



Dr. Miguel Hernández

Profesor titular. Odontopediatría.

Facultad de Odontología de la Universidad de Barcelona.

DIAGNÓSTICO, PRONÓSTICO Y PREVENCIÓN DE LA CARIES DE LA PRIMERA INFANCIA

Protocolo de la Sociedad Española de Odontopediatría

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que las enfermedades bucodentales comparten factores de riesgo con cuatro 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 (1, 2).

La caries dental es actualmente la enfermedad crónica más frecuente en la infancia con una elevada prevalencia en preescolares españoles (3, 4).

Esta enfermedad microbiana está considerada, actualmente, como una disbiosis causada por el consumo de azúcares; es decir, se considera que es una enfermedad azúcar-dependiente (5, 6). 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 coste de tratamiento. Asimismo, un niño con caries en los dientes primarios, será probablemente un adulto con múltiples caries y restauraciones en la dentición permanente (7-9).

Entre los factores de riesgo que intervienen en la aparición de la caries de la primera infancia (CPI) se encuentran: insuficiente higiene oral, consumo frecuente de carbohidratos fermentables, presencia de placa bacteriana visible, colonización oral bacteriana precoz, niveles elevados de *Streptococcus mutans* (SM), historia anterior de caries, flujo o función salival reducidos, biberón o lactancia materna a demanda y/o nocturna descuidando la limpieza bucal posterior a las tomas, bajo nivel socio-económico de los padres y/o pocos conocimientos sobre salud oral (10-15).

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 (16-18).

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 (19-21).

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 odontopediatra y supone la oportunidad de poner en marcha las prácticas preventivas de salud oral y para la reducción de riesgos de enfermedades orales prevenibles (22, 23).

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 (24, 25).

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 solo limitarse a solucionar el problema inmediato (26).

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 (27, 28).

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 (23, 27).

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 (12, 29-34).

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) (12) 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.

“ LA CARIES DENTAL ES LA ENFERMEDAD CRÓNICA MÁS FRECUENTE EN LA INFANCIA CON UNA ELEVADA PREVALENCIA EN PREESCOLARES ESPAÑOLES

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» (4, 8, 11, 35, 36). 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 (**Figuras 1 y 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) (37): 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 microbiano 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. (**Figuras 3 y 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 empieza con la higiene oral, menores son



Figuras 1 y 2. La lesión de «mancha blanca» es el primer indicio clínico del desequilibrio en la superficie del esmalte.

Colgate®

ofrece la **GAMA MÁS AVANZADA** y **COMPLETA** para la prevención y el tratamiento de la caries

FLÚOR MÁS NEUTRALIZADOR DE ÁCIDOS DE AZÚCARES™
UNA PODEROSA ALIANZA
 QUE LO
 CONVIERTE EN **REFERENCIA PARA LA**
PREVENCIÓN DE LA CARIES

**EN UN RECIENTE ESTUDIO CLÍNICO
 SE DEMUESTRA UNA PROTECCIÓN
 ANTICARIES SUPERIOR**
 en comparación con los dentífricos
 fluorados tradicionales¹

41%
 Reducción
 de nuevas
 caries¹

Para conocer los resultados
 completos del estudio y
 recibir muestras, regístrese en:
www.colgateprofesional.es

¹ Cepillado dental diario con supervisión y educación específica de salud bucodental
 4 veces al año frente al cepillado dental no estructurado con un dentífrico fluorado.

Bibliografía: 1. Petersen PE, Hunsrisakun J, Thearmonree A, et al.
Comm Dent Health. 2015;32(1):44-50.



C.N.: 165295.9

C.N.: 152509.3

Duraphat

Con la concentración más alta de Flúor para
 el tratamiento de pacientes con alto riesgo
 de caries desde la clínica hasta el domicilio

Duraphat® 5000 ppm
Crema dental con alto contenido en flúor

Remineraliza:

el **54,9%**
 de todas las caries
 iniciales de raíz al
 cabo de 3 meses²

el **76,1%**
 de todas las caries
 iniciales de raíz al
 cabo de 6 meses²

Duraphat® 2.26% F
Barniz de Fluoruro

**Clínicamente probado para prevención
 y tratamiento de caries dental:**

Reduce la caries tanto en dientes de leche
 como en los definitivos (Cochrane 2013):

**Dientes
 temporales**
 reducción media
 de las caries
 del **33%**³

**Dientes
 permanentes**
 reducción media
 de las caries
 del **46%**³



Colgate®

La marca de dentífricos más recomendada
 por los Profesionales en el mundo

www.colgateprofesional.es

Bibliografía: 2. Baysan A, et al. Londres, RU. *Caries Research* 2001; 35:41-46.
3. Marinho VCC et al. Fluoride Varnishes for preventing dental caries in children and
 adolescents (review). *Cochrane Database Syst Rev.* 2002;3:CD002279.



