

## ◆ Dossier de Periodoncia

Rehabilitación del paciente periodontal mediante prótesis fija dentosoportada



## ◆ Entrevista

Dr. David Suárez Quintanilla, presidente de la *European Orthodontic Society (EOS)*

# ¡HEMOS VUELTO!

W&H  
SORTEA 1 LINA 22 LITROS



UN GRAN ESTERILIZADOR A UN PRECIO MUY PEQUEÑO  
Más info del sorteo en pág. 69





**Dra. Cristina Cardoso Silva**

Profesora auxiliar invitada, Faculdade de Medicina Dentária, Universidade do Porto. Miembro del Equipo investigador del Programa de Atención Odontológica a Pacientes en Edad Infantil, UCM.

**Dra. Elena Barbería Leache**

Catedrática. Directora del Equipo investigador del Programa de Atención Odontológica a Pacientes en Edad Infantil. Directora del Magíster de Odontopediatría de Estomatología IV, UCM.

**Dra. Myriam Maroto Edo**

Miembro del Equipo investigador del Programa de Atención Odontológica a Pacientes en Edad Infantil. Coordinadora del Magíster de Odontopediatría. Departamento de Estomatología IV, UCM.

## Protocolos preventivos pre y post natales

### Introducción

La Odontología es una ciencia de la salud en la que han ocurrido grandes cambios. El tratamiento tradicional de las caries se limitaba a reparar el daño, ya fuera sustituyendo una parte del diente por un material, más o menos biológico, o sustituyendo la pieza si no había más alternativa que realizar la extracción.

En las últimas décadas se han estudiado fármacos capaces de interactuar con las bacterias de la boca, se han desarrollado materiales muy útiles en prevención, la mentalidad de la población ha cambiado y se busca una mejor salud bucal. Todo esto ha permitido que, actualmente, el tratamiento de la caries no se limite a reparar lesiones, sino que el objetivo es tratar la caries como enfermedad y, por tanto, evitar que se produzcan las lesiones.

La salud oral se puede cuidar desde un momento tan temprano como el período prenatal. A través de un correcto seguimiento, la futura madre puede, además de mejorar sus propios niveles de salud oral, adoptar una actitud de prevención y normas de higiene oral, no solo para ella misma sino también para el bebé, y desde momentos muy tempranos. El profesional debe realizar una exploración completa y todas las pruebas diagnósticas necesarias para determinar el riesgo de caries del paciente e indicar un protocolo adecuado para mejorar, o bien mantener, un buen nivel de salud oral. En las revisiones periódicas el protocolo se reajustará a las nuevas características del paciente, sean debidas a haber una mejoría por aplicación del protocolo indicado, a los cambios propios de la edad, desarrollo dentario y psicomotor, así como la utilización de terapia con aparatos en los casos en que esté indicado. En este artículo abordaremos aspectos que se refieren a la madre gestante y a las inquietudes que esta puede

tener y que el odontólogo se ve en la necesidad de orientar y/o contestar y proponer unos protocolos preventivos, según la edad y riesgo de caries.

### Salud oral durante el embarazo

La mujer embarazada suele ser muy cuidadosa con su salud y con la de su hijo nonato. Sin embargo, aunque ahora es conocido que la salud oral es muy importante durante el embarazo y no debe ser olvidada, pocas mujeres hacen suficiente caso de la salud oral. Actualmente siguen existiendo muchos mitos sobre la salud dental y el embarazo, por lo que es importante aportar a las futuras madres información suficiente para que puedan mantener, ellas mismas, un buen nivel de salud oral y prevenir la aparición de patologías orales en sus hijos (1).

En la consulta de salud materna o vigilancia del embarazo, la boca de la madre debería merecer particular atención. En caso de un embarazo programado, la futura madre debe realizar una revisión y todos los tratamientos dentarios necesarios antes de quedarse embarazada. Si se encuentra ya embarazada, debe realizar igualmente una revisión y los tratamientos necesarios, siempre que sea posible (2, 3, 4).

Las principales bacterias con actividad cariogénica son el *Streptococcus mutans* y el *Lactobacillus* (5), y la colonización temprana por *Streptococcus mutans* del niño es el principal factor de riesgo para una experiencia futura de caries. La principal fuente de contagio por *Streptococcus mutans* para los niños son generalmente sus madres (6). De este modo, una buena salud oral de los padres favorece una buena salud oral del niño (1, 2, 3, 4,).

Otra patología que representa un riesgo durante el embarazo es la enfermedad periodontal. Está demostrado que la

periodontitis en la madre está asociada con el aumento del riesgo de parto pre término, bajo peso al nacimiento y restricciones de crecimiento intrauterino (7).

