

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que las enfermedades bucodentales comparten factores de riesgo con 4 enfermedades crónicas importantes: las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes, porque se ven favorecidas por las dietas no saludables, el tabaco y el consumo nocivo de alcohol; otro factor es una higiene bucodental deficiente.

La caries dental es actualmente la enfermedad crónica más frecuente en la infancia con una elevada prevalencia en preescolares españoles.

Esta enfermedad infecciosa está considerada, actualmente, como una disbiosis causada por el consumo de azúcares; es decir, se considera que es una enfermedad azúcar-dependiente. La enfermedad de la caries dental presenta graves repercusiones en la salud general del niño, tales como: dolor intenso, infecciones faciales, hospitalizaciones y visitas de urgencia, disminución en su desarrollo físico y en la capacidad de aprendizaje; dificultad en el manejo ambulatorio y un elevado costo de tratamiento. Asimismo, un niño con caries en los dientes primarios, será probablemente un adulto con múltiples caries y restauraciones en la dentición permanente.

Entre los factores de riesgo que intervienen en la aparición de la caries de la primera infancia (CPI) se encuentran: insuficiente higiene oral, biberón o lactancia materna a demanda y/o nocturna, consumo frecuente de carbohidratos fermentables, colonización oral bacteriana precoz, presencia de placa bacteriana visible, historia anterior de caries, niveles elevados de *Streptococcus mutans* (SM), flujo o función salival reducidos, bajo nivel socio-económico de los padres y/o pocos conocimientos sobre salud oral.

Siendo la caries una enfermedad potencialmente controlable, llama la atención que nuestra práctica diaria se relacione casi por completo con esta enfermedad. Por otro lado, debemos ser conscientes que los enfoques restauradores tradicionales han fracasado en el intento de disminuir la caries durante las últimas décadas. Es por ello que, debemos replantearnos esta situación y dedicar cada vez más esfuerzos preventivos y educativos para ofrecer a nuestros pacientes la posibilidad de vivir sin enfermedades orales.

La educación basada en el control de los factores de riesgo debe ofrecerse no solo a los padres y familiares, sino que también debe estar presente en todos los ambientes que

rodean al niño: servicios sanitarios, guarderías, escuelas, programas comunitarios y políticos, etc., lo que se conoce como el hogar dental. Dicha educación debe empezar lo más precoz posible, idealmente, durante el embarazo y los primeros años de vida del niño.

El hogar dental es un programa de salud oral continuamente accesible, completo, global, económico, coordinado y centrado en la familia, bajo la supervisión de un odontólogo y supone la oportunidad de poner en marcha las prácticas preventivas de salud oral y para la reducción de riesgos de enfermedades orales prevenibles.

El concepto “cuidados centrados en la familia” indica una estrategia de aproximación a la planificación, provisión y evaluación de la salud oral regida por una asociación mutuamente benéfica entre las familias y los cuidadores de los niños y los profesionales de la salud oral. El hogar dental reconoce a los padres como los gerentes principales de los cuidados de la salud oral de sus hijos al estar cada día con sus hijos y tratar con todos los profesionales que tratan a su hijo.

La odontología ha cambiado drásticamente en las últimas décadas. Cada vez existe una mayor demanda de una odontología mínimamente invasiva que intenta analizar el porqué de la enfermedad y no sólo limitarse a solucionar el problema inmediato.

La odontología para bebés se encuentra en la base de este cambio, en el cual el odontopediatra tiene la oportunidad de analizar y controlar los factores de riesgo de la enfermedad antes de que ésta aparezca.

Para mantener una boca sana desde la infancia hasta la edad adulta, recomendamos realizar una consulta con el odontopediatra antes del primer año de vida del bebé. Los padres llevarán a su bebé al dentista para que no tenga caries, no para curarlas. Los consejos y asesoramiento tempranos le ayudarán a tener todas las herramientas para lograrlo.

LACTANCIA MATERNA (LM)

- ✓ Cuando se esté planeando un embarazo o cuando sepa que está embarazada, la mujer debería visitar a su dentista para que le realicen un examen bucal y se le indique el riesgo de enfermedad periodontal y caries, así como las medidas preventivas a seguir.

