

Higiene bucodental

Asesoramiento práctico

■ MICAELA PÉREZ, JOSÉR LEFLER, ROSARIO SÁNCHEZ y JOSÉ RUBIO • Farmacéuticos comunitarios.
MARÍA RUBIO • Farmacéutica especialista en Farmacia Hospitalaria.

La caries es el tipo de afección bucal más conocido. Mantener una higiene bucal adecuada puede prevenir la aparición de ésta y otras afecciones, que en casos graves, pueden llevar a la pérdida de piezas dentales. En este artículo se revisan los elementos que se han de tener en cuenta a la hora de mejorar la salud bucodental, vistos desde el punto de vista de la labor asesora del farmacéutico.

La caries es una enfermedad tan antigua como el hombre, si bien su incidencia y patrón de presentación ha variado en distintas épocas, con una tendencia al aumento muy notable a partir de mediados del siglo XIX con la aparición de sociedades más desarrolladas.

La caries es una patología multifactorial. Es necesario un huésped sensible, cuya susceptibilidad dependerá de factores relacionados con el diente (morfología, disposición, estructura, etc.), de la composición de la saliva, que ejerce un papel protector, y de la predisposición genética del propio individuo. Y también es necesaria la acción de una microflora oral patógena (placa bacteriana), que incluiría *Streptococcus mutans*, *Lactobacillus* y *Actinomyces* entre los agentes bacterianos más cariogénicos, y la presencia de un sustrato apropiado que deberá mantenerse durante un tiempo adecuado, considerándose las dietas ricas en hidratos de



carbón refinados las más cariogénicas, sobre todo si son pegajosos y se ingieren de forma continua durante el día.

Es importante el papel del farmacéutico en la información acerca de la importancia que tiene la eliminación diaria de la placa bacteriana, una buena higiene bucodental y un cambio en los hábitos alimentarios ricos en hidratos de carbono.

AFECCIONES DE LA CAVIDAD ORAL

Las principales afecciones bucodentales son la caries dental, las enfermedades periodontales y la hipersensibilidad dentinaria. La placa bacteriana se considera el principal factor etiológico de la caries y la enfermedad periodontal.

Caries dental

Es una enfermedad de origen bacteriano que provoca una destrucción progresiva del diente.

Un diente escrupulosamente limpio adquirirá a los pocos segundos de estar expuesto a la saliva una capa orgánica delgada, constituida principalmente por proteínas salivares.

Esta capa orgánica actúa protegiendo la superficie del diente, al actuar como lubricante. También tiene una función protectora frente al ataque ácido, reduciendo la desmineralización por alimentos ácidos.

La absorción de bacterias sobre la capa orgánica forma la *placa bacteriana*, que empieza a formarse en la encía y crece en dirección coronal. Las bacterias empiezan a multiplicarse y formar colonias, produciéndose un aumento de microorganismos anaerobios y una disminución de los aerobios.

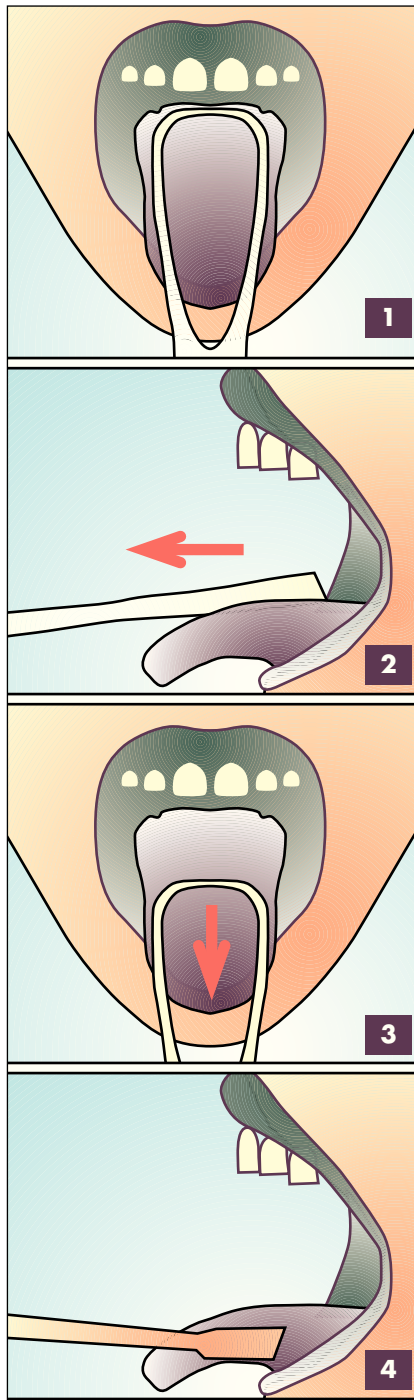
El metabolismo bacteriano produce polisacáridos que sirven como almacén de energía.