Algunas mujeres desarrollan también los denominados «tumores del embarazo», que técnicamente se denominan granulomas del embarazo, émulis del embarazo o émulis gravídico. Es una lesión no dolorosa en la encía que puede presentar color rosa, rojo o púrpura. Normalmente no causará problemas, pero debe cuidarse la higiene alrededor de la lesión y ésta desaparecerá después del embarazo.

Antes del parto, las consultas de revisión son un buen momento para sensibilizar a los padres para la importancia de la salud oral en el contexto de la salud general. Así, el mensaje debe destacar la importancia de cuidar la dieta e higiene de la boca, tanto de los cuidadores como del niño, principalmente después de la emergencia del primer diente (2, 3, 4). En el caso de ser necesario realizar un tratamiento de emergencia durante el embarazo, se deben evitar: las radiografías, la exposición al óxido nítrico y la prescripción de medicamentos tales como antibióticos. En caso de duda se debe consultar al ginecólogo.

## Asociación entre lactancia materna y caries temprana

La Academia Americana de Pediatría identifica la leche humana como el nutriente ideal para los bebés con base en la extensa evidencia científica que demuestra que la lactancia materna posibilita múltiples ventajas para la salud de los niños. En cuanto a la duración de la lactancia materna, está recomendado por pediatras y otros profesionales de la salud, que debe durar todo el tiempo que lo solicite el niño y lo desee la madre. Sin embargo, una lactancia materna prolongada y sin restricciones representa un factor de riesgo para la aparición de caries tempranas (8) (**fig. 1 a, b y c**).

*Figura 1 a. Paciente de 3 años de edad con caries temprana por lactancia materna mantenida y a demanda.*



*Figura 1 b. Se observa la presencia de lesiones de caries en prácticamente todos los dientes, exhibiendo una gran destrucción de los primeros molares e incisivos centrales temporales de la arcada superior.*



*Figura 1 c. Exhibe, asimismo, una gran destrucción de los molares inferiores.*

## Primera visita al dentista

Las asociaciones americanas *The American Dental Association*, *American Academy of Pediatric Dentistry* y *American Association of Public Health Dentistry* recomiendan que todos los niños deben acudir al dentista para su primera consulta de prevención a los 12 meses de edad.

Desde un punto de vista médico, referir a un niño para una primera exploración oral y determinación del riesgo de caries a un odontopediatra u odontólogo que trate a niños, desde 6 meses después de la emergencia del primer diente a los 12 meses de edad, proporcionará una oportunidad para monitorizar e implementar hábitos de salud oral preventivos. Cuando los dientes hacen emergencia son particularmente vulnerables a la caries. El esmalte no ha completado las últimas etapas de su maduración y lo hará incorporando minerales desde la saliva. De modo que es importante que los padres se hagan conscientes sobre cómo mantener la salud oral de sus hijos desde el principio (9, 10). El objetivo de esta recomendación es permitir que el niño mantenga una cavidad libre de caries y prevenir otras patologías orales así como asegurar un correcto desarrollo (11, 12). Los padres, así como los cuidado-



res, pueden ayudar al niño a establecer normas de cuidado dental diario y prevenir la aparición de caries. Adicionalmente, una supervisión profesional periódica debe ser determinada según el riesgo individual de caries (11).

Las recomendaciones para el hogar se dan a los padres o cuidadores después de determinar el riesgo de caries (11).

## Instrumentos para eliminar la placa dental

- Cepillo: la eliminación a diario de la placa dental es un requisito para mantener la boca libre de caries y las encías sanas. La limpieza mecánica, a través de la utilización de un cepillo, es el método más frecuentemente utilizado para controlar el acúmulo de la placa dental (13) (**fig. 2 a, b y c**).



Figura 2 a. Cepillos de dientes para controlar el acúmulo de la placa dental, disponibles en varios modelos, con distintos tamaños de cabeza (a) y de mango (b) y con variados grados de dureza de cerdas (c).

