

# Noves tendències preventives en odontopediatria

Juan R. Boj<sup>1</sup>, Olga Cortés<sup>2</sup>, Elena Alonso<sup>1</sup>, Sofía Conde<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Facultat de Medicina i Ciències de la Salut. Universitat de Barcelona. <sup>2</sup>Facultat de Medicina i Odontologia. Universitat de Múrcia

## RESUM

**Fonament.** Les patologies més prevalents en relació amb la salut bucal dels infants són les alteracions en el creixement i el desenvolupament oral, i la càries. La càries pot tenir greus repercussions en la salut general de l'infant, amb un alt cost de tractament i una disminució en la qualitat de vida. Actualment, la finalitat és establir protocols que ajudin el professional a prendre decisions individualitzades.

**Objectiu.** Exposar i analitzar els nous conceptes preventius que influiran en la salut oral del pacient pediàtric: la visita primerenca i la llar dental, que faciliten els consells per a la cura bucal des que els infants són ben petits.

**Mètode.** Revisió de la bibliografia i les guies publicades en els últims anys en relació amb les mesures preventives en salut bucodental infantil.

**Resultats i conclusions.** El canvi en la pauta d'administració del fluor de la pasta dental, amb l'evidència disponible, és la mesura de prevenció de la càries més efectiva que existeix. Al seu torn, un canvi d'hàbits d'higiene bucal de l'infant des del naixement afavorirà la prevenció de la malaltia. Finalment, els canvis socials de l'entorn implicaran noves estratègies preventives i un enfocament multidisciplinari.

**Paraules clau:** Llar dental. Càries dental. Fluor.

## NUEVAS TENDENCIAS PREVENTIVAS EN ODONTOPEDIATRÍA

**Fundamento.** Las patologías más prevalentes en relación con la salud bucal de los niños son las alteraciones en el crecimiento y el desarrollo oral, y la caries. La caries puede tener graves repercusiones en la salud general del niño, con un alto coste de tratamiento y una disminución en la calidad de vida. Actualmente, la finalidad es el establecimiento de protocolos que ayuden al profesional a tomar las decisiones individualizadas.

**Objetivo.** Exponer y analizar los nuevos conceptos preventivos que van a influir en la salud oral del paciente pediátrico: la visita temprana y el hogar dental, que facilitan los consejos para el cuidado bucal desde que los niños son muy pequeños.

**Método.** Revisión de la bibliografía y de las guías publicadas en los últimos años en relación con las medidas preventivas en salud bucodental infantil.

**Resultados y conclusiones.** El cambio en la pauta de administración del flúor de la pasta dental, con la evidencia disponible, es la medida de prevención de la caries más efectiva que existe. A su vez, un cambio de hábitos de higiene bucal del niño desde el nacimiento, va a favorecer la prevención de la enfermedad. Por

último, los cambios sociales a nivel del entorno van a implicar nuevas estrategias preventivas y un enfoque multidisciplinario.

**Palabras clave:** Hogar dental. Caries dental. Flúor.

## NEW PREVENTIVE TRENDS IN PEDIATRIC DENTISTRY

**Background.** The most prevalent problems in children's oral health are alterations in oral growth and development, and caries. Caries can result in serious consequences to the child's general health, with a high cost of treatments and a decrease in the quality of life. Currently, the tendency is to establish protocols to help the professional in making individualized decisions.

**Objective.** To present and analyze the new preventive concepts in oral health for children: the early visit and the dental home that will provide advice for oral care from very early stages.

**Method.** Review of the recently published articles and guidelines addressing preventive strategies in childhood caries.

**Results and conclusions.** Based on the available evidence, the change in the fluoride concentration toothpaste regimen is the most effective measure for caries prevention. The establishment of oral hygiene habits from birth will favor the prevention of the disease. Finally, changes in social and environmental factors will require the development of new preventive strategies and a multidisciplinary approach.

**Key words:** Dental home. Dental caries. Sodium fluoride.

## Introducció

La salut oral de l'infant té un paper destacat en el seu benestar i en la salut general. Per això té tanta importància, des del naixement, l'educació i la prevenció en salut oral. Les patologies més prevalents en relació amb la salut bucal dels infants són les alteracions en el creixement i el desenvolupament oral, i la càries. Les maloclusions orals es relacionen amb hàbits orals incorrectes i patrons alimentaris inadequats. La càries, actualment la malaltia crònica més freqüent en la infància, és una malaltia multifactorial i està molt relacionada amb els estils de vida, els hàbits d'alimentació i higiene oral insuficient, l'alimentació nocturna de l'infant, l'alt consum de sucres, la colonització bacteriana precoç i el nivell de cultura preventiva dels pares<sup>1</sup>.