Las bacterias con mayor poder cariogénico son el gran colonizador *Streptococcus mutans* y *Lactobacillus*. Estos microorganismos se nutren de hidratos de carbono (sacarosa, glucosa y fructosa) procedentes de la dieta y al fermentarlos producen ácidos que son los causantes de la destrucción del esmalte.

La formación de ácido provoca una disminución del pH: cuando alcanza un valor de 5 comienza la desmineralización de la hidroxiapatita dentaria, lo que provoca la alteración de la porosidad del esmalte.

Al cabo de 30-60 minutos la saliva ejerce un efecto tamponador, restableciendo el pH que reequilibrará la situación. Sin embargo, en personas con gran actividad de caries, el pH de reposo es más bajo, la caída del pH

Fig. 1. Movimiento que debe seguir el limpiador lingual



tras la exposición de glucosa está por debajo de 5 y tarda más en recuperarse.

El factor más importante en la patogenia de la caries dental es la capacidad de los microorganismos de producción de ácido y de la capacidad de sobrevivir en un pH bajo.

Enfermedades periodontales

En el caso de las enfermedades periodontales, las bacterias responsables loca-

lizadas en la interfase dentogingival provocan una reacción inflamatoria en el tejido gingival, que se extiende hasta las fibras conectivas coronales y la cresta alveolar (fibras supracrestales). Ésta reacción inflamatoria se denomina gingivitis y representa el estado inicial clínicamente demostrable de la enfermedad.

Gingivitis

Se denomina así la inflamación de la encía, que histológicamente se detecta a los 4 días de la acumulación de placa, y clínicamente por sangrado a partir de los 7 días.

En el concepto de gingivitis cabe distinguir:

- Gingivitis aguda: necrotizante y ulcerativa.
- Gingivitis inflamatoria: la presencia de hormonas esteroides parece favorecer el aumento de los bacteroides.
- Gingivitis descamativa: se debe a una dermatosis que también puede afectar al resto de la mucosa oral.
- Gingivitis asociada a enfermedades sistémicas: discrasias sanguíneas, déficit nutricionales, tumores, factores genéticos, infecciones virales y bacterianas difusas.

Periodontitis

Inflamación de los tejidos de soporte que produce una destrucción del aparato de inserción del tejido conectivo a la raíz dentaria, con pérdida del hueso alveolar y migración apical del epitelio de inserción. Puede acarrear la pérdida de las piezas dentales afectadas.

Hipersensibilidad dentinaria

En algunas personas el contacto de los dientes con sustancias frías y calientes o muy dulces provoca una percepción dolorosa de intensidad variable (dientes sensibles). Este problema se debe a una retracción gingival que deja al descubierto las terminaciones nerviosas muy sensibles, de los túmulos dentinarios del cuello y la raíz. Es un fenómeno molesto que puede dificultar la higiene bucodental diaria.

FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS DE LA CARIES DENTAL

Los tres grandes factores involucrados en la producción de caries son: el huésped, la dieta y los microorganismos. A ellos se debe añadir un cuarto factor adicional, pero no menos importante, que es el tiempo de interrelación entre los tres.

Factores relacionados con el diente

Entre los factores relacionados con el diente cabe citar: su morfología, su

disposición, la maduración del esmalte, la textura superficial del diente y los factores retentivos en la dentición.

Morfología del diente

Cuanto más compleja sea la forma del diente y más defectos estructurales presente, más susceptible será de desarrollar caries. Un ejemplo sería la presencia de fisuras con una falta de coalescencia en el esmalte.