- Seda y enhebradores: la zona interproximal suele ser un área donde es más frecuente y severa la enfermedad periodontal, cuando está presente. La principal forma de controlar la placa dental en estas zonas es por acción mecánica (14). A pesar de que el cepillo denta-

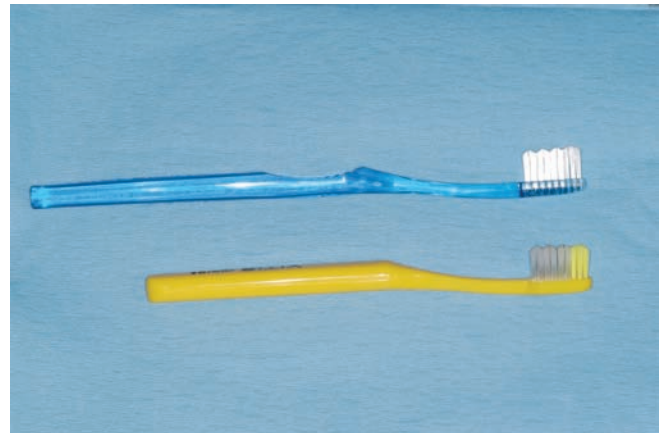


Figura 2 b.

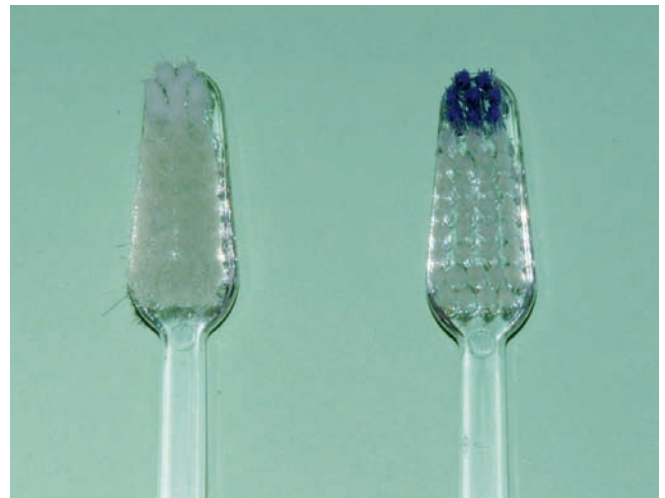


Figura 2 c.

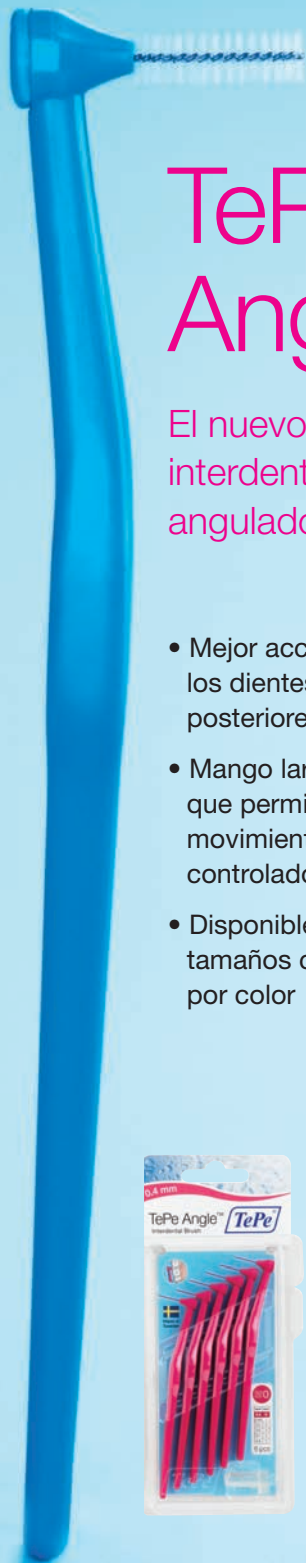
rio es eficaz en la remoción de placa en las superficies vestibular, lingual/palatina y oclusal, no consigue remover completamente la placa de las superficies proximales (14). De este modo, se propusieron varios dispositivos para la limpieza interproximal, entre ellos, la seda dentaria. Su utilización a diario, con el auxilio de enhebradores en los casos de pacientes portadores de aparatología fija, permite un correcto control de los niveles de placa en estas zonas (15).

## Medicamentos para el control de la caries

- Flúor: la utilización de fluoruros para prevenir y controlar la caries está documentada como segura y efectiva (16, 17). El flúor presenta diversos mecanismos de protección frente a la caries, incluyendo la remineralización del esmalte y la alteración del metabolismo bacteriano (18, 19). El flúor ejerce un efecto cariostático, y actualmente está comúnmente aceptado que su efecto se ejerce principalmente por vía tópica. Este efecto será todavía mayor si va asociado a una buena hi-



We care for healthy smiles



# TePe Angle™

El nuevo cepillo interdental angulado de TePe

- Mejor acceso entre los dientes posteriores
- Mango largo y plano que permite realizar movimientos controlados y seguros
- Disponible en 6 tamaños codificados por color



Disponible en farmacias, CN 159238.5

Haga su pedido en el 93.370.85.05  
TePe Productos de Higiene Bucal S.L.