Correspondència: Juan R. Boj  
C/ Feixa Llarga, s/n. 08907 L'Hospitalet de Llobregat  
jrboj@ub.edu

Treball rebut: 07.01.2019  
Treball acceptat: 13.06.2019

Al llarg dels anys, les diferents societats científiques han sumat esforços basats en l'evidència clínica disponible per aconseguir millores en la prevenció i, per tant, obtenir una disminució de les malalties orals. Indicadors de risc com la història de càries, la dieta, les aplicacions de fluor i el nivell socioeconòmic, poden tenir un valor predictiu perquè el professional pugui identificar el pacient d'alt risc. Actualment, la finalitat és establir protocols que ajudin el professional a prendre decisions individualitzades<sup>2</sup>.

L'odontopediatria actual emfatitza la prevenció de la malaltia. Conceptes nous com la visita primerenca, habitual en pediatria, i la llar dental, representen un canvi en l'enfocament de l'actuació i estableixen un entorn de confiança i responsabilitat amb l'infant i la família, ja que faciliten els consells per a la cura bucal des d'edats ben primerenques. El canvi en la pauta d'administració de fluor de la pasta dental, amb l'evidència disponible, és la mesura de prevenció de la càries més efectiva que existeix, ja que és accessible, està estesa i és acceptada universalment. Al seu torn, un canvi d'hàbits d'higiene bucal de l'infant des del naixement afavorirà la prevenció de la malaltia. Finalment, els canvis socials de l'entorn que ens envolta i que en molts casos es reflecteixen en l'actitud dels pares, implicaran noves estratègies preventives i un enfocament multidisciplinari.

Així doncs, l'objectiu d'aquest treball és exposar i analitzar aquests nous conceptes preventius, que influiran de manera notable en la salut oral del pacient pediàtric.

## Edat de la primera visita

Ja el 1986, l'Acadèmia Americana d'Odontopediatria, en les seves *Guies de salut oral en la infància*, estableix que la primera avaluació de risc l'havia de fer un pediatre als 6 mesos i, posteriorment, als 12 mesos, el dentista efectuaria un examen oral i establiria un interval periòdic per a la revaluació basada en els riscos individuals del bebè<sup>3</sup>. El 2007, l'Associació Dental Americana es va unir sobre aquest tema i va afirmar que la primera visita dental s'hauria de fer durant el primer any de vida. Un any més tard va ser l'Acadèmia Americana de Pediatria la que recomanava en les seves guies que la primera visita dental es fes en el primer any i no als tres, com es considerava amb anterioritat<sup>4</sup>. Fins i tot des de l'any 2009 l'Acadèmia Americana d'Odontopediatria va desenvolupar unes guies sobre la salut bucodental perinatal per crear les bases sobre les quals construir l'educació preventiva i l'atenció dental i, d'aquesta manera, millorar l'oportunitat que l'infant tingui una vida lliure de malalties orals previsible.

Actualment, les diferents societats americanes, igual que la Societat Espanyola d'Odontopediatria, recomanen que la primera visita sigui amb l'erupció de la primera dent temporal i no més tard del primer aniversari de l'infant<sup>5-7</sup>.

No obstant això, a diferència de la medicina pediàtrica, en què les guies d'orientació per a la salut ja estan totalment integrades en l'atenció de l'infant, a nivell odontològic, les visites primerenques com a dimensió integral de la salut oral no tenen el mateix nivell d'implementació. Igual que les visites mèdiques pediàtriques, una de les pedres angulars de la visita dental infantil és preparar els pares i cuidadors per a les futures necessitats específiques de cada edat<sup>8</sup>.

A més, amb la intervenció primerenca i oportuna és possible reduir o eliminar la càries de primera infància i d'aquesta manera actuar abans que s'instauri la malaltia i, en defecte d'això, aturar la progressió de qualsevol lesió incipient<sup>9-10</sup>. La malaltia dental augmenta en gravetat amb el temps, i requereix un tractament més complex, que és molt difícil en els infants més petits. És per això que l'orientació anticipada té un gran potencial per reduir els costos econòmics associats al tractament dental<sup>8</sup>.

