

Patología bucodental en el enfermo terminal

González Alonso T¹, González López ME², González López M³

¹Centro de Salud de El Viso del Alcor

²Hospital Virgen de Valme

³Alumna de Higiene Bucodental

Sevilla

El envejecimiento de la población, el aumento de las enfermedades crónicas y la mayor supervivencia en las enfermedades oncológicas hace que exista un grupo de pacientes complejos que obliga a todos los sistemas de salud a buscar nuevas fórmulas que optimicen la atención de estos pacientes. En este sentido, los cuidados paliativos son los que intentan mejorar la calidad de vida de los afectados por una enfermedad en fase terminal.

Según la definición de la OMS y de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, enfermedad en fase terminal es la que no responde a tratamientos específicos instaurados para curar o estabilizar la enfermedad, que por ello conlleva la muerte en un plazo variable (generalmente en un tiempo inferior a 6 meses), y cuyo proceso está caracterizado por provocar un alto grado de sufrimiento físico, psicológico y familiar.

Una de las metas principales de los cuidados paliativos es el control del dolor y de otros síntomas para que el paciente pueda permanecer lo más alerta y cómodo posible. Los servicios de cuidados paliativos deben estar disponibles para personas que ya no pueden beneficiarse de los tratamientos curativos; el paciente típico de cuidados paliativos tiene un pronóstico de vida de 6 meses o menos.

Es habitual que en todas las familias haya una persona que de forma natural o por acuerdo entre todos asuma la mayor responsabilidad en los cuidados del enfermo. Esa persona se denomina "cuidador principal".

El domicilio habitual es el contexto predominante en todo el mundo en el caso de los enfermos terminales.

Los cuidados a domicilio los prestan en general el cuidador principal y los familiares. Algunas veces el sistema de salud presta apoyo a las familias. Cuando se dispone de servicios de cuidados paliativos a domicilio, de ellos se encargan en general enfermeros comunitarios o de salud pública, que visitan a las personas en sus casas.

CUIDADOS DE LA BOCA EN EL PACIENTE TERMINAL

Una buena higiene oral es fundamental en el bienestar de los pacientes con cáncer. La boca debe ser examinada rutinariamente una o dos veces a la semana, e incluso con más frecuencia en pacientes de riesgo (cáncer de cabeza y cuello, por ejemplo).

En el enfermo terminal se alteran las propiedades de la boca, algo provocado por diferentes causas que dan lugar a numerosos problemas de los que cabe destacar por su elevada frecuencia la sequedad de la boca (60-70% según nuestra experiencia). Los objetivos de tales cuidados son:

- Control y prevención de la aparición del dolor de boca (boca dolorosa).
- Mantener la mucosa y los labios húmedos, limpios, suaves e intactos mediante la prevención de infecciones, lo que promueve el confort de estos pacientes.
- Eliminar la placa bacteriana y restos alimentarios para evitar la halitosis y las sobreinfecciones y procurar no perjudicar la mucosa.

PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES EN EL ENFERMO TERMINAL

BOCA DOLOROSA

INFECCIONES ORALES MÁS FRECUENTES

Se ven favorecidas por el uso de dentaduras postizas, menor producción de saliva, alteraciones de la mucosa oral por radioterapia, quimioterapia o cáncer oral, higiene oral deficiente...

- Infecciones por hongos. La candidiasis oral es la más común. Aparece hasta en 89% de los pacientes y es la infección micótica más frecuente en los enfermos con cáncer. Se puede presentar en forma clásica, con lesiones blanquecinas, suaves y húmedas, en una mucosa inflamada y sangrante, sobre todo al retirar las placas, o con hiperemia y edema, con fisuras linguales, erosiones superficiales en los labios y queilosis (*figura 1*).

- Infecciones bacterianas. Los gérmenes más frecuentes son *S. epidermidis*, *P. aeruginosa*, *Actinomicas* y gramnegativos. Se manifiestan por pequeñas hemorragias, dolor localizado periodontal y fiebre (*figura 2*).

