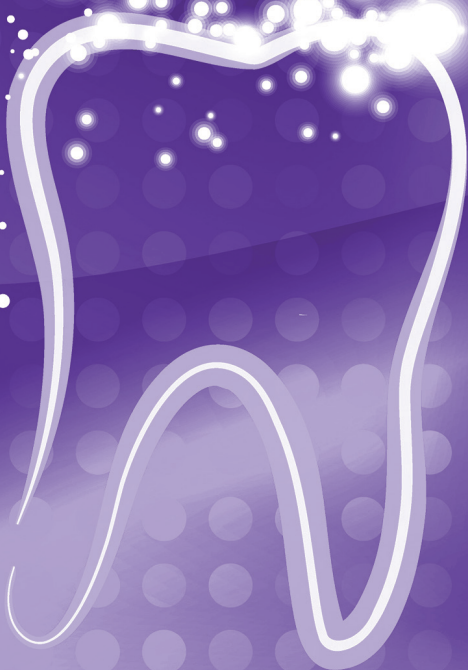


MANUAL DE BOLSILLO DE LA

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

PARA LA PREVENCIÓN
Y EL TRATAMIENTO NO
INVASIVO DE LA CARIES DENTAL



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD PÚBLICA ORAL



Título: Manual de Bolsillo de la Guía Práctica Clínica para la prevención y tratamiento no invasivo de la caries dental

Autores: Elías Casals Peidró y M^a Ángeles García Pereiro.

Esta guía de práctica clínica es un resumen de la Guía de Práctica Clínica desarrollada por la Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral (SESPO) publicada originalmente como: Casals Peidró E. y García Pereiro M.A., Guía de Práctica Clínica para la Prevención y Tratamiento No Invasivo de la Caries Dental RCOE 2014;19(3):189-248

La versión completa y sus complementos se encuentran disponibles en www.sespo.es/guia

Los autores de este texto declaran que el contenido del mismo está libres de intereses y son responsabilidad exclusiva de ellos mismos.

Edita:
GRUPO
ICM
COMUNICACIÓN

Grupo ICM Comunicación
Avda San Luis, 47 28033 Madrid
telf.: 91 766 99 34
www.grupoicm.es

DL: M-34775-2014
ISBN: 978-84-939656-1-7

MANUAL DE BOLSILLO DE LA

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

PARA LA PREVENCIÓN
Y EL TRATAMIENTO NO
INVASIVO DE LA CARIES DENTAL

¿ES MEJOR PREVENIR O CURAR LA CARIES?

Cualquier paciente responderá que prefiere prevenir a curar para evitar los efectos negativos de enfermar (malestar y dolor). El tratamiento invasivo de una lesión de caries comporta el uso de anestesia, un tratamiento más pesado que una actividad preventiva y el consumo de tiempo –en ocasiones no programable por tratar una urgencia. Además el resultado será obtener un diente reparado –por excelente que sea el tratamiento– en vez de un diente intacto.

¿ES MÁS BARATO PREVENIR QUE CURAR?

Durante mucho tiempo se daba por hecho que quien prevenía rentabilizaba la inversión, si nos ceñimos a los términos económicos esta relación no es siempre cierta y prevenir es económicamente más caro que curar en muchas situaciones. Aún así, la mayoría de pacientes preferirá prevenir en lugar de enfermar si conoce la utilidad de la prevención a corto y largo plazo.

¿ES RENTABLE PARA EL PACIENTE PREVENIR LA CARIES?

Evaluar la inversión en prevención para evitar una obturación, una endodoncia o la necesidad de un implante es un hecho complejo ya que el plazo de devolución de la inversión puede variar. A corto plazo, para un paciente de bajo riesgo, el no prevenir y dedicarse a tratar puede ser más barato en términos económicos. En España, el índice CAO medio de un adulto joven de 40 años se sitúa alrededor de 7. Es decir, ha desarrollado una media de 7 lesiones que requieren de una obturación en un periodo de 34 años (fijando la erupción definitiva en los 6 años). Esto comporta una lesión nueva cada 5 años. Sin embargo, la media de dientes restaurados en España se sitúa ligeramente por encima del 50%. Probablemente, la media de tratamiento es de una obturación aproximadamente cada década. Si comparamos el coste medio de una obturación (en una franja de unos 60-80€) con el coste de 10 visitas de prevención (franja 20-40€) observamos cómo prevenir es más costoso para el paciente (200-400 euros) que restaurar lesiones no prevenidas.