Segons Savage i Nowak, les visites dentals preventives primerenques redueixen les necessitats de restauració en visites posteriors, i els infants que fan la primera visita abans dels 18 mesos necessiten menys tractaments, fet que comporta un cost menor que en aquells als quals la primera visita preventiva es fa per primera vegada entre els 25 i els 36 mesos<sup>11-12</sup> (Fig. 1, 2, 3). Això demostra que el retard en el diagnòstic de la malaltia dental pot acabar amb problemes exacerbats



Fig. 1. Exploració sobre genoll amb ajuda d'una plataforma dissenyada per a infants de poca edat.



Fig. 2. Exploració sobre genoll amb genoll.



Fig. 3. Exploració amb llitera especial de genoll amb l'ajuda d'una plataforma rígida entapissada.

que condueixen a cures més extenses, complicades i costoses<sup>13-15</sup>.

No obstant això, malgrat l'evidència dels resultats que aporten els diferents estudis, la proporció d'infants que tenen la seva primera visita dental abans de l'any són una minoria<sup>8</sup>. En aquest sentit, totes les societats científiques reconeixen la importància d'una visita primerenca, i no es pot oblidar que els infants comencen amb l'erupció de les dents temporals al voltant dels 6 mesos.

## Dental home

L'any 1992, l'Acadèmia Americana de Pediatria (AAP) va crear el concepte de *medical home* (llar mèdica), que estableix que l'atenció primària de salut pediàtrica és millor quan és supervisada de manera primerenca per especialistes en salut infantil qualificats<sup>4</sup>.

Les societats de pediatria han afavorit el concepte de llar mèdica per millorar la cura per part de les famílies de l'infant. Prenent com a referència aquest model pediàtric, l'any 2001 es va desenvolupar el concepte de *dental home* (llar dental).

De la mateixa manera, es pretén millorar l'accés de les famílies a les cures odontològiques i així prevenir la patologia o, si s'escau, intervenir precoçment per minimitzar les complicacions<sup>8, 16</sup>.

Amb la llar dental s'estableix una relació contínua entre l'odontopediatre i l'infant que inclou tots els aspectes de la cura de la salut bucodental<sup>17</sup>. S'ha d'establir com a molt tard als 12 mesos per poder desenvolupar una guia anticipatòria i una seqüència adequada de supervisions periòdiques<sup>16-17</sup>.

Segons l'Acadèmia Americana d'Odontopediatria (AAPD), la llar dental facilita els aspectes següents<sup>16</sup>:

- L'atenció integral de la salut bucal.
- L'avaluació completa de malalties i afeccions orals.
- Un programa individualitzat de salut dental preventiva basat en l'avaluació del risc de càries i el risc de malaltia periodontal.
- L'orientació anticipada sobre el creixement i el desenvolupament.
- L'atenció primerenca en cas de traumatisme dental.
- La informació sobre la cura apropiada de les dents i la salut gingival.
- L'assessorament dietètic.

Els infants que tenen una llar dental tenen més probabilitats de rebre atenció preventiva en salut oral i, per tant, de reduir el risc de malaltia<sup>8, 16</sup>.

## Augment de la dosi de fluor

Les recomanacions sobre l'ús de fluor en infants han estat modificades amb la finalitat de maximitzar-ne els efectes preventius contra la càries i minimitzar el risc de fluorosi dental.

La falta d'acords dins les societats científiques, juntament amb les informacions no veraces sobre el fluor, han donat com a resultat missatges confusos pel que fa a la seva seguretat i eficàcia.

Es va observar que l'efecte sistèmic del fluor tenia un paper menor en la inhibició de la càries que l'efecte tòpic sobre la superfície de l'esmalt. Per això els fluorurs es recomanen de forma tòpica i no sistèmica; a més, aquests últims augmenten el risc de fluorosi<sup>18</sup>.

L'ús de pasta dentífrica fluorada és la mesura de prevenció de la càries més efectiva que existeix ja que és accessible, està estesa i acceptada universalment en totes les cultures, i ajuda a establir un hàbit d'higiene en l'infant des de ben aviat.

Estudis recents indiquen que només els dentífrics amb concentracions de 1.000 parts per milió (ppm) de fluor o més són eficaços en la reducció de la càries<sup>19-20</sup>. És per això que han canviat els protocols de la concentració de fluor de les pastes dentals. Amb l'evidència disponible s'observa que la millor opció és usar una pasta dental de més concentració, en petites quantitats, per a infants per sota dels sis anys<sup>19-22</sup>.