- ✓ Con la mejor evidencia de que se dispone se indica que la lactancia materna por encima de los 12 meses de edad puede suponer un aumento en el riesgo de aparición de caries frente a los que solo lo han hecho hasta los 12 meses. En el estudio de Wong (Acad Pediatrics; 2017) se concluye que entre niños sanos de ambiente urbano, la mayor duración de la lactancia se asociaba a mayor probabilidad de caries dental. El riesgo de aparición de caries dental es del 7%, 8%, 11% y 16% según sea la duración de la lactancia; 12, 18, 24 y 36 meses, respectivamente. Según el metanálisis de Victora et al. (Lancet; 2016) se concluye que existe un aumento de la caries dental tras periodos largos de lactancia.
- ✓ Se debe entender que la leche materna, por el hecho de tener lactosa, puede producir caries y por eso se ven en la consulta lactantes que presentan caries a edades tempranas, debido a que:
 - la lactancia nocturna se ha prolongado sin restricciones y sin tomar las medidas necesarias de higiene.
 - existiendo en la dieta del niño, además, alimentos complementarios azucarados sin la suficiente exposición al flúor.
 - cuando existe una transmisión temprana de bacterias de la saliva de los padres, principalmente.
 - y todo ello agravado a veces porque el niño tiene defectos del esmalte que no se detectaron a tiempo.
- ✓ Desde el punto de vista de la conservación de los dientes lo ideal sería que, una vez erupcionado el primer diente de leche se fuera disminuyendo gradualmente la lactancia materna durante las noches. Es importantísimo realizar la limpieza dental inmediatamente después de la toma, e ir dejando espacio entre tomas para que los dientes tengan tiempo de recuperarse de los ataques ácidos que se producen con cada ingesta de alimentos. Bajo el mismo punto de vista, se recomienda disminuir las tomas nocturnas a partir del año de edad.
- ✓ Al llevar al bebé al odontopediatra en su primer cumpleaños, los padres recibirán información sobre las medidas para evitar la aparición de caries y otras enfermedades orales.

CARIES DE LA PRIMERA INFANCIA – CPI – SUS GRAVES CONSECUENCIAS EN LOS “DIENTES DE LECHE”

- ✓ Estudios realizados con pH salival humano muestran que los sujetos que comen tres veces al día tienen periodos de desmineralización contrarrestados por periodos de remineralización. Sin embargo, si los periodos de ingesta (comida y snacks) son frecuentes, se incrementan los periodos de desmineralización y disminuyen críticamente los periodos de remineralización impidiendo que el diente se recupere después de los ataques ácidos que se dan tras la ingesta de alimentos, facilitando la desestructuración del esmalte y favoreciendo la aparición de caries dental.
- ✓ La CPI representa el patrón de caries más agresivo, destructivo y con las peores secuelas en la dentición temporal y cuyo pico más elevado ocurre entre los 13 y los 24 meses. La transmisión bacteriana temprana, los hábitos y la ingesta frecuente de carbohidratos juegan un papel clave.
- ✓ La lesión de “mancha blanca” es el primer indicio clínico del desequilibrio en la superficie del esmalte (figs. 1,2). Estas lesiones siguen la forma del margen gingival de los incisivos superiores, en forma de “media luna” o semicircular. Las lesiones aparecen siguiendo el patrón eruptivo.
- ✓ **TÉCNICA LEL (Levantar el labio):** Levantar el labio superior del bebé una vez al mes, por lo menos, para buscar signos iniciales de CPI. Si observa que el bebé presenta alguna pigmentación o “mancha blanca” en la parte externa de los dientes, consultar inmediatamente con un odontopediatra para que detenga el proceso infeccioso y para que indique cómo revertir los factores de riesgo que ocasionaron la enfermedad.
- ✓ Las caries en sus etapas iniciales pueden ser detenidas; sin embargo si progresa hacia la dentina y pulpa (nervio) deben ser abordadas para evitar dolor, infecciones bucales y faciales, etc. (figs. 3,4).



Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3



Fig. 4

IMPORTANCIA DE LA LIMPIEZA DE LA BOCA DEL BEBÉ

El factor clave para la prevención de la CPI es el hábito de higiene oral diario. Mientras más temprano se empiece con la higiene oral, menores las probabilidades de que el niño desarrolle caries y enfermedades periodontales.

Los padres deben tener la información de cómo y cuándo empezar con la higiene bucal. Debe quedar claro que el cuidado de la boca de su hijo es responsabilidad de los padres o cuidadores, por lo menos hasta que el niño adquiera la habilidad motora suficiente para hacerlo solo que, por norma, se consigue sobre los 7–10 años. A partir de este momento y hasta la adolescencia, se recomienda la supervisión por un adulto en el cepillado nocturno.

- ✓ Comenzar la limpieza de las encías **desde el nacimiento**, una vez al día aunque el bebé no tenga dientes, aprovechando el momento del baño. Utilizar una gasa

húmeda, la punta de un paño limpio humedecido en agua o un dedal de silicona para limpiarle encías, lengua, interior de las mejillas y paladar.