¿ES RENTABLE PARA EL DENTISTA PREVENIR LA CARIES?

En un escenario actual de disminución de la patología de caries y de las necesidades derivadas de su tratamiento es sumamente importante fidelizar al paciente. Algunos motivos para protocolizar la prevención de la caries en la consulta son:

- Cualquier profesional sanitario ético debe priorizar la prevención y mantenimiento de la salud de sus pacientes por delante del tratamiento restaurador.
- El paciente que no entra en la dinámica del mantenimiento periódico puede tardar años en volver a visitarse por una necesidad sentida y la competencia del sector puede provocar que no vuelva a la última clínica visitada.
- Un paciente fidelizado en mantenimiento comporta unos ingresos estables a lo largo del tiempo, situación cada vez más importante para mantener una clínica dental a largo plazo en un escenario de disminución de márgenes por el aumento de competencia.
- Los ingresos derivados de un paciente de bajo riesgo de caries con un mantenimiento protocolizado preventivo periódico son mayores que los ingresos de un paciente que solo acuda a la clínica esporádicamente para recibir tratamiento. Las diferencias económicas dependerán de los honorarios establecidos por cada actividad.
- Afrontar el coste derivado del mantenimiento preventivo no requiere de financiación económica para el paciente ya que los costes son bajos y distribuidos de forma homogénea en el tiempo.
- La mayoría de las actividades preventivas protocolizadas pueden delegarse en higienistas, profesionales sanitarios perfectamente cualificados para estas tareas pero con unos costos laborales menores a lo de un dentista.

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA PREVENCIÓN Y EL TRATAMIENTO NO INVASIVO DE LA CARIES DENTAL

Los profesionales sanitarios requieren unas pautas claras y sencillas que les guíen sobre qué recomendaciones deben dar, así como qué actividades clínicas deben desarrollar para obtener el mejor resultado en la prevención y el tratamiento no invasivo de las lesiones de caries. Esta guía de práctica clínica (GPC) tiene entre sus objetivos identificar a los individuos que tienen un mayor riesgo de caries dental para adoptar una estrategia específica de recomendaciones y actividades clínicas profesionales. Es ideal realizar la primera valoración durante una visita a la edad de un año. Es necesario reevaluar el riesgo en cada visita de control al dentista debido a que los factores de riesgo individual pueden cambiar entre visitas.

Esta GPC ha sido diseñada para reflejar la filosofía actual de la prevención, monitorización y tratamiento no invasivo de la caries dental. La filosofía del tratamiento remineralizador no invasivo surge a

partir de la investigación realizada en los últimos 30 años y pretende ser una herramienta útil para:

- **El profesional de la salud oral** que busca unas pautas claras y protocolizadas sobre las recomendaciones a dar y las actividades clínicas profesionales a desarrollar en un formato de consulta rápido, sencillo y esquemático.
- **El profesional sanitario** que no trabaja exclusivamente en el sector de la salud oral, pero desea mejorar los mensajes de promoción de la salud oral, fomentar la excelencia en el autocuidado y actuar como referidor cualificado al poder informar a sus pacientes sobre la eficacia de las opciones de tratamiento disponibles.
- **El paciente** que busca aumentar sus conocimientos de fuentes fiables a través de documentos técnicos de acceso libre disponibles en Internet y fácilmente comprensibles. Su lectura le permitirá conocer las diferentes recomendaciones preventivas y su grado de efectividad, así como los tratamientos asistenciales no invasivos existentes clasificados de acuerdo a su evidencia clínica.

Es necesario mencionar que esta guía no pretende ser un estándar único y permanente para la prevención y tratamiento no invasivo de la caries dental. La decisión final sobre un procedimiento clínico en particular debe ser realizada por el dentista, después de una discusión activa con el paciente o con sus padres/cuidadores, acerca de los tratamientos disponibles. Muchas de las recomendaciones de esta guía forman parte del autocuidado del paciente y el acceso a los productos descritos no requiere prescripción por parte de ningún facultativo.

