

Cuidados Bucales para pacientes hospitalizados

DIRECCIÓN PROVINCIAL DE ODONTOLOGIA

INTRODUCCION

La elevada incidencia de neumonía asociada a ventilación mecánica crea la necesidad de revisar constantemente la practica para mejorar la calidad asistencial.

La neumonía es una enfermedad infecciosa prevalente que representa aproximadamente el 15% de todas las infecciones intrahospitalarias.

La neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVМ) es una de las complicaciones mas frecuentes en las unidades de cuidados intensivos, y tiene una tasa de mortalidad de entre el 25% y el 70% y se ha reconocido que el 60% de todas las muertes por infecciones nosocomiales son causadas por esta infección.

Los pacientes con respirador corren mayor riesgo porque sus defensas y mecanismos normales de eliminación de secreciones están alterados por los dispositivos de asistencia respiratoria. Una práctica de prevención que es necesario incorporar es, el protocolo de cuidados bucales completos en el conjunto de prácticas institucionales para la reducción de NAVM puede salvar vidas.

NEUMONIA

La neumonía se define como una inflamación aguda de los pulmones causada por una infección por organismos como: *Streptococcus Pneumoniae*, otras *Bacterias*, *Virus*, *Rickettsias* y *Hongos*.

Independientemente de donde ocurre la neumonía las características físicas de la presentación son similares: tos productiva con secreciones purulentas,

rx de tórax que muestra ampliación de las densidades o densidades nuevas, fiebre y aumento del recuento de leucocitos.

Neumonía Extrahospitalaria

Neumonía Intrahospitalaria

Neumonía Nosocomial

Neumonía Asociada Ventilación Mecánica
--

Neumonía Extrahospitalaria (NEH)

O adquirida en la comunidad si el paciente no ha estado en un entorno de atención médica por lo menos 90 días antes, o no ha residido en una institución de largo plazo mas de 14 días antes de los a aparición de los síntomas.

Neumonía Intrahospitalaria (NIH)

Si aparece 48hs después del ingreso al hospital y la infección no estaba presente ni incubándose al momento de la admisión.

Neumonía Nosocomial (NN)

No se considera lo mismo que la NIH, pero están relacionadas. Son pacientes que adquieren neumonía a los 90 días posteriores a ser dados de alta de un hospital de agudos, o instituciones de cuidados de largo plazo, personas sometidas a diálisis. La diferencia se hace para recalcar que estos pacientes, padecen neumonía que ocurre en un entorno de pacientes ambulatorios tiene; factores de riesgo (Ej. Uso reciente de antibióticos, infecciones con patógenos resistentes, varias enfermedades al mismo tiempo) se parece más a la NIH que a la NEH.

Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica (NAVM)

Es un subconjunto de la NIH se refiere a casos que ocurren en pacientes que han estado bajo asistencia respiratoria por lo menos 48hs. Los mecanismos de la NIH y la NAV son similares, pero debido a que el tubo endotraqueal hace pasar por alto las defensas contra la neumonía, el riesgo de neumonía en pacientes con ventilación mecánica es mucho mayor.

NAVM Inicio Temprano

Pacientes que han estado con respirador entre 48 y 96 horas. Los pacientes que padecen intubaciones de emergencia o traumáticas, por cirugía de tórax, neurocirugías. Los patógenos son más comunes, sensible a antibióticos, Ej.: *Staphylococcus Aureus* sensible a meticilina (MSSA) *Haemophilus influenza* o *Streptococcus Pneumoniae*.

NAVM Inicio Tardío

Aparece en pacientes que han estado con respirador cinco días o más. Estos pacientes tienen enfermedades pulmonares obstructiva crónica (EPOC) o edema pulmonar cardiogénico. Los patógenos más comunes son las cepas bacterianas más resistentes como *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina (MRSA) o bacterias gramnegativas como *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinobacter*, *Enterobacter*, *Klebsiella* o *Serratia*.

