

Salud bucal en el paciente crítico

Alexandre Franco Miranda

La unidad de cuidados intensivos (UCI) es un sector hospitalario caracterizado por el monitoreo continuo de pacientes potencialmente graves o con alguna descompensación de uno o más sistemas orgánicos, donde el apoyo se proporciona con tratamientos observacionales, preventivos, terapéuticos, constantes e intensivos, realizados por equipos interdisciplinarios calificados que contribuyen a la mejoría del estado general y recuperación de los pacientes.^{1,2} Es imprescindible que éstos reciban atención dirigida a la promoción de la salud bucal a lo largo del periodo de hospitalización con el fin de prevenir la aparición de enfermedades orales, complicaciones de las enfermedades del sistema estomatognático existente y la aparición de enfermedades sistémicas; quizás relacionadas como la neumonía nosocomial, la asociada a la ventilación mecánica; por lo general relacionadas con la aspiración del contenido de orofaringe contaminado, siendo responsable de altas tasas de mortalidad y gastos hospitalarios.^{3,4} Los pacientes pueden estar conscientes, pero dependen de otras personas (familiares y profesionales que trabajan en estas unidades), para la realización de actividades de higiene personal, como el uso del enjuague bucal. También, pueden estar bajo sedación profunda, inconsciente e incapacitados para promover el mantenimiento de la limpieza oral, un hecho que puede contribuir a la aspiración del contenido bacteriano presente en la saburra lingual y el *biofilm* dental.

POSIBLES DEPÓSITOS MICROBIANOS

En general, este contenido se centra en regiones de difícil acceso para una correcta higiene bucal, por lo general, llevadas a cabo por el personal y técnicos de enfermería.^{2,3} El estado pasivo (dependiente), la fragilidad del paciente y el escaso conocimiento por parte del equipo profesional que trabaja en la UCI con respecto a la promoción de la salud bucal del enfermo grave, desde una “visión dental”, contribuye a la existencia de una deficiente higiene bucal, favoreciendo, en consecuencia, el aumento de la cantidad y complejidad del

biofilm lingual (tiempo de hospitalización, promoviendo posibles reservorios microbianos relacionados con las infecciones hospitalarias, como la neumonía asociada a la ventilación mecánica y nosocomial (adquirida durante la hospitalización).⁵ Las bacterias y hongos relacionados con la neumonía nosocomial son: *Streptococcus pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*, *Candida albicans*, *Streptococcus α-hemolítico* y *Staphylococcus sp*, encontrándose en el 70% en el *biofilm* dental y en el 63.33% en las muestras de *biofilm* lingual.^{2,5}

A pesar de la existencia de recursos físicos, como el cepillado mecánico (manual, eléctrico, bajo aspiración con vacío), de los ampliadores de boca y los abridores de la boquilla (espátulas de madera, cinta y gasa), limpiadores de la lengua, así como recursos farmacológicos (saliva artificial, antisépticos como clorhexidina 0.12%), son subutilizados y en forma poco eficiente por los equipos de enfermería, que reportan baja disponibilidad y falta de conocimiento del equipo para efectuar procedimientos específicos, por lo tanto, la asistencia técnica y educativa en salud bucal podría contribuir a mejorar el servicio y la seguridad del paciente en la UCI de forma integral.⁵⁻⁷

La promoción de la salud bucal requiere un cuidado especial de la planificación, gestión, adaptación profesional y estas acciones de salud mejoran la recuperación, el bienestar y la calidad de vida. Las intervenciones de salud bucal pueden ser tan sencillas, como el control del *biofilm* por medio de la acción mecánica del cepillado dental, la eliminación de la saburra lingual, además de las pautas dirigidas al personal de enfermería y técnicos proporcionando las mejores conductas y acciones preventivas para la comodidad de estos pacientes.^{3,5,8} En el contexto hospitalario, en la unidad de cuidados intensivos, el cirujano dental con formación hospitalaria (capacitada) necesita evaluar al paciente grave, comprometido de manera sistémica en forma interdisciplinaria, con el objetivo de contribuir a la promoción de salud.^{1,2,4} Existe una necesidad real de formalizar los protocolos de formación efectiva y profesional, educación y de la atención odontológica.