- ✓ **Es obligado comenzar la higiene de los dientes con la erupción del primer diente temporal** o “de leche” – que suele darse alrededor de los 6 meses de edad – dos veces al día; en la mañana y, sobretodo, por la noche. Utilizar una gasa, un dedal de silicona o un cepillo dental de lactantes con **pasta dental de 1000 ppm (partes por millón) de ión flúor**.
- ✓ **Niños entre 0 y 3 años:** realizar la higiene bucal con un cepillo dental adaptado al tamaño de su boca. La cantidad de pasta dental, con 1000 partes por millón (ppm) de flúor, debe ser equivalente a un **grano de arroz**. Cuando hayan salido los molares temporales, pasar el hilo dental por las zonas de contacto entre los molares antes de ir a dormir. Puede usarse un hilo dental con cera y, si fuera complicado debido al reducido tamaño de la boca del bebé, pueden utilizarse posicionadores de hilo (flossers).
- ✓ Si fuera necesario, el odontopediatra indicará la necesidad de aplicar fluoruros tópicos de acuerdo al riesgo de caries de su hijo.
- ✓ **A partir de los 3 años de edad**, la cantidad de pasta dental con, entre 1000 y 1450 ppm de ión flúor, debe ser equivalente a un **guisante** o, para unificar mejor el criterio, a la **anchura del cabezal del cepillo dental**. La concentración de ión flúor de la pasta de dientes vendrá determinada en función del riesgo de caries del niño y será el odontopediatra quién lo recomendará a los padres o cuidadores.
- ✓ **El cepillado dental en niños es efectivo sólo si es realizado por un adulto**. Recomendamos dejar que el bebé y/o niño jueguen durante un minuto y que sea el adulto quién realice la higiene durante otro minuto, hasta que el niño posea la habilidad motora adecuada (aproximadamente a los 8 años). A partir de ese momento, supervisar el cepillado nocturno hasta la adolescencia.
- ✓ Recordar que la higiene oral se realiza tanto para establecer unos buenos hábitos orales como para proteger los dientes temporales. Al acostumbrar al bebé a una limpieza dental suave y a pasar el hilo dental, se creará un patrón de cuidados bucales que lo acompañarán durante el resto de su vida.

- ✓ **A partir de los 6 años de edad**, la cantidad de pasta dental con 1450 ppm de ión flúor, debe ser equivalente a un **guisante** o, para unificar mejor el criterio, a la **anchura del cabezal del cepillo dental**. La concentración de ión flúor de la pasta de dientes podrá incrementarse hasta 5000 ppm en función del riesgo de caries del niño (caries activas, hipomineralización incisivo-molar, etc...) y será el odontopediatra quién lo prescribirá a los padres o cuidadores.

EVITAR LA CONTAMINACIÓN DE LA BOCA DEL BEBÉ

Los niños adquieren las bacterias cariogénicas de manera vertical de la saliva de sus padres o cuidadores, coincidiendo con la erupción de los primeros dientes o incluso antes; mientras más temprana la colonización, mayor el riesgo de caries. Asimismo, los niños cuyas madres presenten mayores niveles de SM, tienen riesgo de un contagio más temprano, por ello se sugiere reducir los niveles de SM de la madre, idealmente durante el periodo prenatal, para reducir la transmisión bacteriana vertical.

Se recomienda a las madres, padres, hermanos y/o cuidadores evitar la transmisión de bacterias de su saliva a la boca del niño.

- ✓ Debe evitarse transmitir al bebé las bacterias de la boca de las personas que conviven con él ya que se contagian a través de la saliva.
- ✓ No compartir utensilios con el bebé (cepillos dentales, cucharas, juguetes, etc.), especialmente durante los primeros 2 años de vida.
- ✓ No limpiar el chupete del bebé con saliva cuando el chupete se ha ensuciado.
- ✓ No enfriar la comida soplando directamente sobre la cuchara del bebé ni le den besos en la boca durante el primer año de vida.
- ✓ No permitir que hermanitos o primos lo besen en la boca.
- ✓ No permitir que las mascotas laman la cara o boca del bebé.

ALIMENTACIÓN

La CPI está estrechamente asociada con un consumo frecuente de carbohidratos fermentables, por lo que cualquier tipo de azúcar consumido con frecuencia, en presencia de SM, puede ocasionar caries.

Por ello, se aconseja evitar toda fuente de azúcares refinados durante los primeros dos años de vida cuando el niño es más susceptible de establecer un proceso virulento de caries. Se debe informar y sugerir a los padres que eviten azúcares ocultos, presentes en la leche chocolatada, las galletas y la bollería, jugos industriales, pan de molde o pan blando, patatas fritas embolsadas, refrescos de cola, etc... Se desaconsejan, de manera especial, los azúcares entre comidas y los de consistencia pegajosa. Las recomendaciones actuales de una dieta saludable son compatibles con las sugeridas para mantener una buena salud oral, incluyendo la reducción de azúcares y su reemplazo por alimentos sanos como: queso, trozos de frutas y verduras crudas, pan integral, tortitas de maíz, yogur natural, frutos secos, huevos duros, etc....