EVALUACIÓN DEL RIESGO DE LA CARIES

La prevención primaria de la caries dental tiene como objetivo mantener los dientes sanos antes de que se produzca la enfermedad. La alta prevalencia de la enfermedad de caries y las múltiples secuelas de sus lesiones promueven la necesidad de realizar una evaluación del riesgo de caries en todos los pacientes. Evaluar el riesgo de caries (BAJO/ALTO) es estimar la posibilidad de que un hecho se produzca en el futuro, en este caso, la aparición de una nueva lesión de caries. Esta GPC tiene entre sus objetivos identificar a los individuos que tienen un mayor riesgo de caries dental para poder ofrecer recomendaciones y poder desarrollar tratamientos no invasivos con el objetivo de evitar el inicio de nuevas lesiones o la progresión de las actuales.

Para prevenir y gestionar la enfermedad es ideal:

- Realizar la primera valoración de la salud oral a la edad de un año.
- Reevaluar sistemáticamente el riesgo de caries en cada visita de control al dentista dado que los factores de riesgo individual pueden cambiar entre visitas.

EVALUACIÓN DEL RIESGO DE CARIES



PRIMERA EVALUACIÓN AL FINALIZAR EL PRIMER AÑO DE VIDA. REEVALUACIÓN PERIÓDICA EN FUNCIÓN DE LA EDAD Y RIESGO ESTABLECIDO

REEVALUACIÓN



FACTORES DE RIESGO



SIGNOS CLÍNICOS



FACTORES DE PROTECCIÓN

LA EVALUACIÓN DEL RIESGO DE CARIES CONLLEVA UN EXAMEN ORAL COMPLETO Y LA EVALUACIÓN DEL RIESGO EN TRES ÁREAS

UTILIZACIÓN DE HERRAMIENTAS PROTOCOLIZADAS

PROGRAMA INFORMÁTICO: CARIOGRAM

CUESTIONARIO ONLINE: CARIES RISK SEMAPHORE

CUESTIONARIO ESCRITO: CAMBRA MODIFICADO



BAJO RIESGO



ESTABLECIMIENTO DE RIESGO



ALTO RIESGO



DIAGNÓSTICO DE CARIES

El método diagnóstico principal debe ser el diagnóstico visual del diente limpio y seco. Las etapas iniciales de desmineralización subsuperficial de la caries dental pueden ser detectadas visualmente en un diente seco pero son imperceptibles en un diente húmedo.

El uso de sonda afilada es inapropiado para la detección de lesiones de caries oclusal por una alta tasa de falsos positivos, así como por poder dañar la integridad del esmalte y facilitar el avance de una lesión.

La dificultad en el diagnóstico visual de las lesiones interproximales recomienda la utilización de pruebas complementarias específicas. Las radiografías de aleta de mordida (bitewing) han mostrado ser una herramienta importante para la detección de las lesiones de caries interproximales en molares y premolares por la dificultad en el diagnóstico visual. No está indicado realizar un estudio radiográfico rutinario con el propósito de detectar signos de lesiones antes de realizar el examen clínico ni realizarlo en todas las visitas de control. Se propone un intervalo de realización de radiografías de aleta de mordida de forma anual en alto riesgo pero de entre 2 y 4 años en niños y adolescentes de bajo riesgo.

DIAGNÓSTICO DE CARIES



EXPLORACIÓN VISUAL DE POSIBLES LESIONES EN SUPERFICIES LIBRES E INTERPROXIMALES CON DIENTES LIMPIOS Y SECOS
NO UTILIZACIÓN DE SONDA AFILADA (PROBABLE DAÑO YATROGÉNICO)



PRUEBAS COMPLEMENTARIAS



SUPERFICIE LISA

QLF
(ANÁLISIS DE LA FLUORESCENCIA INDUCIDA POR LA LUZ)



SUPERFICIE OCLUSAL

DIAGNODENT
(ANÁLISIS DE LA FLUORESCENCIA INFRARROJA INDUCIDA POR LÁSER)



