1)	6-8 mm (2)	9-11 mm (3)	≥12 mm (4)
35-44 años	490	9	0	481	71.1	22.5	5.6	0.6	0.2
Varones	175	3	0	172	66.3	25.6	7.6	0.6	0.0
Mujeres	315	6	0	309	73.8	20.7	4.5	0.6	0.3
N. Social Alto	131	1	0	130	80.8	13.8	4.6	0.8	0.0
N. Social Medio	92	3	0	89	66.3	24.7	7.9	1.1	0.0
N. Social Bajo	232	2	0	230	69.6	25.7	4.3	0.0	0.4
Nace en España	355	4	0	351	70.1	24.2	4.8	0.9	0.0
Nace en extranjero	134	5	0	129	73.6	17.8	7.8	0.0	0.8
65-74 años	472	7	35	430	38.6	33.5	21.6	4.7	1.6
Varones	209	1	14	194	34.5	34.0	24.7	5.2	1.5
Mujeres	263	6	21	236	41.9	33.1	19.1	4.2	1.7
N. Social Alto	74	1	0	73	38.4	32.9	21.9	6.8	0.0
N. Social Medio	88	2	5	81	35.8	34.6	23.5	3.7	2.5
N. Social Bajo	226	2	21	203	36.0	35.5	21.2	4.9	2.5
Nace en España	444	7	31	406	37.4	34.5	21.7	4.9	1.5
Nace en extranjero	27	0	4	23	56.5	17.4	21.7	0.0	4.3

a: No hay asociación estadísticamente significativa entre pérdida máxima de inserción y sexo, nivel social o nacimiento, ni a los 35-44, ni a los 65-74 años de edad.

b: Del total, se excluyen los individuos no registrados y aquellos con los seis sextantes con código X.

Tabla 31: Pérdida de inserción. Número medio de sextantes en cada código^a. Valoración según sexo, nivel social y país de nacimiento.

	Pérdida de inserción					
	0-3 mm (0)	4-5 mm (1)	6-8 mm (2)	9-11 mm (3)	≥ 12 mm (4)	Excl. (X)
35-44 años	5.23	0.57	0.13	0.01	0.00	0.06
Varones	5.12	0.65	0.17	0.01	0.00	0.05
Mujeres	5.29	0.52	0.10	0.01	0.00	0.07
N. Social Alto	5.53*	0.35	0.08	0.02	0.00	0.02
N. Social Medio	5.01	0.66	0.25	0.01	0.00	0.07
N. Social Bajo	5.20	0.60	0.10	0.00	0.00	0.09
Nace en España	5.21	0.58	0.13	0.01	0.00	0.07
Nace en extranjero	5.27	0.53	0.13	0.00	0.01	0.06
65-74 años	3.12	1.30	0.49	0.07	0.02	1.00
Varones	2.91	1.37	0.62*	0.06	0.02	1.03
Mujeres	3.30	1.25	0.38	0.07	0.02	0.98
N. Social Alto	3.19	1.38	0.49	0.08	0.00*	0.85*
N. Social Medio	3.23	1.41	0.56	0.04	0.02	0.74
N. Social Bajo	2.94	1.21	0.50	0.07	0.03	1.26
Nace en España	3.09	1.33*	0.49	0.07*	0.02	1.00
Nace en extranjero	3.65	0.78	0.48	0.00	0.04	1.04

*: Variable con efecto significativo ($p < 0.05$).

a: Basado en los mismos tamaños muestrales que la Tabla anterior (sujetos que presentan al menos un sextante con código mayor o igual a 0).

➤➤➤ con pérdida de inserción según sexo, nivel social o país de nacimiento (Tabla 31).

ANÁLISIS DE LA PRÓTESIS

Situación actual. Respecto al estado de las prótesis (Tablas 32 y 33) en la cohorte de 35-44 años, son por-

tadores de prótesis un 10.8% en el maxilar superior y un 7.1% en el inferior. Diferenciando el tipo de prótesis, podemos destacar que un 4.2% son portadores de prótesis fija sobre implantes tanto en el maxilar superior como inferior. En la cohorte de 65-74 años, se detectan un 59% de portadores de prótesis en el maxilar superior y un 48.8% en el inferior. De estos, un 14.3% ➤➤➤

Tabla 32: Estado de prótesis. Distribución porcentual.

	n	%	(IC-95%)
SUPERIOR			
35-44 años	490		
0 "Ninguna"	429	89.2	(86.6-91.8)
1 "Puente"	15	3.1	(2.1-4.2)
2 "Más de un puente"	5	1.0	(0.2-1.9)
3 "Prótesis parcial removible"	7	1.5	(0.0-2.9)
4 "Puente(s) y prótesis parcial removible"	3	0.6	(0.0-1.4)
5 "Prótesis completa"	1	0.2	(0.0-0.6)
6 "Prótesis fija sobre implante/s"	20	4.2	(2.6-5.7)
7 "Prótesis removible sobre implante/s"	1	0.2	(0.0-0.6)
No registrado	(9)		
65-74 años	472		
0 "Ninguna"	189	41.0	(36.4-45.6)
1 "Puente"	52	11.3	(8.6-14.0)
2 "Más de un puente"	48	10.4	(8.3-12.5)
3 "Prótesis parcial removible"	50	10.8	(7.2-14.5)
4 "Puente(s) y prótesis parcial removible"	9	2.0	(1.1-2.9)
5 "Prótesis completa"	42	9.1	(6.3-11.9)
6 "Prótesis fija sobre implante/s"	66	14.3	(9.4-19.3)
7 "Prótesis removible sobre implante/s"	5	1.1	(0.1-2.1)
No registrado	(11)		

Tabla 32: Estado de prótesis. Distribución porcentual.

	n	%	(IC-95%)
INFERIOR			
35-44 años	490		
0 "Ninguna"	447	92.9	(91.3-94.5)
1 "Puente"	5	1.0	(0.1-1.9)
2 "Más de un puente"	1	0.2	(0.0-0.6)
3 "Prótesis parcial removible"	5	1.0	(0.0-2.3)
4 "Puente(s) y prótesis parcial removible"	1	0.2	(0.0-0.6)
5 "Prótesis completa"	1	0.2	(0.0-0.6)
6 "Prótesis fija sobre implante/s"	20	4.2	(2.4-5.9)
7 "Prótesis removible sobre implante/s"	1	0.2	(0.0-0.6)
No registrado	(9)		
65-74 años	472		
0 "Ninguna"	236	51.2	(47.1-55.3)
1 "Puente"	26	5.6	(3.9-7.4)
2 "Más de un puente"	24	5.2	(4.0-6.4)
3 "Prótesis parcial removible"	58	12.6	(9.8-15.4)
4 "Puente(s) y prótesis parcial removible"	17	3.7	(1.6-5.8)
5 "Prótesis completa"	25	5.4	(2.8-8.1)
6 "Prótesis fija sobre implante/s"	66	14.3	(9.3-19.3)
7 "Prótesis removible sobre implante/s"	9	2.0	(0.5-3.4)
No registrado	(11)		

Tabla 33: Estado de prótesis recodificado. Distribución porcentual.

	n	%	(IC-95%)
SUPERIOR			
35-44 años	490		
"Ninguna"	429	89.2	(86.6-91.8)
"Puente/s" a	40	8.3	(6.1-10.5)
"Prótesis parcial removible" b	10	2.1	(0.6-3.5)
"Prótesis completa" c	2	0.4	(0.0-0.9)
No registrado	(9)		
65-74 años	472		
"Ninguna"	189	41.0	(36.4-45.6)
"Puente/s"	166	36.0	(30.1-41.9)
"Prótesis parcial removible"	59	12.8	(9.1-16.5)
"Prótesis completa"	47	10.2	(7.1-13.3)
No registrado	(11)		
INFERIOR			
35-44 años	490		
"Ninguna"	447	92.9	(91.3-94.5)
"Puente/s"	26	5.4	(4.0-6.8)
"Prótesis parcial removible"	6	1.2	(0.0-2.6)
"Prótesis completa"	2	0.4	(0.0-0.9)
No registrado	(9)		
65-74 años	472		
"Ninguna"	236	51.2	(47.1-55.3)
"Puente/s"	116	25.2	(19.5-30.8)
"Prótesis parcial removible"	75	16.3	(13.2-19.3)
"Prótesis completa"	34	7.4	(4.5-10.2)
No registrado	(11)		
SUPERIOR + INFERIOR			
35-44 años	490		
"Ninguna"	413	85.9	(83.7-88.0)
"Puente/s"	11	2.3	(1.4-3.2)
"Prótesis parcial removibles"	5	1.0	(0.0-2.3)
"Prótesis completas"	1	0.2	(0.0-0.6)
"Otras combinaciones" d	51	10.6	(8.6-12.6)
No registrado	(9)		

son portadores de prótesis fija sobre implantes tanto en el maxilar superior como inferior, y un 1.1% y un 2.0% portadores de prótesis removible sobre implantes.

Respecto a la prótesis completa removible o dentadura, un 9.1% en el maxilar superior y un 5.4% en el inferior son portadores de ella.

Tabla 33: Estado de prótesis recodificado. Distribución porcentual.

	n	%	(IC-95%)
65-74 años	472		
"Ninguna"	158	34.3	(29.6-39.0)
"Puentes/s"	86	18.7	(13.9-23.4)
"Prótesis parcial removibles"	35	7.6	(6.0-9.2)
"Prótesis completas"	25	5.4	(2.9-8.0)
"Otras combinaciones"	157	34.1	(29.4-38.7)
No registrado	(11)		

a: Incluye las categorías "Puentes", "Más de un puente" y "Prótesis fija sobre implante/s".

b: Incluye las categorías "Prótesis parcial removible" y "Puentes(s) y Prótesis parcial removible".

c: Incluye las categorías "Dentadura completa removible" y "Prótesis removible sobre implante/s".

d: Incluye todas las combinaciones en que los estados en cuanto a prótesis en arcada superior e inferior son diferentes.

»» En cuanto a las necesidades de prótesis (Tablas 34 y 35), en el grupo de 35-44 años, un 18.3% (en maxilar superior) y un 25.4% (maxilar inferior) precisa algún tipo de prótesis. Las necesidades de prótesis unitarias varían en función del maxilar entre el 10.2 y el 13.3% y las multiunitarias entre el 7.7 y 10.6%. En la cohorte de 65-74 años, entre el 40.6% y el 44.7% precisa algún tipo de tratamiento de prótesis. En esta cohorte las mayores necesidades de prótesis detectadas son las multiunitarias (entre 26.9 y 26.2% dependiendo del maxilar). La prótesis completa tan sólo es requerida por el 1.7% (en maxilar superior) y el 2.0% (en maxilar inferior).

Variables relacionadas con el estado de las prótesis.

Si observamos las Tablas 36 y 37, no hay asociaciones estadísticamente significativas del estado de prótesis con las variables sexo, nivel social y país de nacimiento en ninguna de las dos cohortes adultas.

Variables relacionadas con las necesidades de prótesis. Al analizar las Tablas 38 y 39, se encuentra una asociación significativa entre necesidad de prótesis completa y país de nacimiento, ya que en la cohorte de 65-74 años, el 1.6% de los nacidos en España necesitan una prótesis completa en el maxilar superior frente al 3.8% de los nacidos en el extranjero. »»

Tabla 34: Necesidad de prótesis. Distribución porcentual.

	n	%	(IC-95%)
SUPERIOR			
35-44 años	490		
0 "Ninguna"	392	81.7	(78.1-85.3)
1 "Prótesis unitaria"	49	10.2	(7.3-13.1)
2 "Prótesis multiunitaria"	37	7.7	(5.2-10.3)
3 "Combinación uni-multiunitaria"	2	0.4	(0.0-0.9)
4 "Completa"	0	0.0	(0.0-0.0)
No registrado	(10)		
65-74 años	472		
0 "Ninguna"	274	59.4	(52.7-66.2)
1 "Prótesis unitaria"	44	9.5	(6.1-13.0)
2 "Prótesis multiunitaria"	124	26.9	(20.2-33.6)
3 "Combinación uni-multiunitaria"	11	2.4	(1.1-3.7)
4 "Completa"	8	1.7	(0.2-3.2)
No registrado	(11)		
INFERIOR			
35-44 años	490		
0 "Ninguna"	358	74.6	(69.4-79.7)
1 "Prótesis unitaria"	64	13.3	(10.3-16.3)
2 "Prótesis multiunitaria"	51	10.6	(8.0-13.2)
3 "Combinación uni-multiunitaria"	6	1.3	(0.4-2.1)
4 "Completa"	1	0.2	(0.0-0.6)
No registrado	(10)		
65-74 años	472		
0 "Ninguna"	255	55.3	(46.9-63.7)
1 "Prótesis unitaria"	64	13.9	(10.1-17.7)
2 "Prótesis multiunitaria"	121	26.2	(19.9-32.6)
3 "Combinación uni-multiunitaria"	12	2.6	(0.9-4.3)
4 "Completa"	9	2.0	(0.6-3.3)
No registrado	(11)		

Tabla 35: Necesidad de prótesis recodificada. Distribución porcentual.

	n	%	(IC-95%)
SUPERIOR			
35-44 años	490		
0 "Ninguna"	392	81.7	(78.1-85.3)
1 "Prótesis unitaria"	49	10.2	(7.3-13.1)
2 "Prótesis multiunitaria" ^a	39	8.1	(5.5-10.8)
3 "Completa"	0	0.0	(0.0-0.0)
No registrado	(10)		
65-74 años	472		
0 "Ninguna"	274	59.4	(52.7-66.2)
1 "Prótesis unitaria"	44	9.5	(6.1-13.0)
2 "Prótesis multiunitaria"	135	29.3	(22.9-35.7)
3 "Completa"	8	1.7	(0.2-3.2)
No registrado	(11)		
INFERIOR			
35-44 años	490		
0 "Ninguna"	358	74.6	(69.4-79.7)
1 "Prótesis unitaria"	64	13.3	(10.3-16.3)
2 "Prótesis multiunitaria"	57	11.9	(8.9-14.9)
3 "Completa"	1	0.2	(0.0-0.6)
No registrado	(10)		
65-74 años	472		
0 "Ninguna"	255	55.3	(46.9-63.7)
1 "Prótesis unitaria"	64	13.9	(10.1-17.7)
2 "Prótesis multiunitaria"	133	28.9	(22.2-35.5)
3 "Completa"	9	2.0	(0.6-3.3)
No registrado	(11)		
SUPERIOR-INFERIOR			
35-44 años	490		
0 "Ninguna"	322	67.1	(61.3-72.9)
1 "Prótesis unitarias"	16	3.3	(1.6-5.0)
2 "Prótesis multiunitarias"	18	3.8	(2.1-5.4)
3 "Completa"	0	0.0	(0.0-0.0)
9 "Otras combinaciones" ^b	124	25.8	(21.2-30.5)
No registrado	(10)		
65-74 años	472		
0 "Ninguna"	192	41.6	(32.9-50.4)
1 "Prótesis unitarias"	13	2.8	(1.4-4.2)
2 "Prótesis multiunitarias"	77	16.7	(12.1-21.3)
3 "Completa"	5	1.1	(0.2-2.0)
9 "Otras combinaciones"	174	37.7	(32.3-43.2)
No registrado	(11)		

a: Incluye las categorías "Necesidad de prótesis multiunitaria" y "Necesidad de una combinación de prótesis unitaria y multiunitaria".

b: Incluye todas las combinaciones en que las necesidades en cuanto a prótesis en arcada superior e inferior son diferentes.

Tabla 36: Estado de prótesis (distribución porcentual), según sexo, nivel social y lugar de nacimiento.

			Situación de la prótesis ^a							
	n	Desc.	0	1	2	3	4	5	6	7
SUPERIOR										
35-44 años	490	(9)	89.2	3.1	1.0	1.5	0.6	0.2	4.2	0.2
Varones	175	(1)	92.5	1.7	1.1	0.6	0.6	0.0	3.4	0.0
Mujeres	315	(8)	87.3	3.9	1.0	2.0	0.7	0.3	4.6	0.3
N. Social Alto	131	(1)	92.3	2.3	0.0	0.0	0.0	0.0	4.6	0.8
N. Social Medio	92	(1)	90.1	2.2	1.1	2.2	1.1	0.0	3.3	0.0
N. Social Bajo	232	(7)	89.3	2.7	1.3	1.8	0.9	0.4	3.6	0.0
Nace España	355	(8)	90.2	2.6	0.9	1.2	0.3	0.0	4.6	0.3
Nace en extranjero	134	(1)	86.5	4.5	1.5	2.3	1.5	0.8	3.0	0.0

Tabla 36: Estado de prótesis (distribución porcentual), según sexo, nivel social y lugar de nacimiento.

	n	Desc.	Situación de la prótesis ^a							
			0	1	2	3	4	5	6	7
65-74 años	472	(11)	41.0	11.3	10.4	10.8	2.0	9.1	14.3	1.1
Varones	209	(4)	48.8	9.3	9.3	10.2	1.0	8.3	11.7	1.5
Mujeres	263	(7)	34.8	12.9	11.3	11.3	2.7	9.8	16.4	0.8
N. Social Alto	74	(3)	38.0	8.5	16.9	4.2	0.0	4.2	25.4	2.8
N. Social Medio	88	(3)	41.2	10.6	12.9	11.8	1.2	1.2	21.2	0.0
N. Social Bajo	226	(4)	43.7	9.0	6.8	13.1	2.7	12.6	10.8	1.4
Nace España	444	(10)	41.2	11.5	11.1	10.1	1.8	8.5	14.5	1.2
Nace en extranjero	27	(1)	38.5	7.7	0.0	19.2	3.8	19.2	11.5	0.0
INFERIOR										
35-44 años	490	(9)	92.9	1.0	0.2	1.0	0.2	0.2	4.2	0.2
Varones	175	(1)	93.7	0.0	0.6	1.1	0.0	0.6	4.0	0.0
Mujeres	315	(8)	92.5	1.6	0.0	1.0	0.3	0.0	4.2	0.3
N. Social Alto	131	(1)	93.8	0.8	0.0	0.0	0.0	0.0	4.6	0.8
N. Social Medio	92	(1)	93.4	1.1	0.0	1.1	1.1	0.0	3.3	0.0
N. Social Bajo	232	(7)	92.9	0.9	0.4	1.3	0.0	0.4	4.0	0.0
Nace España	355	(8)	92.5	0.9	0.3	1.2	0.3	0.3	4.3	0.3
Nace en extranjero	134	(1)	94.0	1.5	0.0	0.8	0.0	0.0	3.8	0.0
65-74 años	472	(11)	51.2	5.6	5.2	12.6	3.7	5.4	14.3	2.0
Varones	209	(4)	56.1	4.4	4.9	12.2	3.9	4.4	13.2	1.0
Mujeres	263	(7)	47.3	6.6	5.5	12.9	3.5	6.3	15.2	2.7
N. Social Alto	74	(3)	47.9	4.2	11.3	4.2	2.8	1.4	28.2	0.0
N. Social Medio	88	(3)	48.2	9.4	4.7	12.9	0.0	2.4	20.0	2.4
N. Social Bajo	226	(4)	53.2	2.7	3.6	16.7	5.0	6.8	9.5	2.7
Nace España	444	(10)	50.9	6.0	5.3	12.4	3.7	4.8	14.7	2.1
Nace en extranjero	27	(1)	57.7	0.0	3.8	11.5	3.8	15.4	7.7	0.0

No hay ninguna asociación significativa entre Situación de Prótesis y las variables Sexo, Nivel Social o Nacimiento, en ninguna de las dos edades y para arcada superior o inferior.

a: 0 "Ninguna", 1 "Puente", 2 "Más de un puente", 3 "Prótesis parcial removible", 4 "Puente(s) y prótesis parcial removible", 5 "Dentadura completa removible", 6 "Prótesis fija sobre implante/s" y 7 "Prótesis removible sobre implante/s".

Tabla 37: Estado de prótesis recodificado (porcentual), según sexo, nivel social y lugar de nacimiento.