Figuras 3 y 4. Si la caries progresa hacia la dentina y pulpa (nervio) deben ser abordadas para evitar dolor, infecciones bucales y faciales, etc.

las probabilidades de que el niño desarrolle caries y enfermedades periodontales (4, 7, 8, 24, 26, 28, 30, 32, 38).

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, sobre todo, por la noche. Utilizar una gasa, un dedal de silicona o un cepillo dental de lactantes con pasta dental de 1.000 ppm (partes por millón) de ion 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 1.000 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 del niño.

A partir de los 3 años de edad, la cantidad de pasta dental con, entre 1.000 y 1.450 ppm de ion flúor, debe ser equivalente a un guisante o, para unificar mejor el criterio, a la anchura del cabezal del cepillo dental. La concentración de ion 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 solo 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 1.450 ppm de ion flúor, debe ser equivalente a un guisante o, para unificar mejor el criterio, a la anchura del cabezal del cepillo dental. La

Innovación y Servicio

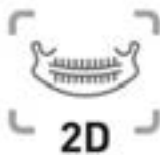
PaX-i3D Smart



**NUEVO FOV
ANATÓMICO**



+



“ LOS PADRES LLEVARÁN A SU BEBÉ AL DENTISTA PARA QUE NO TENGA CARIES, NO PARA CURARLAS

concentración de ion flúor de la pasta de dientes podrá incrementarse hasta 5.000 ppm en función del riesgo de caries del niño (caries activas, hipomine-ralización 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 (11, 25, 30, 34, 39).

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 se 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 (13, 15, 20, 28, 31, 39-45).

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 la previene completamente y que la caries dental también puede progresar en poblaciones expuestas al flúor.

Para controlar el mal aliento **MEJOR TRATAR QUE TAPAR**

CB12[®]

NEUTRALIZA NO ENMASCARA



*Disfrutan de los momentos cercanos,
ocurran cuando ocurran*



Colutorios



Mint-mentol



Suave



de **eficacia**
de **buen aliento**



Más **efectivo**
Más **protección**



Además contiene **0,05%**
de fluoruro de sodio
para una mejor protección
contra las caries



Combinación única
que **neutraliza** y **previene**
las causas del mal aliento

Chicles



Boost



Se puede utilizar **a partir**
de los 12 años de edad



Fácil de usar

Distribuidor:
Meda Pharma S.L.

Disponible en farmacias
www.cb12.es



Mylan

Seeing
is believing

- 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

“ LA TRANSMISIÓN BACTERIANA TEMPRANA, LOS HÁBITOS Y LA INGESTA FRECUENTE DE CARBOHIDRATOS JUEGAN UN PAPEL CLAVE

el riesgo de caries del niño para decidir sobre el tipo de administración de flúor y su frecuencia (42, 46-58).

Estudios recientes indican que solo los dentífricos con concentraciones de 1.000 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 y 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 (59-64):

.xcelente adaptación y modelado



*VITA® no es una marca registrada de Dentsply Sirona.

ceram.x[®] universal

Composite universal nanocerámico

La exclusiva tecnología SphereTEC™ eleva el manejo del composite a un nivel superior.

- Sistema de color ingenioso y sencillo: 5 colores que cubren todo el rango de colores VITA®
- Pulido fácil y rápido para un brillo excepcional
- Estética natural

www.dentsplysirona.com



THE DENTAL
SOLUTIONS
COMPANY™

 **Dentsply
Sirona**

- 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 (**Figura 5**).
- Utilizar una cantidad de pasta tamaño guisante a partir de los 3 años (**Figura 6**). Con la mejor evidencia disponible se observa que la mejor combinación es usar una pasta dental de alta concen-

tración 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% (65).
- La fluorosis es un riesgo solo si se permite que el niño ingiera la pasta directamente del tubo; no se les debe permitir que coman o chupen pasta del tubo.

PLAN DE DIAGNÓSTICO

Academia Europea de Odontopediatría, 2015 (18).

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



Figura 5. Se recomienda 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.



Figura 6. A partir de los 3 años es recomendable utilizar una cantidad de pasta del tamaño de un guisante.

Opalescence
● ● ● go[®]

Opalescence

UNA SONRISA BRILLANTE, LISTA PARA USAR

- Contiene Peróxido de Hidrógeno al 6%
- Férula universal UltraFit precargada con el gel de blanqueamiento y fácil de usar
- pH Neutro
- Tratamiento completo en 10 días de aplicación, durante una hora al día



ULTRADENT
PRODUCTS, INC.

Ultradent España - www.ultradent.com/es - info@ultradent.es
Área Norte: Tel. 619.558.249 - Área Levante: Tel. 616.982.237 - Área Centro: Tel. 699.888.731

del sistema sanitario. La instauración de una educación precoz ha de estar encaminada a evitar una necesidad futura ya que prevenir y evitar la 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.

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.

INDICADORES DE ACTIVIDAD DE 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 (Tablas 1 y 2).

DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO (ICDAS)

Sistema de puntuación en el diagnóstico de caries (68).