SUPERFICIE INTERPROXIMAL RAYOS X-ALETA DE MORDIDA
(ENTRE UNO Y CUATRO AÑOS EN FUNCION DEL RIESGO) (NO ÚTIL EN DENTICIÓN TEMPORAL)
DIAGNOCAM
(TRANSLUMINACIÓN CON CAPTADOR DIGITAL) (EN CADA VISITA DE CONTROL)



**DE 0 A 5 AÑOS: CONTROL EN TRES MESES (ALTO RIESGO)
O SEIS MESES (BAJO RIESGO)
A PARTIR DE 6 AÑOS: CONTROL EN 6 MESES (ALTO RIESGO)
O DOCE MESES (BAJO RIESGO)**

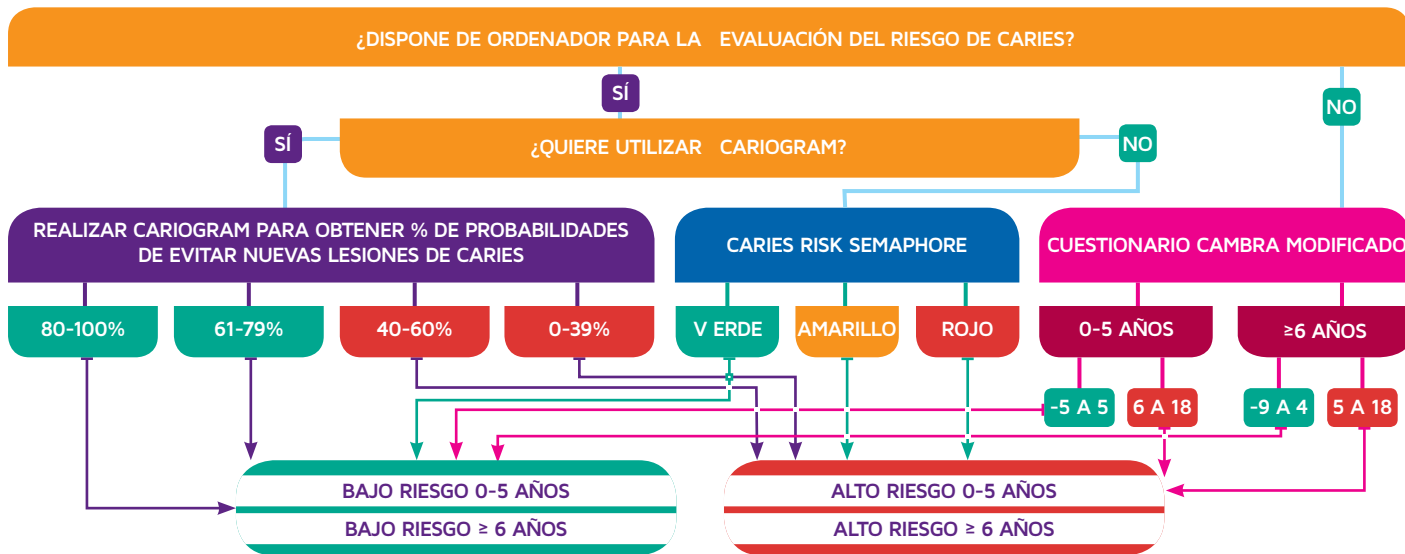
EVALUACIÓN DEL RIESGO DE CARIES

Esta guía de practica clinica permite utilizar tres herramientas para la evaluación del riesgo de caries:

- 1. Cariogram:** aplicación informática, descargable gratuitamente en Internet, que crea un gráfico circular de sectores. En función del tamaño del sector verde, el riesgo de caries se clasificará como bajo (80% o más), relativamente bajo (61-79%), intermedio (40-60%) y alto (0-39%).
- 2. Cuestionario on-line:** predictor del riesgo de caries diseñado tras evaluar el riesgo de caries en la población española. Este cuestionario

gratuito es válido para la población española con dentición definitiva www.cariesrisksemaphore.com. Para aplicar los resultados del Caries Risk Semaphore (CRS) en esta guía recomendamos convertir el nivel de riesgo medio CRS en un nivel alto de la guía.