Factores de Riesgo de la Neumonía

- Coma
- Desnutrición
- Decúbito supino
- Extremos de edad
- Sonda gástrica
- Sistema inmune comprometido
- Ingreso a unidad cuidados intensivos

- Administración de antimicrobianos
- Inmovilización debido a traumatismo o enfermedad
- Intubación endotraqueal inicial o repetida
- Enfermedad pulmonar crónica subyacente
- Estados que exigen el uso de respirador mecánico prolongado
- Procedimiento quirúrgico de la cabeza, cuello, tórax o abdomen superior

Reflejos y mecanismos de eliminación de secreciones

Las bacterias y microorganismos se bloquean o eliminan del tracto respiratorio normalmente, a través de la filtración del aire, en la cavidad nasal y el transporte mucoso. El aire inspirado entra por las narinas, los vellos nasales filtran partículas y el moco segregado atrapa partículas y filtra más el aire. Este se calienta y humedece. A medida que el aire baja por la garganta hacia tráquea, quedan las partículas atrapadas por los leucocitos. El flujo descendente transporta patógenos al esófago, se tragan y pueden llegar a los pulmones.

En este sentido, lo visto anteriormente se altera con la presencia de un tubo endotraqueal también es un ambiente donde se forma una biopelícula, que afecta los mecanismos de protección y eliminación de diferentes maneras.

Al afectar el calentamiento y la humidificación del aire en la cavidad nasal, se espesa el moco y se crean grumos y los tejidos de la boca y pulmones se hacen más vulnerables a las lesiones y las infecciones.

El papel de la cavidad bucal en la Neumonía

Microbiota Oral, con bajo nivel de patogenicidad: *Streptococcus mutans*, *Streptococcus sanguis*, *Actinomyces viscosus* y *bacteroides gingivalis* colonizan dientes, y *Streptococcus salivarius* coloniza el dorso de la lengua, el *Streptococcus mitis* se encuentra en la superficie bucal como dental.

Si el paciente intubado no recibe higiene bucal eficaz y completa, la placa gingival y los depósitos de bacterias, aparecen antes de las 72hs, sobreviene gingivitis, inflamación e infección de encías, cambio de flora por *Streptococcus* y *Actinomyces Spp* a *bacilos aerobios gramnegativos*.

En pacientes hospitalizados, en cuidados intensivos, en decúbito, intubados, con quemaduras, diarrea, fiebre, fármacos anticolinérgicos y diuréticos hay una reducción del flujo salival y xerostomía, mucositis que puede producir colonización de orofaringe con patógenos respiratorios y avanzar a NAVM

Cuidados bucales

Diferentes instituciones internacionales han creado prácticas de tratamientos basadas en evidencia para reducir la frecuencia de neumonía intrahospitalaria y asociada con al ventilación mecánica. (CDC¹; APIC² IHI³, AACN⁴)

¹ Centres for Disease Control and Prevention

² Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology

³ Institute for Healthcare Improvement

La limpieza habitual de la boca es un método eficaz para reducir la NAVM hasta en un 60% porque reduce la carga microbiana en la cavidad orofaríngea.

EL CUIDADO BUCAL COMPLETO ES CRÍTICO PARA TODOS LOS PACIENTES

Diferentes estudios han demostrado que los lavados bucales por el equipo de enfermería tres veces al día con clorhexidina al 0,12% a enfermos intubados disminuyen la colonización bacteriana (Fourrier F, Dubois D, Pronnier P, Herbercq P, Leroy O, Desmettre T. Effect of gingival and dental plaque antiseptic decontamination on nosocomial infections acquired in the intensive care unit: A double-blind placebo-controlled multicenter study. Crit Care Med. 2005; 33:728-35.)

GUIA PARA EL CUIDADO BUCAL EN PACIENTES INTERNADOS.

*Protocolo escrito

*Al momento del ingreso, evaluación de su salud bucal (tejidos bucales, labios, dientes, prótesis, saliva cantidad y calidad)

*Determinar si el paciente está consciente o inconsciente, si está intubado o no.