- Sano (ICDAS 0)
- Inicial (no cavitado) (ICDAS 1-2). Puede ser activo o inactivo.

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.

LESIÓN INACTIVA (1 o más)

Zona de auto limpiado de placa.
La lesión se ve oscura y brillante.
Sensación lisa al tacto suave.
Sin sangrado gingival junto a la lesión.
Dientes totalmente erupcionados y en oclusión.

Tablas 1 y 2. Indicadores de actividad de lesión.

EDICIÓN 2018
ABIERTO PLAZO DE INSCRIPCIÓN

CURSO DE EXPERTO EN NUEVAS TECNOLOGÍAS EN ODONTOLOGÍA.



Orientado a doctores generalistas y especialistas que buscan la **excelencia**

Dirigido por:

Dr. Carlos Parra
Dr. Daniel Cárcamo
Dr. Martín Romero



Docentes

Dr. Francisco Rábago
Dr. Luis Vazquez
Dr. Jon Gurrea
Dr. Francisco Teixeira
Dr. Daniel Robles
Dr. Fernando Duarte
Dra. Alejandra Marín
Dr. Jose Maria Aguado
Dr. Luis Cuadrado
Dr. Felipe Saez
Dr. José Francisco Ramos
Dr. Javier Crespo
Dr. Luis Ruiz
Dr. Bernardo Perea
Dra. Natalia del Rio



Temario

- Diseño de sonrisa digital
- Marketing y gestión odontológica
- Fotografía dental
- Ingeniería biomédica odontológica
- Endodoncia 3d
- Microscopía con realidad aumentada
- Cirugía guiada
- Ortodoncia digital
- Excelencia en periodoncia
- Flujo de trabajo digital
- Prostodoncia avanzada
- Abordaje de complicaciones multidisciplinares
- Plasma y factores de crecimiento
- Analisis oclusal digital
- Manejo y tratamiento de atm
- Microrrellenos faciales
- Nuevos materiales en odontología
- Estética bucal
- Laser Quirúrgico, dental, y terapias Fotodinámicas
- Técnica B.O.P.T.
- Determinación de la integración (ISQ)
- Impresión 3D
- Técnicas Actuales en Fabricación de Estructuras: Colado, Sinterizado, Fresado y Técnicas combinadas.
- Realidad Virtual y Realidad Aumentada para uso dental
- Técnicas Show and Tell
- Digitalización de la Clínica dental
- Historias Clínicas, consentimientos informados, firma digital y su relevancia legal.

Aprende a Usar las nuevas tecnologías y a optimizar todas las herramientas que tienes en tu consulta.

Duración y desarrollo

Febrero de 2018 a octubre de 2018.

Viernes de 10 a 20h / Sábados de 09 a 14h.

Cada 15 días.

Teléfono 91.488.48.61.

Contacto clínica: ttp@urjc.es

Precio

5.990€

Título de la Universidad Pública Rey Juan Carlos

CURSO SUPERIOR UNIVERSITARIO EN IMPLANTOPRÓTESIS

9ª Edición.

Carácter del curso: Semipresencial.

Duración: 200 horas.

Del 1 de Febrero al 30 de noviembre de 2018.

Parte Presencial: viernes 15 y sábado 16 de Junio de 2018.

Precio total del Título: 550 euros.

Acreditación Otorgada: Tras la superación del curso se entregará al alumno Certificado Universitario Oficial.

Número de Plazas: limitadas. **Reserva de Plaza y Matrícula:** Teléfono: 91 488 48 61.

Despacho 2019. 2ª Planta. Edificio Clínica Universitaria. Campus de Alcorcón. URJC.

Avenida Atenas s/n. 28922 Alcorcón.

Solicitud información: clinica.ttp@urjc.es ó luis.vazquez@urjc.es

“ES OBLIGADO COMENZAR LA HIGIENE CON LA ERUPCIÓN DEL PRIMER DIENTE TEMPORAL, QUE SUELE DARSE A LOS 6 MESES

- 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.

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 in-

dican 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.
- AAPD: Protocolo sobre evaluación y gestión del riesgo de caries en infantes, niños y adolescentes de la Academia Americana de Odontopediatría. En él se



Smart Implant Solutions

MÁS DE 1000 REFERENCIAS EN ADITAMENTOS
COMPATIBLES CON LAS PRINCIPALES MARCAS DEL SECTOR



Descárguese nuestro catálogo en www.smartimplantsolutions.com

SMART ANGLE



3shape
exocad

ANÁLOGOS E
INTERFASES DIGITALES



Descárguese las librerías en:
www.smartimplantsolutions.com

SCANBODIES



Descárguese las librerías en:
www.smartimplantsolutions.com

I+D



THINK DIGITAL
2017

CENTRO
DE FORMACIÓN



Consulte el listado de
cursos en [nuestro catálogo](#)

En Marzo ven a visitarnos a
Expodental 2018

EXPODENTAL
SALÓN INTERNACIONAL DE EQUIPOS,
PRODUCTOS Y SERVICIOS DENTALES

MADRID

15 - 17
Marzo

2018



THINK DIGITAL
Parque Científico y Tecnológico de Guipúzcoa, Pº Mikeletegi 56 20009 - San Sebastián (Spain)



encuentran los cuestionarios para las categorías de 0 a 5 años y mayores de 6 años.