És important destacar que en els tres primers anys de vida hi ha més risc de fluorosi dental en els infants, per tant, sempre s'ha d'ajustar la quantitat indicada pel que fa a l'edat, i l'ús sempre serà supervisat per un adult<sup>7, 18</sup>. La fluorosi és un risc si es permet que l'infant ingereixi la pasta directament del tub; és per això que cal prendre una precaució especial per evitar-ho.

## Quantitats i concentracions de pasta fluorada <sup>18</sup>

Les quantitats de pasta recomanades són les següents (Fig. 4):

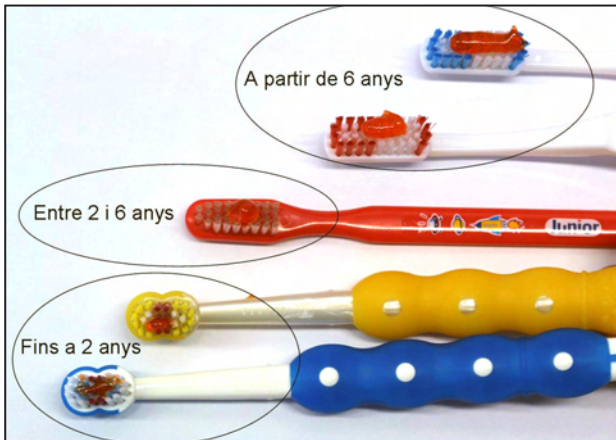


Fig. 4. Quantitat de pasta dental segons l'edat de l'infant.

- En infants menors de 2 anys es recomana usar solament una quantitat de raspall o frotis (0,1 mg), amb una concentració de fluor de 1.000 parts per milió (ppm).
- Entre 2 i 6 anys es recomana posar la quantitat d'un pèsol (0,25 mg), amb una concentració entre 1.000 i 1.450 ppm d'ió fluor.
- A partir dels 6 anys, la quantitat de pasta dental de 1.450 ppm a 2.500 ppm d'ió fluor serà d'1-2 cm sobre el raspall. La concentració d'ió fluor de la pasta de dents es podria incrementar fins a 5.000 ppm en casos de càries actives o del quadre d'hipomineralització de la incisiva molar (un trastorn de la mineralització de l'esmalt associat a una ràpida progressió de la càries).

Els infants s'han de raspallar dues vegades al dia. Als més petits se'ls ha d'indicar la necessitat d'escopir l'excés de fluor, i per maximitzar l'efecte benèfic del fluorur en la pasta de dents, l'esbandida després del raspallat ha de ser mínima.

## Establiment de la higiene des del primer dia

Una higiene oral adequada és un dels factors clau per prevenir les malalties orals, i més concretament la càries de la primera infància. Aquestes mesures s'han d'implementar de manera obligatòria al moment de l'erupció de la primera dent primària. Com més d'hora es comenci la higiene oral, més baixes són les probabilitats que l'infant desenvolupi malalties.

Els pares han de tenir informació sobre com i quan cal començar la higiene bucal. La cura de la boca de l'infant és responsabilitat dels pares o cuidadors, al-

menys fins que adquireixi prou habilitat motora per fer-ho de manera autònoma, entre els 7 i els 10 anys.

Com que la càries és una malaltia transmissible, la prevenció primària s'ha de centrar en la intervenció sobre la colonització de la flora oral del bebè durant el primer any. La majoria d'infants adquireixen els bacteris cariogènics a través de la saliva de les mares o dels cuidadors. Una colonització primerenca està relacionada amb més risc de càries en la infància. Es recomana evitar certs hàbits, com ara compartir culleres amb el bebè, netejar el xumet amb la saliva, fer petons a la boca del bebè i refredar el menjar bufant-hi a sobre <sup>22</sup>.

Algunes societats científiques recomanen començar des del naixement amb la neteja de les genives i resta de teixits tous (llengua, interior de les galtes, mucosa del paladar), amb la finalitat d'eliminar les restes de llet i farinetes. Per fer-ho, s'ha d'utilitzar una gasa humida, la punta d'un drap net humitejat en aigua o un didal de silicona i fer un massatge una vegada al dia <sup>7,21</sup>.