ca en las UCI y en hospital en su conjunto, sobretodo en la estandarización de conductas preventivas y acciones clínicas realizadas con el propósito de promover beneficios sistémicos al enfermo crítico.^{5,6,9} La práctica odontológica asume una gran importancia en el entorno hospitalario, superando las barreras y prejuicios de los involucrados, falta de conocimiento de los propios profesionales de la salud, de los pacientes y del “sistema” hospitalario. Sin embargo, todavía hay una falta de acciones clínicas y preventivas dirigidas a la atención necesaria el sistema estomatognático de los enfermos.^{1,3,4} Hay un aumento creciente en el número que necesitan la atención dental, dirigida hacia la promoción de la salud bucal, en el ambiente hospitalario, teniendo dudas sobre cuál es el papel del cirujano dental en el equipo interdisciplinario, y en las actividades de orientación y atención preventiva o intervencionista del paciente grave.² Los principales problemas encontrados, además de la falta de formación del equipo multiprofesional y del desconocimiento sobre la salud oral, son los que provienen del prejuicio y el poco conocimiento de la importancia del cirujano dental en el entorno hospitalario, así como por el desinterés en esta área por los administradores hospitalarios y otros profesionales de la salud.^{5,7-9} La falta de las medidas mínimas preventivas en la salud bucal puede llevar a complicaciones graves y compromisos sistémicos, afectando directamente la recuperación del paciente hospitalizado y su bienestar durante la hospitalización.^{6,7} La integración del cirujano dental en el hospital es una necesidad para la evaluación global y comprensiva del individuo que necesita cuidado especial.^{1,4} La odontología hospitalaria tiene como objetivo el cuidado de los cambios orales que requieren procedimientos de equipos interdisciplinarios, integración del conocimiento y el enfoque del paciente en su conjunto, permitiendo un mejor desempeño en el compromiso de asistencia basada en humanización y ética.^{1,3}

Los enfermos admitidos en estas unidades tienen una predisposición a tener una higiene bucal insatisfactoria debido a las morbilidades sistémicas que afectan a estos individuos, que hacen difícil realizar su propio enjuague bucal. Asimismo, la escasez de equipos y sobre todo, la falta de formación del odontólogo y profesionales involucrados en la adaptación profesional, dificultan la realización de esta actividad de fomento de la salud.^{2,10} Desde una visión generalizada e interdisciplinaria de la promoción de la búsqueda, el cirujano dental asume un papel importante en las acciones dirigidas a la calidad de vida de los pacientes considerados vulnerables, como los admitidos UCI.^{2,3} Las medidas de apoyo de la salud bucal deben aplicarse de forma constante a todos los ingresados en estas áreas, respetando siempre la individualidad de cada caso, así como la formación del profesional de la salud para realizarla correctamente.^{1,4} Las acciones clínicas dentales llevadas a cabo en las unidades tienen como objetivo mejorar la calidad de vida y el fomento de la salud, mediante la eliminación de posibles síntomas inflamatorios, infecciosos y dolorosos derivados de los problemas presentes en el sistema estomatognático de aquellos que están intubados y traqueotomizados, que influyen directa-

mente con la condición sistémica.² Las actividades clínicas en salud bucal deben considerarse, *a priori*, las de mínima intervención, en función de la capacitación y la correcta adaptación profesional, además de un trabajo conjunto con otros profesionales de la salud y familiares resultado de una planificación interdisciplinaria.^{3,10}

El conocimiento biopsicosocial del paciente frágil por parte del odontólogo y del personal de la unidad debe priorizarse con respecto a la realización de la correcta planificación y ejecución de las actividades clínicas que son necesarias, evitando intervenciones no aplicables en la situación clínica actual.^{3,9} Ante la conducta del cirujano dental en el ambiente hospitalario, este capítulo fue orientado a la atención de salud bucal en pacientes ingresados UCI con el objetivo de entender las mayores dificultades encontradas por los profesionales y conocer las actividades de promoción de la salud bucal que deben llevarse a cabo.^{2,8,9}