Existen alteraciones estructurales o displasias del esmalte como es la hipoplasia, cuya relación con la existencia de caries es muy evidente. Condiciones que cursan con hipocalcemia durante el período de formación del diente, como son el déficit de vitamina D, hipoparatiroidismo, raquitismo, enfermedad celíaca, diarreas severas, prematuridad y otras alteraciones propician la aparición de hipoplasia.

La hipoplasia, clínicamente, aparece como una superficie rugosa con irregularidades en forma de pequeñas bandas circulares que se pigmentan de un color amarillo parduzco.

Los dientes que la presentan tienen una mayor susceptibilidad a la caries dental.

Disposición de los dientes

La disposición de los dientes entre sí puede condicionar la existencia de zonas de difícil acceso para la eliminación de la placa bacteriana. En los casos de apiñamiento dentario, pérdidas de punto de contacto y maloclusiones se incrementa notablemente la dificultad de la higiene de determinadas áreas.

Maduración del esmalte

A lo largo del proceso de maduración del diente, el esmalte sufre algunos cambios que, en general, lo hacen más resistente a la caries. Se ha demostrado que con la edad se produce una reducción en la permeabilidad del esmalte, por depósito de minerales procedentes del medio oral.

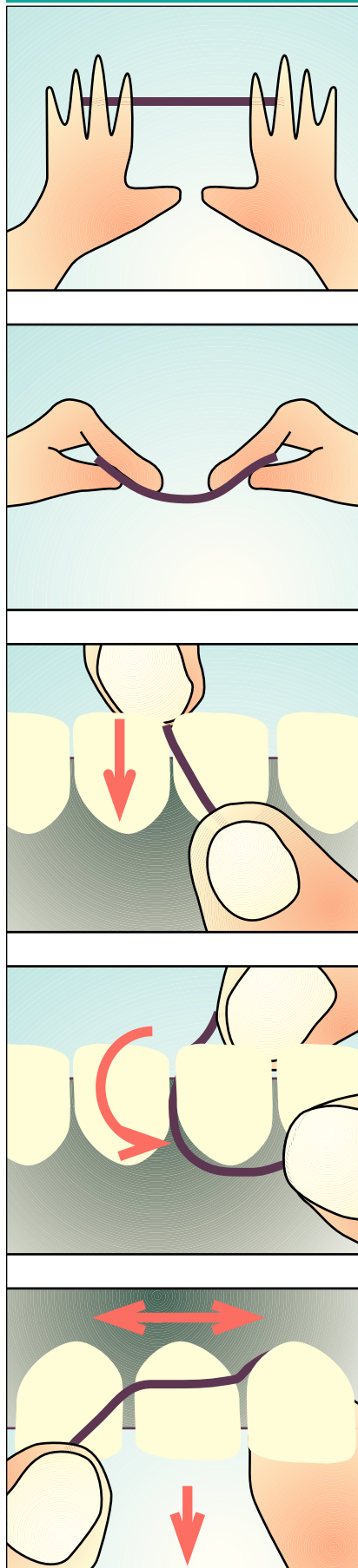
Textura superficial del diente

Aquellas circunstancias que producen desgaste de la superficie de los dientes y la dejan rugosa, como sucede en abrasiones originadas por retenedores protésicos, hacen que el diente sea más susceptible a la caries, puesto que presenta una mayor capacidad de retención de la placa bacteriana.

Factores retentivos en la dentición

La presencia de cavidades, obturaciones deficientes, prótesis fijas y removibles, aparatos de ortodoncia, etc. produce una mayor retención de alimentos (porque dificulta el aclarado

Fig. 2. Uso de la seda dental



oral por parte de la saliva) y de placa bacteriana.

La saliva

La saliva ejerce un papel protector frente a la caries de gran importancia, debido a las funciones que realiza en la boca y que se analizan a continuación.

Barrido mecánico

La presencia de un fluido (saliva), sumado a la acción muscular de la lengua y los labios, determina una acción de arrastre mecánico que hace posible la limpieza continua de bacterias con potencial patógeno de aquellas zonas accesibles de la mucosa bucal y los dientes.

Acción tampón neutralizante

Con una media de 6,75, el pH de la saliva está próximo a la neutralidad. La saliva también ejerce un efecto tamponador debido a su alto contenido en bicarbonato, que es capaz de neutralizar la acción de los ácidos que son producto del metabolismo de las bacterias sobre los azúcares.

