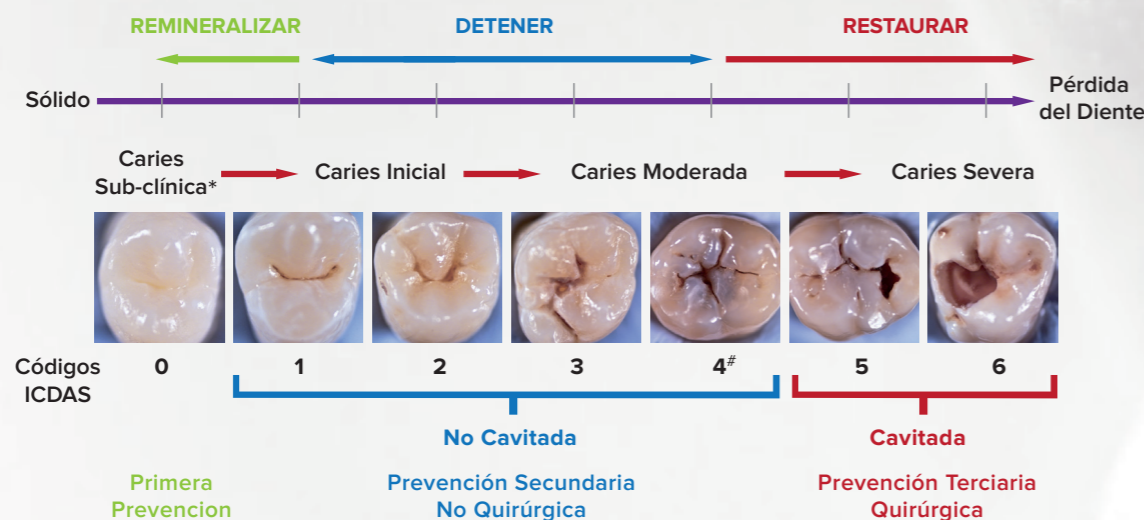


Guía auxiliar de gestión de prevención de caries

El objetivo es reducir el impacto del desarrollo de la caries interviniendo lo antes posible, controlando así una mayor destrucción del diente y revirtiendo el proceso de destrucción en pro de la remineralización. Idealmente, las lesiones incipientes de caries deben gestionarse con el tratamiento menos invasivo posible que evite la progresión de la enfermedad y permita al paciente **mejorar y mantener su salud oral**.

Comprender la actividad de la lesión

El reto fundamental es diferenciar entre una lesión activa en el momento en que ocurre una pérdida mineral neta y un desequilibrio entre desmineralización/remineralización, y una lesión de una gravedad similar pero que está **inactiva**, es decir, detenida o remineralizada. Una evaluación de actividad correcta conlleva profundas implicaciones clínicas y económicas.



Términos odontológicos ICDAS	Sano	Primer cambio visual en esmalte	Cambio visual detectable en esmalte	Pérdida de Integridad Superficial	Sombra subyacente en dentina	Cavidad detectable exponiendo dentina	Cavidad extensa claramente visible
Detección ICDAS	0	1	2	3	4 [#]	5	6

*por caries se entiende lesiones cariadas

[#]algunas veces, los casos de *sombra subyacente de dentina* pueden necesitar tratamiento quirúrgico

Valoración del riesgo de caries

La evaluación del riesgo de caries de un paciente es esencial para determinar el nivel apropiado de atención preventiva. A menudo los casos previos de caries son el mejor indicador, aunque deberían considerarse otros factores al evaluar el riesgo.