- Infecciones víricas. La afectación por herpes simple es la más común; otras causas son el citomegalovirus y el virus varicela zoster. Aparecen membranas amarillentas que se retiran fácilmente de la mucosa y son extremadamente dolorosas. Pueden existir también vesículas (*figura 3*).



Figura 1. Infección por hongos (candidiasis oral)



Figura 2. Infección bacteriana por Actinomicas

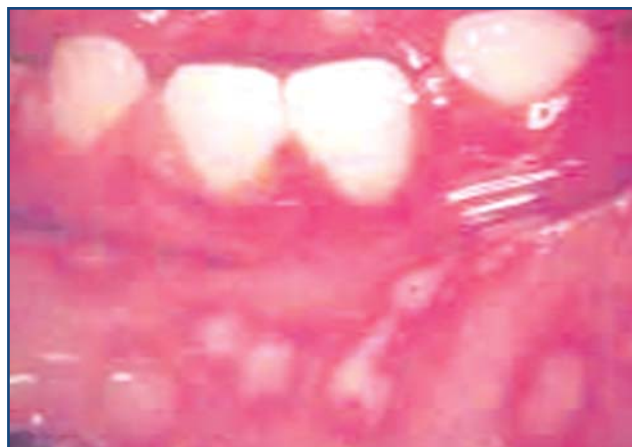


Figura 3. Infección vírica (herpes)

- Otras causas de boca dolorosa. Las úlceras neutropénicas aparecen cuando el recuento de neutrófilos desciende por debajo de 100; afectan a todas las regiones de la cavidad oral, queratinizadas o no, y suelen tener pocos signos de inflamación (*figura 4*). La estomatitis inducida por fármacos se asocia al empleo de quimioterápicos (48-75% por 5-fluoruracilo); se afecta con más frecuencia la mucosa queratinizada, en ocasiones se sobreinfecta por *Candida* y puede haber sangrado local.

BOCA SECA (XEROSTOMÍA)

Se presenta en 40-100% de los pacientes. Se manifiesta por sensación bucal quemante, ulceraciones,



Figura 4. Úlcera neutropénica



Figura 5. Boca seca (xerostomía)

dolor, fisuras labiales angulares, lengua roja y suave, molestias al tragar y hablar, ageusia y anorexia. Las prótesis dentales son más difíciles de llevar, lo que hace más problemática la masticación y reduce la ingestión de comida (figura 5).

Las causas son múltiples: cirugía local, radioterapia, fármacos, erosiones de la mucosa oral, vómitos, diarrea, deshidratación, diabetes, uremia, depresión y ansiedad.

ODONTALGIA

El dolor es el síntoma más esperado y temido por los pacientes con cáncer, así como uno de los más

frecuentes. Aparece en 30% de los enfermos en el momento del diagnóstico y en 70-80% durante las últimas fases de la enfermedad.

En su mecanismo de producción intervienen estímulos nociceptivos de las ramas terminales de los nervios maxilar y mandibular.

El tratamiento del dolor de origen dentario es etiológico y sintomático. El tratamiento sintomático analgésico está basado en la utilización de AINE y/u opioides débiles. La vía parenteral puede ser válida inicialmente: metamizol 2 g, ketorolaco 30 mg o diclofenaco 75 mg, todos por vía intramuscular; puede asociarse tramadol 100 mg por vía subcutánea si el dolor es moderado-intenso. Es recomendable pautar tratamiento de continuación por vía oral con diclofenaco, naproxeno, piroxicam o ketorolaco. El paracetamol asociado a tramadol también es eficaz en dosis adecuadas si el dolor es leve o moderado.

RECOMENDACIONES DE HIGIENE BUCODENTAL EN EL PACIENTE TERMINAL

Se aplicará una serie de medidas generales dirigidas a mantener la boca, los dientes y las encías libres de suciedad y en buen estado, con la humedad adecuada, sin halitosis, a prevenir ulceraciones e infecciones y a proporcionar sensación de bienestar y comodidad. Cuando sea necesario se administrará medicación específica para el tratamiento de patologías concretas.