ACTIVIDADES DEL CIRUJANO DENTISTA EN LA UCI

La práctica en salud y asistencia debe basarse en la suma del *know-how* (saber cómo) y con un enfoque en los procedimientos preventivos y de intercambios de información con los equipos hospitalarios. Debe haber sensibilidad a la realidad social y al sistema hospitalario, público o privado.^{1,3} El dentista que forma parte de este contexto debe priorizar las técnicas de autocuidado, a través del desarrollo de actividades de carácter preventivo y educativo a pacientes, y profesionales de la salud.^{2,10} Actividades de educación en salud bucal con el uso de modelos, demostración correcta de la técnica de higiene bucal, carpetas explicativas, orientación e instrucción, aclaración de dudas sobre la frecuencia y cómo debe ser realizada por los pacientes, cuidadores, acompañantes y profesionales de la salud, en particular, enfermería, según la realidad del enfermo y con su perfil dental son tareas del odontólogo en estos ambientes.² Es de suma importancia que los cirujanos dentales orienten al equipo auxiliar e interdisciplinario en el fomento de la salud y el desarrollo de acciones prácticas de higiene bucal en el hospital, así como la eliminación de hábitos nocivos, además de la búsqueda y colaboración en la adopción de medidas preventivas que contribuyan a la mejora del cuadro clínico, proporcionando bienestar, previniendo enfermedades sistémicas y actuando en la recuperación de la salud.^{5,10} La creación de protocolos y rutinas de salud bucal dirigidos a pacientes ingresados en las UCI debe de ser en forma individualizada y focalizada a cada hospital, permitiendo una mayor integración de los profesionales a esta materia, además de mejorar la evaluación de las conductas y perspectivas futuras en relación con la mejora del servicio.^{5,6,8}

En el hospital, estomatólogo debe actuar en la ejecución de entrenamiento, capacitación, orientación e instrucciones prácticas asistidas y seguidas de la evaluación cualitativa de estas conductas para la mejor atención.^{3,4} El cuidado de la salud a

nivel hospitalario requiere trabajo en equipo, un hecho que exige la inserción de la práctica dental en este ambiente de trabajo a través de responsabilidades y actitudes compartidas entre intensivistas, dentistas y todos los demás profesionales.² La evaluación de la condición oral y la necesidad de tratamiento dental en pacientes hospitalizados requieren el acompañamiento de un dentista entrenado en la realización de investigaciones clínicas, técnicas y científicas, de la salud bucal en su conjunto y su relación con la condición sistémica del individuo.¹⁻³ La higiene dental insatisfactoria es un hallazgo característico en los internados en las UCI, debido a las dificultades de manejo, adaptación y experiencia profesional en la actuación en un sistema rodeado de diversos dispositivos que dificultan la actividad habitual del odontólogo y del equipo, determinando el aumento significativo del *biofilm* dental y de la saburra lingual (depósitos microbianos gramnegativos-anaerobios) y cálculo dental en la cavidad bucal que pueden influenciar directamente en intervenciones médicas, debido a los factores de virulencia de los microorganismos que están en ella, contribuyendo a la acumulación de bacterias relacionados con neumonía nosocomial, y a la ventilación mecánica y a la endocarditis bacteriana, enfermedades sistémicas más comunes relacionadas con el contexto odontológico hospitalario (figura 1).^{7,8,9,10}

La actividad bucal hospitalaria ya es capaz de correlacionar la influencia de las enfermedades orales en la etiopatogenia de diversas dolencias sistémicas, como la cardiopatía coronaria, derrames cerebrales, endocarditis bacteriana, diabetes mellitus e infecciones respiratorias. Es necesario que el cirujano dental se desempeñe en actividades clínicas preventivas, intervencionistas y educativas para contribuir a la salud dental en la unidad intensiva.² El manejo clínico del

paciente crítico, en general, intubados o traqueostomizados, se debe hacer en conjunto con el intensivista, el fisioterapeuta o la enfermera responsable para obtener una mejor colocación del enfermo para una atención dental adecuada, por el equipo del enfermería^{5,7} como la suspensión de la dieta nasoenteral de ciertos pacientes, porque las actividades dentales pueden provocar vómito, principalmente cuando se realiza higiene lingual y dental en la región posterior de la cavidad bucal.¹⁰