ALTO	MODERADO	BAJO
3 o más lesiones primarias o secundarias incipientes o cavitadas en los últimos 2 años	1 o 2 lesiones primarias o secundarias incipientes o cavitadas en los últimos 2 años	Ninguna lesión primaria o secundaria incipiente o cavitada en los últimos 2 años, y sin cambios en los factores de riesgo que pueden producir caries
Medidas preventivas adicionales indicadas: • Educación del paciente (higiene oral, consejería en dieta) • Factores protectores (flúor, sellantes, estimulación salival)		No se indican intervenciones adicionales

Equilibrando los Factores Patológicos y de Protección contra la Caries

Factores Patológicos

- ▶ Consumo Frecuente de Azúcares en la Dieta
- ▶ Fluoruro Inadecuado
- ▶ Desequilibrio Homeostático de la Biopelícula
- ▶ Disfunción Salival

Factores de Protección

- ▶ Dieta Saludable para los Dientes
- ▶ Crema Dental con Fluoruro Dos Veces al Día
- ▶ Fluoruro Tópico Profesional
- ▶ Selladores Preventivos y Terapéuticos
- ▶ Función Salival Normal

Desmineralización

Enfermedad
Progresión de la Lesión

Riesgo de caries
ALTO



Riesgo de caries
MODERADO

Remineralización

Salud
Paro o Regresión de la Lesión

Riesgo de caries
BAJO

Actuación

- ✓ Evaluar la actividad de la lesión
- ✓ Transformar lesiones activas que progresan en lesiones detenidas
- ✓ Buscar el nivel apropiado de intervención
- ✓ Prevenir mayores daños
- ✓ Evaluar el riesgo de caries
- ✓ Favorecer medidas preventivas
- ✓ Mejorar los comportamientos de salud oral del paciente
- ✓ Minimizar las intervenciones quirúrgicas

El siguiente sistema de evaluación de riesgo evalúa los distintos factores de riesgo a lo largo de la vida según grupos de edad

Factores de riesgo universales

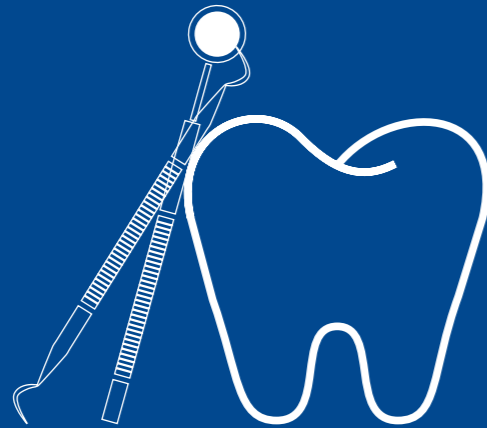
- Lesiones cariadas activas o previas
- Bajo nivel socioeconómico
- Consumo frecuente de azúcares

- Factores de riesgo familiares (nivel educación padres/ situación salud oral de hermanos)
- Flujo o pH salivar reducido

- Higiene oral deficiente
- Insuficiente exposición al flúor

1

Evaluación del riesgo de caries



- Consumo a largo plazo de medicamentos endulzados
- Obesidad
- Enfermedad o discapacidad > problemas de destreza y/o cumplimiento

- Post-erupción dientes permanentes:
- Aparato de ortodoncia fijo
 - Problemas dentales ligados al desarrollo (MIH, amelogenesis imperfecta, etc.)

- Consumo de alcohol y tabaco
- Conocimientos insuficientes sobre salud bucodental
- Información sobre sistema educativo/ escolar (comedores, internados)
- Dieta poco saludable
- Trastornos de la alimentación

- Historial médico (problema o discapacidad existente)
- Erupción del tercer molar
- Protector bucal

- Antecedentes genéticos
- Piercings en la boca
- Drogas
- Dieta cariogénica

- Historial médico (patologías / comorbilidad general y de salud oral)
- Paciente polimedicado
- Restauraciones, prótesis y dentaduras deficientes

- Entorno familiar y red de apoyo
- Desocialización: pérdida del concepto de higiene
- Trastornos en el sentido del gusto y cambios en la dieta (riesgo de deficiencias en la dieta y mayor consumo de azúcar)
- Problemas funcionales al comer
- Asesoramiento dietético equilibra las necesidades y las expectativas del paciente
- Mayor nivel de dependencia, reducción en motricidad fina o posibles discapacidades

- Historial prótesis removible: dental o implantosoportadas
- Restauraciones complejas existentes con salud oral deficiente

2

Mantenimiento profesional



- Para todos los niños de 3 o más años, 22,600 ppm aplicación de barniz de flúor 2 veces al año como mínimo y hasta 4 veces en niños con alto riesgo