[www.tepe.com](http://www.tepe.com)

## Ciencia

giene oral. El flúor tópico puede ser de aplicación profesional o de aplicación en el hogar. Las principales fuentes de flúor tópico son: barnices (20, 21), geles, enjuagues y pastas dentífricas fluoradas (20, 22, 23). Su aplicación debe ser determinada según la edad y el riesgo de caries del paciente para evitar el riesgo de fluorosis (24).

– Clorhexidina: está generalmente reconocido que la clorhexidina, comúnmente administrada a través de geles, enjuagues o barnices, se puede utilizar para controlar el desarrollo de placa y, de esta forma, prevenir la gingivitis (25) y reducir la proporción de algunos microorganismos (26), principalmente de *Streptococcus mutans*, que es particularmente sensible a este fármaco (27, 28).

### Métodos preventivos de barrera

– Selladores: Las superficies dentarias con fosas y fisuras son particularmente vulnerables al desarrollo de caries (29, 30, 31). Esto se puede explicar por la complejidad de estas superficies, lo que favorece el acúmulo de placa. La susceptibilidad de desarrollar caries es mayor durante la emergencia de los molares y los individuos susceptibles están, de este modo, más vulnerables a la aparición temprana y rápido desarrollo de caries en estas localizaciones. Su capacidad preventiva se basa en el establecimiento de un sellado que previene la filtración de nutrientes a las partes más profundas de las fisuras (29, 34, 35) (fig. 3 a y b).

### Recomendaciones a los padres/cuidadores

#### Objetivos y mensajes del profesional

– Informar de que la salud oral de los padres/cuidadores tiene una relación directa con la salud oral del bebé.



Figura 3 a. Superficie oclusal de un primer molar inferior vulnerable al desarrollo de caries por la presencia de fosas y fisuras profundas (a) al que se ha realizado la aplicación de sellador de fisuras (b).

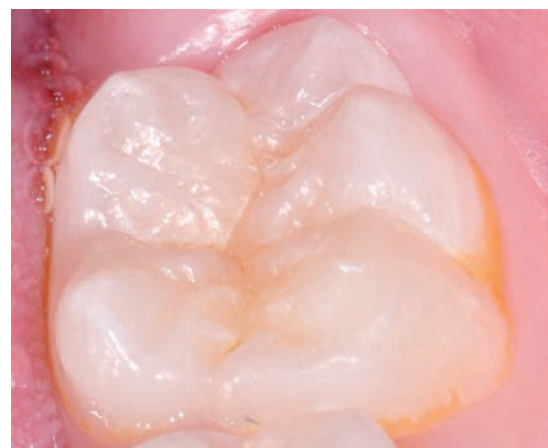


Figura 3 b.

- Motivar a los padres/cuidadores para que realicen una revisión y tratamiento, si es necesario, antes del parto, con el fin de reducir la flora bacteriana de su boca y retrasar la colonización de la cavidad oral del bebé.
- Informar de que la utilización de pasta fluorada es la forma más efectiva de prevenir la caries dentaria, pero no antes de que el niño tenga 2-3 años.
- Los dientes de leche son fundamentales para el desarrollo general y craneofacial.
- Planificar la primera visita del niño al dentista cuando tenga 1 año de edad, o antes, si es necesario.





Figura 4 a. El odontólogo deberá explicar a los padres/cuidadores la técnica de cepillado, enfatizando la necesidad de que el cepillado sea realizado por un adulto hasta los 8 años de edad.

- Mentalizar a los padres de que la prevención es más barata que el tratamiento y conduce a mejores niveles de salud.

### Salud oral e higiene

- Enseñar a los padres/cuidadores que no deben compartir con el niño objetos que hayan estado en su boca.
- Enseñar a los padres/cuidadores a reconocer el aspecto de las encías sanas.
- Enseñar a los padres/cuidadores a utilizar una compresa o cepillo apropiado a la edad para limpiar los dientes e, incluso, las encías antes de la erupción de los dientes.
- Enseñar a los padres/cuidadores a examinar los dientes buscando manchas de color blanco, marrón o negro y señales de cavidades.
- Instruir en la elección del cepillo apropiado y en la cantidad de fluoruro que debe contener la pasta de dientes según la edad del niño.

- Insistir en el papel activo de los padres/cuidadores ayudando en el cepillado de los niños hasta los 8 años e, incluso, realizándose ellos. (fig. 4 a, b y c).

### Desarrollo Oral

- Instruir en los patrones de la erupción de la dentición temporal, y la variabilidad en el orden y la cronología.
- Resaltar la importancia de los dientes temporales en la masticación, en el habla, en el desarrollo óseo maxilar y mandibular, así como la importancia para el desarrollo de la autoestima del niño.