El uso de medios auxiliares ha sido de gran valor y un artificio benéfico de conducta clínica para tener mayor apertura oral y visualización en la práctica clínica en intubados y traqueostomizados, en la experiencia clínica del autor.² Los expansores orales utilizados de manera correcta y los abridores de boca pre-hechos (espátulas de madera, gasa y cinta) y una acción conjunta entre un cirujano dental, fisioterapeuta, intensivista, pueden contribuir a un mayor acceso a la cavidad bucal de estos pacientes, además de bajar costos al hospital,^{2,10} Los cuales deben realizarse siempre a cuatro manos, de manera que el auxiliar esté preparado para realizar todas las actividades logísticas y de cooperación con el odontólogo. Cabe destacar la importancia de un equipo de enfermería muy bien entrenado, en relación con las acciones dentales, sobre todo, en el correcto uso de abridores bucales y competentes en las actividades de succión salival (vacío) relacionados con las actividades de salud bucal (figura 2).^{1-4,6,9} Las conductas dentales se llevan a cabo para eliminar los síntomas inflamatorios, infecciosos y dolorosos que pueden deteriorar la salud general del hospitalizado, siempre con una planificación y ejecución clínica interdisciplinaria.^{2,3} Cuando hay una necesidad de realizar un procedimiento dental en un ambiente hospitalario, las responsabilidades deben ser com-



FIGURA 1. Deficiencia de atención y acumulación de biofilm lingual – depósito microbiano de bacterias gram negativas – que puede estar asociada con infecciones hospitalarias – neumonía nosocomial. Foto: ficha personal del Prof. Dr. Alexandre Franco Miranda – responsabilidad ética y profesional por el uso de la imagen en este capítulo del libro.



FIGURA 2. Intervención dental para la eliminación de brotes de infección dental del paciente en unidad de terapia intensiva. Conducta de la gerencia, adaptación profesional y equipo que actúa en la UCI. Foto: ficha personal del Prof. Dr. Alexandre Franco Miranda – responsabilidad ética y profesional por el uso de la imagen en este capítulo del libro.

partidas entre los equipos médicos. En los casos de intervenciones quirúrgicas bajo anestesia general existe la necesidad de una adecuada evaluación preoperatoria, del riesgo quirúrgico y la solicitud de estudios complementarios. El anestesiólogo es responsable de la anestesia durante el procedimiento.² El cepillado dental (acción mecánica) no debe ser eliminado en la UCI, el uso pasta profiláctica (pasta dental), que llegue a las regiones bucales más inaccesibles, siempre bajo aspiración constante, se consideran acciones no reemplazables para remoción del *biofilm*.¹⁰ Esta condición de la técnica dental no-estándar, quizás, es el gran problema encontrado, puesto que la mayoría de las UCI y los profesionales que realizan la higiene oral, utilizan las espátulas de madera envueltas en gasa, técnica sin la descripción en la práctica odontológica y con poca eficacia del retiro del *biofilm*.^{1,2}

Se requiere más información sobre este tema, así como la formación de profesionales de la salud sobre las principales técnicas y medidas de salud bucal que favorezcan un correcto protocolo de la higiene oral.⁵ El uso del fluoruro ácido 1.23% o neutral, puede contribuir a la "suficiencia" del medio oral, sobre todo para el mantenimiento del pH oral de los pacientes admitidos en las UCI. Es importante destacar que se trata de una actividad en la salud complementaria y que debe realizarse después de la higiene bucal con pincel dental y por un período determinado.^{2,10} La higiene de la lengua debe realizarse de forma constante con el uso del cepillo dental y otros medios que faciliten la remoción, relacionada con solución salina o clorhexidina 0.12% bajo supervisión. Esta conducta clínica específica se debe hacer siempre en el sentido postero-lateral-anterior y el uso de algunos medios auxiliares, tales como limpiadores (raspadores de la lengua) puede ser eficaz.⁶⁻¹⁰ El uso de clorhexidina 0.12% es el protocolo de higiene bucal, ya que presenta acción bactericida y además de contribuir al control inflamatorio presente en la cavidad bucal.^{6,8} Otra posibilidad técnica, empleada en intubados y con traqueostomía, es el uso de un fórceps hemostático o un portaaiguas que sostiene una pequeña cantidad de gasa empapada en tal solución. Esta técnica puede ser eficaz en la higiene, en las regiones posteriores de la cavidad bucal y en el propio tubo orotraqueal.^{2,10} La presencia de fracturas de órganos dentales por caries o el traumatismo existente durante la hospitalización, la restauración atraumática es la que más favorece a estas situaciones, ya que los cementos de ionómero de vidrio modificados por resina son los materiales de mayor fiabilidad clínica porque son biocompatibles y liberan iones fluorados, además de favorecer la remineralización dental y adecuación del medio oral.^{2,10} La técnica de restauración atraumática (ART) y el raspado supragingival deben ser realizados sólo por dentistas, ya que son procedimientos de la competencia de la práctica odontológica y otros profesionales de la salud no podrían ser habilitados para realizarlos.² Las intervenciones quirúrgicas de emergencia se pueden realizar en el ambiente de las unidades, sobre todo aquellas en las que los elementos dentales se convierten en posibles brotes infecciosos y síntomas dolorosos, siendo considerados como desencadenantes negativos de la recuperación