			Situación recodificada de la prótesisª				
	n	Desc.	No	Puente/s	Parcial	Completa	Otrasª
SUPERIOR							
35-44 años	490	(9)	89.2	8.3	2.1	0.4	
Varones	175	(1)	92.5	6.3	1.1	0.0	
Mujeres	315	(8)	87.3	9.4	2.6	0.7	
N. Social Alto	131	(1)	92.3	6.9	0.0	0.8	
N. Social Medio	92	(1)	90.1	6.6	3.3	0.0	
N. Social Bajo	232	(7)	89.3	7.6	2.7	0.4	
Nace España	355	(8)	90.2	8.1	1.4	0.3	
Nace en extranjero	134	(1)	86.5	9.0	3.8	0.8	
65-74 años	472	(11)	41.0	36.0	12.8	10.2	
Varones	209	(4)	48.8	30.2	11.2	9.8	
Mujeres	263	(7)	34.8	40.6	14.1	10.5	
N. Social Alto	74	(3)	38.0	50.7	4.2	7.0	
N. Social Medio	88	(3)	41.2	44.7	12.9	1.2	
N. Social Bajo	226	(4)	43.7	26.6	15.8	14.0	
Nace España	444	(10)	41.2	37.1	12.0	9.7	
Nace en extranjero	27	(1)	38.5	19.2	23.1	19.2	
INFERIOR							
35-44 años	490	(9)	92.9	5.4	1.2	0.4	
Varones	175	(1)	93.7	4.6	1.1	0.6	
Mujeres	315	(8)	92.5	5.9	1.3	0.3	
N. Social Alto	131	(1)	93.8	5.4	0.0	0.8	
N. Social Medio	92	(1)	93.4	4.4	2.2	0.0	
N. Social Bajo	232	(7)	92.9	5.3	1.3	0.4	
Nace España	355	(8)	92.5	5.5	1.4	0.6	
Nace en extranjero	134	(1)	94.0	5.3	0.8	0.0	

Tabla 37: Estado de prótesis recodificado (porcentual), según sexo, nivel social y lugar de nacimiento.

	n	Desc.	Situación recodificada de la prótesis ^a				
			No	Puente/s	Parcial	Completa	Otras ^a
65-74 años	472	(11)	51.2	25.2	16.3	7.4	
Varones	209	(4)	56.1	22.4	16.1	5.4	
Mujeres	263	(7)	47.3	27.3	16.4	9.0	
N. Social Alto	74	(3)	47.9	43.7	7.0	1.4*	
N. Social Medio	88	(3)	48.2	34.1	12.9	4.7	
N. Social Bajo	226	(4)	53.2	15.8	21.6	9.5	
Nace España	444	(10)	50.9	26.0	16.1	6.9	
Nace en extranjero	27	(1)	57.7	11.5	15.4	15.4	
SUPERIOR-INFERIOR							
35-44 años	490	(9)	85.9	2.3	1.0	0.2	10.6
Varones	175	(1)	87.9	1.1	0.6	0.0	10.3
Mujeres	315	(8)	84.7	2.9	1.3	0.3	10.7
N. Social Alto	131	(1)	88.5	1.5	0.0	0.8	9.2
N. Social Medio	92	(1)	89.0	2.2	2.2	0.0	6.6
N. Social Bajo	232	(7)	85.3	2.2	0.9	0.0	11.6
Nace España	355	(8)	86.5	2.3	1.2	0.3	9.8
Nace en extranjero	134	(1)	84.2	2.3	0.8	0.0	12.8
65-74 años	472	(11)	34.3	18.7	7.6	5.4	34.1
Varones	209	(4)	42.9	17.1	8.8	4.9	26.3
Mujeres	263	(7)	27.3	19.9	6.6	5.9	40.2
N. Social Alto	74	(3)	32.4	35.2	2.8	1.4	28.2
N. Social Medio	88	(3)	30.6	25.9	7.1	1.2	35.3
N. Social Bajo	226	(4)	37.8	10.4	9.5	7.2	35.1
Nace España	444	(10)	34.1	19.4	7.1	4.8	34.6
Nace en extranjero	27	(1)	38.5	7.7	11.5	15.4	26.9

*: Variable con efecto significativo ($p < 0.05$).

a: Aplicable solo a "Superior+Inferior": Incluye todas las combinaciones en que los estados en cuanto a prótesis en arcada superior e inferior son diferentes.

Tabla 38: Necesidad de prótesis (distribución porcentual), según sexo, nivel social y lugar de nacimiento.

			Necesidad de prótesis ^b				
	n	Desc.	0	1	2	3	4
SUPERIOR							
35-44 años	490	(10)	81.7	10.2	7.7	0.4	0.0
Varones	175	(1)	77.6	9.8	12.1	0.6	0.0
Mujeres	315	(9)	84.0	10.5	5.2	0.3	0.0
N. Social Alto	131	(1)	93.8	1.5	4.6	0.0	0.0
N. Social Medio	92	(1)	86.8	8.8	4.4	0.0	0.0
N. Social Bajo	232	(8)	72.8	16.1	10.3	0.9	0.0
Nace España	355	(9)	84.7	8.1	6.6	0.6	0.0
Nace en extranjero	134	(1)	74.4	15.0	10.5	0.0	0.0
65-74 años	472	(11)	59.4	9.5	26.9	2.4	1.7
Varones	209	(3)	51.0	10.2	34.0	1.9	2.9
Mujeres	263	(8)	66.3	9.0	21.2	2.7	0.8
N. Social Alto	74	(2)	61.1	16.7	20.8	1.4	0.0
N. Social Medio	88	(2)	70.9	7.0	20.9	0.0	1.2
N. Social Bajo	226	(6)	54.5	8.2	31.4	3.2	2.7
Nace España	444	(10)	58.8	9.4	27.6	2.5	1.6*
Nace en extranjero	27	(1)	69.2	11.5	15.4	0.0	3.8
INFERIOR							
35-44 años	490	(10)	74.6	13.3	10.6	1.3	0.2
Varones	175	(1)	75.9	12.1	10.3	1.1	0.6
Mujeres	315	(9)	73.9	14.1	10.8	1.3	0.0
N. Social Alto	131	(1)	90.8	6.2	2.3	0.0	0.8
N. Social Medio	92	(1)	75.8	14.3	7.7	2.2	0.0
N. Social Bajo	232	(8)	65.2	17.4	16.1	1.3	0.0
Nace España	355	(9)	78.6	11.6	8.1	1.4	0.3
Nace en extranjero	134	(1)	64.7	18.0	16.5	0.8	0.0

Tabla 38: Necesidad de prótesis (distribución porcentual), según sexo, nivel social y lugar de nacimiento.

	n	Desc.	Necesidad de prótesis ^b				
			0	1	2	3	4
65-74 años	472	(11)	55.3	13.9	26.2	2.6	2.0
Varones	209	(3)	53.9	11.2	28.2	3.9	2.9
Mujeres	263	(8)	56.5	16.1	24.7	1.6	1.2
N. Social Alto	74	(2)	65.3	19.4	15.3	0.0	0.0
N. Social Medio	88	(2)	66.3	10.5	19.8	0.0	3.5
N. Social Bajo	226	(6)	48.6	13.6	31.4	4.1	2.3
Nace España	444	(10)	55.3	13.8	26.3	2.8	1.8
Nace en extranjero	27	(1)	53.8	15.4	26.9	0.0	3.8

a: * p<0.05.

b: 0 "Ninguna", 1 "Prótesis unitaria", 2 "Prótesis multiunitaria", 3 "Combinación uni-multiunitaria" y 4 "Completa".

Tabla 39: Necesidad de prótesis recodificada (porcentual), según sexo, nivel social y lugar de nacimiento^a.

			Necesidad recodificada de prótesis ^b				
	n	Desc.	No	Unitaria	Multiunit.	Completa	Otras ^b
SUPERIOR							
35-44 años	490	(10)	81.7	10.2	8.1	0.0	
Varones	175	(1)	77.6	9.8	12.6	0.0	
Mujeres	315	(9)	84.0	10.5	5.6	0.0	
N. Social Alto	131	(1)	93.8	1.5	4.6	0.0*	
N. Social Medio	92	(1)	86.8	8.8	4.4	0.0	
N. Social Bajo	232	(8)	72.8	16.1	11.2	0.0	
Nace España	355	(9)	84.7	8.1	7.2	0.0	
Nace en extranjero	134	(1)	74.4	15.0	10.5	0.0	
65-74 años	472	(11)	59.4	9.5	29.3	1.7	
Varones	209	(3)	51.0	10.2	35.9	2.9	
Mujeres	263	(8)	66.3	9.0	23.9	0.8	
N. Social Alto	74	(2)	61.1	16.7	22.2	0.0	
N. Social Medio	88	(2)	70.9	7.0	20.9	1.2	
N. Social Bajo	226	(6)	54.5	8.2	34.5	2.7	
Nace España	444	(10)	58.8	9.4	30.2	1.6	
Nace en extranjero	27	(1)	69.2	11.5	15.4	3.8	
INFERIOR							
35-44 años	490	(10)	74.6	13.3	11.9	0.2	
Varones	175	(1)	75.9	12.1	11.5	0.6	
Mujeres	315	(9)	73.9	14.1	12.1	0.0	
N. Social Alto	131	(1)	90.8	6.2	2.3	0.8	
N. Social Medio	92	(1)	75.8	14.3	9.9	0.0	
N. Social Bajo	232	(8)	65.2	17.4	17.4	0.0	
Nace España	355	(9)	78.6	11.6	9.5	0.3	
Nace en extranjero	134	(1)	64.7	18.0	17.3	0.0	
65-74 años	472	(11)	55.3	13.9	28.9	2.0	
Varones	209	(3)	53.9	11.2	32.0	2.9*	
Mujeres	263	(8)	56.5	16.1	26.3	1.2	
N. Social Alto	74	(2)	65.3	19.4	15.3	0.0	
N. Social Medio	88	(2)	66.3	10.5	19.8	3.5	
N. Social Bajo	226	(6)	48.6	13.6	35.5	2.3	
Nace España	444	(10)	55.3	13.8	29.0	1.8	
Nace en extranjero	27	(1)	53.8	15.4	26.9	3.8	
SUPERIOR-INFERIOR							
35-44 años	490	(10)	67.1	3.3	3.8	0.0	25.8
Varones	175	(1)	66.1	3.4	5.7	0.0	24.7
Mujeres	315	(9)	67.6	3.3	2.6	0.0	26.5
N. Social Alto	131	(1)	87.7	0.0	1.5	0.0	10.8
N. Social Medio	92	(1)	69.2	2.2	1.1	0.0	27.5
N. Social Bajo	232	(8)	54.9	5.4	5.8	0.0	33.9
Nace España	355	(9)	71.7	2.3	3.2	0.0	22.8
Nace en extranjero	134	(1)	55.6	6.0	5.3	0.0	33.1

Tabla 39: Necesidad de prótesis recodificada (porcentual), según sexo, nivel social y lugar de nacimiento^a.

	n	Desc.	Necesidad recodificada de prótesis ^b				
			No	Unitaria	Multiunit.	Completa	Otras ^b
65-74 años	472	(11)	41.6	2.8	16.7	1.1	37.7
Varones	209	(3)	37.9	3.4	20.4	1.9	36.4
Mujeres	263	(8)	44.7	2.4	13.7	0.4	38.8
N. Social Alto	74	(2)	44.4	4.2	8.3	0.0	43.1
N. Social Medio	88	(2)	54.7	1.2	10.5	1.2	32.6
N. Social Bajo	226	(6)	35.9	2.7	21.4	1.4	38.6
Nace España	444	(10)	41.2	2.5	17.1	0.9	38.2
Nace en extranjero	27	(1)	46.2	7.7	11.5	3.8	30.8

a: * p<0.05.

b: Aplicable sólo a "Superior-Inferior": Incluye todas las combinaciones en que las necesidades en cuanto a prótesis en arcada superior e inferior son diferentes.

ANÁLISIS DE LA MALOCCLUSIÓN

Situación actual. En la *Tabla 40*, se detallan los datos relativos al análisis de maloclusiones en las cohortes de 12, 15 y 35-44 años. A los 12 años, el 15.1% es portador de aparatología ortodóncica, y un 21.5% presenta además maloclusión moderada/severa, siendo estos valores de 14.1% y 14.7% respectivamente en los adolescentes de 15 años. Por último, en la cohorte de adultos jóvenes, se observa un 3.6% de portadores de ortodoncia, con 16.4% de maloclusión moderada/severa.

Variables relacionadas con la maloclusión. Existe una asociación significativa con sexo en la cohorte de 15 años, ya que un 17.2% de las mujeres son portadoras de ortodoncia frente a un 11% en los varones. Además, un 14.8% de las mujeres tienen maloclusión leve mientras que en los varones ese porcentaje alcanza el 24.4% (*Tabla 41*).

Tabla 40: Maloclusiones. Distribución porcentual.

	n	%	(IC-95%)
12 años	463		
Ninguna	196	43.0	(35.6-50.4)
Leve	93	20.4	(13.8-27.0)
Moderada o Severa	98	21.5	(15.9-27.1)
Portador de ortodoncia	69	15.1	(11.1-19.2)
No registrado	(7)		
15 años	347		
Ninguna	176	51.6	(42.5-60.7)
Leve	67	19.6	(15.2-24.1)
Moderada o Severa	50	14.7	(9.0-20.3)
Portador de ortodoncia	48	14.1	(10.1-18.0)
No registrado	(6)		
35-44 años	490		
Ninguna	244	51.2	(43.7-58.6)
Leve	138	28.9	(24.0-33.9)
Moderada o Severa	78	16.4	(11.7-21.0)
Portador de ortodoncia	17	3.6	(1.0-6.1)
No registrado	(13)		

Tabla 41: Maloclusión (distribución porcentual), según sexo, nivel social, tipo geográfico y lugar de nacimiento.

	n	Descon.	Maloclusión (%)			
			Ninguna	Leve	Moderada o Severa	Tto. Ortod.
12 años	463	(7)	43.0	20.4	21.5	15.1
Varones	232	(6)	42.9	22.1	22.1	12.8
Mujeres	231	(1)	43.0	18.7	20.9	17.4
N. Social Alto	169	(4)	41.8	21.8	20.0	16.4
N. Social Medio	132	(0)	40.2	20.5	20.5	18.9
N. Social Bajo	139	(3)	44.1	19.9	25.7	10.3
Nace España	405	(5)	42.8	20.8	21.5	15.0
Nace en extranjero	57	(2)	43.6	18.2	21.8	16.4
15 años	347	(6)	51.6	19.6	14.7	14.1
Varones	177	(5)	51.7	24.4	12.8	11.0*
Mujeres	170	(1)	51.5	14.8	16.6	17.2
N. Social Alto	129	(2)	55.9	16.5	10.2	17.3
N. Social Medio	92	(2)	50.0	20.0	16.7	13.3
N. Social Bajo	107	(2)	47.6	25.7	16.2	10.5
Nace España	303	(5)	52.0	20.1	13.1	14.8
Nace en extranjero	42	(1)	51.2	14.6	26.8	7.3
35-44 años	490	(13)	51.2	28.9	16.4	3.6
Varones	175	(6)	49.1	29.6	18.3	3.0
Mujeres	315	(7)	52.3	28.6	15.3	3.9
N. Social Alto	131	(5)	50.8	27.8	15.1	6.3
N. Social Medio	92	(0)	45.7	31.5	21.7	1.1
N. Social Bajo	232	(7)	52.9	28.4	15.1	3.6
Nace España	355	(11)	50.6	29.7	17.4	2.3
Nace en extranjero	134	(2)	52.3	27.3	13.6	6.8

*: Variable con efecto significativo (p<0.05).

»» ANÁLISIS DE OTRAS CONDICIONES ORALES

Fluorosis. En la *Tabla 42* se exponen los datos relacionados con la prevalencia de fluorosis dental en el grupo de 12 años, detectándose que la prevalencia de esta patología es muy baja (5.9 %). Si analizamos la gravedad de esta patología, se muestra que la mayor parte son casos de fluorosis catalogada como discutible

Tabla 42: Fluorosis dental.

	n	%	(IC-95%)
12 años	463		
Normal (0)	413	94.1	(90.5-97.7)
Discutible (1)	8	1.8	(0.2-3.4)
Muy ligera (2)	6	1.4	(0.1-2.7)
Ligera (3)	7	1.6	(0.6-2.6)
Moderada (4)	4	0.9	(0.0-1.8)
Intensa (5)	1	0.2	(0.0-0.6)
No registrado	(24)		

Tabla 43: Fluorosis dental según sexo, nivel social, tipo geográfico y lugar de nacimiento^a.

	n	Descon.	Fluorosis (%)					
			Normal	Discutible	Muy ligera	Ligera	Moderada	Intensa
12 años	463	(24)	94.1	1.8	1.4	1.6	0.9	0.2
Varones	232	(11)	94.1	2.3	1.4	1.4	0.9	0.0
Mujeres	231	(13)	94.0	1.4	1.4	1.8	0.9	0.5
N. Social Alto	169	(9)	93.8	2.5	1.9	1.3	0.6	0.0
N. Social Medio	132	(4)	96.1	1.6	0.0	0.8	1.6	0.0
N. Social Bajo	139	(10)	93.0	0.8	1.6	3.1	0.8	0.8
Nace España	405	(23)	96.3	1.8	0.8	0.5	0.5	0.0
Nace en extranjero	57	(1)	78.6	1.8	5.4	8.9	3.6	1.8

a: No hay asociación significativa estadísticamente de la fluorosis con edad, nivel social o nacimiento.

(1.8 %) o muy ligera (1.4 %). El porcentaje de individuos con fluorosis moderada es únicamente del 0.9%. La *Tabla 43*, muestra que no hay asociación estadísticamente significativa de la fluorosis con sexo, nivel social o país de nacimiento.

Articulación temporomandibular. En la *Tabla 44*, se presentan los hallazgos relativos a la disfunción de la articulación temporomandibular. Respecto a los síntomas (percepción por parte del paciente de algún tipo de problema en su articulación) se observa que la prevalencia se sitúa en el 13.4 % para los adultos »»

Tabla 44: Articulación temporomandibular (ATM). Valoración de síntomas y signos.

	%	(IC-95%)
35-44 años (n=485)		
Síntomas (%) ^a	13.4	(9.3-17.5)
Signos ^b :		
Chasquido	16.9	(13.0-20.8)
Dolor palpación	13.6	(6.3-20.9)
Movilidad reducida	0.4	(0.0-1.0)
Total (cualquier signo)	26.6	(19.2-34.0)
65-74 años (n=467)		
Síntomas (%)	13.3	(3.1-23.5)
Signos:		
Chasquido	24.4	(16.2-32.6)
Dolor palpación	17.6	(6.0-29.2)
Movilidad reducida	2.4	(0.2-4.6)
Total (cualquier signo)	33.6	(22.4-44.8)

a: Porcentaje de individuos con presencia de síntomas: chasquido, dolor o dificultades para abrir o cerrar la mandíbula, valorados por el paciente.

b: Porcentaje de individuos con chasquido, dolor (por palpación) o movilidad reducida de la mandíbula (apertura <30 mm), valorados por el profesional.