### Hábitos orales

- Motivar a la madre para que deje de fumar.
- Motivar para la lactancia materna.

Figura 4 b. Se deberá enseñar a sujetar los labios así como la lengua para permitir una correcta visualización de todas las superficies de los dientes (b y c).





Figura 4 c.

- aconsejar a la madre que no mantenga el niño en el pecho después de terminar la toma.
- Recomendar que, desde las primeras tomas, se realice la limpieza de la boca del bebé con una compresa para evitar el desarrollo de caries temprana en la infancia, también denominada caries de biberón.
- Eliminar los hábitos de succión no nutritiva a los 2 años.
- Valorar las consecuencias del uso prolongado del chupete y de la succión digital y empezar la intervención profesional, si es necesario.

#### Dieta y nutrición

- Explicar a los padres que acostar al niño con un biberón que contenga algo que no sea agua supone un riesgo muy alto de presentación de caries temprana. Un riesgo similar es permitir el biberón a demanda durante el día.
- Recomendar que al año de edad se cambie del biberón a la taza.
- Revisar la elección de aperitivos y recomendar aperitivos sanos.
- Resaltar la importancia de una dieta sana y limitar el número de exposiciones al azúcar procedente de los alimentos y las bebidas.
- Informar e insistir en que es la frecuencia de exposiciones, y no la cantidad total de azúcar, lo que afecta la susceptibilidad de caries.



## CEPILLOS PERSONALIZADOS PARA SU CLÍNICA

Todos nuestros productos son de altísima calidad (certificados por la ISO 9001) y están **FABRICADOS EN ESPAÑA**.

Disponemos de un amplio surtido en cepillos dentales e interdentes, dentífricos, hilo y cinta dental, enjuagues, kits dentales, etc.



Síguenos en

Solicite presupuesto sin compromiso a través de nuestra web [www.higden.es](http://www.higden.es), por correo electrónico a [info@higden.es](mailto:info@higden.es) o llamando al **942 354 069**

## Prevención de los traumatismos dentarios

- Explicar a los padres la importancia de los golpes recibidos en los dientes permanentes y también en los temporales.
- Educar, si es necesario, para que los padres reconozcan las zonas de riesgo en el hogar.
- Resaltar la importancia de utilizar una silla de coche ho-

mologada y adaptada al peso del niño.

- Resaltar la importancia del uso de casco al ir en bicicleta o triciclo y cuando viajan en una silla de la bicicleta de adulto.
- Explicar a los padres la utilidad de usar protectores bucales individualizados, no estandarizados, en las actividades deportivas cotidianas.

## Modelos de actuaciones y medidas preventivas según la edad y el riesgo de caries

Tabla 1. Protocolo para el niño de 0 a 12 meses

### Protocolo para el niño de 0 a 12 meses

Edad	Cuidados padres/cuidadores y niños	Antimicrobianos
Prenatal	<p><b>Padres:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cepillado por lo menos 2 veces/día con un dentífrico fluorado</li> <li>- Realización de una revisión y tratamiento, si necesario, antes del parto, para reducir la flora bacteriana que puede colonizar la cavidad oral del bebé</li> </ul>	<p><b>Padres:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- En padres con riesgo alto o muy alto: que realicen enjuagues con clorhexidina 0,12%, 10mL, durante 1 minuto, por la noche, 1-2 semanas al mes. Enjuagar con flúor las restantes semanas del mes</li> </ul>
0 – 6 meses	<p><b>Padres:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cepillado por lo menos 2 veces/día con un dentífrico fluorado</li> <li>- Realizar una revisión y tratamiento dental si es necesario</li> </ul> <p><b>Niño:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Limpiar los rodetes y lengua de la boca del bebé con una compresa estéril después de cada toma</li> </ul>	<p><b>Padres:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- En casos de riesgo alto o muy alto: que realicen enjuagues con clorhexidina 0,12%, 10mL, durante 1 minuto, por la noche, 1-2 semanas al mes. Enjuagar con flúor las restantes semanas del mes</li> </ul>
6 – 12 meses	<p><b>Padres:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cepillado por lo menos 2 veces/día con un dentífrico fluorado</li> <li>- Realizar una revisión y tratamiento dental si es necesario</li> </ul> <p><b>Niño:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Limpieza de la boca del bebé con una compresa estéril sobre los rodetes y lengua o cepillo suave infantil sin pasta, cuando existan dientes en boca, después de cada toma</li> </ul>	<p><b>Padres:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- En casos de riesgo alto o muy alto: enjuague con clorhexidina 0,12%, 10mL, durante 1 minuto, 1x/día, por la noche, 1 semana al mes. Enjuagar con flúor las restantes semanas del mes</li> </ul>



Tabla 2. Protocolo preventivo según el riesgo de caries. 1 a 5 años de edad.