Función antibacteriana

La saliva contiene sustancias antibacterianas (lisozima, lactoperoxidasa, lactoferrina, etc.) que ejercen un papel regulador dentro del sistema ecológico bucal.

Reducción de la solubilidad del esmalte

La saliva contribuye a disminuir la solubilidad del esmalte por los ácidos, debido a su contenido en flúor, que se incorpora a la estructura del esmalte y forma fluorapatita, que es un sustancia más resistente a la disolución por ácidos. Por su contenido en calcio y fósforo facilita la remineralización del esmalte.

El sustrato

El tipo de alimento que se come y la frecuencia con que éste es ingerido son factores determinantes para el desarrollo de la caries. Se ha demostrado que los hidratos de carbono refinados como sacarosa, glucosa y fructosa tienen un elevado poder cariogénico, ya que son aprovechados por la flora patógena de la cavidad oral para obtener energía y para conseguir una buena adhesión a las superficies dentarias.

El resultado de la transformación de los hidratos de carbono por los microorganismos es la producción de ácidos que atacan la superficie del diente y, consiguientemente, ponen en marcha el proceso de la caries.

Es muy importante destacar que las cualidades físicas de un alimento tam-

bién van a influir en su cariogenicidad. La adhesividad, la textura y la solubilidad son propiedades físicas de los alimentos que influyen en su potencial productor de caries. Los productos viscosos y pegajosos, es decir, que pueden quedar retenidos más fácilmente sobre la superficie dentaria, tienen un gran poder cariogénico. La textura del alimento también influye, puesto que un alimento duro y áspero requiere una masticación más vigorosa que uno blando, lo cual estimula el flujo de saliva y, por tanto, su efecto tampón. La acidez intrínseca de un alimento puede jugar también un papel determinante, sobre todo si se combina con la presencia de sacarosa en su composición, tal y como sucede en algunos refrescos de cola o en jugos de frutas.

Los hábitos alimentarios

Entre los hábitos alimentarios que cabe citar como factores propiciadores de la caries están la frecuencia de la ingesta y los factores socioculturales.

Frecuencia de la ingesta

Se puede decir, como generalización, que las personas que ingieren alimentos más a menudo tienen más riesgo de padecer caries. Tras el período de desmineralización provocado por la disminución del pH de la placa, hay una recuperación en la que se produce una cierta remineralización. Si la ingestión de sacarosa se realiza muy a menudo tiene lugar una situación de bajada permanente del pH que no puede ser neutralizada y que lleva a un aumento del riesgo cariogénico.

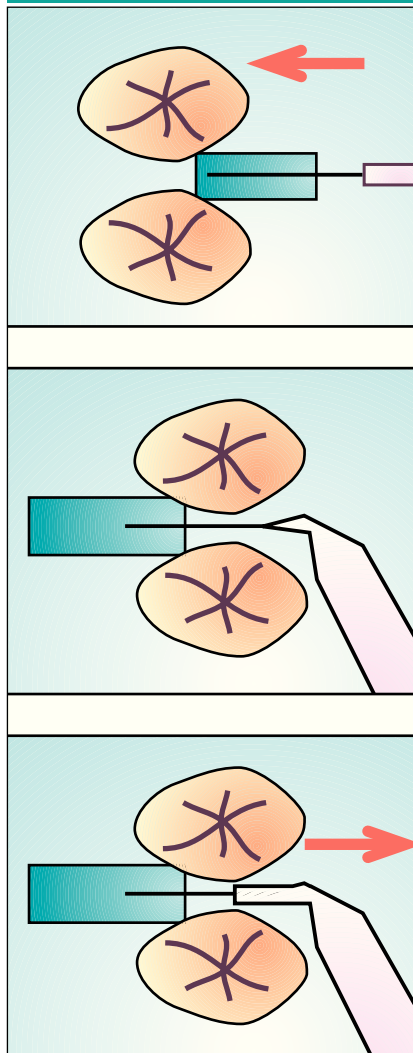
Factores socioculturales

Como ejemplo práctico podemos citar la costumbre en nuestra cultura de terminar las comidas con un postre dulce, al que se le podría añadir un café también endulzado con azúcar o leche condensada y una copa de licor. Esta forma de comer tiene un poder inductor de caries, pues propicia la bajada mantenida del pH. Sería mucho mejor terminar las comidas con fruta fresca y un poco de queso, ya que las frutas contienen azúcares menos perjudiciales para el diente y el queso consigue aminorar el descenso del pH.