» jóvenes y en el 13.3 % para los adultos mayores. La exploración clínica revela presencia de signos en el 26.6 % de la cohorte de 35-44 años y en el 33.6 % del grupo de 65-74 años. De todos los signos, el chasquido es el más prevalente, 16.9 % y 24.4 % en las cohortes de 35-44 años y de 65-74 años respectivamente. En la *Tabla 45*, observamos la existencia de una importante asociación significativa en relación con el sexo, siempre mayor en mujeres, tanto en la sintomatología como en el diagnóstico de cualquier signo en las dos

cohortes de adultos. En la cohorte de 35-44, las mujeres presentan sintomatología articular en un 17.6% frente a un 5.8% en varones, y en la cohorte de 65-74 años en un 16.9% frente a un 8.7% respectivamente. Del mismo modo, en cuanto a la presencia de signos, en la cohorte de 35-44, las mujeres lo presentan en un 31.4% frente a un 17.9% en varones, y en la cohorte de 65-74 años en un 41.5% frente a un 23.7%, respectivamente. **Presencia de erosión dental.** En la *Tabla 46*, se expresa la presencia de erosión dental en el grupo de 35-44

Tabla 45: Articulación temporomandibular (ATM). Valoración de síntomas y signos según sexo, nivel social y lugar de nacimiento.

	n (Desc) ^a	Síntomas (%) ^b	Signos (%) ^c			
			Chasquido	Dolor palpación	Movilidad reducida	Total (cualquier signo)
35-44 años	490 (5)	13.4	16.9	13.6	0.4	26.6
Varones	175 (2)	5.8*	12.1*	8.7*	0.0	17.9*
Mujeres	315 (3)	17.6	19.6	16.3	0.6	31.4
N. Social Alto	131 (0)	11.5	17.6	14.5	0.0	27.5
N. Social Medio	92 (2)	16.7	18.9	13.3	1.1	28.9
N. Social Bajo	232 (3)	14.0	15.7	15.3	0.4	26.6
Nace España	355 (4)	12.8	17.4	12.8	0.6	26.8
Nace en extranjero	134 (1)	15.0	15.8	15.0	0.0	25.6
65-74 años	472 (5)	13.3	24.4	17.6	2.4	33.6
Varones	209 (2)	8.7*	15.0*	13.5*	1.4	23.7*
Mujeres	263 (3)	16.9	31.9	20.8	3.1	41.5
N. Social Alto	74 (1)	13.7	30.1	23.3	1.4	39.7
N. Social Medio	88 (1)	13.8	26.4	14.9	3.4	31.0
N. Social Bajo	226 (3)	11.7	22.9	17.0	1.8	33.6
Nace España	444 (4)	13.6	24.3	18.0	2.0	33.4
Nace en extranjero	27 (1)	7.7	23.1	11.5	7.7	34.6

*: Variable con efecto significativo ($p < 0.05$).

a: Individuos que no responden a alguna de las cuestiones relativas a ATM.

b: Porcentaje de individuos con presencia de síntomas: chasquido, dolor o dificultades para abrir o cerrar la mandíbula, valorados por el paciente.

c: Porcentaje de individuos con chasquido, dolor (por palpación) o movilidad reducida de la mandíbula (apertura < 30 mm), valorados por el profesional.

Tabla 46: Erosión Dental.

	n	%		Nº dientes afectados	
		%	(IC-95%)	media±de	IC-95%
35-44 años	490				
No	373	78.0	(67.5-88.6)		
Esmalte	72	15.1	(8.0-22.2)	4.7±2.6	(3.8-5.6)
Dentina (n=31) o Pulpa (n=3)	33	6.9	(1.7-12.1)	6.6±4.5	(5.4-7.8)
Desconoc.	(12)				

Tabla 47: Erosión Dental. Análisis según sexo, nivel social y lugar de nacimiento.

	n	No recogido	Erosión (%)			Nº dientes (media±de)			
			No	Esmalte	Dentina /Pulpa	n	Esmalte	n	Dentina /Pulpa
35-44 años	490	(12)	78.0	15.1	6.9	72	4.72±2.56	31	6.42±4.51
Varones	175	(5)	74.7	17.1	8.2	29	5.41±3.01	13	8.62±5.49*
Mujeres	315	(7)	79.9	14.0	6.2	43	4.26±2.13	18	4.83±2.90
N. Social Alto	131	(2)	77.5	16.3	6.2	21	4.43±2.69	7	4.57±1.62*
N. Social Medio	92	(0)	80.4	13.0	6.5	12	4.75±1.91	5	6.40±2.97
N. Social Bajo	232	(9)	79.4	13.9	6.7	31	4.71±2.71	15	7.53±5.90
Nace España	355	(9)	76.9	15.0	8.1	52	4.79±2.52	26	6.23±3.68
Nace en extranjero	134	(3)	80.9	15.3	3.8	20	4.55±2.72	5	7.40±8.17

* p<0.05.

Tabla 48: HIM (Hipomineralización Incisivo-Molar).

	n	%		Nº dientes afectados (media±de)			
		%	(IC-95%)	Incisivos	IC-95%	1º Molares	IC-95%
12 años	463						
No	367	81.2	(75.4-87.0)	1.4±1.4	(1.1-1.7)	2.0±1.9	(1.4-2.7)
Leve	62	13.7	(8.8-18.6)	1.5±1.3	(1.0-2.0)	2.1±1.6	(1.6-2.5)
Moderada/Severa	23	5.1	(3.2-7.0)				
Desconoc.	(11)						

Tabla 49: HIM (Hipomineralización Incisivo-Molar). Análisis según sexo, nivel social y lugar de nacimiento.

	HIM (%)					Leve. Nº dientes (media±de)			Moderada/Severa. Nº dientes (media±de)		
	n	(Desc.)	No	Leve		n	Incis.	1º Mol.	n	Incis.	1º Mol.
12 años	463	(11)	81.2	13.7	5.1	62	1.3±1.3	1.5±1.2	23	2.0±1.8	2.0±1.5
Varones	232	(3)	80.8	15.3	3.9	35	1.4±1.5	1.2±1.1	9	1.6±1.4	2.0±1.4
Mujeres	231	(8)	81.6	12.1	6.3	27	1.2±1.2	1.8±1.4	14	2.2±2.1	2.1±1.7
N. Social Alto	169	(4)	79.4	13.9	6.7	23	1.0±1.0	1.6±0.9	11	2.0±1.8	2.0±1.7
N. Social Medio	132	(3)	84.5	14.0	1.6	18	1.5±1.6	1.7±1.3	2	2.0±0.0	2.0±2.8
N. Social Bajo	139	(4)	80.7	14.1	5.2	19	1.5±1.5	1.1±1.5	7	2.2±2.5	2.2±1.5
Nace España	405	(11)	82.0	12.9	5.1	51	1.3±1.4	1.6±1.3	20	1.9±1.9	2.0±1.6
Nace en extranjero	57	(0)	77.2	17.5	5.3	10	1.1±1.3	0.9±0.9	3	2.6±1.5	2.3±1.5

Ninguna asociación fue estadísticamente significativa.

» años, situándola en el 22%, afectando sobre todo al esmalte (15.1%). La media de dientes afectados por erosión dental en esmalte es de 4.7 y en dentina o pulpa de 6.6. En este grupo, el número de dientes afectados en dentina se asocia a las variables sexo, siendo superior en los varones el 8.6 frente a mujeres 4.8) y con la variable nivel social, siendo menor en nivel social alto con una media de 4.6, nivel medio con 6.4 y finalmente nivel bajo con 7.5 (Tabla 47).

Presencia de hipomineralización incisivo-molar (HIM).

La Tabla 48 muestra que la prevalencia de HIM en la cohorte de 12 años es del 18.8 % (13.7 % leve y 5.1 % moderada/severa). La media de incisivos hipomineralizados es de 1.4 en la categoría leve y 1.5 en la moderada/severa y para los primeros molares afectados la media es de 2.0 y 2.1 en ambas categorías respectivamente. No se han encontrado asociaciones significativas con las variables sexo, nivel social o país de nacimiento (Tabla 49).

Tabla 50: ¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes?^a

	n	%	(IC-95%)
12 años	463		
Nunca	0	0.0	(0.0-0.0)
Menos de 1/semana	12	2.6	(0.3-4.9)
Al menos 1/semana	8	1.7	(0.2-3.3)
1/día	96	21.0	(12.8-29.1)
Más de 1 vez/día	342	74.7	(65.4-84.0)
NS/NC	(5)		
15 años	347		
Nunca	1	0.3	(0.0-0.9)
Menos de 1/semana	13	3.8	(1.1-6.5)
Al menos 1/semana	6	1.8	(0.6-3.0)
1/día	59	17.3	(8.8-25.8)
Más de 1 vez/día	262	76.8	(68.3-85.4)
NS/NC	(6)		
35-44 años	490		
Nunca	3	0.6	(0.1-1.2)
Menos de 1/semana	13	2.7	(0.0-5.5)
Al menos 1/semana	22	4.5	(2.0-7.0)
1/día	78	16.0	(12.3-19.8)
Más de 1 vez/día	370	76.1	(71.1-81.2)
NS/NC	(4)		
65-74 años	472		
Nunca	17	3.6	(1.6-5.7)
Menos de 1/semana	22	4.7	(2.3-7.1)
Al menos 1/semana	31	6.7	(2.3-11.0)
1/día	142	30.5	(25.0-35.9)
Más de 1 vez/día	254	54.5	(45.8-63.2)
NS/NC	(6)		

a: Los datos de cepillado dental en preescolares (3-4 años) y escolares de 5-6 años se encuentran en las Tablas 57 y 58.

»» FRECUENCIA DEL CEPILLADO

La *Tabla 50*, muestra los resultados obtenidos a la pregunta relativa a la frecuencia de cepillado. El 74.7 % (12 años), 76.8 % (15 años), 76.1 % (35-44 años) y 54.5 % (65-74 años) responde cepillarse los dientes más de una vez al día.

La variable sexo se asocia significativamente con la frecuencia de cepillado en todas las cohortes estudiadas. El porcentaje de mujeres que se cepillan los dientes más de una vez al día es superior al de los varones. De esta forma, un 83.8 % *versus* 65.5 % a los 12 años, un 84.5 % *versus* 69.4 % a los 15 años, un 81.1 % *versus* 67.2 % a los 35-44 años, y un 65.5 % *versus* 40.5 % a los 65-74 años (*Tabla 51*).

ANÁLISIS DE LA PERCEPCIÓN DE SALUD ORAL

Percepción de dolor/molestia en últimos 12 meses. En los jóvenes de 12 y 15 años, observamos que lo más frecuente es la ausencia de dolor/molestia dentaria y/o gingival. Tan sólo el 0.9 % de los adolescentes de 12 años y el 1.2 % de los de 15 años comentan que padecen molestias con frecuencia. El 4.9 % de los adultos jóvenes y el 7.4 % de los adultos mayores afirman »»

Tabla 51: ¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes? Análisis según sexo, nivel social y lugar de nacimiento.

	n	NS/NC	Cepillado (%)				
			Nunca	<1/sem.	1/semana	1/día	>1/día
12 años	463	(5)	0.0	2.6	1.7	21.0	74.7
Varones	232	(3)	0.0	3.9	2.2	28.4	65.5*
Mujeres	231	(2)	0.0	1.3	1.3	13.5	83.8
N. Social Alto	169	(1)	0.0	0.6	1.2	20.8	77.4
N. Social Medio	132	(1)	0.0	3.1	0.8	15.3	80.9
N. Social Bajo	139	(3)	0.0	5.1	2.2	26.5	66.2
Nace España	405	(5)	0.0	2.5	2.0	21.5	74.0
Nace en extranjero	57	(0)	0.0	3.5	0.0	17.5	78.9
15 años	347	(6)	0.3	3.8	1.8	17.3	76.8
Varones	177	(4)	0.6	4.0	3.5	22.5	69.4*
Mujeres	170	(2)	0.0	3.6	0.0	11.9	84.5
N. Social Alto	129	(3)	0.0	3.2	0.8	11.9	84.1
N. Social Medio	92	(2)	1.1	1.1	2.2	17.8	77.8
N. Social Bajo	107	(1)	0.0	6.6	0.9	20.8	71.7
Nace España	303	(5)	0.3	4.0	1.7	16.1	77.9
Nace en extranjero	42	(1)	0.0	2.4	2.4	22.0	73.2
35-44 años	490	(4)	0.6	2.7	4.5	16.0	76.1
Varones	175	(1)	1.7	2.9	5.7	22.4	67.2*
Mujeres	315	(3)	0.0	2.6	3.8	12.5	81.1
N. Social Alto	131	(0)	0.0	0.8	0.0	10.7	88.5
N. Social Medio	92	(0)	0.0	1.1	3.3	16.3	79.3
N. Social Bajo	232	(4)	0.4	4.8	7.0	19.3	68.4
Nace España	355	(4)	0.6	2.6	3.4	17.4	76.1
Nace en extranjero	134	(0)	0.7	3.0	7.5	12.7	76.1

Tabla 51: ¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes? Análisis según sexo, nivel social y lugar de nacimiento.

	n	NS/NC	Cepillado (%)				
			Nunca	<1/sem.	1/semana	1/día	>1/día
65-74 años	472	(6)	3.6	4.7	6.7	30.5	54.5
Varones	209	(4)	5.9	6.8	10.2	36.6	40.5*
Mujeres	263	(2)	1.9	3.1	3.8	25.7	65.5
N. Social Alto	74	(1)	0.0	0.0	2.7	17.8	79.5
N. Social Medio	88	(1)	4.6	2.3	3.4	21.8	67.8
N. Social Bajo	226	(4)	4.5	8.1	10.4	34.7	42.3
Nace España	444	(5)	3.6	5.0	6.4	31.0	54.0
Nace en extranjero	27	(1)	3.8	0.0	11.5	19.2	65.4

*: Variable con efecto significativo ($p < 0.05$).

Tabla 52: Percepción de Salud Oral. ¿Durante los últimos 12 meses, con qué frecuencia ha sentido dolor/molestia a causa de sus dientes, encías o dentadura postiza?. Distribución^a.

	n	%/media ^a	(IC-95%)
12 años, media±de	463	0.16±0.53	
0 Nunca, %	410	89.7	(84.9-94.5)
1 Casi nunca, %	22	4.8	(1.8-7.9)
2 A veces, %	21	4.6	(2.0-7.2)
3 Bastante frecuentemente, %	4	0.9	(0.1-1.6)
4 Muy frecuentemente, %	0	0.0	(0.0-0.0)
NS/NC	(6)		
15 años, media±de	347	0.28±0.69	
0 Nunca, %	289	83.8	(73.9-93.6)
1 Casi nunca, %	19	5.5	(2.2-8.9)
2 A veces, %	33	9.6	(3.3-15.8)
3 Bastante frecuentemente, %	3	0.9	(0.0-2.1)
4 Muy frecuentemente, %	1	0.3	(0.0-0.8)
NS/NC	(2)		
35-44 años, media±de	490	0.57±0.94	
0 Nunca, %	332	68.0	(55.3-80.8)
1 Casi nunca, %	62	12.7	(4.3-21.1)
2 A veces, %	70	14.3	(7.9-20.8)
3 Bastante frecuentemente, %	20	4.1	(1.9-6.3)
4 Muy frecuentemente, %	4	0.8	(0.2-1.4)
NS/NC	(2)		
65-74 años, media±de	372	0.67±1.04	
0 Nunca, %	310	65.7	(54.4-76.9)
1 Casi nunca, %	47	10.0	(6.2-13.7)
2 A veces, %	80	16.9	(9.4-24.5)
3 Bastante frecuentemente, %	29	6.1	(3.9-8.4)
4 Muy frecuentemente, %	6	1.3	(0.3-2.2)
NS/NC	(0)		

a: En escala Likert, analizada como escala cuantitativa. Distribución porcentual de cada categoría y media aritmética.

»» lo mismo (Tabla 52). Analizada la percepción como una escala cuantitativa entre 0 y 4, se observan que los valores medios aumentan con la edad de la cohorte, así a los 12 años la media es de 0.16, a los 15 años de 0.28, a los 35-44 de 0.57 y finalmente a los 65-74 años de 0.67. »»

Tabla 53: Percepción de Salud Oral. Dolor/molestia según sexo, nivel social, tipo geográfico y lugar de nacimiento.

	n	NS/NC	Frecuencia (escala Likert) (%)					media±de
			0 Nunca	1 Casi nunca	2 A veces	3 Bastante frec.	4 Muy frec.	
12 años	463	(6)	89.7	4.8	4.6	0.9	0.0	0.17±0.53
Varones	232	(4)	89.0	5.3	4.4	1.3	0.0	0.18±0.56
Mujeres	231	(2)	90.4	4.4	4.8	0.4	0.0	0.15±0.50
N. Social Alto	169	(3)	90.4	4.8	4.8	0.0	0.0	0.14±0.47
N. Social Medio	132	(1)	87.0	6.9	5.3	0.8	0.0	0.20±0.56
N. Social Bajo	139	(2)	90.5	3.6	3.6	2.2	0.0	0.18±0.59
Nace España	405	(4)	90.3	4.5	4.5	0.7	0.0	0.16±0.52
Nace en extranjero	57	(2)	85.5	7.3	5.5	1.8	0.0	0.24±0.64
15 años	347	(2)	83.8	5.5	9.6	0.9	0.3	0.28±0.70
Varones	177	(2)	86.3	6.3	7.4	0.0	0.0	0.21±0.56*
Mujeres	170	(0)	81.2	4.7	11.8	1.8	0.6	0.36±0.80
N. Social Alto	129	(1)	86.7	5.5	7.8	0.0	0.0	0.21±0.57*
N. Social Medio	92	(1)	90.1	3.3	5.5	0.0	1.1	0.19±0.63
N. Social Bajo	107	(0)	75.7	7.5	14.0	2.8	0.0	0.44±0.84
Nace España	303	(1)	85.4	6.0	7.9	0.3	0.3	0.24±0.63*
Nace en extranjero	42	(1)	70.7	2.4	22.0	4.9	0.0	0.61±1.00
35-44 años	490	(2)	68.0	12.7	14.3	4.1	0.8	0.57±0.94
Varones	175	(0)	73.1	11.4	12.6	2.9	0.0	0.45±0.82*
Mujeres	315	(2)	65.2	13.4	15.3	4.8	1.3	0.64±0.99
N. Social Alto	131	(1)	75.4	16.2	7.7	0.8	0.0	0.34±0.65*
N. Social Medio	92	(0)	65.2	9.8	19.6	4.3	1.1	0.66±1.01
N. Social Bajo	232	(1)	62.8	13.4	17.3	5.6	0.9	0.68±1.00
Nace España	355	(2)	70.8	12.5	12.2	3.7	0.8	0.51±0.90
Nace en extranjero	134	(0)	60.4	13.4	20.1	5.2	0.7	0.72±1.01
65-74 años	472	(310)	65.7	10.0	16.9	6.1	1.3	0.67±1.04
Varones	209	(138)	66.0	9.6	20.1	3.3	1.0	0.64±0.98
Mujeres	263	(172)	65.4	10.3	14.4	8.4	1.5	0.70±1.09
N. Social Alto	74	(42)	56.8	16.2	20.3	5.4	1.4	0.78±1.04
N. Social Medio	88	(63)	71.6	9.1	14.8	4.5	0.0	0.52±0.91
N. Social Bajo	226	(143)	63.3	9.7	19.9	5.3	1.8	0.73±1.06
Nace España	444	(290)	65.3	9.9	17.3	6.1	1.4	0.68±1.05
Nace en extranjero	27	(19)	70.4	11.1	11.1	7.4	0.0	0.56±0.97

#: Variable con efecto significativo ($p < 0.05$).