### Protocolo preventivo según el riesgo de caries. 1 a 5 años de edad

Riesgo de caries	Cepillado	Antimicrobianos	Flúor	Frecuencia de radiografías	Frecuencia de revisiones	selladores	Manejo de las lesiones de caries
Bajo	2 veces/día sin dentífrico o con un dentífrico con menos de 500ppm flúor	No necesario; tratar a los cuidadores si es necesario	No necesario	Después de los 2 años: aletas cada 18-24 meses	Cada 6-12 meses	Opcional	-
Moderado	2 veces/día sin dentífrico o con un dentífrico con menos de 500ppm flúor	No necesario; tratar a los cuidadores si es necesario	Dentífrico con 500ppm flúor 2x día; topicaciones de fluoruro sódico	Después de los 2 años: aletas cada 18-24 meses	Cada 6 meses para reevaluar riesgo de caries	Fosas y fisuras profundas	Remineralización de lesiones que no ultrapasen la unión esmalte-dentina
Alto	2 veces/día sin dentífrico o con un dentífrico con menos de 500ppm flúor	Principal cuidadora: enjuagues diarios con clorhexidina 0,12% durante 1 semana al mes. Niño: cepillado con gel de clorhexidina 1 semana al mes y topicaciones con clorhexidina 0,12%	Barniz de flúor cada revisión; dentífrico con 500ppm flúor; topicaciones las otras 3 semanas del mes	Después de los 2 años: aletas cada 6 meses	Cada 3 meses, para reevaluar riesgo de caries y aplicar barniz de flúor	Fosas y fisuras profundas	Remineralización de lesiones que no ultrapasen la unión esmalte-dentina
Muy Alto	2 veces/día sin dentífrico o con un dentífrico con menos de 500ppm flúor	Clorhexidina 0,12%: principal cuidadora - enjuague con 10 mL 2 semanas al mes; niño - topicaciones de clorhexidina y cepillado con gel de clorhexidina 2 semanas al mes	Barniz de flúor cada revisión; dentífrico con 500ppm flúor; topicaciones las otras 2 semanas del mes	Después de los 2 años: aletas cada 6 meses o hasta evidencia de lesiones no cavitadas	Cada 1-3 meses, para reevaluar riesgo de caries y aplicar barniz de flúor	Fosas y fisuras profundas	Remineralización de lesiones que no ultrapasen la unión esmalte-dentina; Tratamiento provisorio de lesiones de caries con ionómero de vidrio hasta controlar la enfermedad caries

Tabla 3. Protocolo preventivo según el riesgo de caries. 6 años a la adolescencia.

### Protocolo preventivo según el riesgo de caries. 6 años a la adolescencia.

Riesgo	Cepillado	Hábitos dietéticos	Antimicrobianos	Flúor	Frecuencia de Rx	revisiones	Intervención profesional
Bajo	2 veces/día con dentífrico con 1000ppm flúor	Revisar hábitos	No necesario	Enjuagues diarios con 10 mL de colutorio de flúor (0,05% fluoruro sódico)	Cada 24-26 meses	Cada 6-12 meses para re-evaluar riesgo de caries	Barniz de flúor cada 6-12 meses; selladores de fisuras y limpieza si necesario
Moderado	2 veces/día con dentífrico con 1000ppm flúor	Revisar hábitos	No necesario	Enjuagues diarios con 10 mL de colutorio de flúor (0,05% fluoruro sódico)	Cada 18 meses	Cada 6 meses para re-evaluar riesgo de caries	Barniz de flúor cada 6 meses; recuento bacteriano, selladores de fisuras y limpieza si necesario
Alto	2 veces/día con dentífrico con 1000ppm flúor	Revisar hábitos; limitar exposiciones a los azúcares	Enjuagues diarios con 10mL de clorhexidina 0,12%, durante 1 semana al mes	Enjuagues diarios con 10 mL de colutorio de flúor (0,05% fluoruro sódico), las restantes 3 semanas del mes	Cada 6 meses	Cada 3-4 meses para re-evaluar riesgo de caries	Barniz de flúor cada 3-4 meses; barniz de clorhexidina cada 3 meses; recuento bacteriano; selladores de fisuras y limpieza cuando necesario; tratamientos si necesario
Muy Alto	2 veces/día con dentífrico con 5000ppm flúor	Revisar hábitos; limitar exposiciones a los azúcares	Enjuagues diarios con 10mL de clorhexidina 0,12%, durante 2 semanas al mes	Enjuagues diarios con 10 mL de colutorio de flúor (0,05% fluoruro sódico), las restantes 2 semanas del mes	Cada 3 meses	Cada 3-4 meses para re-evaluar riesgo de caries	Barniz de flúor cada 3-4 meses; barniz de clorhexidina cada 3 meses; recuento bacteriano; selladores de fisuras y limpieza cuando necesario; tratamientos si necesario