del paciente.^{1-3,10} Las pautas dentales se centran en la promoción de la salud de aquellos en estado crítico y sirven como enseñanzas o guías futuras en la atención hospitalaria, especialmente en las unidades críticas.^{2,4} El monitoreo y descontaminación de la cavidad bucal de estos individuos, insertado en el protocolo de prevención de la neumonía nosocomial realizado por profesionales, parece ser un gran aliado en la reducción de la colonización pulmonar por patógenos presentes en la cavidad bucal, reduciendo así la incidencia de las mismas.⁶⁻⁹ El cirujano dental podría ser agregado al equipo de salud multiprofesional, trayendo beneficios al paciente internado en la UCI y en los hospitales en su conjunto, a través de servicios integrados e interdisciplinarios.^{1-5,10} Así tiene un papel importante y fundamental en la eliminación o reducción de los problemas encontrados en la cavidad bucal de personas hospitalizadas.^{1,2} El conocimiento sobre las medidas llevadas a cabo para la promoción de la salud bucal en estas áreas, así como la participación efectiva en las pautas a los profesionales que desempeñan esta función es una actividad del dentista que actúa en estas unidades.⁵ La creación, aplicación de protocolos e intervenciones clínicas son las habilidades del cirujano dentista que actúa en el hospital, contribuyendo al cuidado de la salud y a la calidad de vida de los pacientes.^{2,3,5,10}

SALUD BUCAL Y CONDICIÓN SISTÉMICA EN LA UCI

Las caries, condiciones inflamatorias gingivales, problemas periodontales, deficiente higiene, fracturas dentales y la presencia de infecciones dentales relacionados con restos radiculares son condiciones clínicas más prevalentes en los pacientes hospitalizados, que interfieren de manera directa en los otros sistemas orgánicos y la calidad de vida, en particular en problemas respiratorios y cardíacos.² La carencia de la higiene lingual y las dificultades para la limpieza de las prótesis dentales de pacientes hospitalizados son situaciones clínicas muy comunes que contribuyen a la acumulación de *biofilm* y del alimento.^{1-4,7-9} Las alteraciones de los *biofilmes* puede generar respuestas inflamatorias locales y sistémicas, y desencadenar procesos infecciosos generalizados contribuyendo a altas tasas de morbilidad y costos hospitalarios.^{2,3,6,10} Entre éstas destacan la neumonía nosocomial, neumonía relacionada con la ventilación mecánica y la endocarditis bacteriana es importante notar que no aparecen de modo aislado y que también pueden estar influenciados por otras condiciones de salud del individuo.^{1,6,9}

En esta última, el proceso de diseminación bacteriana se produce a partir de la presencia de procesos infecciosos localizados, con pasos de bacterias al torrente sanguíneo, que se adhieren a las válvulas cardíacas causando un incorrecto funcionamiento del corazón. Es importante enfatizar que casi la mitad de endocarditis se origina en enfermedades bucales.^{2,10} La prevención en odontología y en la intervención periodontal (pautas, intervenciones clínicas)

puede contribuir de manera significativa a la mejoría de la condición sistémica. Es necesario que las políticas específicas y estandarizadas se centren en las actividades y los servicios basados en la relación de salud oral-sistémica.^{2,10} Las acciones de prevención, educación sanitaria, intervención mínima y clínica de salud bucal deben priorizarse en el cuidado diario del paciente crítico, contribuyendo a la disminución del índice de infecciones, mejoras en la asistencia, cuidado y seguridad del paciente en la UCI. Esto proporciona una mejor evaluación, apreciación del servicio hospitalario, mejora de su acreditación certificación nacional y/o internacional.^{2,3,5,8,10}