» En la *Tabla 53*, se observa que, en la cohorte de 15 años, el valor medio de la escala de percepción de dolor o molestia es significativamente menor en varones (0.21) que en mujeres (0.36). El nivel social alto (0.21) muestra valores significativamente menores que nivel bajo (0.44), además de nacidos en España (0.24) frente a los nacidos en el extranjero (0.61). Las mismas asociaciones con sexo y nivel social las encontramos en la cohorte de 35-44 años, los varones con 0.45 frente a las mujeres con 0.64 y el nivel social alto

(0.45) frente nivel medio (0.66) y nivel bajo (0.68). **Percepción de sensibilidad dentinaria a causa de dientes, encías o dentadura postiza en últimos 12 meses.** La mayoría de los jóvenes de 12 y 15 años nunca han presentado sensibilidad dentinaria (89.5 % y 83.2 % respectivamente). En la cohorte de 35-44 años, un 10.2% presentan sensibilidad entre bastante y muy frecuentemente. En la cohorte de 65-74 años desciende a un 7.9 % (*Tabla 54*). Analizada la percepción de la sensibilidad dentinaria como una escala

Tabla 54: Percepción de Salud Oral. ¿Durante los últimos 12 meses, con qué frecuencia ha sentido sensibilidad [dentinaria] a causa de sus dientes, encías o dentadura postiza?. Distribución^a.

	n	%/media ^a	(IC-95%)
12 años, media±de	463	0.22±0.69	
0 Nunca, %	409	89.5	(84.0-95.0)
1 Casi nunca, %	8	1.8	(0.6-2.9)
2 A veces, %	31	6.8	(2.4-11.2)
3 Bastante frecuentemente, %	5	1.1	(0.1-2.0)
4 Muy frecuentemente, %	4	0.9	(0.0-1.8)
NS/NC	(6)		
15 años, media±de	347	0.33±0.79	
0 Nunca, %	287	83.2	(74.9-91.5)
1 Casi nunca, %	10	2.9	(1.2-4.6)
2 A veces, %	41	11.9	(4.9-18.9)
3 Bastante frecuentemente, %	5	1.4	(0.0-2.9)
4 Muy frecuentemente, %	2	0.6	(0.0-1.4)
NS/NC	(2)		

Tabla 54: Percepción de Salud Oral. ¿Durante los últimos 12 meses, con qué frecuencia ha sentido sensibilidad [dentinaria] a causa de sus dientes, encías o dentadura postiza?. Distribución^a.

	n	%/media ^a	(IC-95%)
35-44 años, media±de	490	0.86±1.14	
0 Nunca, %	286	58.6	(48.5-68.7)
1 Casi nunca, %	44	9.0	(2.8-15.2)
2 A veces, %	108	22.1	(16.0-28.3)
3 Bastante frecuentemente, %	40	8.2	(3.8-12.6)
4 Muy frecuentemente, %	10	2.0	(1.1-3.0)
NS/NC	(2)		
65-74 años, media±de	372	0.63±1.04	
0 Nunca, %	326	69.1	(60.0-78.2)
1 Casi nunca, %	41	8.7	(4.5-12.9)
2 A veces, %	68	14.4	(8.3-20.5)
3 Bastante frecuentemente, %	30	6.4	(4.0-8.7)
4 Muy frecuentemente, %	7	1.5	(0.6-2.4)
NS/NC	(0)		

a: En escala Likert, analizada como escala cuantitativa. Distribución porcentual de cada categoría y media aritmética.

Tabla 55: Percepción de Salud Oral. ¿Durante los últimos 12 meses, con qué frecuencia ha sentido problemas para comer a causa de sus dientes, encías o dentadura postiza?. Distribución^a.

	n	%/media ^a	(IC-95%)
12 años, media±de	463	0.04±0.27	
0 Nunca, %	447	97.8	(96.0-99.0)
1 Casi nunca, %	4	0.9	(0.0-2.0)
2 A veces, %	5	1.1	(0.0-2.0)
3 Bastante frecuentemente, %	1	0.2	(0.0-1.0)
4 Muy frecuentemente, %	0	0.0	(0.0-0.0)
NS/NC	(6)		
15 años, media±de	347	0.07±0.38	
0 Nunca, %	332	96.2	(94.0-99.0)
1 Casi nunca, %	6	1.7	(0.0-3.0)
2 A veces, %	5	1.4	(0.0-3.0)
3 Bastante frecuentemente, %	1	0.3	(0.0-1.0)
4 Muy frecuentemente, %	1	0.3	(0.0-1.0)
NS/NC	(2)		
35-44 años, media±de	490	0.24±0.68	
0 Nunca, %	424	86.9	(80.0-94.0)
1 Casi nunca, %	26	5.3	(1.0-10.0)
2 A veces, %	24	4.9	(2.0-8.0)
3 Bastante frecuentemente, %	13	2.7	(1.0-4.0)
4 Muy frecuentemente, %	1	0.2	(0.0-1.0)
NS/NC	(2)		
65-74 años, media±de	372	0.58±1.02	
0 Nunca, %	342	72.5	(61.0-84.0)
1 Casi nunca, %	31	6.6	(2.0-11.0)
2 A veces, %	60	12.7	(6.0-19.0)
3 Bastante frecuentemente, %	35	7.4	(5.0-10.0)
4 Muy frecuentemente, %	4	0.8	(0.0-2.0)
NS/NC	(0)		

a: En escala Likert, analizada como escala cuantitativa. Distribución porcentual de cada categoría y media aritmética.

cuantitativa entre 0 y 4, se observan que los valores medios aumentan con la edad de la cohorte, así a los 12 años la media es de 0.22, a los 15 años de 0.33, a los 35-44 de 0.86 y desciende a 0.63 a los 65-74 años.

Percepción de problemas para comer en últimos 12 meses. La casi totalidad de las dos cohortes jóvenes

Tabla 56: ¿Con qué frecuencia ha visitado al dentista en los últimos 12 meses^{a,b}?

	n	%	(IC-95%)
12 años	463		
Nunca he ido al dentista	6	1.3	(0.0-2.0)
No en los últimos 12 meses	128	27.6	(20.0-36.0)
1 vez	168	36.3	(32.0-40.0)
2 veces	71	15.3	(10.0-21.0)
3 o más veces	90	19.4	(15.0-23.0)
NS/NC	(0)		
15 años	347		
Nunca he ido al dentista	2	0.6	(0.0-1.0)
No en los últimos 12 meses	97	28.3	(22.0-35.0)
1 vez	116	33.8	(27.0-41.0)
2 veces	54	15.7	(11.0-21.0)
3 o más veces	74	21.6	(14.0-29.0)
NS/NC	(4)		
35-44 años	490		
Nunca he ido al dentista	4	0.8	(0.0-2.0)
No en los últimos 12 meses	203	41.5	(39.0-44.0)
1 vez	170	34.8	(31.0-39.0)
2 veces	61	12.5	(11.0-14.0)
3 o más veces	51	10.4	(6.0-14.0)
NS/NC	(1)		
65-74 años	472		
Nunca he ido al dentista	1	0.2	(0.0-1.0)
No en los últimos 12 meses	216	46.0	(40.0-52.0)
1 vez	121	25.7	(18.0-33.0)
2 veces	75	16.0	(11.0-21.0)
3 o más veces	57	12.1	(7.0-17.0)
NS/NC	(2)		

a: Para ninguna edad, la frecuencia de visita al dentista se asoció de modo estadísticamente significativo con el Sexo, Nivel Social o Nacimiento (resultados detallados no mostrados en Tablas).

b: Los datos de visita al dentista en preescolares (3-4 años) y escolares de 5-6 años se encuentran en las Tablas 57 y 58.

de 12 y 15 años nunca han presentado problemas para comer derivados de molestias dentarias y/o gingivales (97.8% y 96.2% respectivamente). En los grupos de adultos, estos valores descienden al 86.9% a los 35-44 años, y al 72.5% a los 65-74 años. Muestran problemas con bastante o mucha frecuencia el 2.9% y el 8.2%, respectivamente (Tabla 55).



Tabla 57. Hábitos de salud oral recogidos mediante cuestionario a los padres o tutores.

	n	%	(IC-95%)
3-4 años			
¿Ha llevado alguna vez a su hijo/a al dentista?	673		
No	372	59.2%	(49.9-68.6)
Sí	256	40.8%	(31.4-50.1)
NS/NC	(45)		
En caso de haberlo llevado, ¿cuál fue el motivo?	256		
Revisión	162	64.5%	(58.2-70.9)
Porque tenía algún diente cariado (le hicieron un empaste)	27	10.8%	(5.8-15.7)
Por dolor en algún diente	8	3.2%	(0.9-5.5)
Porque se rompió algún diente (traumatismo)	34	13.5%	(10.2-16.9)
Otro motivo	20	8.0%	(5.6-10.3)
NS/NC	(5)		
¿Le cepilla los dientes a su hijo/a?	673		
No se cepilla	6	0.9%	(0.3-1.6)
Lo realiza él/ella mismo/a de forma autónoma	265	41.3%	(32.6-50.1)
Lo hace con nuestra ayuda	370	57.7%	(49.0-66.5)
NS/NC	(32)		
En caso de cepillar los dientes... ¿cada cuánto tiempo?	635		
Dos veces al día	317	50.2%	(42.6-57.9)
Una vez al día	260	41.2%	(34.7-47.7)
De vez en cuando (menos de una vez al día)	54	8.6%	(6.0-11.1)
NS/NC	(4)		
5-6 años			
¿Ha llevado alguna vez a su hijo/a al dentista?	707		
No	213	33.6%	(26.2-41.0)
Sí	421	66.4%	(59.0-73.8)
NS/NC	(73)		
En caso de haberlo llevado, ¿cuál fue el motivo?	421		
Revisión	250	60.1%	(52.7-67.5)
Porque tenía algún diente cariado (le hicieron un empaste)	77	18.5%	(13.9-23.1)
Por dolor en algún diente	26	6.3%	(3.4-9.1)
Porque se rompió algún diente (traumatismo)	34	8.2%	(5.5-10.8)
Otro motivo	29	7.0%	(4.3-9.6)
NS/NC	(5)		
¿Le cepilla los dientes a su hijo/a?	707		
No se cepilla	7	1.1%	(0.0-3.0)
Lo realiza él/ella mismo/a de forma autónoma	412	64.2%	(56.4-71.9)
Lo hace con nuestra ayuda	223	34.7%	(27.2-42.3)
NS/NC	(65)		
En caso de cepillar los dientes... ¿cada cuánto tiempo?	635		
Dos veces al día	385	61.0%	(52.6-69.4)
Una vez al día	201	31.9%	(25.6-38.1)
De vez en cuando (menos de una vez al día)	45	7.1%	(4.1-10.2)
NS/NC	(4)		



VISITAS AL DENTISTA

En las cohortes de 12 y 15 años, el 27.6 % y el 28.3 % no han ido al dentista en el último año, mientras que han asistido al menos una vez el 71 % y 72.8 %, respectivamente. En los adultos, aumenta el porcentaje de los que no han ido en el último año, que asciende a un 41.5 % a los 35-44 años y a un 46.0 % a los 65-74 años. El porcentaje de aquellos que han acudido al menos una vez al dentista es 57.7 % en el grupo de 35-44 años y 53.8 % en el de 65-74 años (Tabla 56). No se han en-

contrado asociaciones con sexo, nivel social o país de nacimiento.

Hábitos de salud oral en las cohortes de 3-4 años y de 5-6 años. A los 3-4 años, un 59.2 % de los padres no han llevado nunca a su hijo al dentista, el 57.7 % le ayuda en el cepillado que realizan una o dos veces al día el 91.4 %. A los 5-6 años, un 33.6 % de los padres no han llevado nunca a su hijo al dentista, el 64.2 % realizan el cepillado de forma autónoma sin ayuda de los padres y declaran que lo realizan una o dos veces al día un 92.9 % (Tabla 57). Únicamente, se detecta una asociación significativa en la

Tabla 58: Preescolares y escolares de 5-6 años. Visita al dentista y cepillado recogidos mediante cuestionario a los padres o tutores. Valoración según sexo, nivel social y país de nacimiento.

	Visita al dentista (%) ^a	Cepillado 2 veces/día (%) ^b
3-4 años	40.8	49.8
Varones	41.4	46.4
Mujeres	40.1	53.1
N. Social Alto	49.7*	49.7
N. Social Medio	47.4	45.8
N. Social Bajo	31.9	50.8
Nace en España	40.4	48.7
Nace en extranjero	44.6	60.7
5-6 años	66.4	60.3
Varones	67.9	57.6
Mujeres	64.9	63.0
N. Social Alto	71.3	64.3
N. Social Medio	72.6	60.4
N. Social Bajo	61.7	60.3
Nace en España	66.2	58.1
Nace en extranjero	67.4	73.6

a: De la pregunta: "¿Ha llevado alguna vez a su hijo/a al dentista?"

b: Se enfrenta a las categorías "Dos veces/día" frente a "Una vez" + "De vez en cuando" + "No se cepilla".

»»» cohorte de 3-4 años (Tabla 58) entre visita al dentista alguna vez y nivel social (49.7 % en el alto, 47.4 % en nivel medio y 31.9 % en nivel bajo).

Bruxismo. En la Tabla 59, se muestra el porcentaje de personas que son conscientes de apretar/rechinar los dientes. Este valor es del 20.5% a los 15 años, 42.4% en la cohorte de 35-44 años y 29.6% en la cohorte de 65-74 años. En los tres grupos, es mayor el porcentaje que lo hace por la noche. La percepción de dolor o fatiga frecuente en los músculos de la cara o sienes al levantarse por la mañana es muy baja (1.9%) en la cohorte de 15 años, ascendiendo a un 8.2% en la de 35-44 años y descendiendo a un 4.1% en la cohorte de 65-74 años. No se han encontrado asociaciones con sexo, nivel social o país de nacimiento.

DISCUSIÓN

LIMITACIONES METODOLÓGICAS

Dado su carácter crónico, las enfermedades orales se adaptan bien a los estudios de tipo transversal, como el desarrollado en esta investigación. Este tipo de diseño permite determinar el estado de salud oral de una población e identificar asociaciones cruzadas entre enfermedades orales (como caries o enfermedad periodontal) y variables como el sexo, nivel social o país de nacimiento. Aunque este diseño no permite establecer una relación causa-efecto, sí constituyen una base sólida para formular hipótesis que pueden ser evaluadas posteriormente mediante diseños metodológicos más complejos. Son, sin lugar a duda, estudios de una

Tabla 59: Bruxismo^a.

	n	%	(IC-95%)
¿Eres consciente de apretar/rechinar los dientes durante el día o la noche?			
15 años (n=317)			
No	252	79.5	(72.6-86.4)
De día	14	4.4	(0.0-8.9)
De noche	39	12.3	(7.0-17.6)
De día y de noche	12	3.8	(1.6-6.0)
35-44 años (n=488)			
No	281	57.6	(50.1-65.1)
De día	24	4.9	(2.2-7.6)
De noche	125	25.6	(20.4-30.8)
De día y de noche	58	11.9	(7.2-16.5)
65-74 años (n=469)			
No	330	70.4	(65.0-75.8)
De día	19	4.1	(2.0-6.1)
De noche	71	15.1	(10.9-19.4)
De día y de noche	49	10.4	(6.3-14.6)
¿Notas dolor o fatiga en los músculos de la cara o sienes cuando te levantas por la mañana?			
15 años			
Nunca/casi nunca	289	91.2	(88.3-94.0)
Algunas veces	22	6.9	(5.0-8.9)
Frecuentemente	6	1.9	(0.2-3.5)
35-44 años			
Nunca/casi nunca	354	72.5	(65.6-79.4)
Algunas veces	94	19.3	(12.9-25.6)
Frecuentemente	40	8.2	(5.1-11.3)
65-74 años			
Nunca/casi nunca	388	82.7	(72.4-93.1)
Algunas veces	62	13.2	(3.3-23.2)
Frecuentemente	19	4.1	(2.4-5.7)

a: Para ninguna edad, ninguna de las dos variables de Bruxismo se asociaron de modo estadísticamente significativo con el Sexo, Nivel Social o Nacimiento (resultados detallados no mostrados en Tablas).

enorme importancia para la planificación sanitaria y la identificación de las necesidades.

La representatividad de la muestra y cálculo de tamaño muestral son los principales aspectos para controlar en estos estudios. Para asegurar la representatividad, la muestra fue estratificada según el tamaño poblacional, manteniéndose la proporción entre áreas urbanas, semiurbanas y rurales (ver Tabla 1). Se siguieron las directrices de la OMS para encuestas tipo *pathfinder* o exploratorias que presentan una alta validez metodológica y son universalmente aceptadas, seleccionando 12 puntos muestrales (ver Tabla 2): cuatro en zonas urbanas, cuatro en zonas semiurbanas y cuatro en zonas rurales, que mantienen la representación de los porcentajes de la distribución de población española en 2024. Los puntos muestrales se mantienen en su mayor parte a lo largo de los años, y quizás destacar que este año no ha habido punto muestral en Canarias, aunque consideramos que no ha afectado a los resultados.

La OMS sugiere que una muestra de 300 individuos por grupo de edad, es decir, un total de 1500 sujetos para cinco grupos etarios es suficiente. En España, »»»

»»» tradicionalmente se han explorado cifras superiores en todas las cohortes para mejorar la precisión y el análisis de factores asociados. Como se señala en el manual de la OMS, una menor prevalencia permite trabajar con muestras más pequeñas. De las 6 cohortes exploradas, las de 12 y 15 años son las que presentan mayor dificultad para ser exploradas y suelen tener el menor tamaño muestral respecto al resto, sin embargo, siempre superior a 300 individuos explorados (a los 12 años han sido 347 y a los 15 años 448). Es importante destacar que la cohorte de 3-4 años, que era la novedad principal ha alcanzado un tamaño de 673 individuos.

La fiabilidad de las mediciones, otro punto importante, fue garantizada mediante un proceso de calibración entre los 12 examinadores involucrados, quienes trabajaron en los distintos puntos de muestreo. Las concordancias interexaminador, medidas mediante el coeficiente *Kappa* frente al examinador de referencia (*gold standard*), oscilaron entre 0.71 y 0.90 (ver *Tabla 3*), lo que, según la escala de Landis y Koch, se traduce en niveles de concordancia sustancial o casi perfecta. El porcentaje de aceptación de los participantes, aunque inferior al del estudio de 2020 (75.6 %), se considera dentro de márgenes aceptables, ya que en preescolares y escolares ha sido del 71 % y en adultos del 77.1 % (*Tabla 4*).

El criterio diagnóstico de caries propuesto por la OMS se sigue manteniendo en este estudio para favorecer la comparabilidad con estudios previos y permitir analizar la evolución temporal de la caries, lo que representa una ventaja metodológica más que una limitación. La incorporación de nuevos criterios diagnósticos como el ICDAS que ya ha sido empleado en algunos estudios regionales, introduciría un sesgo en la comparación de los datos por no haber un claro consenso sobre la equivalencia entre ambos criterios.

Es importante destacar que las dificultades para realizar el trabajo de campo en encuestas epidemiológicas se han incrementado, especialmente cuando estas requieren acceso a centros escolares, residencias o centros asistenciales. Este incremento se debe a una mayor exigencia legal y burocrática para obtener permisos, fenómeno que se agravó por la pandemia de COVID-19 y que se mantiene cinco años después. Por todo lo expuesto, apoyándonos en el control de los posibles sesgos realizados en esta encuesta nacional de 2025 consideramos que los resultados obtenidos en este estudio son válidos y por lo tanto comparables con los alcanzados en las encuestas nacionales de salud bucodental previas realizadas en España desde 1993.

EVOLUCIÓN DE LA SALUD ORAL EN EL PERÍODO 1993-2025

En este análisis se tiene en cuenta la evolución habida desde la encuesta de 1993 y los años intermedios. Esta es la séptima encuesta realizada con metodolo-

gía estandarizada OMS. Esta serie histórica de más de 30 años permite observar con suficiente precisión la tendencia de estos indicadores sanitarios. Nótese que para interpretar los datos sobre caries dental ha de tenerse en consideración que los afectados por caries indica individuos con historia de caries con el criterio diagnóstico OMS, es decir, aquellas lesiones con una “cavidad inconfundible y/o invasión de la dentina”, que necesitan tratamiento restaurador. Pero la enfermedad de caries presenta también estadios anteriores a esa fase que sería necesario considerar y medir, toda vez que la prevalencia de lesiones invasivas está siendo controlada en las últimas décadas. Esto obligará en el próximo futuro a adoptar metodologías de diagnóstico que tengan en cuenta las fases iniciales de la enfermedad.

En la encuesta de 2025 se ha introducido como novedad el grupo etario de 3-4 años. El único antecedente de datos epidemiológicos en estas edades es la encuesta del año 2007 [11]. Su introducción se justifica por la necesidad de monitorizar la caries en dentición temporal toda vez que la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud (SNS) ha incorporado algunas prestaciones de odontología para las cohortes de 0-5 años. Igualmente, al interpretar los datos sobre tratamiento recibido y necesidades de tratamiento para cualquier edad, es necesario considerar que la cobertura del SNS en salud oral para el global de la población continúa siendo muy limitada.

Siempre que se mencione un “aumento/descenso significativo”, se sobreentenderá “estadísticamente significativo”.