**BIBLIOGRAFÍA**

1. **Radnai M, Gorzó I, Nagy E, Urán E, Eller J, Novák T, Pál A.** The oral health status of postpartum mothers in South-East Hungary. *Community Dent. Health* 2007; 24: 111-16.
2. **Direção-Geral da Saúde. Ministério da Saúde.** Circular Normativa. Despacho Ministerial nº153/2005 (2ª série). DR nº 3 Janeiro 2005.
3. **Direção-Geral da Saúde. Divisão de Saúde Escolar.** Texto de apoio ao programa nacional de promoção da saúde oral. Fluoretos. *Fundamentação e Recomendações da Task Force.* 2005.
4. **Direção-Geral da Saúde. Divisão de Saúde Escolar.** Texto de apoio ao programa nacional de promoção da saúde oral. Estratégias e técnicas de educação e promoção da saúde. 2005.
5. **Featherstone J et col.** Caries Management by risk assessment: a consensus statement, April 2002. *J Calif Dent Assoc* 2003.
6. **Berkowitz R.** Acquisition and transmission of mutans Streptococci. *J Calif Dent Assoc* 2003.
7. **Siqueira F, Cota L, Costa J, Haddad J, Lana A, Costa F.** Intrauterine growth restriction, low birth weight, and preterm birth: adverse pregnancy outcomes and their association with maternal periodontitis.
8. **Hiroko I, Auinger P, Billings R, Weltzman M.** Association between infant breastfeeding and early childhood caries in the United States. *Pediatrics* 2007; 120; e944-e952.
9. **Ottley C.** Baby tooth care: a forgotten priority? *Nursing Standard* 2002; 16, 18: 40-4.
10. **Weyant R, Manz M, Corby P, Rustveld L, Close J.** Factors associated with parents' and adolescents' perceptions of oral health and need for dental treatment. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007; 35: 321-30.
11. **Ramos-Gomez F, Gansky S, Slayton R, Featherstone J.** Caries risk assessment appropriate for the age 1 visit (infant and toddlers). *CDA Journal* 2007; 35(10): 687-702.
12. **Feldens C, Vítolo M, Drachler M.** A randomized trial of the effectiveness of home visits in preventing early childhood caries. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007; 35: 215-23.
13. **Paraskevas S, Timmerman M, van der Velden U, Weijden G.** Additional effect of dentifrices on the instant efficacy of toothbrushing. *J Periodontol* 2006; 77: 1522-7.
14. **Vassiliki C, Timmerman M, Van der Velden U, Van der Weijden F.** Comparison of different approaches of interdental brushes versus dental floss. *J Periodontol* 1998; 69: 759-64.
15. **Hanson C, Amyot C, Lillooy W.** Comparison of the plaque removal efficacy of new flossing aid (Quik Floss) to finger flossing. *J Clin Periodontol* 1996; 23: 873-8.
16. **Adair SM.** Evidence-based use of fluoride in contemporary pediatric dental practice. *Pediatric Dent* 2006; 28 (2): 133-42.
17. **Levine R, Nugent Z, Rudolf M, Sahota P.** Dietary patterns, toothbrushing habits and caries experience of schoolchildren in West Yorkshire, England. *Community Dent Health* 2007; 24, 82-7.
18. **Featherstone J.** The science and practice of caries prevention. *J Am Dent Assoc* 2000; 131: 877-99.
19. **U.S. Department of health and human services.** Recommendations for using fluoride to prevent and control dental caries in the United States. August 17, 2001; 50: RR-14.
20. **Oulis C, Raadal I, Martens L.** Guidelines on the use of fluoride in children: an EAPD policy document. *EJPD* 2000; 1(1): 7-12.
21. **Aguilár E, Goldstein J, Lockwood S.** Fluoride varnishes. A review of their clinical use, cariostatic mechanism, efficacy and safety. *J Am Dent Assoc* 2000; 131: 589-96.
22. **Marinho VC, Higgins JP, Logan S, Sheiham A.** *Cochrane Database Systematic Rev* 2003; (4): CD002782. Comment in: *Evid Based Dent* 2004; 5(2): 36-7.
23. **Marinho Vcc, Higgins JPT, Logan S, Sheiham A.** Topical fluoride (toothpastes, mouthrinses, gels or varnishes) for preventing dental caries in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003; (4): CD002782.