- SEOP: 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: Cuestionarios CAMBRA, traducidos al español y adaptados a su contexto sociocultural.
- 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 pacien-

te, permite imprimir una hoja de recomendaciones para dar al paciente.

- 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.

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. ■

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

SUS FIESTAS VAN A SER MEJORES CON
LA FAMILIA

a·dec
reliablecreative**solutions**™



A-dec 500

Conozca otros modelos:

A-dec 200 A-dec 300 A-dec 400



Felices Fiestas



914 726 347



comercial@ravagnanidental-espana.com



www.ravagnanidental-espana.com



facebook.com/rav.espana

FINANCIACIÓN
hasta
24
meses
SIN INTERÉS

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

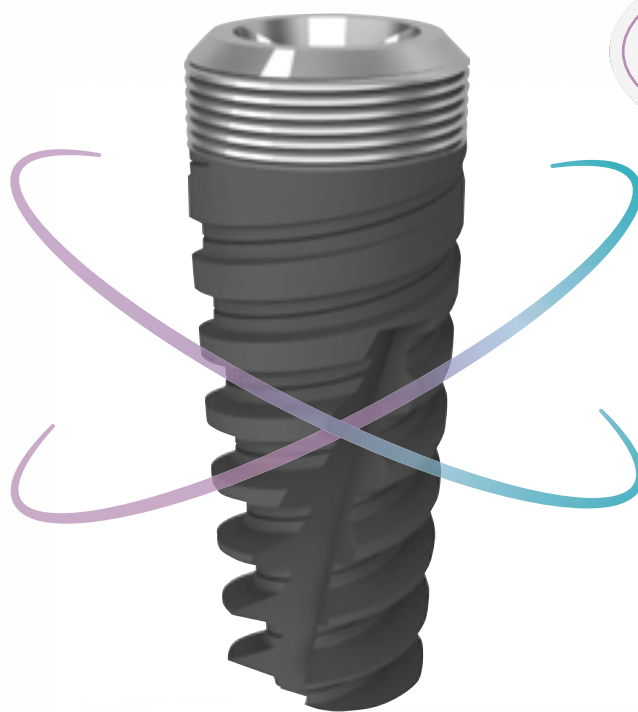
FLÚOR EN EL HOGAR	0 – 5 años	≥6 años
Cepillado 2v/día – 2 minutos – pasta fluorada	X	X
Supervisado	X	X
Imprescindible por la noche	X	X
Escupir y no aclarar con agua	X	X
1000 ppm a 1450 ppm de ión flúor	X	
1450 ppm a 5000 ppm de ión flúor		X
Cantidad: 0-3 años→ grano arroz(1000ppm)	X	
3-5 años→ guisante (1.450ppm)	X	
≥ 6 años→ guisante		X

FLÚOR EN LA CLÍNICA	0 – 5 años	≥6 años
Barniz de flúor en primera visita y revisiones	X	X
• Barniz de flúor→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

El Compromiso en la Excelencia que todos buscamos



¡Nuevo
implante
cónico!

MPI Excellence® System

Form Follows Function, damos forma a la necesidad.

- ▶ Cuerpo cónico
- ▶ Aumento progresivo de espiras activas
- ▶ Excelente estabilidad inicial
- ▶ Conexión Cono Morse
- ▶ Doble tratamiento superficial
- ▶ Superficie coronal mecanizada
- ▶ Titanio de altas prestaciones
- ▶ Máxima versatilidad protésica

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
1.000 ppm a 1.450 ppm de ión flúor	X	
1.450 ppm a 2.500 ppm de ión flúor		X
Cantidad: 0-3 años → grano arroz (1.000ppm)	X	
3-5 años → guisante (1.450ppm)	X	
≥ 6 años → guisante (1.450 a 5.000)		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

FLÚOR EN LA CLÍNICA	0 – 5 años	≥6 años
Barniz de flúor en primera visita y revisiones	X	X
• Barniz de flúor → 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

Nuevo

SENSODYNE®



ACCIÓN RÁPIDA

contra el dolor para ayudar a
prevenir momentos como este



Alivio clínicamente probado de la Sensibilidad Dental en **60 SEGUNDOS**



El nuevo Sensodyne Rapid Action es una **formulación única diseñada para ser rápida** que proporciona una oclusión de los túbulos acelerada(1). Proporciona un alivio clínicamente probado de la sensibilidad dental en **60 segundos** tras el cepillado de las áreas sensibles, (2,3) dando a los pacientes una **protección duradera*** de la sensibilidad y de su impacto en la vida diaria (4,5)

*Con dos cepillados al día

Sensodyne Rapid Action proporciona una protección duradera con dos cepillados al día.