CARIES DENTAL

Edad: 3-4/5-6 años. Para valorar la evolución en dentición temporal a los 3-4 se ha procedido a la reanálisis de los datos de 2007, creando el índice cod recodificado, ya que los datos publicados en 2007 se referían al índice caod —incluyendo dientes ausentes antes de su exfoliación—, y colapsando las edades 3 y 4 años; igualmente, la suma de ambas muestras de 2007 da una $n=1110$, siendo la muestra de la presente encuesta de 2025 de 673 preescolares. Así, el índice cod recodificado de 2007 arroja un resultado de 0.62 ± 1.76 , y ha sido de 0.49 ± 1.50 en 2025, ($p=0.124$, test de student). Aunque la diferencia no es estadísticamente significativa, sí marca una tendencia al descenso en el intervalo 2007-2025.

Sin embargo, en la cohorte 5-6 años, la caries en dentición temporal se mantiene en unos niveles estables desde la última encuesta y también en los últimos años. No hay diferencias significativas en prevalencia ($\text{cod} > 0$) ni en media de dientes afectados (cod). Lo que sí hay es un descenso —no significativo— respecto de 1993 en el porcentaje de niños/as que presentan lesiones de caries no tratada -fracción “c” >>>

Tabla 60: Porcentaje de individuos con caries y con caries activa. Comparación entre las encuestas nacionales de 1993 [5], 2000 [6], 2005 [7], 2007 (sólo preescolares) [11], 2010 [8], 2015 [9], 2020 [10] y 2025.

	cod/CAOD>0			cariados>0		
	%	(IC-95%)	Comp. ^a	%	(IC-95%)	Comp. ^a
3-4 años (temporal)						
2007 (3 años)	17.4	(12.3-22.6)	xy	16.1	(11.2-21.0)	x
2007 (4 años)	26.2	(21.8-30.5)	x	22.3	(18.1-26.4)	x
2025	15.6	(10.7-20.5)	y	14.9	(10.0-19.8)	x
5-6 años (temporal)						
1993	38.0	(33.5-42.4)	x	35.1	(30.7-39.5)	x
2000	33.3	(26.8-39.8)	x	30.0	(23.1-36.9)	xy
2005	36.3	(30.1-42.5)	x	31.3	(25.2-37.4)	xy
2010	36.7	(32.6-40.7)	x	26.7	(22.9-37.4)	xy
2015	31.5	(25.9-37.0)	x	25.0	(19.6-30.3)	y
2020	35.5	(30.8-40.3)	x	28.3	(23.5-33.0)	xy
2025	30.8	(25.1-36.5)	x	26.3	(20.4-32.2)	xy
5-6 años (permanente)						
1993	3.1	(1.7-5.1)	xy	2.9	(1.5-4.9)	xy
2000	3.7	(1.9-5.5)	xy	3.0	(1.2-4.8)	xy
2005	3.5	(2.0-5.0)	xy	2.2	(1.1-3.3)	xy
2010	3.7	(2.1-5.3)	x	3.5	(1.9-5.0)	x
2015	2.4	(1.3-3.6)	xy	1.8	(0.7-2.9)	xy
2020	1.3	(0.5-2.1)	y	1.0	(0.4-1.6)	y
2025	2.1	(0.9-3.3)	xy	2.0	(0.7-3.2)	xy
12 años						
1993	68.3	(64.3-72.4)	x	52.4	(48.0-56.8)	x
2000	43.3	(37.8-48.8)	yz	24.4	(16.4-32.4)	yz
2005	47.2	(39.3-55.2)	y	27.8	(18.7-36.9)	y
2010	45.0	(40.9-49.1)	y	25.5	(21.9-29.0)	y
2015	33.3	(28.3-38.3)	zw	14.6	(11.5-17.7)	zw
2020	28.6	(24.0-33.1)	w	11.6	(8.5-14.7)	w
2025	27.9	(23.2-32.6)	w	9.3	(6.2-12.4)	zw
15 años						
1993	81.7	(78.5-85.0)	x	62.0	(57.9-66.1)	x
2000	59.1	(52.2-66.0)	y	33.9	(26.8-41.0)	y
2005	60.7	(54.9-66.6)	y	33.9	(26.1-41.7)	y
2010	54.8	(50.5-58.9)	y	27.5	(23.7-31.2)	yz
2015	43.2	(36.4-45.0)	z	18.6	(13.2-24.0)	z
2020	35.5	(29.6-41.4)	z	12.7	(8.1-17.3)	z
2025	40.1	(32.0-48.1)	z	13.3	(9.2-17.3)	z
35-44 años						
1993	99.2	(98.1-99.8)	x	80.7	(77.4-84.1)	x
2000	96.4	(94.1-98.8)	xy	45.8	(37.6-54.0)	yz
2005	98.1	(96.7-99.6)	x	50.6	(44.3-56.8)	yz
2010	91.8	(89.4-94.2)	y	56.5	(48.3-59.9)	y
2015	95.0	(92.7-97.3)	xy	40.7	(35.0-46.4)	z
2020	93.8	(91.5-96.1)	y	31.9	(25.2-38.5)	z
2025	92.7	(89.5-95.8)	y	29.4	(21.6-37.2)	wz
65-74 años						
1993	96.0	(93.9-97.6)	xz	58.9	(54.5-63.3)	x
2000	98.5	(97.5-99.5)	xy	47.2	(40.7-53.7)	y
2005	99.8	(99.4-100)	y	47.2	(38.6-55.8)	y
2010	94.2	(92.1-96.3)	z	43.5	(39.2-52.4)	y
2015	99.5	(98.9-100)	y	46.7	(41.8-51.6)	y
2020	99.8	(99.4-100)	y	40.1	(31.0-49.2)	y
2025	99.6	(98.8-100)	y	40.5	(34.6-46.3)	y

a: Comparación valorando el solapamiento (no significativo) o no (estadísticamente significativo) de los intervalos de confianza al 95%: Se denotan con la misma letra aquéllos intervalos que se solapan.

»» - si bien los valores se mantienen estables en los últimos años —35.1% en 1993, 25.0% en 2015, 26.3 en 2025— (Tabla 60); el índice de restauración (IR) des-
ciende respecto de 2020 y de décadas anteriores,

aunque los cambios no son significativos —21.4% en 2015, 27.1% en 2020, 17.9% en 2025— (tratamientos no
cubiertos por el SNS) (Tabla 61). El patrón de que los niños
de nivel socioeconómico (NSE) bajo y nacidos en el »»

Tabla 61: Índice CAOD. Comparación entre las encuestas nacionales de 1993 [5], 2000 [6], 2005 [7], 2007 (sólo preescolares) [11], 2010 [8], 2015 [9], 2020 [10] y 2025.

Cohorte	n	Componentes			IR ^a (%)			Índice cod/CAOD		
		c/C	A	o/O	%	(IC-95%)	Comp. ^b	media±dec	(IC-95%)	Comp. ^b
3-4 años (temporal)										
2007 (3 años)	522	0.49		0.02	3.3			0.52	(0.30-0.74)	x
2007 (4 años)	588	0.66		0.05	7.1			0.76	(0.54-0.98)	x
2007 (3+4 años) ^d	1100	-		-	-	-		0.62±1.76	-	x
2025	673	0.45		0.04	8.4	(3.5-13.3)		0.49±1.50	(0.29-0.69)	x
5-6 años (temp.)										
1993	453	0.84		0.13	13.4	(6.3-20.5)	x	0.97±2.12	(0.77-1.17)	x
2000	540	0.89		0.17	16.0	(9.5-22.5)	x	1.06±2.05	(0.75-1.37)	x
2005	540	0.95		0.28	22.9	(17.4-28.4)	x	1.23±2.19	(0.98-1.48)	x
2010	540	0.85		0.29	24.8	(17.1-30.7)	x	1.17±2.20	(0.98-1.36)	x
2015	661	0.87		0.24	21.4	(12.4-30.4)	x	1.11±2.29	(0.84-1.38)	x
2020	768	0.93		0.35	27.1	(20.4-33.9)	x	1.28±2.42	(1.01-1.55)	x
2025	707	0.96		0.21	17.9	(10.8-25.0)	x	1.17±2.39	(0.88-1.46)	x
5-6 años (perm.)										
1993	453	0.04	0.00	0.00	2.0	(0.0-4.0)	x	0.05±0.28	(0.03-0.07)	x
2000	540	0.05	0.00	0.02	32.4	(4.8-60.0)	y	0.07±0.40	(0.03-0.11)	x
2005	540	0.03	0.00	0.01	30.4	(11.0-49.8)	y	0.04±0.24	(0.02-0.06)	x
2010	540	0.05	0.00	0.01	16.7	(9.7-26.9)	y	0.06±0.35	(0.03-0.09)	x
2015	661	0.03	0.00	0.02	32.4	(12.8-52.0)	y	0.05±0.39	(0.01-0.09)	x
2020	768	0.02	0.00	0.01	29.4	(3.1-55.7)	xy	0.02±0.21	(0.00-0.04)	x
2025	707	0.03	0.00	0.00	9.5	(0.0-23.2)	xy	0.03±0.21	(0.01-0.05)	x
12 años										
1993	502	1.33	0.11	0.88	38.4	(20.8-56.0)	x	2.29±2.21	(2.10-2.48)	x
2000	536	0.50	0.02	0.59	52.9	(38.6-67.2)	xy	1.12±1.62	(0.90-1.34)	y
2005	540	0.62	0.01	0.70	52.9	(42.9-62.9)	xy	1.33±1.81	(1.02-1.64)	y
2010	573	0.51	0.02	0.59	52.6	(41.8-61.6)	xy	1.12±1.73	(0.98-1.27)	y
2015	589	0.27	0.00	0.44	61.9	(56.2-67.6)	y	0.71±1.30	(0.57-0.85)	z
2020	448	0.17	0.00	0.41	70.0	(63.7-76.3)	y	0.58±1.13	(0.46-0.70)	z
2025	463	0.20	0.00	0.47	69.6	(59.8-79.4)	y	0.67±1.46	(0.49-0.85)	z
15 años										
1993	537	1.86	0.30	1.66	43.5	(34.7-52.3)	x	3.82±3.07	(3.56-4.08)	x
2000	540	0.93	0.06	1.21	55.1	(44.9-65.3)	xy	2.20±2.72	(1.87-2.53)	y
2005	540	0.83	0.05	1.30	59.6	(52.2-67.0)	xy	2.18±2.65	(1.77-2.59)	y
2010	546	0.66	0.02	1.04	60.5	(55.6-65.4)	y	1.72±2.32	(1.53-1.92)	yz
2015	581	0.41	0.03	0.91	67.7	(61.4-74.0)	y	1.34±2.10	(1.05-1.63)	z
2020	338	0.25	0.01	0.68	72.4	(61.8-83.0)	y	0.94±1.65	(0.74-1.14)	wz
2025	347	0.25	0.01	0.89	77.3	(65.3-89.3)	y	1.15±1.93	(0.76-1.54)	wz
35-44 años										
1993	534	3.27	4.70	2.93	26.9	(21.4-32.4)	x	10.87±5.58	(10.40-11.35)	x
2000	535	1.27	3.00	4.13	49.1	(42.4-55.8)	y	8.40±5.23	(7.62-9.18)	y
2005	540	1.42	3.00	5.19	54.0	(49.5-58.5)	y	9.61±5.08	(8.96-10.26)	y
2010	512	0.97	1.39	4.39	65.0	(62.0-67.9)	z	6.75±4.79	(6.33-7.20)	z
2015	600	1.14	2.56	4.73	56.1	(50.8-61.4)	yz	8.43±5.30	(7.80-9.06)	y
2020	612	0.81	1.92	4.67	63.1	(57.8-68.4)	yz	7.40±4.86	(6.81-7.99)	zy
2025	490	0.75	1.56	4.45	65.9	(59.4-72.4)	z	6.75±4.73	(6.06-7.44)	zy
65-74 años										
1993	479	2.35	18.14	0.69	3.3	(1.3-5.3)	x	21.16±8.93	(20.36-21.96)	x
2000	538	1.49	15.44	1.18	6.5	(4.5-8.5)	xy	18.10±8.61	(17.20-19.00)	y
2005	540	1.40	13.78	1.61	9.6	(7.4-11.8)	y	16.79±8.15	(15.54-18.04)	y
2010	486	0.96	11.90	1.80	12.3	(9.7-14.8)	yz	14.66±9.02	(13.80-15.45)	z
2015	565	1.33	11.94	3.00	18.4	(13.9-22.9)	z	16.27±7.73	(14.66-17.88)	yz
2020	494	1.05	10.70	3.24	21.6	(17.9-25.3)	z	14.99±7.11	(14.21-15.77)	yz
2025	472	0.99	9.39	3.42	24.8	(20.1-29.5)	z	13.81±6.95	(12.73-14.89)	yz

a: Índice de restauración: (o/cod)x100 en dentición temporal y (O/CAOD)x100 en dentición permanente.

b: Comparación valorando el solapamiento (no significativo) o no (estadísticamente significativo) de los intervalos de confianza al 95%. Se denotan con la misma letra aquéllos intervalos que se solapan.

c: desviación estándar.

d: Tras reanálisis de los datos de 2007, creando el índice cod (nótese que los datos publicados en 2007 se refieren al índice caod -incluyendo dientes ausentes antes de su exfoliación) y colapsando las edades de 3 y 4 años.

extranjero tienen significativamente más historia de caries y más lesiones sin tratar que el resto, se mantiene sin cambios (Tablas 17-18).

Edad 12 y 15 años. La caries en dentición permanente se estabiliza en la última década por contraste al descenso significativo habido entre los años 1993 y

»» 2015; respecto de la última encuesta de 2020, se observa un ligero repunte del CAOD —no significativo—, pasando de 0.58 en 2020 a 0.67 en 2025 en los de 12 años; y del 0.94 al 1.15 en los de 15 (*Tabla 67*). De 2000 a 2020, el descenso del índice CAOD fue en torno del 50% en estas edades, y del 75% respecto de 1993 (*Tabla 67*).

Por lo que respecta a la prevalencia (CAOD>0) apenas se ha visto modificada en los de 12 años respecto de la última encuesta —28.6% en 2020 y 27.9% en 2025—, mientras que en los de 15 años se observa un ligero repunte no significativo —35.5% en 2020 frente a 40.1% en 2025— (*Tabla 60*). El descenso global de la prevalencia ha estado en torno al 33% en 12 y 15 años de 2000 a 2020, y en torno al 55 % desde 1993.

Estos datos nos indicarían que tanto la prevalencia de caries como el índice CAOD, después de décadas de descenso, podrían estar estabilizándose y, en consecuencia, la tendencia descendente observada en las décadas anteriores se ha frenado, igual que ocurrió anteriormente con la caries en dentición temporal.

Se constata nuevamente que un bajo porcentaje de individuos concentra la mayor parte de las lesiones (llamado “fenómeno 80/20”), que se observa encuesta tras encuesta. Así, a los 12 años, el 72.1 % está libre de caries mientras que el 17.5 % acumula el 84.5 % de las lesiones; a los 15 años, el 59.9 % está libre de caries y el 17.3 % acumula el 69.7 % de las lesiones (*Tabla 9*).

Respecto de esta concentración de caries, analizamos el SiC y el CAOD si CAOD>0. El SiC a los 12 años ha pasado de 1.73 en 2020 a 2.01 en 2025, y a los 15 años de 2.75 a 3.23, diferencias no significativas. En el más largo plazo, en SiC se sitúa en valores parecidos —ligeramente inferiores— a 2015.

Otro enfoque es medir el índice CAOD entre aquellos que tienen historia de caries (CAOD si CAOD>0). Esta variable se lleva midiendo desde el año 2000. En aquel año, este índice fue de 2.59 y 3.73 para 12 y 15 años respectivamente y en 2025 es 2.42 y 2.88, lo que supone una estabilización en los de 12 años y una reducción significativa en los de 15 años (*Tabla 10*). Respecto de 2020, se ha incrementado no significativamente en 12 años —2.03 vs. 2.42— y se mantiene estable en 15 —2.66 vs. 2.88—. El NSE y el origen de nacimiento —España/Extranjero— no muestra diferencias significativas en el nivel de caries permanente cosa que sí hacía en encuestas anteriores.

Edad 35-44 y 65-74 años. En 35-44 años tanto la prevalencia total como la media CAOD se mantienen estables respecto de 2020 y el índice CAOD es inferior al de 2000, aunque este descenso no es significativo; donde sí hay cambio es en la prevalencia de caries no tratada, que se mantiene estable respecto a 2020, pero que muestra un descenso significativo desde 2005, que en términos porcentuales es de casi el 50 %. No obstante, el cambio más significativo se produce en los componentes del CAOD: mientras que en 1993 el

mayor valor correspondía a dientes Ausentes, hoy el valor mayor es el de dientes obturados lo que hace que el IR actual sea del 65.9 % frente al 26.9 % de 1993. Es decir, la población accede a más tratamiento, aunque no esté financiado por el SNS. La generación de 35-44 años eran niños y adolescentes cuando comienzan los primeros programas preventivos y asistenciales en España, en los años 1980 y 90. El índice CAOD en estas edades se ha reducido en un 38% desde 1993.

En 65-74 años la historia de caries afecta prácticamente a la totalidad de los sujetos encuestados, el 99.6 %. Aquí, la mayor parte del índice, que es de 13.81, está compuesto por dientes Ausentes, 9.39 (*Tabla 7*). No obstante, en este grupo de edad, parte de estas ausencias lo han podido ser por causa diferente a la caries por lo que el índice CAOD en estas edades refleja una combinación de factores, no solo caries. Se ha producido un descenso significativo desde 1993 del 35 %, pero se mantiene estable desde 2010. Aquí también se aprecia un descenso significativo de la caries no tratada, tanto del porcentaje de población como de media de dientes no tratados, y el consiguiente aumento de los obturados: nuevamente se observa que algunos sectores de la población acceden a más tratamientos como se refleja en los de 35-44 años (tratamientos no financiados por el SNS).

La caries radicular se mantiene estable tanto en cifras totales como en lesiones activas u obturadas, siendo éstas significativamente menos que las activas. La prevalencia en adultos mayores puede considerarse alta (*Tabla 19*).

ÍNDICE DE RESTAURACIÓN (IR)

Este índice expresa el porcentaje de dientes obturados sobre el total del índice CAOD y muestra en qué medida la enfermedad de caries recibe tratamiento conservador. En la dentición temporal el IR es muy bajo, el 17.9% y no refleja cambios significativos respecto de encuestas anteriores. Sin embargo, en los de 12 y 15 años muestra una evolución consistentemente ascendente —aunque estable desde la última encuesta— y es actualmente del 69.6 % y 77.3 % respectivamente, con diferencias significativas desde 1993 cuando eran del 38.4 % y 43.5 % (*Tabla 67*).

Esta evolución positiva es el reflejo de la cobertura que actualmente tiene el tratamiento de caries en el Sistema Nacional de Salud (SNS) y los diferentes programas asistenciales desarrollados por las comunidades autónomas. Igualmente, puede ser el resultado de una mayor conciencia sanitaria de la población sobre su salud oral, así como la mayor accesibilidad a la consulta dental por el notable aumento experimentado por la red de clínicas dentales en España. El bajo IR en dentición temporal se puede explicar porque la cartera de servicios del SNS no cubre tratamientos conservadores en dientes temporales y, quizás, porque el tratamiento de »»

Tabla 62: Índice CPITN/IPC máximo. Porcentaje de sujetos en cada categoría. Comparación^a entre las encuestas nacionales de 1993 [5], 2000 [6], 2005 [7], 2010 [8], 2015 [9], 2020 [10] y 2025.