El tiempo de interacción

Hay que tener en cuenta que cuanto más tiempo permanezca el sustrato en contacto con la placa bacteriana, más aprovechamiento puede obtener de los microorganismos para fabricar a sus expensas polisacáridos extracelulares adhesivos, que les aseguran su permanencia en dicha placa. La necesidad de una adecuada higiene dental para la

Fig. 3. Uso del cepillo interproximal



remoción de la placa inmediatamente después de la ingesta se hace evidente ante la contundencia de los hechos.

Los microorganismos

El factor más importante en la génesis de la caries dental es la capacidad de las bacterias de producir ácido a partir de los hidratos de carbono. Los microorganismos acidogénicos hallados más frecuentemente en gran número en la placa son: *Streptococcus mutans*, *Lactobacillus*, *Actinomyces* y levaduras. Al llegar al pH crítico, sólo algunas sobreviven y siguen produciendo ácidos. La principal bacteria responsable del inicio de la caries en humanos es el *S. mutans*. Esta bacteria coloniza particularmente las fisuras de los dientes y las superficies interproximales. Además, tiene todas las propiedades asociadas con el poder cariogénico de un microorganismo: avidez por la sacarosa, producción elevada del ácido láctico, capaci-

dad de crecer óptimamente en medio ácido y capacidad de síntesis de polisacáridos que sirven como reserva de nutrientes para adherirse a la superficie del diente.

HIGIENE BUCODENTAL

Una buena higiene bucodental pasa por una adecuada limpieza de la lengua, de los espacios interdentes, de los dientes y, en general, por la eliminación de la placa.

Limpieza de la lengua

La lengua es el lugar donde se acumula la mayor cantidad de bacterias de toda la cavidad bucal. Es importante limpiarla diariamente para mantener un aliento fresco y una buena salud oral.

Para mantener una buena higiene, debe limpiarse primero la parte central de la lengua. Se debe introducir el limpiador lingual en la boca e intentar alcanzar la parte más lejana de la boca, arrastrando el limpiador por el centro de la lengua hacia la parte delantera de la boca. También es importante limpiar los laterales de la lengua, utilizando la cara lisa del limpiador (fig.1). Por último, se debe enjuagar con agua abundantemente.

Es frecuente que el uso del limpiador lingual pueda provocar sensación extraña, como de náuseas, los primeros días. Esta sensación desaparece con el tiempo y se pueden ir alcanzando zonas más lejanas de la lengua.

Limpieza de los espacios interdentes

Los espacios interdentes son difíciles de limpiar con el cepillo dental. Para poder eliminar la placa dental y los restos de alimentos de estos lugares disponemos de la cinta o seda dental y los cepillos interproximales.

Seda dental

Para usar la seda dental, se deben cortar unos 50 centímetros de la bobina y enrollar la mayor parte del hilo en el dedo medio de una de las manos (fig. 2). El resto se enrolla en el mismo dedo de la mano opuesta, que irá recogiendo la seda dental a medida que se vaya utilizando. Sujetando firmemente la cinta o seda con los dedos pulgar e índice, se deja una distancia de 2 o 3 centímetros entre los dedos de cada mano y se inserta suavemente entre los dientes.

A continuación, se sujeta la seda apretándola contra el diente y se mueve hacia abajo frotándola contra la superficie del diente. No se debe aplicar nunca violentamente contra las encías. Cuando la seda llega al borde de las encías, se debe curvar en forma

de «c» contra uno de los dientes y deslizarla suavemente en el espacio entre la encía y el diente, hasta que note resistencia. Este proceso se ha de repetir en todos los dientes.

Cepillado interproximal

El cepillo interproximal es adecuado si entre los dientes hay suficiente espacio. Estos cepillos tienen distinta forma y tamaño para que se adapten mejor al espacio a limpiar. Para utilizarlos, se debe introducir el cepillo a través del espacio entre dientes desde dentro hacia fuera y viceversa, sin hacerlo girar, frotando las caras laterales de los dientes. Si el cepillo interproximal no entra con facilidad no se debe forzar, sino que se ha de probar con un cepillo de menor tamaño o utilizar seda dental (fig. 3).