Referencias: 1. Accepted for presentation at IADR 2017, Abstract no: 2631820. 2. GSK Data on File 207211. January 2017. 3. Accepted for presentation at IADR 2017, Abstract no: 2635085. 4. Parkinson CR et al. Am J Dent. 2015 Aug;28(4):190-196. 5. Baker S et al. Longitudinal validation of the Dentine Hypersensitivity Experience Questionnaire (DHEQ).

Sensodyne Rapid Action es un producto sanitario y cumple con la normativa vigente en materia de producto sanitario. CHESP/CHSEN/0045/17

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 (1.450-5.000)	X	
≥ 6 años → guisante (5.000)		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

FLÚOR EN LA CLÍNICA	0 – 5 años	≥6 años
Barniz de flúor en primera visita y en revisiones	X	X
• Barniz de flúor → 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

Ofertas " Fin de año 2017 "

Oferta ESTRELLA

VIEW: Lámpara cialítica con **Camara full HD**

MICRO: Microscopio adosado a equipo



Master 4D ECO

*desde 126.-€/mes (5)

ASTRAL LUX

*desde 159.-€/mes (5)

Arco VIEW

*desde 249.-€/mes (5)

Incluye **Camara VIEW**

Arco MICRO

*desde 314.-€/mes (5)

Master ZAFIRO

*desde 172.-€/mes (5)

ASTRAL minibox

*desde 99.-€/mes (5)

Arco Lux

*desde 159.-€/mes (5)

****Consultar otros modelos y opciones**

***Instrumentos "Marca KaVo"**

***Esterilización**

Oferta Especial con Equipos

E9 NEXT

Clase "B" 24lts.

Turbinas con luz

****KaVoSpray s/cargo**

E680L	S619L	460LED	E20L	E20C
1136.-€	735.-€	288.-€	921.-€	719.-€
738.-€	478.-€	144.-€	598.-€	468.-€

P.V.P. 6.616.-€

Oferta 3.875.-€

P.V.P. 5.571.-€

Oferta 4.195.-€

3.951€

***PACK ESPECIAL**

36 meses sin intereses

MiniUNIKO PZ	Lámpara cialítica	Lámpara cialítica
Piezoelectrico 6 puntas	Con Camara	Con Camara
Oferta 4.320.-€	Oferta 6.480.-€	Oferta 4.900.-€
*desde 120.-€/mes (3)	*desde 180.-€/mes (3)	*desde 139.-€/mes (3)



Corestream CS 3600

Oferta Especial

*desde 447.-€/mes (5)

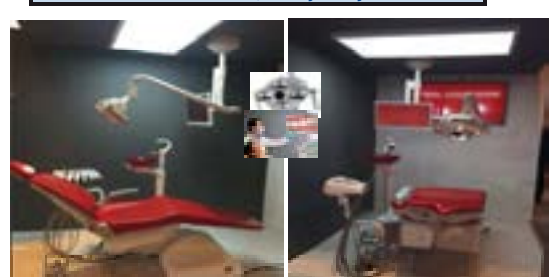


Corestream CS 3500

Oferta Especial

*desde 245.-€/mes (5)

"Quien ve bien, trabaja mejor"



YouTube /user/gcommsrl

*desde 259.-€/mes (5)

Producto PROMOCION

Polaris LED GCOMM	Iris LED GCOMM
P.Venta 1.395.-€	P.Venta 2.525.-€
RENOVE 1.065.-€	RENOVE 1.390.-€

Unidad ARCO+ Camara

Oferta Especial

*desde 249.-€/mes (5)

AutoScan-DS-EX

Scanner de Ultima generación

Oferta 4.950.-€

Oferta Conjunto

*desde 143,36.-€/mes (5)

2% de interes

NOVEDAD

cadLynx

3DLYNX

2870,00 €

Con todos los modulos

Oferta 2.870.-€

SYNTELYNX

1170,00 €

TECNOIDENT

Calidad & Precio

***Scanner Modelos (Exposicion)**

Oferta Especial

***Giratorio 345°**

Oferta 4.925.-€

*desde 134.-€/mes (3)



***A Equipo**

***Rodante**

***A Pared**

Oferta Especial

*desde 155.-€/mes (5)

Identica

P.V.P. 14.900.-€

Oferta 11.900.-€

*desde 205.-€/mes (5)

Aparatos DEMO

Identica

Oferta 5.500.-€

*desde 149.-€/mes (3)