Cohorte	0			1			2			3			4		
	%	(IC-95%)		%	(IC-95%)		%	(IC-95%)		%	(IC-95%)		%	(IC-95%)	
35-44 años															
1993	3.6	(2.2-5.5)	x	4.5	(2.9-6.6)	x	42.7	(38.5-46.9)	x	38.5	(34.4-42.7)	x	10.7	(8.1-13.3)	x
2000	19.3	(13.8-24.8)	xy	10.9	(7.2-14.6)	y	44.2	(35.6-52.8)	xy	21.4	(15.1-27.7)	y	4.2	(1.9-6.6)	y
2005	14.8	(7.1-22.5)	y	12.5	(8.0-17.1)	y	47.3	(39.8-54.8)	xy	21.5	(12.1-30.9)	y	3.9	(2.6-5.3)	y
2010	16.0	(12.7-19.3)	y	15.0	(11.7-18.2)	y	53.0	(48.5-57.5)	y	11.0	(8.2-13.8)	y	5.0	(3.0-6.9)	y
2015	19.4	(12.0-26.8)	y	15.9	(11.3-20.4)	y	40.7	(34.2-47.3)	x	18.5	(12.6-24.5)	y	5.5	(2.7-8.3)	xy
2020	18.1	(12.5-23.7)	y	15.0	(10.5-19.4)	y	41.4	(33.1-49.8)	xy	17.9	(11.4-24.5)	y	7.6	(2.9-12.3)	xy
2025	29.4	(15.3-43.6)	y	11.5	(6.9-16.0)	y	42.9	(32.2-53.7)	xy	13.3	(7.1-19.5)	y	2.9	(1.3-4.4)	y
65-74 años															
1993	2.2	(0.9-4.5)	x	3.2	(1.5-5.7)	x	38.3	(32.9-43.7)	x	39.2	(33.9-44.6)	x	17.1	(12.9-21.2)	x
2000	8.7	(4.0-13.4)	xy	4.5	(2.0-7.1)	x	42.9	(32.3-53.5)	xy	35.3	(24.5-46.1)	xy	8.7	(4.2-13.2)	xy
2005	10.3	(5.4-15.3)	y	13.1	(9.4-16.9)	y	38.5	(32.6-44.4)	x	27.2	(17.9-36.5)	xy	10.8	(5.9-15.7)	xy
2010	5.8	(2.0-9.6)	xy	8.4	(4.0-12.9)	xy	56.5	(48.6-64.4)	y	18.8	(12.6-25.0)	y	10.4	(5.5-15.3)	xy
2015	11.1	(7.7-14.4)	y	15.6	(11.5-19.7)	y	36.3	(30.0-42.5)	x	27.0	(20.0-34.1)	xy	10.0	(6.3-13.8)	xy
2020	9.6	(5.9-13.2)	y	16.5	(11.2-21.8)	y	39.4	(31.6-47.3)	x	22.9	(16.0-29.9)	y	11.6	(7.1-16.1)	xy
2025	23.1	(10.2-36.0)	y	11.5	(5.6-17.5)	xy	30.9	(22.0-39.9)	x	25.9	(17.4-34.3)	xy	8.5	(4.5-12.6)	y

»» las lesiones de caries en los dientes temporales no se considera prioritario en gran parte de la población.

Selladores de fisura

La media de selladores ha descendido desde la última encuesta tanto a los 12 (de 34.8 % en 2020 a un 20.1 % actual) como a los 15 años (de un 32.2 % en 2020 a un 17.3 %). Las cifras actuales son superponibles a las del año 2000 cuando comienza este registro (Tabla 15). El sellado preventivo de fosas y fisuras forma parte desde hace décadas de la cartera de servicios del SNS para estas edades.

DIENTES PRESENTES Y PREVALENCIA DE DESDENTADOS

35-44 y 65-74 años. El número de dientes presentes se mantiene estable en los de 35-44 años desde que

se recoge esta variable (año 2000) con una media de 26.37, pero mejora significativamente en la cohorte de 65-74 años, pasando de una media de 12.38 en 2000 a 18.55 en el 2025; no obstante, esta media es muy baja en relación con el total de dientes máximo en boca (28 dientes, al excluir terceros molares) (Tablas 11-13 y 63).

En consonancia con estos datos, el número de desdentados totales a los 65-74 años de edad también mejora significativamente, siendo actualmente de un 6.6% (Tabla 63), con un descenso significativo y consolidado desde 2000 (31.3%) y desde 2010 (16.7%). Entre los de 35-44 años, al igual que en 2010 y 2020, la encuesta no encuentra personas edéntulas (0.0%).

Tabla 63. Síntesis. Evolución de indicadores básicos de salud oral diagnosticada y percibida en España entre 1993 y 2025.

Indicador	Edad (años)	Indicadores según año						
		1993 [5]	2000 [6]	2005 [7]	2010 [8]	2015 [9]	2020 [10]	2025
cod=0 (%)	5-6	62.0	66.7	63.7	63.3	68.5	64.5	69.2
CAOD (media)	12	2.32	1.12	1.33	1.12	0.71	0.58	0.67
Índice de restauración ^a (%)	12	37.9	52.9	52.9	52.7	61.9	70.0	69.6
	15	43.5	55.1	59.6	60.5	67.7	72.4	77.3
Dientes ausentes (media)	35-44	4.70	3.00	3.00	1.39	2.56	1.92	1.56
Población con al menos 21 dientes (%)	35-44	ND	90.6	91.4	96.6	90.9	96.6	96.5
	65-74	ND	28.1	32.4	44.3	40.4	45.1	53.8
Edéntulos (%)	35-44	0.2	0.6	0.2	0.0	0.2	0.0	0.0
	65-74	31.3	23.4	16.8	16.7	10.6	7.3	6.6
IPC=0 (%)	15	25.3	55.3	34.5	22.0	46.0	36.7	40.7
	35-44	3.6	19.3	14.8	16.0	19.4	18.1	29.4

Tabla 63. Síntesis. Evolución de indicadores básicos de salud oral diagnosticada y percibida en España entre 1993 y 2025.

Indicador	Edad (años)	Indicadores según año						
		1993 [5]	2000 [6]	2005 [7]	2010 [8]	2015 [9]	2020 [10]	2025
Cepillado diario con pasta fluorada (%) ^b	12	ND	ND	83.1	93.9	93.5	94.4	95.7
	15	ND	ND	84.8	93.4	92.6	94.9	94.1
	35-44	ND	ND	86.1	94.3	89.4	90.3	92.1
	65-74	ND	ND	75.1	80.1	73.7	81.4	85.0
Dificultad para comer/masticar (%) ^c	35-44	ND	ND	18.0	16.5	21.4	15.1	7.8
	65-74	ND	ND	26.9	17.8	25.6	24.3	20.9

a: Porcentaje dientes obturados del CAOD.

b: Al menos 1 vez/día.

c: La pregunta completa es: "¿Ha experimentado dificultad para comer/masticar por problemas en su boca, dientes o dentadura postiza en los últimos 12 meses?". Las respuestas posibles son: Nunca (0), casi nunca (1), a veces (2), bastante a menudo (3) y muy frecuentemente (4). Los datos de la Tabla se refieren a las categorías 2+3+4.

cod: dientes temporales carizados y obturados; CAOD: dientes permanentes, carizados, ausentes y obturados; IPC: Índice periodontal comunitario.

NECESIDADES DE TRATAMIENTO DENTAL

A pesar de que la población española accede cada vez más a tratamientos de odontología conservadora como se ha mencionado más arriba, las necesidades de tratamiento reflejan claramente la cobertura del SNS: las necesidades son bajas en aquellas edades y tratamientos cubiertos y altas en las que no lo están. Cuando se analizan las necesidades de tratamiento no satisfechas de una población, es necesario considerar que una encuesta epidemiológica es una foto fija de una situación que de por sí es dinámica, salud-enfermedad, y siempre se encuentran personas que, en el momento de la encuesta, tienen necesidades por satisfacer; por tanto, las necesidades de tratamiento en un momento dado nunca pueden dar valores cercanos a cero.

3-4 y 5-6 años

Las necesidades de tratamiento restaurador son altas en ambos grupos de edad con relación a la prevalencia de caries: la mayor parte de la enfermedad está sin tratar. En 3-4 años, para una prevalencia de caries temporal del 15.6 %, 14.7 % tienen necesidad de restauradora, es decir, la práctica totalidad. La mayor necesidad se concentra en restauraciones simples. En 5-6 años, para una prevalencia de caries temporal del 30.8 %, el 25.0 % tienen necesidad de tratamiento restaurador si bien en este grupo esta necesidad se concentra principalmente en restauraciones complejas. Estos datos se mantienen prácticamente inalterados desde 2000.

Las mayores necesidades se concentran en los niños de bajo nivel socioeconómico y origen extranjero con diferencias significativas respecto de los de nivel alto y origen España (Tablas 16, 22). Los tratamientos de caries en dentición temporal no están sufragados por el SNS.

12 y 15 años

La necesidad de tratamiento restaurador es baja en estas edades, 9.7 % y 12.4 % y corresponden a una situación de necesidades más o menos atendidas. La ten-

dencia es descendente muy significativamente. Desde 1993 han descendido un 82 % y 80% respectivamente (en ese año estas necesidades eran del 54.2 % y 61.8 %) y también desde 2000, un 60 % y 66 % (en 2000 estas necesidades eran del 24.4 % y 36.5 %). Aquí no se dan diferencias significativas por NSE ni origen de nacimiento. Estos tratamientos sí están sufragados por el SNS.

35-44 y 65-74 años

Entre los adultos hay un alto porcentaje de personas con necesidad de tratamiento: 25.5 % y 35.2 % en ambos tramos de edad; las mayores necesidades se dan en tratamientos restauradores. Y entre los mayores (65-74 años), además, también en exodoncia, un 14,2 % (Tabla 16). El tratamiento de exodoncia está cubierto por las prestaciones del SNS.

La evolución con relación a 1993, 2000 y 2015 ha sido favorable para los de 35-44 años con un descenso significativo en todos los periodos; no así en los de 65-74 años donde las necesidades son superponibles a las de hace 30 años. El NSE también influye en esta variable, con necesidades significativamente mayores a medida que se desciende en la escala social, principalmente entre los de 35-44 años.

ESTADO PERIODONTAL

15 años

Lo más reseñable para esta edad es que solamente el 40.7 % presenta un estado periodontal completamente sano, cifra similar a la de encuestas anteriores. En esta edad sólo es valorable la presencia de cálculo, que es alta, 30.9 %, y de sangrado al sondear (gingivitis) que también es alto, 28.5% (Tabla 23); sin embargo, sólo 2 de cada 6 sextantes se ven afectados. El significado de estas cifras se limita a que la eficacia de la higiene dental diaria entre los jóvenes adolescentes es más bien baja; a pesar de que la frecuencia declarada de cepillado diario es alta (ver más adelante). >>>

»» 35-44 y 65-74 años

El índice CPI muestra cifras fluctuantes, pero sin diferencias significativas respecto de las últimas encuestas. Sin embargo, con relación a 1993, la mejora es significativa (*Tabla 63*).

De nuevo lo más reseñable es el bajo porcentaje de sujetos con un periodonto completamente sano, 29.4 % y 23.1 % en 35-44 y 65-74 años respectivamente; lo cual representa una mejora respecto de 1993. Entre los adultos jóvenes, la patología severa de bolsas ≥ 6 mm afecta sólo al 2.9 %, con una media de sextantes afectados de 0.07 (sobre 6). Esta patología severa es la que puede poner en compromiso la vida de los dientes.

Entre los mayores de 65-74 años, el índice muestra una mejoría significativa desde 1993 tanto en porcentaje de personas con periodonto sano como en el descenso de la prevalencia de bolsas superficiales y profundas. La presencia de bolsas ≥ 6 mm afecta al 8.5 % de los individuos con una media de 0.15 sextantes; aquí hay que considerar que el número de sextantes con dientes valorables es más bajo debido a una mayor ausencia de dientes (*Tablas 23, 24, 25*).

La condición más prevalente es la presencia de cálculo (sarro) en el 42.9 % y 30.9 % seguida de bolsas poco profundas en un 13.3 % y 25.9 %. En torno al 12 % presentan sangrado al sondar. En la distribución por sextantes se aprecia cómo la afectación es mayor en los sextantes posteriores (zona de molares) al igual que en encuestas anteriores (*Tabla 25*).

Por tanto, la afectación periodontal tiene una relativa alta prevalencia, sobre todo en los mayores, pero una baja severidad. Estos datos indican claramente la necesidad de potenciar una mejora de la higiene oral entre la población ya que buena parte de esta patología es susceptible de mejora con medidas básicas de higiene y procedimientos asistenciales sencillos. La afectación periodontal también muestra diferencias significativas por NSE en ambos grupos de edad.

PÉRDIDA DE INSERCIÓN

A diferencia del CPI que mide patología inflamatoria presente (por tanto, con necesidad de tratamiento), la pérdida de inserción sólo cuantifica los milímetros de sujeción que ha perdido el complejo diente-periodonto, con o sin patología inflamatoria. La pérdida de inserción se puede producir en ausencia de enfermedad periodontal por causas como el trauma oclusal o por técnicas inadecuadas de cepillado dental, o como consecuencia de enfermedad pasada ya tratada. Dicho esto, los valores de pérdida de inserción que presenta la población adulta son moderados-altos (moderados en 35-44 y altos en 65-74 años; *Tablas 26, 27*), y se mantienen estables desde que se obtienen registros (año 2000).

ESTADO Y NECESIDAD DE PRÓTESIS

35-44 años. Un 14.1% de este grupo poblacional porta una prótesis siendo la más frecuente la prótesis fija sobre dientes o sobre implantes osteointegrados (IOI), un 8.3 % en el maxilar superior y un 5.4 % en el inferior. La prótesis parcial removible tiene poca presencia, en torno al 1-2 %; sólo se ha encontrado un único portador de prótesis completa inferior (0.2 %). Hay más prótesis en el maxilar superior que en el inferior, pero sin diferencias significativas (*Tabla 33*). Tampoco las hay por variables sociodemográficas (*Tabla 37 y 38*).

En la evolución, hay menos portadores de prótesis que en 2000, gana peso la prótesis fija y sobre IOI, pero sin diferencias significativas. El 15-18 % tiene necesidad de reponer ausencias dentarias mediante prótesis, principalmente unitaria en superior y multiunitaria en el inferior.

65-74 años

Entre la cohorte de mayores, el 65.7 % porta algún tipo de prótesis. Aquí también la más frecuente es la fija sobre dientes o sobre IOI, 36 % en el superior y 25.2 % en el inferior. La removible gana más presencia, 12.8 % superior y 16.3 % inferior; una prótesis completa es portada por el 7-10 % de estas cohortes. Aquí también hay más prótesis en el maxilar superior que en el inferior, pero sin diferencias significativas (*Tabla 33*). Hay diferencias significativas por NSE (*Tabla 37*). En la evolución, aunque el número total de portadores de prótesis se mantiene estable —es prácticamente el mismo—, el cambio es radical y estadísticamente significativo en los diferentes tipos de prótesis. Los portadores de prótesis completa se reducen en un 68 % y los de parcial removible un 28 % mientras los portadores de fija aumentan un 84 %; diferencias todas ellas estadísticamente significativas. A pesar de ello, el 39-45 % aún tiene necesidad de reponer ausencias dentarias mediante prótesis, principalmente multiunitarias; sólo un 2% tendría necesidad de una prótesis completa. Estos datos son acordes con el dato de que al 73.9 % de esta población le faltan entre 1-15 dientes y al 6.8 % entre 16-19 (*Tabla 12*). La prótesis dental no está financiada por el SNS.

Maloclusiones

Alrededor del 50 % de la población tiene algún tipo de maloclusión. El 15 % porta aparatología ortodóncica a los 12 y 15 años. La maloclusión moderada o severa afecta al 21.5 % y 14.7 % respectivamente (*Tabla 40*). A los 15 años, las mujeres portan más ortodoncia que los varones, con diferencia significativa. Los datos globales se mantienen estables desde 2000. A los 35-44 años las cifras son homologables a los de 15 años, pero sólo portan aparatología el 3.6 %. Estos individuos tenían 15 años hace 20-29 años cuando los tratamientos de ortodoncia ya estaban muy generalizados; su tratamiento no parece haber tenido reflejo epidemiológico.



»» FLUOROSIS DENTAL

La prevalencia de los distintos grados, incluido el “discutible”, es del 5.9 % significativamente inferior al dato de 2010 cuando fue del 19.1 % y también inferior, aunque no significativo al de 2020, del 8.1 %; los niveles de fluorosis moderada o intensa son prácticamente inexistentes (*Tabla 42*).

Es difícil hacer una valoración de estos cambios ya que las fuentes de ingesta de flúor para la población española nunca han sido altas salvo zonas geográficas muy concretas, y la fluorización artificial de las aguas de bebida en retroceso desde 2004 y hoy eliminada no ha sobrepasado nunca el 11% de la población en el momento de su mayor expansión, en la década de 1990. A ello se une su dificultad diagnóstica al ser un proceso raro en nuestro medio y con diagnóstico diferencial con otras opacidades, dificultoso.

ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR (ATM)

35-44 y 65-74 años.

Los síntomas repiten los datos de encuestas anteriores, en torno al 11-13 % en ambos grupos de edad. En cuanto a los signos como chasquido, etc. los valores actuales son del 26.6 % y 33.6 % igualmente similares a encuestas anteriores (*Tabla 44*). Se sigue dando el mismo patrón de encuestas anteriores: afecta más a las mujeres que a los varones, diferencias que son estadísticamente significativas (*Tabla 45*).

EROSIÓN DENTAL

Esta alteración debida al desgaste dentario por acción química es una variable que comenzó a registrarse en la encuesta del año 2015 sólo para 35-44 años. Los datos actuales se mantienen en el mismo entorno que encuestas anteriores. Presenta algún tipo de erosión dental el 22.0 % frente al 34.2 % que lo hacía en 2020 y el 14.2 % en 2015. La media de dientes afectados está en valores parecidos a anteriores encuestas según interese sólo al esmalte o esté afectada ya la dentina (*Tabla 46*). La erosión afecta más a hombres que a mujeres (*Tabla 47*), diferencia que es estadísticamente significativa.

HIPOMINERALIZACIÓN INCISIVO-MOLAR (HIM)

Esta alteración congénita de la mineralización del esmalte comenzó a registrarse igualmente en la encuesta del año 2015 debido que es una patología aparentemente en auge y a la que, en cualquier caso, se le da importancia estética. Se mide en el grupo de 12 años. Los valores actuales son totalmente superponibles a los de encuestas anteriores y su prevalencia es baja/

moderada: 5.1 % en el nivel severo/moderado con una media de entre 1 y 2 dientes afectados (*Tabla 48*).

FRECUENCIA DE CEPILLADO

La frecuencia de cepillado declarada por los encuestados es alta en todas las edades —incluidos 3-4 y 5-6 años— y se sitúa en el entorno del 90-96 % (en 65-74 años es el 89.8 % corregido el valor eliminando de la base los edéntulos). Sin embargo, la frecuencia recomendada de al menos 2 veces al día baja al 74-77 % (58 % en 65-74 años corregido). Estos valores se han ido incrementando de manera sostenida desde que se tienen registros (2005) pero las diferencias nunca son significativas (*Tabla 50*). En todos los grupos de edad —salvo en los pequeños 3-6 años— las mujeres se cepillan significativamente más que los varones (*Tabla 51*). En esas edades infantiles, en torno al 50% hacen el cepillado ayudado por sus padres (*Tabla 57*).

VISITAS AL DENTISTA

En la cohorte de menor edad 3-4 años (con una cobertura pública iniciándose en el momento de hacer esta encuesta) la asistencia es baja (40.8 %) aunque no tanto si consideramos que no ha habido cobertura pública hasta ahora. La asistencia aumenta hasta el 66.4 % en la cohorte de 5-6 años (*Tabla 57*). Es necesario considerar que el dato proviene del rellenado de un formulario que, en estos indicadores, tiende a sobreestimarse. Estos datos hay que interpretarlos junto con las necesidades no cubiertas que en dentición temporal que son del 14.7 % en la cohorte 3-4 años y del 25 % en la cohorte 5-6 años (*Tabla 16*).

A los 12 y 15 años —con cobertura del SNS— la asistencia en el último año está en el 73-78 %; los que nunca han ido al dentista muestran un valor inapreciable. Es decir, la práctica totalidad dice acudir al dentista regularmente —si bien no todos los años como sería recomendable— ya que un 28% no ha acudido en el último año (*Tabla 56*). Cabe indicar que el indicador de necesidades de tratamiento en dentición permanente muestra que las necesidades están cubiertas satisfactoriamente: sólo un 9.7 % de los 12 años y un 12.4 % de los 15 tienen alguna necesidad de tratamiento (*Tabla 16*).