- Realizar cepillado dental después de cada comida, o al menos por la mañana y por la noche, con un cepillo infantil y de cerdas suaves para no causar lesiones en las encías y evitar las náuseas. Es el utensilio más eficaz incluso en enfermos inconscientes.

- Torunda o el dedo índice protegido con guante o gasa. Es más inefectivo para eliminar la placa pero puede ser más cómodo y de ayuda para la humidificación y ante signos de sangrado.

- Masticar piña o chicle sin azúcar.

- Para la humidificación se emplean pequeños sorbos de agua, zumos de fruta con cubitos de hielo,

manzanilla con limón (anestésico local y estimulante de la saliva, respectivamente) y/o salivas artificiales a base de metilcelulosa, esencia de limón y agua (fácilmente preparables por cualquier farmacéutico). Cabe utilizarlos con frecuencia: cada 2-4 horas. Una solución base de vaselina líquida, limón, manzanilla e hielo es útil y eficaz en estados más terminales o agónicos, pues la vaselina puede ser desagradable por su viscosidad.

- Para eliminar el sarro se utiliza el peróxido de hidrógeno diluido (excepto en estomatitis), perborato sódico (que no puede ser tragado), solución de bicarbonato sódico, muy efectivo pero de gusto desagradable (no puede ser utilizado en tratamientos antifúngicos) o un pequeño fragmento de vitamina C. Como antiséptico para inhibir la formación de la placa bacteriana se emplea solución de clorhexidina a 0,2% o yodo solución acuosa diluida en pequeñas cantidades, cada 12 horas (aunque suele ser desagradable).

- Utilizar anestésicos locales sobre úlceras dolorosas antes de cada comida, como la xilocaína (lidocaína).

- Diagnosticar y detectar precozmente la candidiasis oral y utilizar solución de nistatina cada 4 horas (1 cucharada, enjuagar y escupir, y otra cucharada, enjuagar y tragar) y algunas veces ketoconazol por vía oral. Hay que recordar que aunque los síntomas desaparecen a los 7 días, es necesario continuar el tratamiento durante 14 días. El yogurt natural es eficaz y barato.

- Otros cuidados especiales de la prótesis dental: en caso de candidiasis hay que sumergirla cada noche en solución de hipoclorito al 1% si no hay metal, o en solución de nistatina.

- Gargarismos de povidona yodada a 7,5% en los casos de halitosis por boca séptica y/o neoplasia oral.

Además, en este tipo de pacientes podemos utilizar y aplicar soluciones de varios tipos para una correcta higiene buco-dental, tales como:

- Soluciones desbridantes. Se emplean para limpiar las placas de detritus, las costras y la suciedad de la lengua.

- Tres partes de bicarbonato más una de agua oxigenada.

- Tres partes de suero fisiológico más una de agua oxigenada.

- Sidra + soda al 50%.

- Soluciones antisépticas. Se emplean para tratar gingivitis, estomatitis, aftas, micosis y complicaciones de radio y quimioterapia. Con frecuencia resecan la mucosa oral. Algunos elixires comerciales (Oraldine, por ejemplo) llevan alcohol y pueden irritar a pacientes con estomatitis.

- Povidona yodada al 1%.

- Hexetidina al 0,1%.

- Clorhexidina al 0,2%.

- Soluciones anestésicas. Se usan en afecciones dolorosas de la boca.

- Benzidamida.

- Lidocaína al 1-5% en glicerina.

- Hidróxido de aluminio más lidocaína al 2% en partes iguales.

Si el paciente está consciente realizará enjuagues y gargarismos con las soluciones citadas cada 2-4 horas y respetando el descanso nocturno. Si el enfermo está inconsciente se debe limpiar la boca con alguna de las soluciones citadas al menos dos veces al día y siempre que se precise. Para ello se instruirá a la familia, que es quien debe administrar los cuidados.

- Soluciones antifúngicas. En la candidiasis bucal se empleará:

- Solución de nistatina. La dosis se puede administrar en forma de cubito de hielo, con lo que conseguiremos que se mantenga en la boca durante más tiempo además de refrescarla: se puede tragar.