***Radiologia 2D**

***Orto KaVo OP-2D**

***Digital OC200D**

***X-Mind NOVUS**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

***CS 8100 C 2D**

BIBLIOGRAFÍA

1. **World Health Organization 2015.** Global status report on non-communicable diseases 2014. Disponible en: www.who.int
2. **World Health Organization 2012.** Oral health. Fact sheet nº318. Disponible en: www.who.int
3. **Bravo M, Llodra JC, Cortés FJ, Casals E.** Encuesta de salud oral de preescolares en España 2007. RCOE 2007; 12: 143–68.
4. **Casals E, García MA.** Guía de práctica clínica para la prevención y tratamiento no invasivo de la caries dental. RCOE 2014; 19: 189–248.
5. **American Academy of Pediatric Dentistry.** Guideline on Infant Oral Health Care. *Pediatr Dent* 2014–2015; 36: 141–5.
6. **American Dental Association.** Statement on Early Childhood Caries. Disponible en: <http://www.ada.org/2057.aspx>.
7. **American Academy of Pediatric Dentistry.** Policy on Early Childhood Caries (ECC): Classifications, Consequences, and Preventive Strategies. *Pediatr Dent* 2014–2015; 36: 50–2.
8. **Espasa E, Boj JR, Hernández M.** Caries dental en el niño. En: Boj JR, Catalá M, García-Ballesta C, Mendoza A, Planells P. *Odontopediatría. La evolución del niño al adulto joven.* Madrid - Ripano. 2011. Pp 213–23.
9. **Tsakos G, Quinonez C.** A sober look at the links between oral and general health. *J Epidemiol Community Health* 2013; 67: 381–82.
10. **Berkowitz RJ.** Mutans streptococci: Acquisition and transmission. *Pediatr Dent* 2006; 28: 106–9.
11. **Seow W.** Environmental, maternal and child factors which contribute to early childhood caries: a unifying conceptual model. *Intl J Paed Dent* 2012; 22: 157–68.
12. **Wong P, Birken C, Parkin P, Venu I, Chen Y, Schoth R, et al.** Total breast-feeding duration and dental caries in healthy urban children. *Acad Pediatrics* 2017; 17: 310–5.
13. **Ghazal T, Levy S, Childers N, Broffitt B, Cutter GR, Wiener HW, et al.** Factors associated with early childhood caries incidence among high caries-risk children. *Community Dent Oral Epidemiol* 2015; 43: 366–74.
14. **Leong P, Gussy M, Barrow SY, de Silva-Sanigorski A, Waters E.** A systematic review of risk factors during first year of life for early childhood caries. *Int J Paed Dent* 2013; 23: 235–50.
15. **Sheiham A, James W.** A reappraisal of the quantitative relationship between sugar intake and dental caries: the need for new criteria for developing goals for sugar intake. *BMC Public Health* 2014; 14: 863.
16. **American Academy of Pediatric Dentistry.** Policy on early childhood Caries (ECC): Unique challenges and treatment options. *Pediatr Dent* 2014–2015; 36: 53–5.
17. **Kassebaum N, Bernabe E, Dahiya M, Bhandari B, Murray C, Marcenes W.** Global burden of untreated caries: a systematic review and metaregression. *J Dent Res* 2015; 94: 650–8.
18. **Kühnisch J, Ekstrand KR, Pretty I, Twetman S, van Loveren C, Gizani S, et al.** Best clinical practice guidance for management of early caries lesions in children and young adults: an EAPD policy document. *Eur Arch Paediatr Dent* 2016; 17: 3–12.
19. **Berg J, Stapleton F.** Physician and Dentist: new initiatives to jointly mitigate early childhood oral disease. *Clinical Ped* 2012; 5: 531–7.
20. **Boylston J, Tomar S, Catalanotto F.** Effect of training pediatricians and family physicians in early childhood caries prevention. *J Pediatr* 2015; 166: 1055–61.
21. **American Academy of Pediatrics.** Policy Statement: Preventive Oral Health Intervention for Pediatricians. *Pediatrics* 2008; 122: 1387–94.
22. **American Academy of Pediatric Dentistry.** Policy on the Dental Home. *Pediatr Dent* 2014–2015; 36: 24–5.
23. **Boj JR, Catalá M, García-Ballesta C, Mendoza A, Planells P.** *Odontopediatría. La evolución del niño al adulto joven.* 1ª ed. Madrid - Ripano. 2011.
24. **Bhaskar V, McGraw K, Divaris K.** The importance of preventive dental visits from a young age: systematic review and current perspectives. *Clin Cosmet Investig Dent.* 2014; 6: 21–7.
25. **Borrelli B, Tooley EM, Scott-Sheldon LAJ.** Motivational interviewing for parent-child health interventions: a systematic review and meta-analysis. *Pediatr Dent* 2015; 37: 254–65.
26. **Hooley M, Skouteris H, Boganin C, Satur J, Kilpatrick N.** Parental influence and the development of dental caries in children aged 0 – 6 years: A systematic review of the literature. *J Dent* 2012; 40: 873–85.
27. **Espasa E, Boj JR, Hernández M.** *Odontopediatría preventiva.* En: Boj JR, Catalá M, García-Ballesta C, Mendoza A, Planells P. *Odontopediatría. La evolución del niño al adulto joven.* Madrid - Ripano. 2011. Pp 225–40.
28. **Chou R, Cantor A, Zakher B, Priest J, Pappas M.** Preventing dental caries in children <5 years: Systematic review updating USPSTF Recommendation. *Pediatrics* 2013; 132: 332–50.
29. **Victora C, Bahl R, Barros A, França G, Horton S, Krasevec J et al.** Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet* 2016; 387: 475–90.
30. **World Health Organization 2013.** Long-term effects of breastfeeding: a systematic review. Disponible en: www.who.int.
31. **Tham R, Bowatte G, Dharmage SC, Tan DJ, Lau MXZ, Dai X, et al.** Breastfeeding and the risk of dental caries: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica* 2015; 104: 62–84.
32. **Folayan M, Sowole C, Owotade F, et al.** Impact of infant feeding practices on caries experience of preschool children. *J Clin Pediatr Dent* 2010; 34: 297 – 302.
33. **Palma C, Cahuana A, Gómez L.** Guía de orientación para la salud bucal en los primeros años de vida. *Acta Pediatr Esp.* 2010; 68 (7): 351–357.
34. **American Academy of Pediatrics.** Policy statement on breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2012; 129:e827–e41.
35. **Zhao W, Li W, Lin J, Chen Z et al.** Effect of sucrose concentration on sucrose-dependent adhesion and glucosyltransferase expression of *S. mutans* in children with severe early-childhood caries (S-ECC). *Nutrients* 2014; 6: 3572–86.
36. **FDI World Dental Federation.** The Challenge of Oral Disease – A call for global action. The Oral Health Atlas. 2nd ed. Geneva: 2015.
37. **New Zealand Dental Association. 2008.** Healthy Smile, Healthy Child: Oral Health Guide for Well Child Providers. Auckland: New Zealand Dental Association. Third edition April 2010.
38. **Wainwright J, Sheiham A.** An analysis of methods of tooth brushing recommended by dental associations, toothpaste and toothbrush companies and in dental texts. *Br Dent J* 2014; 217: E5.
39. **Fontana M.** The clinical, environmental, and behavioral factors that foster early childhood caries: evidence for caries risk assessment. *Pediatr Dent* 2015; 37: 217–25.
40. **World Health Organization 2015.** Guideline: sugars intake for adults and children. Disponible en: www.who.int.
41. **Marshall T.** Nomenclature, characteristics, and dietary intakes of sugar. *J Am Dent Assoc* 2015; 146: 61–4.
42. **Marthaler T.** Salt fluoridation and oral health. *Acta Med Acad* 2013; 42: 140–55.
43. **Moynihan P, Kelly S.** Effect on caries of restricting sugars intake: systematic review to inform WHO Guidelines. *J Dent Res* 2013; 93: 8–18.
44. **Mytton O, Clarke D, Rayner M.** Taxing unhealthy food and drinks to improve health. *BMJ* 2012; 344: e2931.
45. **American Academy of Pediatric Dentistry.** Policy on dietary recommendations for infants, children, and adolescents. *Pediatr Dent* 2008–2009; 30: 47–8.
46. **American Academy of Pediatric Dentistry Liaison with other groups Committee; American Academy on Pediatric Dentistry Council on Clinical Affairs.** Guideline on fluoride therapy. *Pediatr Dent* 2008–2009; 30: 121–4.
47. **Banoczy J, Rugg-Gunn A, Woodward M.** Milk fluoridation for the prevention of dental caries. *Acta Med Acad* 2013; 42: 156–67.
48. **Jones S, Burt B, Petersen P, Lennon M.** The effective use of fluorides in public health. *Bull World Health Organ* 2005; 83: 670–6.
49. **Marinho V, Worthington HV, Walsh T, Clarkson J.** Fluoride varnishes