Material

- _ Cepillo dental.
- _ Abreboca.
- _ Solución antiséptica bucal.
- _ Palangana o batea para enjuagues.
- _ Vaso
- _ Gasas.
- _ Toalla.
- _ Vaselina.
- _ Recipiente para prótesis dental

⁴ American Association of Critical Care Nurses

Protocolo pacientes en cama conscientes

1. Lavarse las manos con agua y jabón colocarse guantes, y elementos de protección personal.
2. Si el paciente es autónomo, le informaremos del proceso y le facilitaremos el material necesario para que se realice él mismo la higiene. Si es consciente, pero precisa ayuda: colocaremos al paciente en la cama sentado o semiincorporado y si no puede incorporarse, lo colocaremos en decúbito lateral a un lado de la cama, con una toalla alrededor del cuello.
3. Si el paciente no responde utilice un abrebocas
4. Cepillarle dientes, lengua y encías: usar cepillo, pasta dentífrica, batea y vaso descartable; sostenga el cepillo contra los dientes con las cerdas a un ángulo de 45 grados.
5. Cuando no se pueda cepillar los dientes, se puede usar un hisopo embebido en enjuague bucal antiséptico (solución oral de clorhexidina al 0,12%) o utilizarlo en forma de gel para reducir las bacterias de la boca
6. Mueva las cerdas de un lado al otro con un movimiento vibratorio o giratorio desde las encías hasta la corona.
7. Limpie las superficies de masticación moviendo el cepillo de un lado a otro con movimientos cortos.
8. Si la lengua tiene una capa, cepíllela suavemente (para evitar el efecto nauseoso y el vómito) con el cepillo de dientes.
9. En caso del que pacientes tenga prótesis, retirarla y depositarla en el recipiente. Limpiarla con la ayuda del cepillo, agua fría y solución antiséptica.
10. Humectar labios. Aplicar vaselina.

Protocolo de cuidados del tubo endotraqueal y la boca.

1. Lávese las manos y póngase guantes de examen y equipo de protección personal
2. Cerciórese de que el tubo endotraqueal (t. e.) esté conectado al respirador mediante un adaptador giratorio
3. Apoye el t. e. y los tubos en la forma necesaria
4. Si esta indicada la aspiración hiperoxigene al paciente y aspire en t. e.
5. Suelte la cinta adhesiva y las amarras usadas
6. Si el paciente tiene un tubo nasal, limpie alrededor del t. e. con una gasa o torundas de algodón mojadas en solución salina
7. Si el paciente tiene un tubo oral, saque el bloque de mordida o el aparato respiratorio orofaríngeo que actúa como bloque de mordida
8. Limpie la cavidad bucal con un cepillo pediátrico o de adultos (suave) por lo menos dos veces al día. Repitiendo el protocolo anteriormente mencionado
9. Utilice hisopos bucales embebidos con solución de agua oxigenada al 1.5 % o digluconato de clorhexidina al 0.12% cada 2 a 4 hs. En cada limpieza, aplique un humectante bucal hidrosoluble.

A continuación se presentan MODELOS para orientar en la confección de:

- **HOJAS DE EVALUACIÓN DIARIA DE SALUD BUCAL**
- **HOJA DIARIA DE CUIDADOS BUCALES**
- **HISTORIA DE SALUD BUCAL**

Los cuales deben ser adecuados a las necesidades del Servicio en donde se implementarán las medidas de Cuidados bucales.

