



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**CUIDADOS PALIATIVOS EN PACIENTES
PEDIÁTRICOS.**

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A:

JIMENA LÓPEZ VELÁZQUEZ

TUTORA: C.D. VICTORIA HERRERA VEGA



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A Dios

Gracias por hacerte real en mi vida y darme la oportunidad de llegar hasta este momento, porque cada día extiendes tu misericordia y favor hacia conmigo y mi familia.

A mi mamá y a mi papá

Gracias por todo su amor y confianza, por siempre apoyarme en cada decisión, por ser un ejemplo de perseverancia y esfuerzo, por buscar siempre dar lo mejor para mí y mis hermanos.

A mis hermanos

Emiliano y Santiago por siempre estar conmigo en cada etapa importante, porque podemos disfrutar y compartir cada logro juntos, porque sé que puedo contar con ustedes y ustedes conmigo siempre.

A mi tutora

Dra. Vicky gracias por todo su apoyo, por su paciencia y tiempo invertido para la realización de esta tesina. Gracias por hacerme ver la odontopediatría de una forma diferente y por motivarme a siempre trabajar con amor.

A todos los que han sido parte de esta etapa, a mi familia, amigos, maestros y pacientes, que me han ayudado en mi formación académica y a crecer como persona.

A la Universidad Nacional Autónoma de México y Facultad de Odontología

Por abrirme las puertas de sus instalaciones, en donde pasé momentos inolvidables en mi vida, gracias por brindarme el conocimiento y las habilidades necesarias para ejercer esta hermosa profesión.

“Por mi raza hablará el espíritu”

“Enjugará Dios toda lágrima de los ojos de ellos; y ya no habrá muerte, ni habrá más llanto, ni clamor, ni dolor; porque las primeras cosas pasaron.”

Apocalipsis 21: 4 (RVR 1960)

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	6
1. ANTECEDENTES	8
1.1 EN MÉXICO	9
2. DEFINICIÓN	11
2.1 CARACTERÍSTICAS DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS	11
2.2 ORGANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS	12
3. PACIENTE CON ENFERMEDAD TERMINAL	14
3.1 CÁNCER	15
3.2 INSUFICIENCIA CARDÍACA	17
3.3 ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA	18
4. AFRONTAMIENTO DE LA MUERTE EN PACIENTES PEDIÁTRICOS .	18
5. MANEJO ODONTOLÓGICO DEL PACIENTE PALIATIVO	20
5.1 CARACTERÍSTICAS PARA ENTRAR A EL PROGRAMA DE CUIDADOS PALIATIVOS	21
5.1.1 CONTACTO INICIAL	21
5.1.2 DURANTE EL TRATAMIENTO	22
5.1.3 SEGUIMIENTO POST TRATAMIENTO	23
5.2 FORMACIÓN PROFESIONAL AUXILIAR EN ATENCIÓN DE SALUD BUCAL EN CUIDADOS PALIATIVOS	23
6. ALIVIO DEL DOLOR	24
6.1 EVALUACIÓN DEL DOLOR	24
6.2 MANEJO FARMACOLÓGICO	26
7. COMPLICACIONES Y CUIDADOS EN CAVIDAD ORAL	27

7.1 MUCOSITIS.....	28
7.2 XEROSTOMÍA	31
7.3 CANDIDIASIS	32
7.4 ESTOMATITIS	34
7.5 DISGEUSIA.....	36
7.6 CARIES DENTAL	36
8. TRATAMIENTOS PALIATIVOS EN CAVIDAD ORAL.....	38
8.1 TRATAMIENTO DEL DOLOR	38
8.2 TRATAMIENTO EN HEMORRAGIA.....	39
8.3 TRATAMIENTO EN INFECCIONES	40
8.4 RECOMENDACIONES GENERALES	40
CONCLUSIONES	44
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45
GLOSARIO.....	50



INTRODUCCIÓN

El presente trabajo aborda una revisión bibliográfica sobre los cuidados paliativos desde sus antecedentes históricos hasta las complicaciones y cuidados en la cavidad oral.