- 3. Cuestionario CAMBRA (cuestionario de 0 a 5 años y cuestionario a partir de los 6 años):** establece cuatro niveles de riesgo (bajo, moderado, alto y extremadamente alto). Se han traducido los dos cuestionarios y se han adaptado las preguntas al contexto sociocultural español reconvirtiendo sus cuatros categorías de riesgo a solo dos categorías de riesgo (alto y bajo).



CARIOGRAM

El programa informático muestra gráficamente la probabilidad de evitar una nueva lesión de caries. Se obtiene un resultado entre 0 y 100% una vez introducidos un mínimo de seis factores de riesgo. A mayor tamaño del sector verde mostrado en el gráfico circular de sectores mayor es la posibilidad de evitar la aparición de una nueva lesión de caries. En función del tamaño del sector verde, el riesgo de caries se clasificará como bajo (80% o más) o relativamente bajo (61-79%) que consideramos como de riesgo bajo o riesgo intermedio (40-60%) o alto (0-39%) que consideramos como alto riesgo.

- 1- Descargar programa CARIOGRAM (Windows -castellano- o OS X -inglés-).
- 2- Instalar programa CARIOGRAM.
- 3- Introducir datos del paciente y un mínimo de seis factores de riesgo.
- 4- Imprimir hoja de recomendaciones para el paciente.

CARIOGRAMA – EVALUACIÓN DEL RIESGO DE CARIES

País/Área Riesgo estándar

Grupo Riesgo estándar

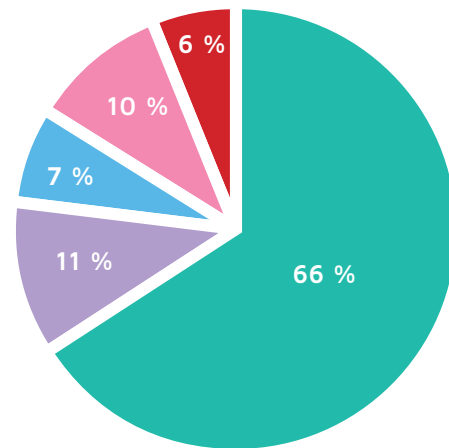
Puntuación de 0 a 3

Experiencia de caries	3	Streptococcus mutans	1
Enfermedades relacionadas	2	Uso de flúor	0
Dieta, contenido	2	Secreción de saliva	1
Dieta, frecuencia	0	Capacidad tamponadora	1
Acúmulo de placa	2	Dictamen clínico	1

Posibilidad actual de evitar nuevas lesiones

Circunstancias **Susceptibilidad** **Bacterias** **Dieta**

Ejemplo del gráfico circular de un paciente con unas puntuaciones que muestran una posibilidad de evitar nuevas lesiones de caries de un 66%, riesgo relativamente bajo según el CARIOGRAMA que se asimila a bajo riesgo en esta guía.



CARIES RISK SEMAPHORE (CRS)

Cuestionario válido para la población española con dentición definitiva. Requiere la introducción de un total de quince parámetros, obtenidos de la exploración clínica y radiológica, del empleo de cultivos bacterianos y de la anamnesis del paciente para evaluar el riesgo. Se establecen tres niveles de riesgo en el Caries Risk Semaphore (alto -rojo-, medio -ámbar- o bajo -verde-). Para utilizar este cuestionario es necesario disponer de conexión a Internet, pero no hay que instalar ningún programa. Esta aplicación online, en desarrollo, actualiza periódicamente el cálculo del riesgo en función de los estados obtenidos con su uso.

- 1- Entrar en www.cariesrisksemaphore.com
- 2- Introducir datos del paciente y los quince parámetros.
- 3- Reconvertir el riesgo CRS a la guía de práctica clínica (rojo y ámbar=alto; verde=bajo).