Entre los adultos jóvenes de 35-44 años, los que dicen que nunca han acudido al dentista son inapreciables y los que dicen haber acudido en el último año se sitúan el 57.7 % (61.8 % en 2020). En el grupo de 65-74 años la asistencia en el último año se sitúa en torno al 54 % (58.1 % en 2020). En ambos grupos, en torno al 41-46 % dice no haber acudido desde hace más de un año. Por tanto, la asistencia al dentista entre los adultos es baja con relación a las necesidades y a lo recomendable para una odontología preventiva. Los adultos no tienen cobertura asistencial del SNS más que para extracciones y cirugía maxilofacial (*Tabla 56*). »»

»» RECOMENDACIONES FINALES

A la finalización de este informe, tal como se ha hecho en las dos ediciones anteriores, se proponen unas recomendaciones finales que podemos agrupar en dos apartados: recomendaciones finales para investigación y para gestión.

Recomendaciones finales para investigación

En las encuestas de salud oral aquí revisadas y que comprenden el amplio periodo desde 1993 hasta la actualidad, se ha utilizado la metodología estandarizada por la OMS, con el criterio diagnóstico de caries basado “por” la presencia de caries cuando una lesión en una fosa o fisura, o en una superficie dental lisa, presenta una cavidad inconfundible, esmalte socavado o un suelo o pared detectablemente reblandecido” [13]. Es obvio que los conocimientos actuales en Cariología nos permiten entender bien la existencia de otros estadios previos a la cavitación y una gradación en las lesiones ya cavitadas que también puede contemplar distintos grados en su gravedad y que existen iniciativas para mejorar la formación curricular de los odontólogos en este campo [40]. Entendiendo bien la comparabilidad que supone utilizar el mismo criterio de caries que en las encuestas anteriores y, teniendo en cuenta el progresivo descenso observado en la prevalencia de la enfermedad, parece razonable plantear la utilización, en futuros estudios, de otros criterios diagnósticos que puedan detectar mejor los estadios iniciales de la enfermedad, tal como ya se ha realizado en estudios regionales [15,41].

La realización de las encuestas de salud oral presenta una creciente dificultad en la recogida de datos durante el desarrollo del trabajo de campo. La necesidad de realizar una exploración oral de los participantes, con cierto detalle, no está exenta de dificultades en la selección, aceptación y realización del trabajo de campo. Los grupos de edad infantil y juvenil se encuentran bien identificados en la información disponible del sistema educativo y, aunque cada vez resulta más difícil la aceptación de la participación por parte de centros y alumnado, no resulta en términos generales excesivamente complicado obtener el número de participantes necesario. Si podemos constatar la dificultad generalizada por parte de la mayoría de los dentistas exploradores de conseguir los permisos de los escolares de 15 años (4º de la ESO). Los motivos en general fueron la falta de interés y motivación de los alumnos de esas edades para participar en este tipo de estudios (no traían el consentimiento informado). Cuanto más pequeños eran los escolares, más fácil resultó obtener el consentimiento firmado por los padres. La creciente realización de exploraciones en ocasiones genera cierta confusión y dificultad a la hora de obtener las autorizaciones por lo que debería contarse con cierta coordinación con los odontólogos del área a la hora de

acceder al trabajo de campo. El grupo de adultos mayores, de 65 a 74 años, tampoco presenta especiales dificultades en el reclutamiento de individuos participantes, más aún cuando en este grupo de edad contamos con un 15 % del cupo que puede ser explorado entre los mayores institucionalizados en residencias. Sin embargo, la captación de individuos participantes en el grupo de adultos jóvenes, de 35 a 44 años, parece presentar especiales dificultades a la hora de conseguir la n necesaria para el grupo de edad. Sería recomendable para futuras ediciones de la encuesta de salud oral que pudiera protocolizarse y definirse mejor los ámbitos en los que puede accederse a este grupo de participantes para obtener una buena representatividad de este grupo y minimizar el sesgo de selección.

La presencia de fluorosis dental ha mostrado valores bajos o muy bajos en las encuestas realizadas en los últimos treinta años. Si a esto unimos la inexistencia de abastecimientos públicos de agua fluorada, la escasa o nula comercialización de suplementos de flúor y la dificultad diagnóstica de estas lesiones, consideramos que la observación de la fluorosis debería limitarse a los estudios regionales en los que puede resultar de interés por la existencia de fuentes naturales de agua fluorada.

Aunque la dotación de recursos humanos en Odontología, dentro del Sistema Nacional de Salud, ha tenido un desarrollo irregular en el tiempo, muy relacionado con los distintos sistemas de atención que se han desarrollado en las Comunidades Autónomas, la publicación del Plan para la ampliación de la cartera común de servicios de salud bucodental en el Sistema Nacional de Salud [12] ha supuesto una nueva disposición de recursos materiales y también humanos. En este sentido recomendamos que pueda disponerse de una base de datos de los centros y recursos implicados en la prestación de los servicios de Odontología Comunitaria en el Sistema Nacional de Salud. Esta red pública de consultas odontológicas dispone, en su mayoría, de historias clínicas informatizadas en las que figuran tanto el estado como las intervenciones operatorias y no operatorias que se realizan en la población infantil de referencia. Toda esta fuente de datos puede permitir la realización de estudios longitudinales en los que se pueda inferir sobre la causalidad de determinados factores de riesgo. A este respecto no podemos dejar de contemplar la posibilidad de realizar estudios longitudinales con la incorporación de técnicas sencillas para desarrollar en la consulta, como la recogida de saliva, que pueden dar lugar a la realización de técnicas ómicas que nos permitirán avanzar en el conocimiento de los factores de riesgo de las enfermedades orales y, por tanto, en su prevención primaria. Estos estudios resultarán de especial relevancia en las cohortes con dentición temporal.

Los selladores de fosas y fisuras constituyen un excelente método preventivo de la caries dental, so- >>>

»» bre todo cuando se acompaña de una adecuada utilización de los fluoruros. Resulta un tanto sorprendente que en esta última encuesta se haya observado un retroceso en los porcentajes de selladores, tanto a los 12 como a los 15 años, quedando en valores similares a los del año 2000, cuando comenzó a registrarse en la encuesta nacional. Recomendamos la realización de encuestas entre el personal odontológico de las consultas de Odontología Comunitaria para intentar averiguar las causas de este posible cambio de tendencia.

La aplicación del fluoruro diamínico de plata (SDF) está ampliamente reconocido, con evidencia científica en la literatura, como un procedimiento altamente efectivo en la prevención de la caries dental, tanto en dentición temporal como en la permanente. Sabemos que se ha incorporado en los protocolos de manejo de la caries en algunas administraciones sanitarias y nos consta su recomendación como sustancia remineralizante en el Plan para la ampliación de la cartera común de servicios de salud bucodental en el Sistema Nacional de Salud, apoyada por la SESPO (Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral). Sin embargo, tenemos ciertas dudas sobre la asiduidad y las indicaciones con que se realiza su aplicación por parte de los dentistas. Consideramos que también resultaría de interés conocer su grado de utilización y la percepción que tienen sobre su uso en clínica los profesionales de las unidades de Odontología Comunitaria.

Recomendaciones finales en gestión

El impulso al aumento de la cartera de servicios comunes de salud bucodental dentro del SNS (Orden SND/454/2025) [17] promovida por el Gobierno de España a través del Plan de Salud Bucodental es una nueva oportunidad para mejorar la salud de la ciudadanía española. Este impulso se alinea con las directrices marcadas en la primera conferencia global en salud bucodental de la OMS —Bangkok, 26 a 29 noviembre de 2024— donde se realiza un llamamiento a todos los países para que den prioridad a la prevención y amplíen el acceso a servicios de salud bucodental asequibles como parte del camino hacia la cobertura sanitaria universal con la declaración de Bangkok: “No hay salud sin salud bucodental” [42].

El desarrollo del Plan para la ampliación de la cartera común de servicios de salud bucodental en el Sistema Nacional de Salud [12] requiere no únicamente de una evaluación futura de la actividad realizada —ya establecida y consensuada en el propio Plan—, sino una evaluación basada en criterios de salud con unos objetivos de futuro fijados para 2040-2050 tal y como planteó en su día SESPO para el período 2015-2020 [18]. De hecho, la declaración de Bangkok determina “Establecer objetivos nacionales claros para la salud bucodental, alineados con los objetivos globales del Plan de Acción Mundial sobre Salud Bucodental 2023-2030, y medir

los avances utilizando sistemas de monitoreo integrados con otras ENT”.

En el documento del Plan para la ampliación de la cartera no se ofrecen datos numéricos sobre la actividad desarrollada en la actualidad con fondos del SNS ya sea por la red de centros de atención primaria o concertados y ni tan sólo aparecen datos sobre el total de profesionales de salud bucodental en el SNS (dentistas, higienistas y personal auxiliar). La única información disponible basada en simples cuestionarios a las CC.AA. informa sobre si una actividad determinada se realiza o no (tartrectomía, sellado, obturación, etcétera) en una determinada comunidad autónoma. Probablemente, se trata de un ejercicio de recolección de información heterogénea donde los datos provenientes de las CC.AA. son insuficientes y donde el ejercicio comparativo de la actividad realizada se reduce a información de nivel básico tal y como SESPO ya había realizado dos décadas antes [30,43]. Con esta evaluación tan simple una comunidad autónoma que aplique 10 sellados equivale a otra comunidad que aplique 10000 sellados ya que ambas declaran realizar la actividad. Se recomienda desarrollar una base de datos en tiempo real sobre la actividad realizada por los servicios de salud bucodental del SNS a partir de las historias clínicas electrónicas. En la actualidad únicamente existe información parcial fruto de la publicación de estudios a nivel de comunidad autónoma o de territorios más pequeños y los datos relacionados con salud bucodental no suelen aparecer de forma pormenorizada en las memorias de actividad de los servicios de salud autonómicos.

El desarrollo y ejecución de una evaluación periódica del estado de salud bucodental de los españoles debería recaer en el Ministerio de Sanidad, tal y como propone la propia OMS en su medida número 1 del documento Estrategia y plan de acción mundiales sobre salud bucodental 2023-2030 dirigida a los estados miembros donde establece la necesidad de “Elaborar una guía nacional para la implementación que incluya un marco de monitoreo armonizado con el marco de monitoreo del plan de acción mundial sobre salud bucodental. Debería llevarse a cabo una revisión periódica de la política cada cinco años contados a partir de su puesta en marcha”. En los últimos treinta años, el Consejo de Dentistas, en un ejercicio de responsabilidad institucional, ha promovido y sufragado completamente la realización de una encuesta epidemiológica de salud bucodental de tipo *pathfinder* de acuerdo con las directrices de la OMS cada cinco años, cubriendo el vacío dejado por el Ministerio de Sanidad. Es necesario que el Ministerio de Sanidad publique anualmente, como parte de su responsabilidad y funciones, los datos de actividad reportados por las diferentes CC.AA. hasta disponer de una base de datos con valoración en tiempo real del estado de salud bucodental de los ciudadanos españoles a través de las historias clínicas electrónicas.



»»» Asimismo, se recomienda que sea el Ministerio de Sanidad quien asuma la realización de la encuesta epidemiológica de salud bucodental. Es necesario desarrollar guías de práctica clínica relacionadas con las actividades diarias de los equipos de odontología del SNS ya que decenas de miles de tratamientos que se realizan anualmente no tienen una GPC en el catálogo de guías del SNS.

La estrategia y plan de acción mundiales sobre salud bucodental 2023-2030 de la OMS [44] establecen en su medida 2 dirigida a los estados miembros “Fortalecer el liderazgo nacional en salud bucodental, crear un departamento de salud bucodental en el ministerio de salud, o bien en otro organismo sanitario gubernamental nacional pertinente, que se encargue de supervisar las funciones que asume el país en materia de políticas, técnica, vigilancia, gestión, coordinación y promoción así como nombrar a una persona responsable de dirigir dicho departamento”. En el desarrollo del Plan para la ampliación de cartera el Ministerio de Salud asignó a un equipo de cuatro técnicos el trabajo de síntesis y explotación de los datos provenientes de las diferentes autonomías en materia salud bucodental. Se creó un grupo de expertos de comunidades autónomas y sociedades científicas con una extensa participación de odontólogos y estomatólogos. Es necesario que el Ministerio de Sanidad establezca el correspondiente departamento de salud bucodental con una persona responsable del mismo, siendo muy deseable que fueran profesionales del ámbito de la salud bucodental.

La estrategia y plan de acción mundiales sobre salud bucodental 2023-2030 de la OMS establece la medida 3 dirigida a los estados miembros “Crear y mantener unos presupuestos específicos para la salud bucodental: Considerar la posibilidad, teniendo en cuenta el contexto nacional, de crear presupuestos dedicados específicamente a la salud bucodental, a nivel nacional y autonómico o regional, que cubran los costes de las políticas, el personal de los servicios públicos, los programas y los suministros”. La ampliación desarrollada en los últimos años fruto del Plan para la ampliación de cartera, dota con unos presupuestos finalistas en salud bucodental a las diferentes CC.AA., para la ampliación de cartera, si bien la aplicación final de los mismos muestra una importante heterogeneidad dado que los sistemas de provisión de estos servicios difieren en su modelo (público, mixto, capitativo). La publicación del presupuesto destinado por el SNS específicamente a la salud bucodental permitiría evaluar la evolución en el porcentaje destinado a la salud bucodental, cifra que actualmente es desconocida. Hay que recordar que la salud bucodental en el SNS sólo cuenta con aproximadamente 1200 dentistas públicos con una formación genérica de dentista para atender a 49 millones de españoles. La OMS establece la necesidad por parte de los estados miembros de

“Fortalecer las capacidades del personal del departamento de salud bucodental evaluando sus necesidades formativas y ofreciéndole oportunidades de capacitación y acompañamiento experto, también para mejorar sus capacidades de gestión, liderazgo y salud pública, según proceda. Facultar a los organismos nacionales de reglamentación para que garanticen la aplicación de unas normas éticas de conducta profesional y una atención de salud bucodental de calidad”. Queda claro que el aumento en la cartera de servicios del SNS con una visión preventista de la enfermedad —frente a una visión reparativa mecanicista clásica—, el aumento de población cubierta junto a la necesidad de cohesionar el sistema de primaria con la acción comunitaria enfocada a la prevención comporta la necesidad de crear a profesionales con un perfil específico.

La reducción significativa en el número de sellados encontrados en esta encuesta cuando esta intervención debería aumentar en actividad se alinea con el requerimiento de la OMS de potenciar la investigación sobre intervenciones efectivas y basadas en evidencia para la prevención y el manejo de enfermedades bucodentales para conocer las causas de esta reducción o conocer la percepción y el uso de productos de reciente incorporación a la cartera como el fluoruro diamínico de plata. Es necesario hacer más equitativa la atención bucodental planificando y reorientando los recursos y las actuaciones de una forma eficiente.

La administración pública debe ser la promotora de la especialidad en Odontología Primaria y Comunitaria con una organización docente paralela a las plazas MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. El desarrollo de esta especialidad ofrecería la oportunidad de generar profesionales con un perfil y competencias adaptados perfectamente a las necesidades del SNS además de potenciar la escasa actividad comunitaria y la investigación clínica en esta área académica. Los profesionales en formación ayudarían a solventar la necesidad de nuevos profesionales por el aumento en la cartera de servicios del SNS y organizaría al resto de profesionales de los servicios de salud bucodental en torno a su figura y coordinación. Esta especialidad permitiría también trabajar seriamente en todas las conexiones existentes entre salud oral y general (véase diabetes, enfermedades cardiovasculares, complicaciones del embarazo, Alzheimer, etc), al conectar directamente el Odontólogo de Atención Primaria y Comunitaria con el Médico de Familia.

La última ampliación de la cartera de servicios del SNS vuelve a dejar nuevamente fuera al colectivo mayor edad estudiado (65-74 años) y aquellos ciudadanos mayores de esta edad que presentan problemas para comer o socializarse adecuadamente por culpa de un estado de salud oral deficiente sin que exista ningún recurso en el SNS para facilitar el acceso a servicios restauradores o de prótesis dental. Facilitar el acceso a recursos restauradores en la población de »»»

»» avanzada edad que no ha recibido otra prestación pública a lo largo de su vida diferente a la extracción dental debería formar parte de las propuestas prioritarias.

Por último, hay que recordar que siguen siendo válidas y actuales las recomendaciones que se plantearon en la última encuesta nacional de salud oral de 2020 [10]:

- Establecimiento de una base de datos sobre demografía profesional.
- Control del número de alumnos de Odontología.
- Continuar fomentando la aplicación de los selladores de fosas y fisuras.
- Potenciar la enseñanza del cepillado en los programas preventivos escolares.
- Sería necesario completar y potenciar los programas de atención dental a la población infantil y juvenil con un enfoque preventivo y asistencial.
- Debería continuar el fomento, en la población infantil y adulta, de la utilización de dentífricos fluorado.
- Los esfuerzos anuales realizados desde el Consejo General de Dentistas para realizar campañas educativas de prevención sobre enfermedades periodontales, embarazo y cáncer oral, deberían contar con ayudas sinérgicas de las Administraciones Públicas.
- La población infantil con discapacidad debería recibir la atención odontológica básica que sus necesidades requieren. Las Administraciones Públicas deberían urgentemente dar respuesta seria a este colectivo.
- Debería de legislarse una política de incentivos económicos a los grupos de población de bajo nivel adquisitivo, no restrictiva de la libre elección de profesional, para poder recibir una atención bucodental conservadora, incluidas las prótesis.

REFERENCIAS

1. Gimeno de Sande A, Sánchez B, Vázquez J, Gómez F, Mariño F. Estudio epidemiológico de la caries dental y patología bucal en España. *Rev Sanid Hig Publica Madr* 1971; 45:361-433.
2. Cuenca i Sala E. La encuesta de la O.M.S. sobre la salud buco-dental en España. Una aproximación personal. *Arch Odontoestomatol* 1986;2:15-22.
3. Sicilia A, Cobo J, Noguerol B, Hernández R, Lucas V, Ainamo J, Bascones A, López Arranz JS. Prevalencia de caries en los niños y jóvenes escolares españoles de siete, doce y quince a diecinueve años. *Av Odontoestomatol* 1990;6:323-30.
4. Sicilia A, Cobo J, Noguerol B, Hernández R, Lucas V, Ainamo J, Bascones A, López Arranz JS. Necesidad de tratamiento periodontal de la población escolar española. *Av Odontoestomatol* 1990;6:311-18.
5. Noguerol Rodríguez B, Llodra Calvo JC, Sicilia Felechosa A, Follana Murcia M. La salud bucodental en España 1994. Antecedentes y perspectivas de futuro. Madrid: Ediciones Avances, 1995.
6. Llodra Calvo JC, Bravo Pérez M, Cortés Martinicorena FJ. Encuesta de salud oral de España

(2000). *RCOE* 2002;7 (Monográfico):19-63.