- Los sellantes de fosas y fisuras deberían colocarse tras la erupción de los primeros molares permanentes

- En caso de alto riesgo de caries, limpieza profesional al menos dos veces al año
- En caso de alto riesgo de caries, sellado del primer y segundo molar permanente
- En caso de alto riesgo de caries, 22,600 ppm aplicación de barniz de cada 3 meses durante 1 año

- Lesiones cariosas sin cavidades: 22,600 ppm aplicación de barniz de flúor 4 veces al año
- Agentes de remineralización, técnicas de infiltrantes de resinosos o sellantes de fosas y fisuras terapéuticos como posibles remedios
- Lesiones que requieren restauración: preservar estructura dental si es posible; asegurarse de aplicar tratamiento tópico con flúor (gel/espuma/barniz) tras restauración
- Sellar o reparar restauraciones defectuosas si es posible. Reemplazar solo cuando sea necesario

- Programa de atención según necesidades y capacidades del paciente
- Limpieza profiláctica con retirada de elementos de retención de placa
- Relleno en sellantes y lesiones con selladores bioactivos de flúor
- Aplicación de barniz antiséptico sobre superficies purificadas con 22,600 ppm de flúor 2 veces al año como mínimo y 4 como máximo.

3

Paciente y educación – mantenimiento

- Cepillado supervisado dos veces al día (tras el desayuno y antes de ir a dormir) con dentífrico fluorado (padres/tutores)

- DENTÍFRICO FLUORADO DE*:
- 6 meses–1 año: 1,000 ppm de flúor menor a un grano de arroz en compresa estéril o cepillo de diente para bebés
 - 1–3 años: 1,000 ppm de flúor menor a un grano de arroz
 - 3–6 años Riesgo de caries bajo: 1,000 ppm de flúor tamaño de un guisante
 - 3–6 años Riesgo de caries alto: 1,450 ppm de flúor tamaño de un guisante



- Cepillado supervisado parcialmente dos veces al día (tras el desayuno y justo antes de ir a dormir) con dentífrico fluorado (padres/tutores)

- DENTÍFRICO FLUORADO DE*:
- Riesgo de caries bajo: 1,000-1,500 ppm de flúor
 - Riesgo de caries alto: 1,500 ppm de flúor de 6–10 años y 2,500 ppm de flúor de 10–12 años

- Enjuague con flúor, hilo dental y cepillos interdentales, cepillado lengua, cepillo de dientes específico

- Cepillado con dentífrico fluorado 2 minutos dos veces al día (tras el desayuno y antes de ir a dormir); no aclarar, solamente escupir

- DENTÍFRICO FLUORADO DE*:
- 1,500 ppm fluoride

- DENTÍFRICO FLUORADO DE*:
- Hasta 2,800 ppm de flúor hasta los 16 años y hasta 5,000 ppm de flúor (con prescripción médica o recomendación de un profesional de 16 a 18 años) en caso de riesgo muy elevado

- DENTÍFRICO FLUORADO DE*:
- Hasta 5,000 ppm de flúor (con prescripción médica o recomendación de un profesional) en caso de riesgo muy elevado

- En caso de sequedad bucal o hiposalivación, chicles sin azúcar y sustitutos salivales

- Higiene de la prótesis
- Cuidado de tejidos blandos
- Enjuague de clorhexidina o flúor en veces diferentes

RECORDA TORIO

2 veces/año para niños (consulte también las directrices de European Academy of Paediatric Dentistry y las directrices nacionales para los niños de alto riesgo*)

TODOS LOS PACIENTES: 1 vez/año – Alto riesgo: 2 veces/año, a adaptar (le rogamos que consulte las directrices nacionales para pacientes de alto riesgo*)

EXECCIÓN DE RESPONSABILIDAD • Consulte las directrices nacionales sobre el flúor • En caso de riesgo de fluorosis, se recomienda utilizar una pequeña cantidad (equivalente a 0,1 mg F) de pasta dentífrica de 1,000 ppm para niños pequeños. Las concentraciones de flúor mencionadas en esta guía son conformes a las recomendaciones de la FDI.