HOJA DE EVALUACION DIARIA DE SALUD BUCAL

Nombre del paciente: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

MEMBRANAS MUCOSAS Y ENCIAS

- Rosadas y húmedas; encías firmes.
- Enrojecimiento, edema, placa de radiación.
- Úlceras o sangrado.
- Otros

BIENESTAR

- Comodidad
- Molestia
- Dolor
- Otros:

LABIOS Y COMISURAS LABIALES

- Suaves, rosados, húmedos.
- Secos o agrietados.
- Úlceras o sangrado.
- Herpes simple.
- Otros:

DIENTES Y PRÓTESIS DENTALES

- Posee prótesis: SI – NO
- Dientes limpios sin residuos. SI-NO
- Dientes flojos o prótesis mal ajustadas. SI-NO
- Residuos. SI-NO
- Caries. SI-NO

ENFERMEDAD PERIODONTAL: SI-NO

Firma aclaración y sello del profesional que realiza la ficha (Enfermero u odontólogo)

Fecha Hora

Firma del odontólogo:

OBSERVACIONES:



HISTORIAL DE SALUD BUCAL

EJEMPLO

Nombre del paciente _____ N° de identificación del paciente _____

Examen bucal externo:

Asimetría facial o agrandamiento glandular visible

En caso afirmativo, especificar ubicación _____

Examen de ganglios linfáticos

Grandes o dolorosos _____

En caso afirmativo, especificar ubicación _____

Llagas en la piel o los labios _____

En caso afirmativo, especificar ubicación _____

Aliento: _____ Olor normal _____ Mal aliento _____

Boca: _____ Húmeda _____ Seca _____

Dientes: **Manchados** **Caries** **Rotos o quebrados**

Maxilar superior _____

Maxilar inferior _____

Prótesis dentales: Sí _____ No _____ En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda:

- | | | |
|---------------------------------------|---|---------------------|
| _____ Superior completa | _____ Superior parcial | _____ Superior rota |
| _____ Inferior completa | _____ Inferior parcial | _____ Inferior rota |
| _____ Prótesis usadas todo el tiempo | _____ Prótesis usadas al dormir | |
| _____ Prótesis usadas sólo para comer | _____ Prótesis removidas para comer | |
| _____ Prótesis sucias | _____ Prótesis tienen el nombre o N° de identificación del paciente | |

¿Tiene el paciente molestias en la boca, dientes o prótesis dental?

_____ Sí _____ No En caso afirmativo, explicar: _____

Recomendaciones o comentarios sobre el examen: _____

Bibliografía

- Bagg J ea. The oral microflora and dental plaque. Essentials of microbiology for dental students. Oxford: Oxford University Press; 1999. p 229-310.
- Stogsdill V, Hobgood L, O'Bryan S, O'Bryan W, Thompson L, Sisley M. Reducing Ventilator Associated Pneumonia.
<http://www.ihl.org/IHI/Topics/CriticalCare/IntensiveCare/ImprovementStories/ReducingVentilatorAssociatedPneumoniaOwensboro.htm>. 8-1-2007.
- Perry, A.G. Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos, 4ª Edición. EditorialHarcourt Brace S.A. Madrid 1.999.
- Manual de procedimientos de enfermería. Hospital General de Galicia, Gil Casares, Clínico Universitario. Marzo 1989
- Hidalgo Florencia M. Las enfermedades gingivoperiodontales y sus repercusiones sistémicas. Rev Fundac Juan José Carrero 2001;6(15):31-4.
- Organización Panamericana de la Salud. La conexión entre la salud bucodental y las enfermedades cardiovasculares. Washington DC: OPS; 2004. pp. 109-13.
- Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte de los enfermos
- con cáncer. González Bacón M, Ordoñez A, Feliu J, Zamora P, Espinosa
- E. Editorial Panamericana. 1995.
- Bretón M, García MP, Galdiano M, Martínez A, Margall MA, Asiaín MC.
- Higiene de la boca en pacientes intubados o con dieta oral absoluta en
- una Unidad de Cuidados Intensivos. Enf. Intensiva 1995; 6(4): 141-8
- Gómez Sancho M , Ojeda Martín M, Cuidados Paliativos Control de Síntomas Unidad de Medicina Paliativa Hospital de Gran Canaria
- Dr. Negrín Las Palmas de Gran Canaria Noviembre 2003