7. Bravo Pérez M, Casals Peidró E, Cortés Martinicorena FJ, Llodra Calvo JC. Encuesta de salud oral en España 2005. *RCOE* 2006; 11:409-56.
8. Llodra Calvo JC. Encuesta de salud oral en España 2010. *RCOE* 2012;17:13-41.
9. Bravo Pérez M, Almerich Silla JM, Ausina Márquez V, Avilés Gutiérrez P, Blanco González JM, Canorea Díaz E, Casals Peidró E, Gómez Santos G, Hita Iglesias C, Llodra Calvo JC, Monge Tàpies M, Montiel Company JM, Palmer Vich PJ, Sainz Ruiz C. Encuesta de salud oral en España 2015. *RCOE* 2016;21(Supl.1):8-48.
10. Bravo Pérez M, Almerich Silla JM, Canorea Díaz E, Casals Peidró E, Cortés Martinicorena FJ, Expósito Delgado AJ, Gómez Santos G, Hidalgo Olivares G, Lamas Oliveira M, Martínez Beneyto Y, Monge Tàpies M, Montiel Company JM, Navarro Moreno MI, Otero Casal MP, Sainz Ruiz C, Trullols Casas MC. Encuesta de salud oral en España 2020. *RCOE* 2020; 25:13-68.
11. Bravo Pérez M, Llodra Calvo JC, Cortés Martinicorena FJ, Casals Peidró E. Encuesta de salud oral de pre-escolares en España 2007. *RCOE* 2007;12: 143-168.
12. Consejo Interterritorial del SNS (Ministerio de Sanidad). Plan para la ampliación de la cartera común de servicios de salud bucodental en el sistema nacional de salud, celebrado el 15 de junio de 2022. Consultado en URL https://www.sanidad.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/P_lanSalud-Bucodental/pdf/Plan_ampliacion_cartera_bucodental_.pdf el día 1-agosto-2025.
13. WHO. Oral Health Surveys. Basic Methods. 5ª edición, Geneva: World Health Organization; 2013.
14. Mora-León L, Martínez-Olmos J. Prevalencia de caries y factores asociados en niños de 2-5 años de los Centros de Salud Almanjáy y Cartuja de Granada capital. *Aten Primaria* 2000; 26:398-404.
15. Almerich-Torres T, Montiel-Company JM, Bellot-Arcís C, Iranzo-Cortés JE, Ortolá-Siscar JC, Almerich-Silla JM. Caries prevalence evolution and risk factors among schoolshilcren and adolescents from Valencia (Spain): Trends 1998-2018. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17:6561.
16. Prieto-Regueiro B, Gómez-Santos G, Grini D, Burgueño-Torres L, Diéguez-Pérez M. Relevance of sociocultural inequalities and parents' origins in relation to the oral health of preschoolers in Lanzarote, Spain. *Healthcare* (Basel) 2023; 11:2344.
17. BOE. Orden SND/606/2024, de 13 de junio, por la que se crea el Comité Asesor para la cartera común de servicios en el área de genética, y la que se modifican los anexos I, II, III, VI y VII del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del sistema nacional de salud y el procedimiento para su actualización. Madrid: *BOE*, núm. 147, 19-junio; 2024. »»

- »» 18. Bravo M, Cortés FJ, Casals E, Llena C, Almerich-Silla JM, Cuenca E. Basic oral health goals for Spain 2015/2020. *Int Dent J* 2009;59:78-82.
19. Vargas Marcos F, Robledo de Dios T, Espiga López I, Hernández Galindo R. Evaluación de la salud dental en España. *Arch Odontoestomatol Prev Comunit* 1994; 10:175-85.
20. Noguero Rodríguez B, Sicilia Felechosa A. ¿Está disminuyendo la caries en España? *Rev Actual Odontoestomatol Esp* 1990; 50:71-5.
21. Cortés Martinicorena FJ, Abad Vicente FJ. Estudio epidemiológico de salud buco-dental de la población escolar de Navarra de 9 a 14 años (1987). *Arch Odontoestomatol Prev Comunit* 1989; 1:49-57.
22. Cuenca i Sala E, Canela i Soler J, Salleras i Sanmartí L. Prevalencia de caries dental a la población escolar de Catalunya. *Salut Catalunya* 1988; 2:60-3.
23. Servicio Vasco de Salud-Osakidetza. Estudio epidemiológico de la salud buco-dental infantil en la comunidad autónoma vasca. Documentos técnicos de salud pública dental. Serie B, nº2. Vitoria: Servicio Vasco de Salud-Osakidetza; 1990.
24. Gómez Santos G, González Sierra MA, Vázquez García-Machiñena J. Evolution of caries and fluorosis in schoolchildren of the Canary Islands (Spain): 1991, 1998, 2006. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2008;13: E599-608.
25. Bravo M, San Martín L, Casals E, Eaton KA, Widström E. The healthcare system and the provision of oral healthcare in European Union member states. Part 2: Spain. *Br Dent J* 2015; 219:547-51.
26. Ribas Pérez D, Castaño Seiquer A, González Sanz A. 20 años de salud pública oral en España. Madrid: Fundación Dental Española, 2002.
27. BOE. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Madrid: Boletín Oficial del Estado, núm. 222, 16-septiembre-2006; 2006.
28. Cortés Martinicorena FJ. El sistema PADI. Estudio de las comunidades autónomas que proveen atención dental con este modelo en España. *RCOE* 2016; 21:191-9.
29. Cortés Martinicorena FJ, Cerviño Ferradanes S, Blanco González JM, Simón Salazar F. Informe sobre los servicios de salud bucodental en España. Situación de las Comunidades Autónomas, 2013. *RCOE* 2014;19 (Supl.1):12-42.
30. Llena Puy C, Blanco González JM, Llamas Ortuño ME, Rodríguez Alonso E, Sainz Ruiz C, Tarragó Gil R. La atención bucodental en comunidades autónomas con modelos públicos o mixto en España. *RCOE* 2018; 23:246-54.
31. Domingo-Salvany A, Bacigalupe A, Carrasco JM, Espelt A, Ferrando J, Borrell C, Grupo de Determinantes Sociales de la Sociedad Española de Epidemiología. Propuestas de clase social neoweberiana y neomarxista a partir de la Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011. *Gac Sanit* 2013;27: 263-72.
32. WHO. Oral Health Surveys: Basic Methods. 4ª edición, Geneva: World Health Organization; 1997.
33. Bratthall D. Introducing the Significant Caries Index together with a proposal for a new global oral health goal for 12-year-olds. *Int Dent J* 2000;50:378-84.
34. WHO. Oral Health Surveys. Basic Methods. 3ª edición, Geneva: World Health Organization; 1988.
35. Weerheijm KL, Duggal M, Mejare I, Papagiannoulis L, Koch G, Martens LC, Hallonsten AL. Judgement criteria for molar incisor hypomineralisation (MIH) in epidemiologic studies: a summary of the European meeting on MIH held in Athens, 2003. *Eur J Paediatr Dent* 2003; 4:110-13.
36. Bourgeois DM, Llodra JC, Nordblad A, Pitts NB. Health Surveillance in Europe. A selection of essential oral health indicators. Lyon: European Commission. Health and Consumer Directorate-General; 2005.
37. Pintado MR, Anderson GC, DeLong R, Douglas WH. Variation in tooth wear in young adults over a two-year period. *J Prosthet Dent* 1997; 77:313-20.
38. WHO. Calibration of examiners for Oral Health Epidemiological Surveys. Geneva: World Health Organization; 1993.
39. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 1977; 33:159-74.
40. Cortés-Martinicorena FJ, Ceballos L, Martínez-Pérez E, Hernández-Juyol M, Schulte AG, Almerich-Silla JM, Spanish Curriculum of Cariology Expert Group. Spanish curriculum in cariology for undergraduate dental students: proceedings and consensus. *Eur J Dent Educ* 2022; 26:31728.
41. Almerich-Silla JM, Boronat-Ferrer T, Montiel-Company JM, Iranzo-Cortés JM. Caries prevalence in children from Valencia (Spain) using ICDAS II criteria, 2010. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2014;19:e574-80.
42. OMS. Declaración de Bangkok. Organización Mundial de la Salud. Noviembre 2024. Consultado en URL https://cdn.who.int/media/docs/default-source/hcnds/mnd/oral-health/bangkok-declaration-oral-health-es.pdf?sfvrsn=15957742_26&download=true el día 1-agosto-2025.
43. Cortés Martinicorena FJ, Cerviño Ferradanes S, Casals Peidró E. Servicios públicos de salud bucodental en España. Legislación y cartera de servicios en las CC.AA 2005. Barcelona: SESPO; 2005.
44. WHO. Estrategia y plan de acción mundiales sobre salud bucodental 2023-2030. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2024. »»»

»»» ANEXOS

wAnexo 1. Ficha de exploración odontológica en preescolares (3-4 años).

ENCUESTA DE SALUD ORAL. ESPAÑA 2025. PREESCOLARES

Fecha de exploración (1)	Día Mes Año 	Nº identificación 	Examinador 																																	
INFORMACIÓN GENERAL																																				
Nombre y apellidos:		Sexo 1=Hombre ☐ (13) 2=Mujer ☐	Origen 0= España 1= Otro país de la UE 2= Otro país de Europa 3= Canadá o EEUU 4= Otro país de América 5= Asia 6= África ☐ (28) 7= Oceanía																																	
Fecha de nacimiento (14)	Día Mes Año 	Edad (20) (21)	Tipo de emplazamiento 1= Urbano 2= Suburbano ☐ (27) 3= Rural																																	
Ocupación Laboral ¿En qué trabaja el cabeza de familia?#		Municipio (22) (26)																																		
# Se define como la persona que aporta más ingresos a la unidad familiar. En el caso de jubilados* indicar la última ocupación que tuvo.																																				
ESTADO DE LA DENTICIÓN Y TRATAMIENTO NECESARIO																																				
	55 54 53 52 51 61 62 63 64 65 <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>Estado (49)</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Nº de superficies (65)</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Tratamiento (81)</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	Estado (49)											Nº de superficies (65)											Tratamiento (81)											ESTADO A=Sano B=Cariado C=Obturado con caries D=Obturado sin caries I=Cariado/Obturado con infección F=Sellado G=Corona t=Traumatismo/decoloración 8=Ausente	TRATAMIENTO 0=Ninguno 1=Obturación una superficie 2=Obturación dos o más superficies 3=Corona 5=Polipotomy 6=Extracción
Estado (49)																																				
Nº de superficies (65)																																				
Tratamiento (81)																																				
	85 84 83 82 81 71 72 73 74 75 <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>Estado (97)</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Nº de superficies (113)</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Tratamiento (129)</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	Estado (97)											Nº de superficies (113)											Tratamiento (129)												
Estado (97)																																				
Nº de superficies (113)																																				
Tratamiento (129)																																				

➤➤➤ Anexo 2. Ficha de exploración odontológica de 5 a 74 años.

ENCUESTA DE SALUD ORAL. ESPAÑA 2025. Para 5-6, 12, 15, 35-44 y 65-74 años. Anexo 2.

Fecha de exploración	(1)	Día	Mes	Año	N° Identificación	Examinador
	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11) (12)
INFORMACIÓN GENERAL						
Nombre y apellidos:						Sexo 1=Hombre 2=Mujer
	Día	Mes	Año	Edad	(13)	Origen 0= España 1= Otro país de la UE 2= Otro país de Europa 3= Canadá o EEUU 4= Otro país de América 5= Asia 6= África 7= Oceania
Fecha de nacimiento	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)
Ocupación Laboral	Municipio			(20)	Tipo de emplazamiento 1= Urbano 2= Suburbano 3= Rural	(21) (22)
¿En qué trabaja el cabeza de familia?# _____						
# Se define como la persona que aporta más ingresos a la unidad familiar. En el caso de jubilados indicar la última ocupación que tuvo.						
ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR (35-44 y 65-74 años)				FLUOROSIS DENTAL (12 años)		
SÍNTOMAS 0= No 1= Sí 9= No registrado	SIGNOS 0= No 1= Sí 9= No registrado	Chasquido Dolor palpación Mov. Reduc. mandíb. (<30mm apertura)	(23) (24) (25)	0= Normal 1= Discutible 2= Muy ligera 3= Ligera	4= Moderada 5= Intensa 8= Excluida 9= No registrado	(26) (27) (28)
ÍNDICE PERIODONTICO COMUNITARIO (IPC) (12, 15, 35-44 y 65-74 años)				PÉRDIDA DE INSERCIÓN (35-44 y 65-74 años)		
0= Sano 1= Hemorragia 2= Cálculo 3= Bolsa de 4-5 mm (banda negra de la sonda parcialmente visible) 4= Bolsa de 6 mm o más (banda negra de la sonda invisible) X= Sextante excluido; 9= No registrado				0= 0-3 mm 1= 4-5 mm (unión cemento-esmalte (UCE) dentro de la banda negra) 2= 6-8 mm (UCE entre el límite superior de la banda negra y el anillo de 8.5 mm) 3= 9-11 mm (UCE entre el anillo de 8.5 y 11.5 mm) 4= 12 mm o más. (UCE más allá del anillo de 11.5 mm) X= Sextante excluido; 9= No registrado		
ESTADO DE LA DENTICIÓN Y TRATAMIENTO NECESARIO				Pri. Perm. SITUACIÓN TRATAMIENTO		
Corona (46)				A 0 Sano 0=Ninguno		
Ratx (62)				B 1 Cariado P=Preventivo, cuidados		
Tratamiento (78)				C 2 Obturado con caries detección la caries		
				D 3 Obturado sin caries F=Sellado fresa		
				E 4 Perdido por caries 1=Obturación una superficie		
				F 5 Perdido otro motivo 2=Obturación dos ó mas superficies		
				G 6 Sellado fresa 3=Corno por cualquier motivo		
				H Soporte puente, corona especial o funda/implante 4=Revestimiento o lamina		
				I Diente sin brotar/ratx cubierta 6=Extracción		
				J Traumatismo 7=Necesidad de otra asistencia (especificar).....		
				K No registrado 8=Necesidad de otra asistencia (especificar).....		
				L No registrado 9=No registrado		
SITUACIÓN DE PRÓTESIS (35-44 y 65-74 años)				NECESIDAD DE PRÓTESIS (35-44 y 65-74 años)		
0= Ninguna prótesis 1= Puente 2= Más de un puente 3= Dentadura postiza parcial 4= Puente(s) y dentadura postiza parcial 5= Dentadura completa removible				Sup. Inf. 0= Ninguna prótesis necesaria 1= Necesidad de prótesis unitaria 2= Necesidad de prótesis multiunitaria 3= Necesidad de una combinación de prótesis unitaria y multiunitaria 4= Necesidad de prótesis completa (substitución de todos los dientes) 9= No registrado		
EROSION DENTAL (35-44)		HIM (12)		MALOCCLUSION (12, 15 y 35-44)		CEPILLADO (12, 15, 35-44 y 65-74)
0= No 1= esmalte 2= dentina 3= pulpa	Grado (146)	N° Afect. (147)	0= No 1= Leve 2= Moderada/ Severa	Grado (148)	N° Incisivos afect. (149) N° 1° Molares afect. (150)	0= Nunca 1= Menos de 1 vez/semana 2= Al menos 1 vez/semana 3= 1 vez/día 4= Más de 1 vez/día
Durante los últimos 12 meses con qué frecuencia ha sentido dolor/molestias o problemas para comer a causa de sus dientes, encías o dentadura postiza?		Dolor/molestia Sensibilidad dentinaria Problema al comer		VISITAS AL DENTISTA (12, 15, 35-44 y 65-74) ¿Con qué frecuencia ha visitado al dentista en los últimos 12 meses?		BRUXISMO (15, 35-44 y 65-74) ¿Es consciente de apretar/rachinar los dientes durante el día o la noche?
0= Nunca 1= Casi nunca 2= A veces 3= Bastante frecuentemente 4= Muy frecuentemente		(153) (154) (155)		0= No en los últimos 12 meses. 1= 1 vez. 2= 2 veces. 3= 3 o más veces. 4= Nunca he ido al dentista.		0= No 1= de día 2= de noche 3= de día y de noche
				(156)		Notas dolor o fatiga en los músculos de la cara o sienes cuando te levantas por la mañana? 0= Nunca/casi nunca 1= Algunas veces 2= Frecuentemente

»»» Anexo 3. Hoja de autorización de padres/tutores.

Estimado padre, madre o tutor:

Estamos realizando la Encuesta Epidemiológica sobre salud oral en España 2025, financiada por el Consejo General de Dentistas de España (www.consejodentistas.es), la cual permitirá conocer el nivel de salud oral de la población española. Este estudio se realiza cada cinco años. Puede acceder al estudio previo a través de internet:

Estudio de 2020: <https://scspn.es/wp-content/uploads/Encuesta-de-Salud-Oral-en-España-2020.pdf>

El centro educativo de su hijo/a ha sido seleccionado para participar en esta encuesta. La revisión de su hijo/a consiste en que al menos un dentista colegiado realizará una exploración de la boca de su hijo/a (de unos 2 minutos de duración) en el mismo colegio y con la ayuda técnica de una luz y un espejo. Esta exploración no conlleva ningún riesgo para el niño/a, y cuenta con todas las medidas necesarias de protección para su hijo/a (utilización de guantes y mascarilla por el dentista colegiado, etc). Todos los datos obtenidos de la exploración son confidenciales. A partir de la exploración que se realice a su hijo/a le entregaremos un informe del estado de salud oral para que su hijo/a se lo haga llegar a usted.

En caso de que Ud. esté de acuerdo por favor, rogamos firme la autorización correspondiente. Utilice para ello esta misma hoja, cumplimentándola los espacios en blanco y firmando en la parte inferior.

Gracias por su inestimable colaboración para realizar este trabajo.

En este espacio se pone el nombre y contacto del dentista explorador en cada zona

Alumno (Nombre): _____

Fecha nacimiento (dd/mm/año): _____

País de nacimiento: _____

Colegio: _____ Curso: _____

Profesión del Padre/Madre/Tutor 1: _____ País de nacimiento: _____

Profesión del Padre/Madre/Tutor 2: _____ País de nacimiento: _____

Yo, _____, como responsable del niño/a **AUTORIZO** que a mi hijo/a/tutorizado se le realice la exploración oral en su centro educativo.

Lo que firmo, en _____, a _____ de _____ de 2024.

»»» Anexo 4. Cuestionario a padres de preescolares (3-4 años) y escolares de 5-6 años.

Cuestionario

A responder por los padres de los niños/as de las cohortes de 3-4 y de 5-6 años

Por favor, le rogamos si ha firmado la autorización para la participación de su hijo/a en el estudio cumplimente el siguiente cuestionario de cuatro preguntas.

Apellido: _____ Edad: _____

1. ¿Ha llevado alguna vez a su hijo/a al dentista? SI / NO (por favor, señale con un círculo)

2. En caso de haberle llevado, ¿Cuál fue el motivo? (por favor, señale con una cruz en la casilla correspondiente):

☐	Revisión
☐	Porque tenía algún diente cariado (le hicieron un empaste)
☐	Por dolor en algún diente
☐	Porque se rompió algún diente (traumatismo)
☐	Otro motivo (por favor señale el motivo): +++++

3. ¿Le cepilla los dientes a su hijo/a

☐	Lo realiza el/ella mismo/a de forma autónoma
☐	Lo hace con nuestra ayuda

4. En caso de cepillar los dientes, marque con una cruz cada cuanto tiempo:

☐	Dos veces al día
☐	Una vez al día
☐	De vez en cuando (menos de una vez al día)

Gracias por su inestimable colaboración para realizar este trabajo.

»»» Anexo 5. Hoja de Conglomerados

Anexo 5. Conglomerados y No respuesta

Para el análisis estadístico es necesario que cada encuestador rellene el siguiente formulario y lo envíe junto a todas las encuestas al final. Esto es derivado de dos hechos: a) la necesidad de estimar el porcentaje de no aceptación, y b) el muestreo es por conglomerados (agrupaciones de personas) y eso tiene influencia en el análisis estadístico.

Encuesta Nacional de Salud Oral 2025			
Encuestador:			
Conglomerado	Localidad	Números de identificación de explorados	Explicación de los que aceptan/no aceptan

Explicaciones:

En "Conglomerado" se pondrá la entidad natural de donde fueron seleccionados dichos encuestados. Por ejemplo, Aula de segundo de ESO del colegio "San Juan de la Luz", "Centro de Salud Barrovento", "Residencia de ancianos La Verdad", etc.

En "Localidad" se especificará el municipio donde está ubicado ese Conglomerado.

En "Números de identificación de explorados" se pondrán los intervalos numéricos, por ejemplo 0003-0035, significará desde la encuesta 3 a la 35, ambos inclusive.

En "Explicación de los que aceptan/no aceptan" se pondrá el número de sujetos que, habiendo sido seleccionados por muestra, no aceptan que los exploremos. Por ejemplo, en un colegio, en un aula de 12 niños, nos encontramos al explorar que 2 niños no han firmado la autorización para que sus hijos sean explorados, y que además han faltado 3 niños a clase, de los que sí habían autorizado, por enfermedad. Entonces pondremos: 2 no autorizan y 3 no están en clase, hemos explorado 45.