Però hem d'emfatitzar que el més important i el que no hem d'oblidar és que en el moment en què aparegui la primera dent s'ha de començar a netejar-la. Les dents acabades de sortir són més susceptibles a patir càries a causa de la seva immaduresa i a les dificultats de raspallat per la sensibilitat en la geniva. En els mesos següents a l'erupció, la dent es troba en un procés de maduració posteruptiva en què l'esmalt acumula fluor i altres elements que el fan més dur, menys porós i amb menys risc a patir càries. Per això es recomana el contacte del fluor amb la dent, des que surt, a través del dentífric <sup>23</sup>.

Entre els infants en edat preescolar, molts desenvolupen càries abans dels tres anys. En aquesta etapa, el raspallat de les dents s'ha de fer dues vegades al dia i sobretot a la nit, fent servir un raspall de dents suau de mida apropiada a l'edat <sup>14</sup>.

Cal dedicar-hi un temps adequat perquè sigui eficaç: aconsellem un mínim d'1-2 minuts, i idealment 2-3 minuts; això de vegades resulta difícil, ja que els infants acostumen a raspallar-se durant poc segons.

El retard en el diagnòstic de la malaltia dental pot provocar lesions més complicades. Si s'observa que el bebè presenta alguna pigmentació o taca blanca a la part externa de les dents (que és el primer indicatiu clínic de desmineralització de la superfície de l'esmalt), és molt important consultar immediatament l'odontopediatre perquè estableixi el tractament més adequat i indiqui com revertir els factors de risc que han provocat la malaltia <sup>7</sup>:

- Evitar el consum freqüent de líquids i sòlids ensucrats (es recomana que la lactància materna no sigui a demanda a partir de l'erupció de la primera dent, o treure el biberó entre els 12 i els 18 mesos).
- Evitar la transmissió de bacteris cariogènics.

- Fomentar el raspallat dental des que surt la primera dent amb una pasta fluorada amb una quantitat i concentració adequades a l'edat.
- Establir la llar dental, amb aplicacions de fluor professionals a la consulta.
- Practicar la tècnica AEL (aixecar el llavi), que consisteix a aixecar el llavi superior del bebè per buscar-hi signes incipients tant de càries precoç com de taca blanca.

## Anàlisi de noves tendències socials

En aquest apartat parlarem de noves tendències que han crescut en freqüència en els últims anys, com ara el llit familiar i l'allargament de la durada de la lactància, a més dels canvis importants en la immigració.

Moltes societats tenen el costum, admès i ben valorat per la comunitat, de compartir el llit pares i fills. Aquesta pràctica s'engloba dins el tipus de criança propera que es caracteritza per llaços estrets i participatius, i que en els últims anys s'està instaurant en la cultura occidental. Aquest tipus de criança, en essència, considera que perquè el desenvolupament social i emocional sigui normal, els humans necessiten formar un estret vincle amb el seu cuidador, mitjançant pràctiques com la lactància perllongada i dormir amb els fills (llit familiar)<sup>24</sup>. Aquest augment també obeeix a una necessitat reactiva ocasionada per trastorns del son a causa de la falta de sincronització de les hores de son entre el bebè i la mare.

Hi ha diversos arguments a favor i en contra d'aquest tipus de rutina. Entre els arguments a favor es consideren més facilitat per alletar el bebè, confort emocional i psíquic, més facilitat per induir el son del bebè i calmar el plor, i més protecció i monitoratge<sup>25</sup>.

No obstant això, el llit familiar, juntament amb altres circumstàncies, com ara el tipus de lactància, la posició de l'infant al llit, el tipus de superfície, l'obesitat o el consum de substàncies addictives (tabac, alcohol, medicaments i drogues d'abús) dels pares, es consideren factors de risc de la síndrome de mort sobtada del lactant. Moltes institucions i societats pediàtriques recomanen un ambient segur per al bebè mentre dorm, i no aconsellen la pràctica del llit familiar<sup>25-26</sup>. A més, la freqüència més alta de lactància que comporta el llit familiar té conseqüències a nivell bucal, com ara l'aparició de càries<sup>7</sup>.

Hi ha evidència científica que la lactància materna comporta una millor salut i un millor desenvolupament dels infants. No obstant això, la freqüència de la lactància materna a demanda s'associa amb més facilitat per a l'aparició de càries de la primera infància, com a resultat associat a una exposició perllongada i freqüent<sup>27-28</sup>. Les preses nocturnes freqüents poden incrementar el potencial cariogènic, no tan sols pel fet de contenir lactosa, sinó també per la disminució del

flux salival nocturn, a més d'altres factors, com la presència de bacteris en la boca de l'infant i els aliments complementaris ensucrats<sup>7</sup>.