24. **Amleida B, Silva Cardoso V, Buzalaf M.** Fluoride ingestion from toothpaste and diet in 1- to 3-year-old Brazilian children. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007; 35: 53-63.
25. **Lindberg T, Twetman S, Larsson K, Modéer T.** Effect of an antibacterial dental varnish on the levels of prostanooids, leukotriene B4 and interleukin-1B in gingival crevicular fluid. *Acta Odontol Scand* 1999; 57: 23-7.
26. **Zhang Q, Helderman W, Hot M, Truin G.** Chlorhexidine varnish for preventing dental caries in children, adolescents and young adults: a systematic review. *Eur J Oral Sci* 2006; 114: 449-55.
27. **Jenatschke F, Elsenberger E, Welte HD, Schlagenhaut U.** Influence of repeated chlorhexidine varnish applications on mutans streptococci counts and caries increment in patients treated with fixed orthodontic appliances. *J Orofac Orthop.* 2001 Jan; 62 (1): 36-45.
28. **Øgaard B, Larsson E, Henriksson T, Birkhed D, Bishara SE.** Effects of combined application of antimicrobial and fluoride varnishes in orthodontic patients. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2001 Jul; 120 (1): 28-35.
29. **Welbury R, Raadal M, Lygidakis.** Guidelines on the use of pit and fissure sealants in paediatric dentistry: an EAPD policy document. *EJPD* 2006.
30. **Welbury R, Raadal M, Lygidakis NA.** EAPD guidelines for the use of pit and fissure sealants. *European J of Paediatr Dent* 2004; 3: 179-184.
31. **Hiiri A, Saloranta A, Nordblad A, Mäkelä M.** Pit and fissure sealants versus fluoride varnishes for preventing dental decay in children and adolescents *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006; 4: CD003067.
32. **Armfield J, Spencer A.** Community effectiveness of fissure sealants and the effect of fluoridated water consumption. *Community Dent Health* 2007; 24: 4-11.
33. **Tickle M, Yeung C, Milsom K, Blinkhorn A.** The prescription and outcomes of fissure sealants applied to a group of high caries risk children by general dental practitioners working in the North West of England. *Community Dent Health* 2007; 24: 135-9.
34. **Alves P, Alviano W, Bolognese A, Nojima L.** Treatment protocol to control Streptococcus mutans level in a orthodontic patient with high caries risk. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2008; 133: 91-4.
35. **Türkkahraman H, Sayin M, Bozkurt Y, Yetkin Z, Kaya S, Önal S.** Archwire ligation techniques, microbial colonization, and periodontal status in orthodontically treated patients. *Angle Orthod* 2005; 75: 231-6.
36. **Arici S, Alkan A, Arici N.** Comparison of different toothbrushing protocols in poor-toothbrushing orthodontic patients. *Eur J of Orthod* 2007; 29: 488-92.
37. **Ristic M, Svabic M, Sasic M, Zelic O.** Clinical and microbiological effects of fixed orthodontic appliances on periodontal tissues in adolescents. *Orthod Craniofacial Res* 2007; 10: 187-95.
38. **Featherstone J, Orliaguet S, Jenson L, Wolff, Young D.** Caries risk assessment in practice for age 6 through adult. *CDA J* 2007; 35 (10): 703-13.
39. **Ravel D.** 6 steps for baby's first dental visit.
40. **The ADA Council on Scientific Affairs.** Professionally applied topical fluoride. Executive summary of evidence-based clinical recommendations. *J Ant D Assoc special insert.* May 2006.
41. **Jenson L, Budenz A, Featherstone J, Ramos-Gomez J, Spolsky V, Young D.** Clinical Protocols for caries management by risk assessment. *CDA Journal* 2007; 35 (10): 714-23.
42. **Tinanoff N, Douglass J.** Clinical decision-making for caries management in primary teeth. *J of Dent Edu* 2001; 65 (10): 1133-42.
43. **Rozier R.** Effectiveness of methods used by dental professionals for the primary prevention of dental caries. *J of Dent Edu* 2001; 65 (10): 1063-72.
44. **Rozier R, Sutton B, Bawden J, Haupt K, Slade G, King R.** Prevention of early childhood caries in north Carolina medical practices: Implications for research and practice. *J of Dent Edu* 2003; 67 (8): 876-85.