Para reducir el riesgo de obesidad y caries dental, los nuevos protocolos de la OMS recomiendan que los niños y los adultos reduzcan la ingesta diaria de azúcares libres a menos del 10% del total de la ingesta energética diaria. La OMS, en su nuevo protocolo, menciona particularmente la fuerte asociación entre la ingesta de azúcares libres y la caries dental. Aclara la OMS que aunque la exposición a los fluoruros reduce la incidencia de caries dental, no previene completamente la caries dental y que la caries dental también puede progresar en poblaciones expuestas al flúor.

- ✓ Idealmente, la lactancia materna hasta el sexto mes. A partir de esa edad, seguir las indicaciones de la Organización Mundial de la Salud respecto a la lactancia materna pero dejando bien claro que **se deben limpiar los dientes de los bebés después de cada toma del pecho**. En principio sería LM a demanda hasta los 6 meses de edad y complementaria hasta los 2 años de vida según la OMS o hasta que la madre y el niño lo deseen, acompañados de unos hábitos de higiene oral adecuados.
- ✓ No ofrecer azúcares refinados antes de los dos años de edad (golosinas, galletas, croissants, pan dulce, chocolates, helados, etc).

- ✓ Intentar evitar la alimentación nocturna (biberón o pecho) a partir de la erupción del primer diente o, en su defecto, realizar la higiene bucal siempre después de las tomas.
- ✓ Evitar el uso del biberón con líquidos que no sean agua.
- ✓ Nunca mojar el chupete en líquidos azucarados, azúcar o miel.
- ✓ Eliminar alimentos con sacarosa entre comidas. De no ser posible, realizar la higiene bucal inmediatamente después.
- ✓ Reducir al máximo la ingesta de "**azúcares ocultos**": zumos industriales, bollería industrial (croissants, galletas), yogures líquidos, pan de molde suave, patatas fritas, snacks dulces o salados, bebidas de cola, bebidas gaseosas, etc.
- ✓ Procurar evitar los "**alimentos azucarados**" y evitar los "**alimentos con azúcares añadidos**" (galletas, pan dulce, bollería industrial, zumos industriales, chocolates, helados, bebidas de cola, bebidas gaseosas, etc), especialmente los primeros dos años de vida. Los zumos es mejor que sean exprimidos en casa pero, si ha de tomar zumos industriales se debería procurar diluirlos poniendo en un vaso la mitad de zumo y la otra mitad de agua.

USO DE COMPUESTOS FLUORADOS PARA USO INDIVIDUAL

El flúor ha demostrado ser una herramienta segura y eficaz para reducir la prevalencia de caries en el mundo y detener las desmineralizaciones del esmalte. Las decisiones en relación a la administración suplementaria de flúor, deben ser basadas en el riesgo individual de caries. El odontopediatra debe analizar el riesgo de caries del niño para decidir sobre el tipo de administración de flúor y su frecuencia.

Estudios recientes indican que solo los dentífricos con concentraciones de 1000 partes por millón (ppm) de flúor o más, han probado ser eficaces en la reducción de caries.

El flúor es una herramienta segura y eficaz en la reducción de caries y en la reversión de desmineralizaciones del esmalte. Las decisiones en relación a la administración suplementaria de flúor siempre deben estar basadas en el riesgo individual de caries para decidir el tipo de administración de flúor (barnices, geles, colutorios) y su frecuencia.

Los odontólogos deberíamos trabajar conjuntamente con los servicios de obstetricia, comadronas, pediatría, enfermería, padres, abuelos, educadores y cuantas personas estén alrededor del niño para promover la salud bucal de los niños a través de la educación y entrenamiento de los padres o cuidadores para la ejecución de maniobras de prevención de la caries dental y las enfermedades periodontales en casa. No debemos olvidar la evidencia de que un adulto ha sido, primeramente, niño.

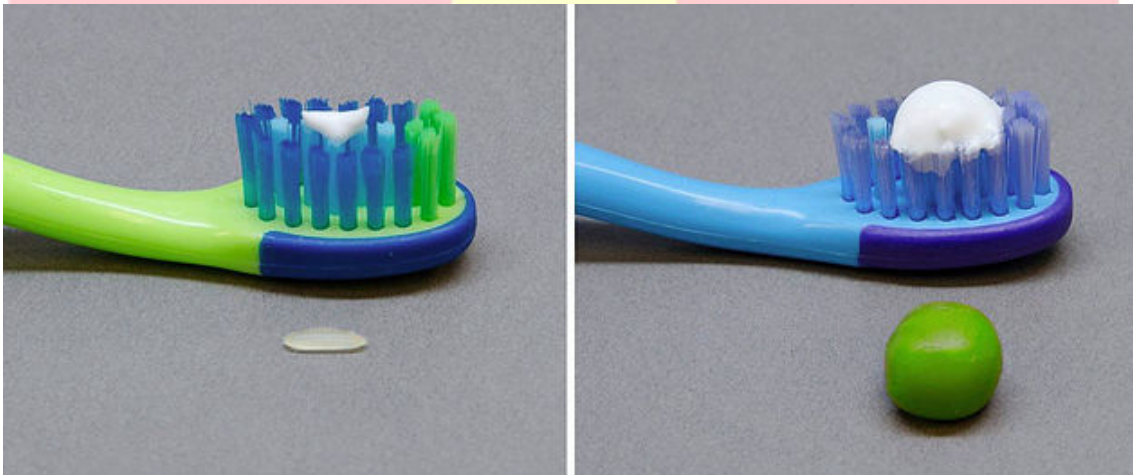
RECOMENDACIONES.