Cepillado dental

El cepillado de los dientes elimina la placa y los restos de alimentos situados en las caras externas, internas y de masticación. Para efectuar un buen cepillado es necesario utilizar un cepillo de dientes con unas determinadas características: cabezal de pequeño tamaño (para llegar a todos los dientes con facilidad), con esquinas redondeadas y filamentos sintéticos con puntas redondeadas (para evitar lesiones en las encías). Con respecto a los cepillos eléctricos, están recomendados, sobre todo, en personas con limitaciones de la movilidad manual. Hace poco se ha introducido un nuevo tipo de cepillos eléctricos de cerdas rotatorias que parece facilitar la higiene de los espacios interproximales y del surco gingival.

Técnicas para un buen cepillado

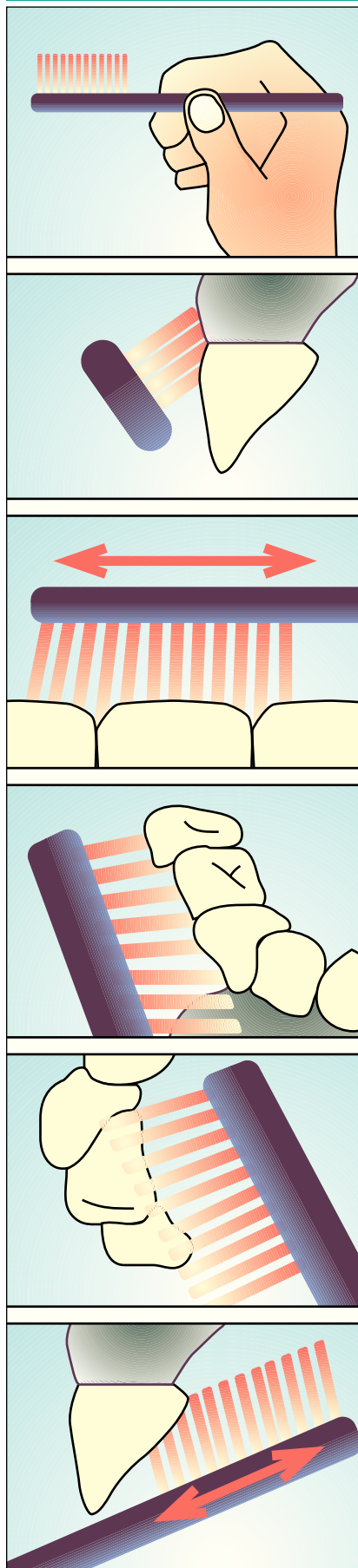
Para lograr una buena higiene, se debe colocar el cabezal dental del cepillo a lo largo de los dientes, con la punta de los filamentos en un ángulo de 45° hacia el borde de las encías y cepillar suavemente con movimientos cortos hacia delante y hacia atrás. (fig. 4)

En niños menores de 7-8 años se recomienda que el cepillado sea realizado por los padres una vez al día, ya que el niño carece de la destreza necesaria para conseguir una higiene oral correcta.

Reveladores de la placa dental

Como la placa dental es difícil de ver por su transparencia, representa una ayuda revelarla o colorearla. Esto se logra fácilmente utilizando tabletas que la ponen de manifiesto y muestran claramente donde se encuentra. El uso del revelador suele colorear la lengua y las encías, por eso es preferible realizarlo por la noche. La comprobación se debe hacer después de limpiar los

Fig. 4. Colocación del cepillo dental



espacios interdentales con seda y cepillo interproximal y cepillar los dientes. Para utilizar el revelador de la placa dental, se tiene que masticar la tableta y hacer pasar la saliva por entre los dientes durante un minuto. A continuación, se debe enjuagar con agua abundante. La zona de la placa bacteriana queda coloreada de distinta forma.

CONTROL QUIMIOTERÁPICO

Productos químicos usados en el tratamiento

A continuación se exponen los principios activos más usados en el mercado, tanto en forma de pastas dentífricas como de colutorios (productos que acceden más fácilmente a las zonas difíciles de eliminación de placa).