CUESTIONARIO CAMBRA MODIFICADO

El cuestionario CAMBRA (Caries Management by Risk Assessment), promovido por la Asociación Dental Californiana, permite evaluar el riesgo mediante dos cuestionarios (0 a 5 años y a partir de 6 años) estableciendo cuatro niveles de riesgo (bajo, moderado, alto y extremadamente alto). Se han traducido los dos cuestionarios y se han adaptado las preguntas al contexto sociocultural español reconvirtiendo sus cuatro categorías de riesgo a solo dos en la GPC (alto y bajo). Material disponible en talonario impreso o accesible en www.sespo.es/guia y en www.colgateprofesional.es

CARIES RISK SEMAPHORE

Examen clínico y radiológico

1. Presencia de lesiones de caries activas en dentina _____ 0
2. Presencia de caries interproximales, en RX _____ 0
3. Presencia de obturaciones _____ 0
4. Altos niveles de placa dental _____ 3.00
5. Portador de aparatología protésica u ortodóncica _____ NO

Pruebas complementarias

6. Recuento de Streptococcus mutans en saliva _____ Baja
7. Volumen de saliva estimado en 5 min (ml/min) _____ 5.1
8. Capacidad buffer de la saliva _____ Alta

Condiciones

9. Dieta cariogénica _____ NO
10. Cepillado _____ 3
11. Exposición adecuada al flúor _____ SI
12. Ingesta de sustancias reductoras del flujo salival _____ NO
13. Tratamiento con radioterapia _____ NO
14. Enfermedades con disminución del flujo salival _____ NO
15. Condición social desfavorable _____ NO

CALCULAR



CATEGORIZACIÓN DE LA CALIDAD DE LAS RECOMENDACIONES Y DE LAS ACTIVIDADES CLÍNICAS

En la presente guía se ha utilizado la clasificación establecida por la Red Escocesa de Guías Intercolegiales (Scottish Intercollegiate Guidelines Network SIGN). Los diferentes niveles de potencia de la evidencia establecen la fortaleza del mensaje reclasificándose a recomendaciones como: “A: Extremadamente recomendable”, “B: Recomendación favorable” o “C: Recomendación favorable no concluyente”. “D: No recomendada/No desaprobadada” (recoge la falta de evidencia clara, ni a favor ni en contra, de una determinada actividad). Esta guía muestra claramente los vacíos existentes en la evidencia científica actual para que puedan ser objeto de futuras líneas de investigación. En los casos donde no se ha obtenido una evidencia científica suficiente para demos-

trar los efectos positivos de alguna acción preventiva los propios autores han mostrado consenso en tratarlo como una actividad probablemente efectiva e introducir la recomendación bajo la definición laxa de “buena práctica clínica” (BPC).

Grados de recomendación de acuerdo a la evidencia disponible

A
EXTREMADAMENTE
RECOMENDABLE

Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.

B
RECOMENDACIÓN
FAVORABLE

Un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 2++, directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 1++ o 1+.

C
RECOMENDACIÓN
FAVORABLE
NO CONCLUYENTE

Un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 2+ directamente aplicables a la población diana de la guía que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 2++.

D
NO RECOMENDADA
NO DESAPROBADA

Evidencia de nivel 3 o 4; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 2+.

BPC
BUENA
PRÁCTICA CLÍNICA

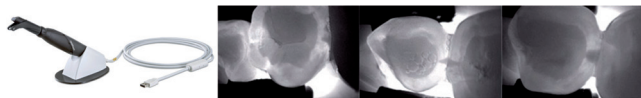
Recomendación de consenso de los autores como actividad probablemente efectiva pero sin evidencia.

RADIOGRAFÍAS DE ALETA DE MORDIDA (BITEWING XRAY)



Método habitual de control de posibles lesiones de caries interproximal. Diagnóstico mediante aleta de mordida intraoral (película o sensores) e irradiación externa. Uso de radiación ionizante (disminuida la radiación con la radiología digital) Frecuencia recomendada: entre 2 y 4 años en función del riesgo de caries.

TRANSILUMINACIÓN MEDIANTE LUZ Y CAPTACIÓN CON SENSOR DIGITAL (DIAGNOCAM)



Nuevo sistema de control de posibles lesiones de caries interproximales. Basado en la transiluminación con fibra óptica luz de mayor longitud de onda (cercana a infrarrojo) y menor dispersión con captador digital ningún tipo de radiación ionizante. Frecuencia recomendada: en cada visita de control al no presentar riesgo para el paciente.