Existe evidencia que sugiere que la acción preventiva del cepillado dental puede maximizarse si se siguen los siguientes puntos:

- ✓ Comenzar el cepillado tan pronto como el primer diente temporal aparezca.
- ✓ Utilizar pasta dental con una **concentración de 1000 ppm de flúor, como mínimo**. No se ha demostrado que las pastas dentales con menor concentración de flúor aporten una prevención adecuada.
- ✓ Cepillarse, como mínimo, dos veces al día. Uno de los dos cepillados diarios que sea por la noche pues es el más importante de todos.
- ✓ Dedicar dos minutos al cepillado, cada vez que se haga. En bebés no se recomienda tanto tiempo, sino que el cepillado sea efectivo para eliminar la placa bacteriana sin tener en cuenta el tiempo ni la técnica empleada.
- ✓ Después del cepillado escupir los restos de pasta pero no enjuagarse con agua ni con otros líquidos. Si se desea enjuagar, esperar 10 minutos y hacerlo con colutorio de flúor en concentración "semanal".
- ✓ Utilizar una cantidad de pasta tamaño **mancha o grano de arroz de 0 a 3 años** y no se debe permitir a los niños comer o chupar pasta del tubo.
- ✓ Utilizar una cantidad de pasta tamaño **guisante/anchura del cabezal a partir de los 3 años**. Con la mejor evidencia disponible se observa que la mejor combinación es usar una pasta dental de alta concentración en pequeñas cantidades para niños por debajo de los seis años. Por esta razón **es importante mostrar a los padres de QUÉ**

hablamos al referirnos a las cantidades. Igualmente no se les debe permitir que coman o chupen pasta del tubo

- ✓ Supervisar el cepillado de los hijos, por lo menos hasta los ocho años, que es la edad en la que se considera que un niño ya tiene la habilidad motora suficiente para cepillarse correctamente.
- ✓ Recordar que se han de cepillar todas las caras de los dientes
- ✓ Siempre que se pueda, utilizar una pasta dental con arginina al 1.5%.
- ✓ La fluorosis es un riesgo sólo si se permite que el niño ingiera la pasta directamente del tubo; no se les debe permitir que coman o chupen pasta del tubo.



Grano de Arroz Mancha

Guisante

ALTO RIESGO DE CARIES SEVERA DE LA PRIMERA INFANCIA (CSPI)

Niños menores de 3 años en los que ya han erupcionado los incisivos superiores y:

- a. Padres con hábitos de transmisión salival
- b. Se duermen comiendo (LM o biberón)
- c. Se despiertan por la noche para comer (LM o biberón)
- d. Comen “a demanda” durante el día (en intervalos menores de 2 horas)
- e. En su dieta diaria hay galletas, yogures azucarados, etc...
- f. No les cepillan los dientes a diario

- ✓ **Niños que saben escupir**
 - **1000 ppm o más**
- ✓ **Niños que no saben escupir**
 - **Depende del riesgo**

ANEXO 1

DETECCIÓN, DIAGNÓSTICO Y MONITORIZACIÓN DE LA CARIES EN LOS NIÑOS

Es importante la detección a una edad temprana y la monitorización de las lesiones de caries para gestionar la enfermedad a nivel de la superficie, antes de que se inicie la cavitación de la lesión. Las recomendaciones siguientes son de aplicación para niños sin anomalías dentales y sin condicionantes médicos que afecten sus habilidades para recibir atención dental.

PLAN DE DIAGNÓSTICO (Academia Europea de Odontopediatría – 2015)

La promoción de la salud, su seguimiento y control así como la prevención de la enfermedad han de desarrollarse de forma continuada, a lo largo de las diferentes etapas de la vida.

La caries precoz de la infancia no es solo un problema del niño y su familia, sino también de la sociedad y del sistema sanitario. La instauración de una educación precoz ha de estar encaminada a evitar una necesidad futura ya que prevenir y evitar caries y las enfermedades de las encías en la dentición primaria es una excelente manera de hacer prevención de las mismas entidades en la dentición permanente del individuo y conseguir adultos con una buena salud oral.

Las principales causas de morbi/mortalidad de las personas adultas están asociadas a situaciones y hábitos poco saludables que se suelen adquirir en las etapas de la infancia y la adolescencia; por eso, la puesta en marcha de medidas que fomenten estilos de vida saludables y la mejora de la salud desde la infancia tendrán una repercusión positiva innegable en el futuro estado de salud y calidad de vida del individuo.