En relació amb la durada de la lactància materna, diferents estudis suggereixen que perllongar-la pot incrementar el desenvolupament de càries. En la revisió sistemàtica realitzada per Tham es va comprovar que la lactància fins als 12 mesos no estava associada a un risc més alt de càries dental i, de fet, pot oferir alguna protecció en comparació de la llet de fórmula. No obstant això, els infants alletats més enllà dels 12 mesos tenien un risc més alt de tenir càries dental<sup>29</sup>.

Les recomanacions per reduir aquest risc, per a alguns autors, es basarien en una disminució de les preses freqüents i nocturnes<sup>30-31</sup>. En aquest sentit, l'Acadèmia Americana d'Odontopediatria recomana evitar la lactància materna a demanda des que surt la primera dent i reduir els carbohidrats introduïts en la dieta<sup>22</sup>.

Nombrosos estudis han demostrat que la càries afecta majoritàriament determinats grups poblacionals, com ara els immigrants<sup>32-34</sup>. A Espanya, Almerich Silla<sup>35</sup> va trobar una associació significativa entre la immigració i la càries dental. En aquest sentit, caldria considerar com a variable dependent el nivell sociocultural. D'aquesta manera, un increment en la immigració pot representar una prevalença més alta de càries en la població. Els hàbits d'higiene, l'excés de sucre en la dieta i l'escassa cultura preventiva són els factors determinants per a l'increment de càries en aquest grup. Amb el pas dels anys, com a conseqüència de l'adaptació progressiva als sistemes de salut del nostre país, milloren les seves cures i, per tant, disminueixen aquesta patologia.

## Bibliografia

1. Mabry TR, Nowak AJ. Prevention of dental Disease. A: Casamassimo PS, McTigue DJ, Fields HW, Nowak AJ. Pediatric Dentistry. Infancy through adolescence. 5a ed. St Louis, Missouri: Editorial Elsevier Inc.; 2013;213-30.
2. American Academy of Pediatric Dentistry. Caries-risk Assessment and Management for Infants, Children, and Adolescents. *Pediatr Dent.* 2017;39(6):197-204.
3. Nowak AJ. Celebrate but rededicate AAPD infant oral health care guideline - are we ready to celebrate?. *Pediatr Dent.* 2011;33(1):7-8.
4. American Academy of Pediatrics. Ad Hoc Task Force on definition of the Medical Home: The medical home. *Pediatrics.*1992;90(5):774.
5. Krol D, Segura A, Boulter S, Clark M, Gereige R, Mouradian W et al. Section on Oral Health. Maintaining and Improving the Oral Health of Young Children. *Pediatrics.* 2014;134(6):1224-9.
6. Kühnisch J, Ekstrand KR, Pretty I, Twetman S, Van Loveren C, Gizani S, et al. Best Clinical Guidance practice guidance for management of early caries lesions in children and young adults: an EAPD policy document. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2016;17(1):3-12.
7. Protocolo de diagnóstico, pronóstico y prevención de la caries de la primera infancia. Sociedad Española de Odontopediatria. 2017;6:1-20. Accesible a la xarxa [data de consulta 01-06-2019]. Disponible a: [http://www.odontologiapediatria.com/wp-content/uploads/2018/06/SEOP\\_-\\_Caries\\_precoz\\_de\\_la\\_infancia\\_fin4.pdf](http://www.odontologiapediatria.com/wp-content/uploads/2018/06/SEOP_-_Caries_precoz_de_la_infancia_fin4.pdf).
8. Lee JY, Bouwens TJ, Savage MF, Vann WF Jr. Examining the cost-effectiveness of early dental visit. *Pediatr Dent.* 2006;28(2):102-5.

9. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on workforce issues and delivery of oral health care services in a dental home. *Pediatr Dent.* 2017;39(6):31-5.
10. Murshid EZ. Children's ages and reasons for receiving their first dental visit in a Saudi community. *Saudi Dent J.* 2016;28(3):142-7.
11. Savage MF, Lee JY, Kotch JB, Vann WF Jr. Early preventive dental visits: effects on subsequent utilization and costs. *Pediatrics.* 2004;114(4):e418-23.
12. Nowak AJ, Casamassimo PS, Scott J, Moulton R. Do early dental visits reduce treatment and treatment costs for Children?. *Pediatr Dent.* 2014;36(7):489-93.
13. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on early childhood caries (ECC): Unique challenges and treatment options. *Pediatr Dent.* 2016;38(6):55-6.
14. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on Periodicity of the Examination, Preventive Dental Services, Anticipatory Guidance / Counseling and Oral Treatment for Babies, Children and Adolescents. *Pediatr Dent.* 2016;38(6):133-41.
15. Kolstad C, Zayras A, Yoon RK. Cost-Benefit Analysis of the Age One Dental Visit for the Privately Insured. *Pediatr Dent.* 2015;37(4):376-80.
16. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on dental home. *Pediatr Dent.* 2016;38(6):25-6.
17. American Academy of Pediatric Dentistry. Definition of dental home. *Pediatr Dent.* 2017;39(6):12.
18. European Academy of Paediatric Dentistry. Guidelines of the use of fluoride in children: an EAPD policy document. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2009;10(3):129-35.
19. Walsh T, Worthington HV, Glenny AM, Appelbe P, Marinho VC, Shi X. Fluoride tooth pastes of different concentrations for preventing dental caries in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;(1):CD007868.
20. Dos Santos AP, Nadanovsky P, de Oliveira BH. A systematic review and meta-analysis of the effects of fluoride toothpastes on the prevention of dental caries in the primary dentition of preschool children. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2013;41(1):1-12.
21. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on perinatal and infant and oral health care. *Pediatr Dent.* 2016;38(6):150-4.
22. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on early childhood caries (ECC): Classification, consequences, and preventive strategies. *Pediatr Dent.* 2017;39(6):59-61.
23. Lynch RJ. The primary and mixed dentition, post-eruptive enamel maturation and dental caries: a review. *Int Dent J.* 2013;63Suppl2:3-13.
24. Montesi M. Información y crianza con apego en España. XII Congreso ISKO España y II Congreso ISKO España-Portugal. 2015;11: 1-15. Accesible a la xarxa [data de consulta 01-06-2019], Disponible a: [http://www.iskoiberico.org/wp-content/uploads/2015/11/204\\_Montesi.pdf](http://www.iskoiberico.org/wp-content/uploads/2015/11/204_Montesi.pdf)
25. Ward TC. Reasons for Mother–Infant Bed-Sharing: A Systematic Narrative Synthesis of the Literature and Implications for Future Research. *Matern Child Health J.* 2015;19(3):675-90.
26. Asociación Española de Pediatría. Libro Blanco de la Muerte Súbita Infantil. Grupo de Trabajo de Muerte Súbita Infantil – AEP. 3ª ed. Madrid: Ergon Creación, 2013.
27. Peres KG, Chaffee BW, Feldens CA, Flores-Mir C, Moynihan P, Rugg-Gunn A. Breastfeeding and Oral Health: Evidence and Methodological Challenges. *J Dent Res.* 2018;97(3):251-8.
28. Nakayama Y, Mori M. Association between nocturnal breastfeeding and snacking habits and the risk of early childhood caries in 18- to 23-month old Japanese children. *J Epidemiol.* 2015;25(2):142-7.
29. Tham R, Bowatte G, Dharmage SC, Tan DJ, Lau MX, Dai X et al. Breastfeeding and the risk of dental caries: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr.* 2015;104(467):62-84.
30. Chaffee BW, Feldens CA, Vítolo MR. Association of long-duration breastfeeding and dental caries estimated with marginal structural models. *Ann Epidemiol.* 2014;24(6):448-54.
31. Peres KG, Nascimento GG, Peres MA, Mittinty MN, Demarco FF, Santos IS, et al. Impact of prolonged breastfeeding on dental caries: a population-based birth cohort study. *Pediatrics.* 2017;140(1):pii:e20162943.
32. Källestål C, Wall S. Socio-economic effect on caries. Incidence data among Swedish 12-14 years old. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2002;30(2):108-14.
33. Oliveira LB, Sheiham A, Bönecker M. Exploring the association of dental caries with social factors and nutritional status in Brazilian preschool children. *Eur J Oral Sci.* 2008;116(1):37-43.
34. Hooley M, Skouteris H, Boganic 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(11):873-85.
35. Almerich-Silla JM, Montiel-Company JM. Influence of immigration and other factors on caries in 12- and 15-year-old children. *Eur J Oral Sci.* 2007;115(5):378-83.