RECOMENDACIONES PARA BAJO RIESGO 0-5 AÑOS

<p>A EXTREMADAMENTE RECOMENDABLE</p>	<p>Cepillarse dos veces al día con pasta fluorada</p>
<p>B RECOMENDABLE FAVORABLE</p>	<p>Después del cepillado escupir los restos de pasta pero no enjuagarse con agua Utilizar pasta con concentración 500 ppm de flúor</p>
<p>C RECOMENDABLE FAVORABLE NO CONCLUYENTE</p>	<p>Supervisar el cepillado de los hijos Debe recomendarse la ingesta de azúcares únicamente durante las comidas principales Promover la lactancia materna en exclusiva hasta los 6 meses</p>
<p>D NO RECOMENDADA NO DESAPROBADA</p>	<p>Uno de los dos cepillados diarios que sea por la noche Promover el uso de fármacos sin azúcar</p>
<p>BPC BUENA PRÁCTICA CLÍNICA</p>	<p>Dedicar dos minutos al cepillado Utilizar cantidad pasta tamaño lenteja (0,125 mg) de 0 a 3 años y tamaño guisante (0,250 mg) de 3 a 5 años Utilizar un cepillo dental eléctrico</p>

RECOMENDACIONES PARA BAJO RIESGO 6 O MÁS AÑOS

<p>A EXTREMADAMENTE RECOMENDABLE</p>	<p>Cepillarse dos veces al día con pasta fluorada Utilizar pasta con concentración mínima de 1.000 ppm de flúor Utilizar una pasta dental con arginina</p>
<p>B RECOMENDABLE FAVORABLE</p>	<p>Después del cepillado escupir los restos de pasta pero no enjuagarse con agua Disminuir la ingesta de refrescos azucarados</p>
<p>C RECOMENDABLE FAVORABLE NO CONCLUYENTE</p>	<p>Supervisar el cepillado de los hijos Debe recomendarse la ingesta de azúcares únicamente durante las comidas principales</p>
<p>D NO RECOMENDADA NO DESAPROBADA</p>	<p>Uno de los cepillados diarios que sea por la noche Promover el uso de fármacos sin azúcar</p>
<p>BPC BUENA PRÁCTICA CLÍNICA</p>	<p>Dedicar 2 minutos al cepillado Utilizar cantidad de pasta tamaño guisante (0,25 mg) Utilizar un cepillo eléctrico</p>

RECOMENDACIONES PARA ALTO RIESGO 0-5 AÑOS

<p>A EXTREMADAMENTE RECOMENDABLE</p>	<p>Cepillarse más de 2 veces al día con pasta fluorada</p>
<p>B RECOMENDABLE FAVORABLE</p>	<p>Cepillado semanal con un gel fluorado (flúor sódico+flúor de aminas)</p>
<p>C RECOMENDABLE FAVORABLE NO CONCLUYENTE</p>	
<p>D NO RECOMENDADA NO DESAPROBADA</p>	<p>Uno de los dos cepillados diarios que sea por la noche</p> <p>Reducir el consumo de bebidas y comidas dulces, promover hacerlo únicamente durante las comidas principales.</p> <p>Promover el uso de fármacos sin azúcar</p>
<p>BPC BUENA PRÁCTICA CLÍNICA</p>	<p>Utilizar hilo de seda tras el cepillado dental (por parte del padre o del cuidador principal)</p> <p>Se recomienda instruir en la utilización diaria del hilo de seda tras el cepillado dental</p> <p>Evitar el uso de biberón con bebidas dulces para dormir</p>

RECOMENDACIONES PARA ALTO RIESGO 6 O MÁS AÑOS

<p>A EXTREMADAMENTE RECOMENDABLE</p>	<p>Cepillar más de dos veces al día con pasta fluorada</p> <p>Utilizar concentraciones mayores de fluoruro en la pasta dental (entre 1.500 y 5.000 ppm)</p> <p>Utilizar un enjuague fluorado diario al 0,2% independiente del cepillado</p>
<p>B RECOMENDABLE FAVORABLE</p>	<p>Cepillado semanal con un gel fluorado (flúor sódico+flúor de aminas)</p>
<p>C RECOMENDABLE FAVORABLE NO CONCLUYENTE</p>	
<p>D NO RECOMENDADA NO DESAPROBADA</p>	<p>Usar comprimidos fluorados diluidos en la boca</p> <p>Usar chicles o comprimidos con xylitol un mínimo de 5 veces al día con una cantidad mínima de 1 g/toma</p> <p>Asegurar el uso de fármacos sin azúcar</p>
<p>BPC BUENA PRÁCTICA CLÍNICA</p>	<p>Utilizar sal fluorada</p> <p>Utilizar hilo de seda tras el cepillado dental</p> <p>Usar comprimidos diluidos en la boca</p> <p>Valorar el uso de fosfopéptidos de la caseína</p> <p>Recomendar el uso de xylitol en embarazadas (chicles o comprimidos) un mínimo de 5 veces al día con una cantidad mínima de 1 g/toma</p>