Aunque sigue manteniendo como “ideal” **hacer revisiones cada seis meses** para controlar si la higiene se está realizando de manera correcta y confirmar si la implicación de los cuidadores del niño sigue estando al día, la Academia Europea de Odontopediatría recomienda un plan de nueve exámenes clínicos que van desde la primera consulta coincidiendo con la erupción del primer diente temporal y no más tarde del primer cumpleaños del niño hasta la novena que se indica 18 meses después de que se haya establecido contacto entre el primer y el segundo molares permanentes.

Este plan propone el mínimo número de visitas basadas en la **EDAD DENTAL**:

- 1º - consulta →erupción del primer diente temporal.
→no más tarde del primer cumpleaños.
→idealmente, incluso antes del nacimiento.
- 2º - consulta →erupción de los primeros molares temporales.
- 3º - consulta →erupción de los segundos molares temporales.
- 4º - examen clínico →establecimiento del punto de contacto entre primeros y segundos molares temporales.
- 5º - examen clínico →18 meses después del cuarto examen clínico.
- 6º - examen clínico →erupción de los primeros molares permanentes.
- 7º - examen clínico →18 meses después de que se haya establecido contacto entre el primer molar permanente y el segundo molar temporal.
- 8º - examen clínico → erupción de los segundos molares permanentes.
- 9º - examen clínico →18 meses después de que se haya establecido contacto entre el primer molar permanente y el segundo molar permanente.

De acuerdo al riesgo individual de caries de cada niño el clínico decidirá si el niño necesita un ritmo diferente de visitas y la actuación en cada una de ellas.

ANEXO 2 – INDICADORES DE ACTIVIDAD DE LA LESIÓN

Para detectar y alcanzar el diagnóstico correcto de la enfermedad de caries necesitamos llevar a cabo un examen de los dientes que sea cuidadoso, metódico, visual y táctil sobre dientes limpios, secos y con buena iluminación.

INDICADORES DE ACTIVIDAD DE LESIÓN

<p>LESIÓN ACTIVA (1 o más) Zona de acúmulo de placa. La lesión se ve blanquecina y mate. Sensación de rugosidad al tacto suave. Sangrado gingival junto a la lesión. Asociado a dientes parcialmente erupcionados.</p>	<p>LESIÓN INACTIVA (1 o más) Zona de autolimpieza de placa. La lesión se ve oscura y brillante. Sensación lisa al tacto suave. Sin sangrado gingival junto a la lesión. Asociado a dientes totalmente erupcionados y en oclusión.</p>
---	--

DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO – ICDAS – Sistema de puntuación en el diagnóstico de caries.

- Sano (ICDAS 0)
- Inicial (no cavitado) (ICDAS 1-2). Puede ser activo o inactivo.
- Moderado (sombras en dentina/roturas localizadas en esmalte) (ICDAS 3-4). Puede ser activo o inactivo.
- Extenso (ICDAS 5-6). Puede ser activo o inactivo.

MONITORIZACIÓN DE LAS LESIONES – Hemos de considerar la recogida y almacenamiento de imágenes intraorales para poder compararlas a lo largo del tiempo. Además, el uso de imágenes intraorales ayuda a motivar, de una forma positiva, a los niños y sus padres o cuidadores.

<p>El sistema debería:</p> <ul style="list-style-type: none">• Comparar la apariencia a lo largo del tiempo.• Ser fácil de usar.• No consumir excesivo tiempo.• No ser caro.	 <p>A la derecha imagen de una lesión seis años después de su diagnóstico</p>
---	---

VALORACIÓN DEL RIESGO DE CARIES (VRC)

Una boca sana y un cuerpo sano van de la mano. Por el contrario, una mala salud bucodental puede tener consecuencias desfavorables en el bienestar físico y psicosocial de la persona.

La mayoría de los factores que desencadenan la caries son modificables permitiendo a los individuos y a los profesionales de la salud bucodental adoptar las acciones oportunas para prevenir o reducir la severidad de la enfermedad.

Los profesionales y los otros miembros del hogar dental han de tener claro que la caries dental se puede prevenir con la acción conjunta de ambos. La buena higiene oral, la reducción en el consumo de azúcares de la dieta y un uso regular y adecuado del flúor son elementos clave para las estrategias eficaces de prevención de la caries.

Todos los protocolos de prevención de la caries de las Sociedades odontológicas más avanzadas indican la recomendación de la primera visita del bebé al odontopediatra en su primer aniversario para que se establezca el hogar dental, se haga una valoración del riesgo de caries (VRC) del bebé y se informe a los padres de las medidas a seguir para evitar la aparición de la caries dental y otras patologías bucales.