- Alantoína. Se trata de un principio activo cicatrizante, que favorece la curación de lesiones superficiales de la encía producidas por gingivitis, pioreya, etc.

- Azuleno. Es un principio activo de la manzanilla, conocido por sus propiedades antiflogísticas y reparadoras. Actúa sobre los tejidos de la encía y les ayuda a recuperar su tonicidad normal.

- Clorhexidina. Este principio es una biguanida que se usa extensamente. Su acción antibacteriana no es superior a la de otros agentes antibacterianos, aunque su propiedad de fijarse a estructuras bucales, sobre todo a la mucosa oral, debido a su fuerte carga positiva hace que no sea eliminada rápidamente de la cavidad oral, sino que se libera a las 8-12 horas, por lo que la acción antibacteriana es mantenida.

Se usa en concentraciones del 2% y actúa sobre la gran mayoría de los gérmenes de la mucosa oral. Se usa como coadyuvante en el tratamiento de la gingivitis y enfermedades periodontales. Además, favorece la cicatrización quirúrgica, principalmente al usarla en forma de gel aplicado directamente en la encía. Con el uso de clorhexidina, en algunos casos pueden producirse alteraciones en el gusto, que desaparecen con un uso continuado.

Se recomienda no enjuagarse la boca inmediatamente después de utilizar este producto para no aumentar su sabor amargo. Tras su uso prolongado puede producirse coloración de los dientes, sobre todo si hay contacto con ciertas bebidas con contenido en taninos como son, café, vino o tabaco.

- Cloruro de cetilpiridinio. Es un derivado clorofenilbiguanídico con un espectro antibacteriano (bacteriostático) bastante amplio, sobre todo en relación con gérmenes grampositivos. No

suele generar resistencias bacterianas. Eficaz en colutorios para el tratamiento de estomatitis aftosa y gingivitis.

– Cloruro de cinc. Presenta actividad astringente que disminuye el sangrado gingival y mejora el estado general de las encías inflamadas y sangrantes. En combinación con triclosán inhibe la actividad bacteriana de forma prolongada y así reduce la formación de la placa dental. También ejerce un efecto anticálcico, con lo que previene la calcificación de la placa.

– Flúor. Por su especial importancia, merece un análisis aparte, que se realizan en el apartado siguiente.

– Hexetidina. Es un antimicrobiano usado frecuentemente, sobre todo en forma de colutorio, por su acción antiplaca, antiséptica y antifúngica. Resulta eficaz en el tratamiento de aftas y heridas bucales, así como en la higiene oral en general. Queda retenida en la placa dental y en las membranas mucosas, donde actúa durante 8-10 horas.

– Nitrato potásico. Disminuye la sensibilidad dental al aumentar la concentración extracelular de potasio alrededor de las fibras nerviosas, provocando que las membranas de dichas fibras se despolaricen, lo que se traduce en una desensibilización de la pulpa.

– Permethol. Es un factor químico definido que posee las propiedades de la vitamina P. Se caracteriza por un incremento de la resistencia de los capilares que reduce la permeabilidad de éstos y como consecuencia impide el sangrado.

– Triclosán. Se trata de un antimicrobiano muy eficaz, con una gran sustantividad (actúa durante 14 horas), acción antiinflamatoria y antiflogística. Estas propiedades lo convierten en un principio activo muy indicado en personas con patología periodontal. Puede utilizarse a diario, ya que no se han registrado resistencias ni efectos secundarios. Su unión con copolímeros de metoxietileno y ácido maleico o sales de cinc resulta muy eficaz. Se formula encapsulado en ciclodextrinas para mejorar su efectividad, ya que es poco soluble en agua.

– Vitamina E. Neutraliza la acción de los radicales libres, protege la encía frente a la agresión de la placa y previene la inflamación de los tejidos gingivales. Además, tiene propiedades tonificantes que favorecen la regeneración epitelial y tonifican la encía. De esta forma, mejoran su resistencia frente a nuevas inflamaciones.

– Xilitol. Es un edulcorante no cariogénico, que protege el esmalte y disminuye la adhesividad de la placa al mismo. Al incrementar la remineralización del esmalte, disminuye la producción de ácido.