- hes for preventing dental caries in children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev 2013; 7: CD002279.
50. **Parnell C, O'Mullane D.** After-brush rinsing protocols, frequency of toothpaste use: fluoride and other active ingredients. Monogr Oral Sci 2013; 23: 140-53.
 51. **Rasines G.** Fluoride toothpaste prevents caries in children and adolescents at fluoride concentrations of 1000 ppm and above. Evid Based Dent 2010; 11: 6-7.
 52. **Rugg-Gunn A, Banoczy J.** Fluoride toothpastes and fluoride mouthrinses for home use. Acta Med Acad 2013; 42: 168-78.
 53. **British Fluoridation Society, UK Public Health Association, British Dental Association, The Faculty of Public Health of the Royal College of Physicians.** One in a million. The facts about water fluoridation. Manchester, UK: The British Fluoridation Society; 2012.
 54. **Twetman S.** Caries prevention with fluoride toothpaste in children: an update. Eur Arch Paediatr Dent 2009; 10: 162-7.
 55. **Walsh T, Worthington H, Glenny A, Appelbe P, Marinho V, Shi X.** Fluoride toothpastes of different concentrations for preventing dental caries in children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev 2010; 20: CD007868.
 56. **WHO, FDI, IADR.** Call to Action to promote dental health by using fluoride. Global Consultation on Oral Health through Fluoride [Internet]. 2006. Disponible en: www.who.int.
 57. **Wright JT, Hanson N, Ristic H, Whall CW, Estrich CG, Zentz RR.** Fluoride toothpaste efficacy and safety in children younger than 6 years: A systematic review. J Am Dent Assoc 2014; 145: 182-9.
 58. **Yeung CA.** Efficacy of salt fluoridation. Evid Based Dent 2011; 12: 17-18.
 59. **International Organization for Standardization.** Dentistry -Toothpastes - Requirements, test methods and marking ISO 11609: 2010. Geneva: ISO; 2010.
 60. **García-Godoy F, Hicks MJ.** Maintaining the integrity of the enamel surface: the role of dental biofilm, saliva and preventive agents in enamel demineralization and remineralization. J Am Dent Assoc 2008; 139 Suppl: 25S - 34S.
 61. **Cury J, Tenuta L.** Evidence-based recommendation on toothpaste use. Braz Oral Res 2014; 28: 1-7.
 62. **Ismail A, Tellez M, Pitts N, Ekstrand K, Ricketts D, Longbottom C et al.** Caries management pathways preserve dental tissues and promote oral health. Community Dent Oral Epidemiol 2013; 41: e12-e40.
 63. **Santamaria RM, Innes NP, Machiulskiene V, Evans DJ, Splieth CH.** Caries management strategies for primary molars: 1-yr randomized control trial results. J Dent Res 2014; 93: 1062-9.
 64. **Ahovuo-Saloranta A, Forss H, Walsh T, Hiiri A, Nordblad A, Mäkelä M, et al.** Sealants for preventing dental decay in the permanent teeth. Cochrane Database Syst Rev 2013; 28: CD001830.
 65. **Li X, Zhong Y, Jiang X, Hu Deyu, Mateo LR, Morrison BM Jr, Zhang YP.** Randomized clinical trial of the efficacy of dentifrices containing 1.5% arginine, an insoluble calcium compound and 1450 ppm fluoride over two years. J Clin Dent. 2015; 26(1): 7-12.
 66. **Pretty IA, Ekstrand KR.** Detection and monitoring of early caries lesions: a review. Eur Arch Paediatr Dent 2016; 17(1): 13-25.
 67. **Twetman S.** Caries risk assessment in children: how accurate are we? Eur Arch Paediatr Dent 2016; 17: 27-32.
 68. **ICDAS - Sistema Internacional para la Detección y Evaluación de Caries (International Caries Detection and Assessment System).**