De esta manera se promueve una asesoría individualizada como la base en la prevención de la enfermedad, desarrollando y realizando los procedimientos clínicos necesarios para evitar la aparición de caries en bebés y niños y, todo ello, tras la VRC individual de cada niño.

Posteriormente, reevaluación del riesgo de caries (RC) cada seis meses o cada cuando lo indique el odontopediatra para tenerlo convenientemente actualizado. Está aceptado que la VRC es un componente esencial del proceso clínico de toma de decisiones para la prevención y el manejo de la caries en la infancia así como de la programación de las visitas de control y seguimiento.

Los niños con necesidad de cuidados especiales de salud tienen mayor riesgo de sufrir enfermedades orales; tienen una alta incidencia de caries y enfermedades de las encías debido a una serie de factores locales y ambientales. Eso los convierte en un grupo de riesgo que presenta una gran necesidad de cuidados dentales desde edades muy tempranas.

Ha de quedar claro que el cuidado de la boca de los niños es responsabilidad de los padres o cuidadores.

Las decisiones en relación a la administración suplementaria de flúor se han de basar en el riesgo individual de caries.

Para la VRC nos podemos ayudar de varias herramientas que nos permiten establecer el RC de cada individuo y poder actualizarlo cada cuanto sea necesario. Estos son, principalmente: CAMBRA, AAPD, SEOP, SESPO, CARIOGRAM y CARIES RISK SEMAPHORE.

- CAMBRA: Acrónimo de *Caries Management by Risk Assessment*, sirve para evaluar el RC mediante un cuestionario para el grupo de niños de 0 a 5 años de edad y otro para los niños a partir de 6 años. Accesible en:
https://www.cda.org/Portals/0/journal/journal_102007.pdf
- AAPD: Protocolo sobre evaluación y gestión del riesgo de caries en infantes, niños y adolescentes de la Academia Americana de Odontopediatría. En él se encuentran los cuestionarios para las categorías de 0 a 5 años y mayores de 6 años. Accesible en:
http://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/G_CariesRiskAssessment7.pdf
- SEOP (SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ODONTOPEDIATRÍA): Cuestionarios del método CAMBRA elaborados por COLGATE y la SESPO para la evaluación del riesgo de caries en los grupos de edad de 0 a 5 años y en el de niños mayores de 6 años. Accesible en:
<http://www.odontologiapediatrica.com/protocolos>
- SESPO (SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA ORAL): Cuestionarios traducidos al español y adaptados a su contexto sociocultural. Accesible en:
<http://www.colgateprofesional.es/> y en <http://sespo.es/>
- CARIOGRAM: Aplicación desarrollada por la Universidad de Malmö. Es un gráfico interactivo en el que se ilustra el riesgo personal de caries del paciente en función de una serie de factores de riesgo presentes. Tras la introducción de los datos del paciente, permite imprimir una hoja de recomendaciones para dar al paciente. Accesible en:
<https://www.mah.se/fakulteter-och-omraden/Odontologiska-fakulteten/Avdelning-och-kansli/Cariologi/Cariogram/>
- CARIES RISK SEMAPHORE: Desarrollado en el Departamento de Estomatología de la Universidad de Valencia. Es una herramienta puesta al alcance de los odontólogos para la evaluación del riesgo de caries de sus pacientes. Accesible en:
<http://www.cariesrisksemaphore.com/>

ANEXO 3 - PROTOCOLO DE CONTROL DE CARIES DE LA PRIMERA INFANCIA.

Riesgo bajo

DIAGNÓSTICO	0 – 5 años	≥6 años
Revisión oral anual	X	X
RX 12 – 24 meses	X	X
Asesoramiento dietético	X	X
Control de HO (higiene oral)	X	X
Control de hábitos	X	X

FLÚOR EN EL HOGAR	0 – 5 años	≥6 años
Cepillado 2v/día – 2 minutos – pasta fluorada	X	X
Supervisado	X	X
Imprescindible por la noche	X	X
Escupir y no aclarar con agua	X	X
1000 ppm de ión flúor	X	
1450 ppm de ión flúor		X
Cantidad: 0 – 3 años → grano de arroz	X	
3 – 5 años → guisante	X	
≥ 6 años → guisante		X

Riesgo moderado

DIAGNÓSTICO	0 – 5 años	≥6 años
Revisión oral cada seis meses	X	X
RX 12 – 24 meses	X	X
Asesoramiento dietético	X	X
Control de HO (higiene oral)	X	X
Control de hábitos	X	X

FLÚOR EN EL HOGAR	0 – 5 años	≥6 años
Cepillado 2v/día – 2 minutos – pasta fluorada	X	X
Supervisado	X	X
Imprescindible por la noche	X	X
Escupir y no aclarar con agua	X	X
1000 ppm a 1450 ppm de ión flúor	X	
1450 ppm a 5000 ppm de ión flúor		X
Cantidad: 0-3 años → grano arroz(1000ppm)	X	
3-5 años → guisante (1450ppm)	X	
≥ 6 años → guisante		X