- Sucralfato: se usa de forma tópica en las aftas orales dolorosas.

- Aumento de la salivación:

- Tabletas de vitamina C efervescente.

- Chupar caramelos sin azúcar.

- Masticar chicle sin azúcar.

- Chupar trozos de piña natural (no en almíbar).

- Otras medidas para humedecer la boca:

- Aire húmedo.

- Bebidas como el té, café con hielo o cerveza, pequeños sorbos a intervalos regulares.

- Enjuagues con manzanilla y limón.
- Glicerina en hisopos.
- Saliva artificial: 12 mg de metilcelulosa, 0,2 ml de esencia de limón y 600 ml de agua.

CONCLUSIONES

La atención a los pacientes en situación terminal es cada día un asunto de mayor importancia para el sistema sanitario y para toda la sociedad. Dicha importancia es apoyada con argumentos como:

- El progresivo envejecimiento de la población ha traído como consecuencia un aumento de la morbilidad en los últimos años de la vida y de la mortalidad por cáncer, SIDA y otras patologías con una excesiva frecuentación de los servicios de urgencia por parte de los pacientes y sus familiares.
- Existe una escasez de cuidadores informales, motivada por la disminución de familiares en la siguiente generación y la incorporación de la mujer a la vida laboral, así como una insuficiente oferta de cuidadores formales por parte de las instituciones.
- A los profesionales sanitarios, tan acostumbrados a prevenir, diagnosticar y combatir la enfermedad, no se nos ha enseñado a afrontar la situación terminal y la muerte, lo que a veces provoca frustración, conductas de huida y abandono de la persona enferma. Los Cuidados Paliativos constituyen un campo relativamente nuevo con el que muchos profesionales sanitarios no estamos familiarizados.
- Trabajar en Cuidados Paliativos nos ha de

motivar a formarnos para ofrecer una asistencia integral a la unidad paciente-familia. También nos invita a reflexionar sobre nuestras propias creencias, actitudes y miedos ante la muerte. Sin este proceso previo, difícilmente podremos abordar con profesionalidad una relación empática con el paciente y con su familia.

- La formación en Cuidados Paliativos debe contribuir a que todos los profesionales puedan alcanzar un nivel básico de conocimientos que garantice unos mínimos de calidad asistencial al paciente en situación terminal y a su familia. Actualmente esta formación es muy dispar entre los profesionales sanitarios, ya que dicha área de conocimiento no está incluida en los estudios de Medicina y Enfermería.
- En Cuidados Paliativos es clave la atención domiciliaria, pues permite una mejor calidad de vida al paciente en el proceso de morir con dignidad, atendido por su familia y seres queridos en el ámbito de la comunidad.
- En la sociedad actual cada vez se da mayor importancia a la calidad de la asistencia sanitaria desde una perspectiva integral u holística. Esto adquiere especial relieve al final de la vida, situación en la que la persona se vuelve más vulnerable y necesita más ayuda. La calidad de nuestra actuación profesional dependerá, en gran medida, de la capacidad de dar respuesta a estas expectativas u otras que pudieran surgir en la relación asistencial con el paciente/familia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mepaap. Cursos de Medicina Paliativa. AstraZeneca.
2. Manual. Semergen. Manejo del dolor agudo y crónico.
3. Cuidados paliativos. Recomendaciones. SemFYC.
4. Cuidados paliativos. Domiciliarios Atención Integral al paciente y su familia. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.
5. <http://www.gador.com.ar/iyd/onco/cpaliativos.htm>.
6. <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/hojas-informativas/cuidados-paliativos>.
7. <http://www.secpal.com/index.php>.
8. <http://www.todocancer.com/ESP/Informacion+Cancer/Cuidados+paliativos/>.
9. <http://www.correofarmaceutico.com/documentos/160707estrategiacuidadospaliativos.pdf>.
10. <http://www.bioetica.org/bioetica/mono26.htm>.
11. http://www.icn.ch/matters_palliativesp.htm.