ACTIVIDADES PROFESIONALES ALTO RIESGO 0-5 AÑOS

A EXTREMADAMENTE RECOMENDABLE	Aplicar barniz de flúor 3 o 4 veces al año (22.600 ppm)
B RECOMENDABLE FAVORABLE	Aplicar espuma de flúor APF 2 veces al año Sellar las lesiones interproximales para evitar su progresión
C RECOMENDABLE FAVORABLE NO CONCLUYENTE	
D NO RECOMENDADA NO DESAPROBADA	Utilizar barniz de clorhexidina-tímol al 1% de forma semestral
BPC BUENA PRÁCTICA CLÍNICA	

ACTIVIDADES PROFESIONALES ALTO RIESGO 6 O MÁS AÑOS

A EXTREMADAMENTE RECOMENDABLE	Aplicar barniz de flúor 3 o 4 veces al año (22.600 ppm) Aplicar selladores oclusales en molares definitivos (resina o ionomero de vidrio)
B RECOMENDABLE FAVORABLE	Aplicar gel de flúor APF (1,23%) 2 veces al año Aplicar sellados de fisura interproximal las lesiones interproximales de caries para evitar su progresión
C RECOMENDABLE FAVORABLE NO CONCLUYENTE	
D NO RECOMENDADA NO DESAPROBADA	Aumentar las visitas de control. Investigar sobre la dieta y mejorar los hábitos dietéticos. Aplicar barniz de clorhexidina-tímol al 1% de forma semestral
BPC BUENA PRÁCTICA CLÍNICA	

Colgate®

PRESENTAMOS LA NUEVA REFERENCIA EN LA PROTECCIÓN ANTICARIES

PROBADO EN 14.000 PERSONAS Y 8 AÑOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA



Flúor

COMBATE LA CAUSA N° 1 DE LAS CARIES

Neutralizador
ácidos procedentes
de azúcares



PRO-ARGIN®

+

F⁻ Flúor

- Combate los ácidos procedentes de los azúcares de los alimentos, la principal causa de caries^{1,2}
- Remineralización 4 veces mayor³
- Neutralización de la caries incipiente casi 2 veces mayor⁴
- Reducción de la caries un 20% superior a los 2 años¹⁵

NUEVO



Trabajos científicos citados: **1.** Wolff M, Corby P, Klaczany G, et al. J Clin Dent. 2013;24(Spec Iss A):A45-A54. **2.** Santaripa RP 3rd, Lavender S, Gittins E, Vandeven M, Cummins D, Sullivan R. Am J Dent. 2014 Apr;27(2):100-5. **3.** Cantore R, Petrou I, Lavender S, et al. J Clin Dent. 2013;24(Spec Iss A):A32-A44. **4.** Yin W, Hu DY, Fan X, et al. J Clin Dent. 2013;24(Spec Iss A):A15-A22. **5.** Kraivaphan P, Amornchat C, Tirratana T, et al. Caries Res 2013;47:582-590.

¹Resultados de un estudio de remineralización frente a un dentífrico fluorado convencional, ambos con 1450 ppm de flúor.

²Resultados de un estudio de 6 meses en el que se evaluó la mejora de la caries del esmalte con el método QLF™ (fluorescencia láser cuantitativa) en comparación con un dentífrico fluorado convencional, ambos con 1450 ppm de flúor.

³Resultados de un estudio clínico de 2 años frente a un dentífrico fluorado convencional, ambos con 1450 ppm de flúor.

QLF es una marca registrada de Inspektor Research Systems BV.

Colgate®

Comprometidos
con un futuro sin caries