FLÚOR EN LA CLÍNICA	0 – 5 años	≥6 años
Barniz de flúor en primera visita y revisión	X	X
• Barniz de fluor → 22.600 ppm FNa 5%	X	X
Tratamiento con productos fluorados para remineralizar	X	X
CUIDADORES: enjuagues de fluoruro sódico	X	X

XILITOL		
NIÑO: Toallitas 3 ó 4 veces al día	X	X
CUIDADORES: chiclés o caramelos 4/día (6 – 10 gr/d)		

SELLADORES		
Liberadores de flúor en fosas y fisuras profundas	X	X

Riesgo alto

DIAGNÓSTICO	0 – 5 años	≥6 años
Revisión oral trimestral	X	X
RX 6 – 12 y aletas	X	X
Asesoramiento dietético	X	X
Control de HO (higiene oral)	X	X
Control de hábitos	X	X
Tests salivares necesarios	X	X

FLÚOR EN EL HOGAR	0 – 5 años	≥6 años
Cepillado 2v/día – 2 minutos – pasta fluorada	X	X
Supervisado	X	X
Imprescindible por la noche	X	X
Escupir y no aclarar con agua	X	X
1000 ppm a 1450 ppm de ión flúor	X	
1450 ppm a 5000 ppm de ión flúor		X
Cantidad: 0-3 años → grano arroz (1000ppm)	X	
3-5 años → guisante (1450ppm)	X	
≥ 6 años → guisante		X
Enjuagues con FNa 0.05% diario		X
0.2% semanal uso diario		X
Seda/cinta dental	≥ 3 años	X
CUIDADORES:		
• enjuagues con clorhexidina	X	X
• enjuagues con FNa	X	X
Uso de probióticos → <i>S. Dentisani</i> *	X	X

*Aún no disponibles en el mercado

FLÚOR EN LA CLÍNICA	0 – 5 años	≥6 años
Barniz de flúor en primera visita y revisión	X	X
• Barniz de fluor → 22.600 ppm FNa 5%	X	X
Tratamiento con productos fluorados para remineralizar.	X	X
CUIDADORES: enjuagues de fluoruro sódico	X	X

XILITOL		
NIÑO: Toallitas 3 ó 4 veces al día	X	X
CUIDADORES: chicles o caramelos 4/día (6 – 10 gr/d)		

SELLADORES		
Liberadores de flúor en fosas y fisuras profundas	X	X
En zonas interproximales	X	X
Restauraciones terapéuticas provisionales con liberación de flúor	X	X

FOSFATO CÁLCICO (900 ppm)		
Manchando el cepillo → hasta los 2 años	X	
Tamaño guisante → a partir de los 2 años	X	X
Antes de dormir	X	X

Riesgo extremo

DIAGNÓSTICO	0 – 5 años	≥6 años
Revisión oral 1 – 3 meses	X	X
RX → 6 – 12 meses. Aletas de mordida y en anteriores	X	X
Asesoramiento dietético	X	X
Control de HO (higiene oral)	X	X
Control de hábitos	X	X
Tests salivares necesarios	X	X

FLÚOR EN EL HOGAR	0 – 5 años	≥6 años
Cepillado 2v/día – 2 minutos – pasta fluorada	X	X
Supervisado	X	X
Imprescindible por la noche	X	X
Cantidad: 0-3 años → grano arroz(1000ppm)	X	
3 - 5 años → guisante (1450-1500)	X	
≥ 6 años → guisante (5000)		X
Escupir y no aclarar con agua	X	X
Enjuagues con FNa 0.05% diario		X
0.2% semanal de uso diario		X
Seda/cinta dental	≥ 3 años	X
CUIDADORES:		
• enjuagues con clorhexidina	X	X
• enjuagues con FNa	X	X
Uso de probióticos → <i>S. Dentisani</i> *	X	X

*Aún no disponibles en el mercado

FLÚOR EN LA CLÍNICA	0 – 5 años	≥6 años
Barniz de flúor en primera visita y revisión	X	X
• Barniz de fluor → 22.600 ppm FNa 5%	X	X
Tratamiento con productos fluorados para remineralizar.	X	X
CUIDADORES: enjuagues de fluoruro sódico	X	X

XILITOL		
NIÑO: Toallitas 3 ó 4 veces al día	X	X
CUIDADORES: chicles o caramelos 4/día (6 – 10 gr/d)	X	X

SELLADORES		
Liberadores de flúor en fosas y fisuras profundas	X	X
En zonas interproximales	X	X
Restauraciones terapéuticas provisionales con liberación de flúor	X	X

FOSFATO CÁLCICO (900 ppm)		
Manchando el cepillo → hasta los 2 años	X	
Tamaño guisante → a partir de los 2 años	X	X
Antes de dormir	X	X
Varias veces al día		X