PROTOCOLO DE SALUD BUCAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS^{2,10}

El desempeño del odontólogo en estas unidades tiene como objetivo integrar la salud bucal como parte fundamental de la condición sistémica del paciente crítico. Las actividades clínicas para la promoción de la salud bucal apuntan a la eliminación de los trastornos inflamatorios, infecciosos y dolorosos derivados de problemas orales que interfieren directamente con la recuperación y la plena salud del enfermo hospitalizado. Las acciones del dentista deben ser interdisciplinarias, desde la planificación con los otros profesionales de la salud que asisten al paciente en estas áreas, respetando siempre la individualidad de cada caso clínico, aspectos éticos y jurídicos. La higiene bucal correcta es esencial para la remisión total o parcial del *biofilm* dental, lingual y la formada en el tubo de ventilación, disminuyendo la acumulación (reservorio microbiano resistente) de bacterias gramnegativas asociadas con los paneles de la infección.

EVALUACIÓN DE LA SALUD BUCAL DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS^{2,10}

- Evaluación general de la salud bucal y del sistema estomatognático inmediatamente después de que el paciente es ingresado a la unidad de cuidados intensivos
- Realizar la inspección de la cavidad bucal, centrándose en: oroscopia adicional e intrabucal (comisura de labios, labios, lengua (parte posterior, base, extremidad, lateral y ventral); piso de la boca, paladar duro y blando); presencia de caries, gingivitis, enfermedad periodontal (movilidad dentaria); presencia o ausencia de dentaduras (prótesis totales, parciales, fijas y sobre implantes); lesiones orales (úlceras traumáticas, nódulos, manchas); tejidos blandos y duros; traumatismos dentales, luxaciones y fracturas, ar-

ticulación temporomandibular, mandíbula; presencia de aparatos ortodóncos; hábitos parafuncionales-bruxismo

Todos los datos de esta valoración deben ser anotados en un registro dental específico (elaborado según las normas del hospital) a esta información todos los profesionales deben de tener, las conductas clínicas deben ser priorizadas de acuerdo con las necesidades de cada en forma individual.

HIGIENE BUCAL DEL PACIENTE INTERNADO EN LA UNIDAD INTENSIVA^{2,10}

El objetivo de una adecuada higiene bucal es evitar la acumulación de bacterias en la región de la orofaringe.

Se debe tener presente realizar la higiene bucal de acuerdo con la siguiente estandarización: deben llevarse a cabo siempre con dos personas, 4 manos y aspiración constante; posicionamiento de la cama de hospital a 45°, para evitar la broncoaspiración y una mejor visualización de la cavidad bucal, suspender la dieta nasointestinal previamente, uso correcto de expansores orales (expandex), abridores de boca (espátulas, cinta y gasa) bajo la correcta hidratación labial y regional (gel de clorhexidina o vaselina sólida). Se deben realizar acciones para reducir la concentración de biopelícula dental, lingual y tubo de ventilación, bajo aspiración constante del vacío (sistema de cada cama de la unidad). Del mismo modo también hay cepillos dentales que realizan la succión del vacío; en el caso de los pacientes con dientes, es necesario el uso del cepillo dental con pasta profiláctica con fluoruro, con higiene posterior con clorhexidina 0.12% (2 veces al día – 12/12 horas – durante 7 días). Evaluando la necesidad de un uso más prolongado de clorhexidina 0.12% si es necesario. En el caso de los que utilizan prótesis (totales y parciales), deben extraer las prótesis y realizar una higiene correcta (agua corriente asociada con degermanate o clorhexidina 0.12%). Es responsabilidad del equipo de vigilar de forma adecuada la prótesis, evitando pérdida y daño futuro. En el caso de los desdentados, la higiene de toda la mucosa y la lengua con clorhexidina 0.12 utilizando el soporte de aguja más una gasa empapada en solución 2 veces al día.