M I&P M

MÁSTER EN IMPLANTOLOGÍA & PERIODONCIA

SEDE UNIVERSITARIA CIUDAD DE MADRID

60 créditos ECTS
(European Credit Transfer System)

Máster Universitario Propio = Título de Experto + formación complementaria + Proyecto fin de Máster

Prácticas clínicas sobre pacientes

Financiación del 100% de la matrícula.
Número máximo de plazas / 18
Opción a beca 50%.

MAR/JUL
2018/2019

Sede teórica: UNED y Colegio de odontólogos y Estomatólogos de la I Región, C/ Mauricio Legendre 38-28046 (Madrid)

Secretaría Universitaria: E-mail / info@postgradoodontologia.es / 663 71 87 87
Avda. Institución Libre de Enseñanza, nº39, 7º (Madrid)

Sede prácticas: Clínica concertada Madrid, prácticas clínicas sobre pacientes.

Director de Postgrado: DR. ANTONIO BOWEN ANTOLÍN.

Comisión Académica:

PAULO FERNANDO MESQUITA DE CARVALHO (P.Clinico)
JOAQUIN CARMONA RODRIGUEZ (P.Clinico)
FRANCISCO CARROQUINO CUEVAS (P.Clinico)
ALBERTO CUEVAS MILLÁN (P.Clinico)
JUAN ALBERTO FERNANDEZ (P.Clinico)
LUIS MARTIN VILLA (P.Clinico)
JAVIER GONZALEZ TUÑÓN (P.Clinico)
NIEVES ALBIZU RODRIGUEZ (P.Clinico)
ABDUL F. NASIMI (P.Clinico)
ERNESTO MONTAÑÉS MONTAÑEZ (P.Clinico)
GIANLUIGI CACCANIGA (Universidad de Milan)
JUAN MESQUITA (Universidad Loma Linda)
JOSE EDMUNDO GUIJARRO DE PABLOS (CATEDRÁTICO UMU)
ALFREDO MARTINEZ ALMECIA (CATEDRÁTICO UAL /EX-RECTOR)
RAFAEL GÓMEZ FONT (CATEDRÁTICO CIRUGÍA UEM)
CHRISTIAN VACHER (UNIVERSIDAD DE PARIS V)
MANUEL LILLO CRESPO (PROFESOR UNIVERSIDAD ALICANTE)