Flúor

El flúor es un agente preventivo que ha demostrado ser potente y de un coste asequible. Además ha mostrado ser inocuo y fácil de utilizar. La forma más efectiva de administración es la fluoración de aguas de bebida, aunque actualmente se consideran como alternativa la administración de flúor exclusivamente tópica (pasta dentífrica y colutorio).

Administración del flúor por vía sistémica

Durante la formación del diente, parte del flúor presente en fluidos tisulares se incorpora a la estructura cristalina del esmalte y da lugar a la formación, en pequeñas cantidades de fluorapatita y fluorhidroxiapatita. La administración de flúor por vía sistémica es una estrategia para prevenir la aparición de caries. También se debe tener en cuenta que un exceso de flúor puede provocar fluorosis dental y ósea. Por este motivo es muy importante conocer la concentración de flúor en el agua de abastecimiento público. Se recomiendan aportes extra en las zonas donde los niveles de flúor en el agua de consumo sean inferior a 0,7 ppm.

**La lengua es el lugar
donde se acumula la mayor
cantidad de bacterias
de toda la cavidad bucal**

La fluorosis dental se produce por ingestión de fluoruros a concentraciones superiores a 2 ppm de forma prolongada. En casos leves aparecen manchas blancas en la superficie dental. Si son más importantes, el esmalte se estría y se vuelve amarillo parduzco y, en casos graves, las manchas son extensas y de color marrón y se producen fracturas en la superficie del esmalte.

Administración del flúor vía tópica

El efecto del flúor es distinto si se administra en dosis altas (geles de aplicación profesional) o bajas y continuas (flúor en colutorios y pastas dentífricas). Bajas concentraciones de flúor bastan para inhibir la glucólisis y la formación de ácido por la placa bacteria-

na. La exposición repetida a bajos niveles de flúor es capaz de promover la remineralización de lesiones incipientes de caries (manchas blancas). Todo ello hace recomendable el uso rutinario de compuestos de baja concentración en flúor, como dentífricos y colutorios.

Las sales de flúor más utilizadas en dentífricos son el fluoruro sódico y el monofluorofosfato sódico, que son fácilmente solubles y de escasa toxicidad. La concentración de iones fluoruro recomendada varía en función de la edad. En niños menores de 2 años, se desaconseja el uso de flúor tópico y en mayores de 6 años no debe superar los 500 ppm por el riesgo de fluorosis. A partir de los 6 años se recomienda una concentración de 1.500 ppm.

La concentración estándar de los dentífricos es de 1.000 ppm. Esta concentración fue escogida por los fabricantes para que la cantidad de flúor contenida en un solo tubo no fuera tóxica si era ingerida accidentalmente por un niño. La toxicidad en los dentífricos convencionales es muy baja.

EL PAPEL DEL FARMACÉUTICO

En este artículo se han indicado todas las pautas a seguir para realizar una correcta higiene bucodental y también se ha señalado la importancia modificar las conductas de higiene bucal que llevan a un mayor prevalencia de caries dental.

El farmacéutico debe informar sobre la importancia de realizar una buena higiene, motivar al paciente para que la realice de la forma más correcta posible, hacer hincapié en la modificación de las conductas con un mayor riesgo cariogénico (consumo de azúcares refinados, productos pegajosos, etc.), aconsejar sobre el uso más adecuado de los productos existentes en el mercado y, sobre todo, de la importancia de realizar una visita periódica al odontólogo. □

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

Knowlton J, Pearce S. Handbook of cosmetic science and technology. 1.ª ed. Oxford: Elsevier, 1993.
 Flick EW. Cosmetic and toiletry formulations. Vol. 2. 2.ª ed. New Jersey (EE.UU.): Noyes, 1992.
 Umbach W. Cosmetics and toiletries. Development, production and use. Chichester: Ellis Horwood, 1991.
 Muñoz MJ. Higiene bucodental. Pastas dentífricas y enjuagues bucales. Offarm 2000; 19(3).
 Prats M. Higiene bucodental. En equipo. Farmacia Profesional 1994; 8 (2): 26-32.
 Prats M. Higiene bucodental. Productos para la boca. Farmacia Profesional 1996; 10 (7): 26-31.