La limpieza de la lengua se debe hacer siempre en el sentido posterolateral-anterior, quitando el *biofilm*. Se puede realizar con cepillo de dientes y agua, o con solución de clorhexidina 0.12 en pacientes bajo ventilación mecánica es necesario higienizar el tubo; disminución de la acumulación de *biofilm*, reservorio microbiano. Estrategia con el portaagujas más gasa empapada con clorhexidina 0.12%, es primordial que estas actividades se realicen por lo menos dos veces al día.

PUNTOS CLAVE

- **Neumonía nosocomial (NN):** infección pulmonar 48 horas después de la admisión al hospital. La neumonía asociada con el cuidado de la salud, a su vez, se refiere a la enfermedad adquirida en instituciones como clínicas de diálisis, hospitales de día o asilos
- **Principales agentes etiológicos en las neumonías nosocomiales:** *N. pneumoniae* resistente, *S. aureus* meticilina sensible, *S. aureus* meticilina-resistente, BLEE gramnegativa (resistencia β -lactamasas del espectro extendido), productores gramnegativos de BLEE (*E. coli*, *Klebsiella pneumoniae* y Enterobacteria), *Pseudomonas* y *Acinetobacter*
- **Neumonía asociada a la ventilación mecánica:** aquella que se produce en pacientes con intubación endotraqueal (o traqueotomía) y que no estaba presente ni en periodo de incubación, o en el momento de la intubación. El NN relacionado con la ventilación mecánica ocurre 48 horas después de la intubación endotraqueal
En esta definición se incluyen las neumonías diagnosticadas en las 72 horas posteriores a la extubación o retirada de la traqueostomía
- **Biofilm dental y lingual:** es una o más comunidades de microorganismos, empapadas en una matriz, que recupera de una superficie sólida, siendo el término utilizado para describir la acumulación de microorganismos en la superficie de los dientes y lengua
- Insistir en la necesidad de una adecuada interrogación del cirujano dentista e intensivista, participando en conjunto en la búsqueda de la salud bucal en el paciente
- Participación activa, pero con conocimiento del odontólogo en la promoción de la salud bucal en la UCI

REFERENCIAS

1. **Bellissimo-Rodrigues WT, Meneguetti MG, Gaspar GG et al.:** Is it necessary to have a dentist within an intensive care unit team? Report of a randomised clinical trial. *Int Dent J*, 2018;1-8.
2. **Miranda AF:** Saúde bucal na UTI: necessidade de capacitação profissional e implementação. 1 ed. Brasil: Paco Editorial, 2017. 148p.
3. **Blum DFC, Silva JASD, Baeder FM, Della Bona A:** The practice of dentistry in intensive care units in Brazil. *Rev Bras Ter Intensiva*, 2018;3:S0103-507X2018000504103.
4. **Celik GG, Eser I:** Examination of intensive care unit patients' oral health. *Int J Nurs Pract*, 2017;23:e12592.
5. **Miranda AF, Costa PP, Bezerra ACB:** Oral care practices for patients in Intensive Care Units: A pilot survey. *Indian Journal of Critical Care Medicine*, 2016;20(5):267-273.
6. **Rabello F, Araújo VE, Magalhães S:** Effectiveness of oral chlorhexidine for the prevention of nosocomial pneumonia and ventilator-associated pneumonia in intensive care units: Overview of systematic reviews. *Int J Dent Hygiene*, 2018;00:1-9.
7. **Dale CM, Smith O, Burry L, Rose L:** Prevalence and predictors of difficulty accessing the mouths of intubated critically ill adults to deliver oral care: An observational study. *Int J Nurs Stud*, 2018;80:36-40.
8. **Ory J, Raybaud E, Chabanne R, Cosserant B, Faure JS et al.:** Comparative study of 2 oral care protocols in intensive care units. *Am J Infect Control*, 2017;45(3):245-250.
9. **Hua F, Xie H, Worthington HV, Furness S, Zhang Q, Li C:** Oral hygiene care for critically ill patients to prevent ventilator-associated pneumonia. *Cochrane Database Syst Rev*, 2016;10:1-136.
10. **Miranda AF, Araújo IA, Araújo HBN, Araújo EC, Bezerra ACB:** Oral health promotion in Intensive Care Unit patients: management and adaptations. *Global Advanced Research Journal of Medicine and Medical Sciences*, 2015; 4(11):509-513.