Los cuidados paliativos son todas aquellas medidas proporcionadas a pacientes en estado terminal y a sus familias, dirigidos a proporcionar una mejor calidad de vida brindando apoyo físico, psicológico y espiritual, comienzan desde el momento del diagnóstico de la enfermedad y van acompañados hasta el duelo. Tienen sus inicios en Europa del siglo XI en los hospicios haciendo referencia a un lugar en donde se proporcionaba refugio, alimento y descanso a peregrinos cansados o enfermos.

En México, a partir de los años 60's se inicia la fundación de Clínicas de Dolor, dirigidas por el Dr. Vicente García Olivera, el 31 de diciembre del 2010, se establece el Programa Nacional de Cuidados Paliativos (PALIAR) con el objetivo de brindar una vida digna a los mexicanos a través de servicios de salud eficientes.

Los pacientes en estado terminal son todos aquellos que cursan por una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, que no responden al tratamiento específico de la enfermedad. El cáncer, la insuficiencia cardíaca, y la enfermedad renal crónica son algunas de las principales enfermedades que afectan la calidad de vida tanto del paciente como sus familias. El dolor es un síntoma frecuente en pacientes que necesitan de cuidados paliativos, el uso de analgésicos como opioides son indispensables para el alivio del dolor y brindar una mejor atención.



Las principales complicaciones en la cavidad oral a las que se enfrentan los pacientes en estado terminal son la mucositis, xerostomía, candidiasis, estomatitis y disgeusia, estas complicaciones pueden causar problemas en la alimentación, la nutrición, en el estado social y psicológico de los pacientes, por lo tanto, el alivio, manejo y tratamiento paliativo de las mismas son de suma importancia para una mejor calidad de vida.

El objetivo de este trabajo es fomentar los cuidados en la cavidad oral para conseguir el bienestar y confort del paciente terminal, así como conocer las complicaciones para una identificación precoz, correcta evaluación y tratamiento paliativo.

1. ANTECEDENTES

El término *hospicio* proviene del latín “*hospitium*” (acción de acoger, albergue, refugio) y “*hospes*” (huésped o anfitrión), este término se acuñó en Europa en el siglo XI y hacía referencia a un lugar en donde se proporcionaba refugio, alimento y descanso a peregrinos cansados o enfermos. Alrededor de 1090 con la influencia de las cruzadas dichos albergues crecieron a cargo de católicos romanos. Durante el siglo XIX en Europa (Figura 1) se presentan epidemias en la población (tuberculosis, cólera, difteria, sarampión) en las que se tuvo la necesidad de brindar atención a los enfermos. ¹



Figura 1. Hospicios del siglo XIX. ²

En 1905 se abre el hospicio “*Saint Joseph*” en Londres, donde trabajó Dame Cicely Saunders (Figura 2), fundadora de los principios de la atención paliativa moderna, quien atendió como enfermera y trabajadora social a familias devastadas por la postguerra y el cáncer terminal. Saunders nació el 22 de junio de 1918, al sur de Londres. En 1939 durante el inicio de la segunda Guerra Mundial estudia enfermería en la escuela del *St. Thomas’s Hospital Nightingale School* de Londres. A los 33 años de edad, Saunders ingresa a *St. Thomas’s Hospital School* y estudia la carrera de medicina, después de

terminar sus estudios se dedica durante años a la investigación del cuidado de pacientes terminales. Su publicación más relevante, *The management of patients in terminal state*, se convirtió en un referente de la medicina paliativa. En 1967, el hospicio “Saint Christopher” abre sus puertas bajo su dirección, convirtiéndose en un modelo de referencia sobre cuidados de los enfermos terminal. Este movimiento ha tenido un gran éxito y se ha extendido por varios países durante los últimos 20 años, por el beneficio obtenido al mejorar la calidad de los enfermos con enfermedad terminal y sus familias. ^{1, 2, 3}



Figura 2. Dame Cicely Saunders. ¹

1.1 EN MÉXICO

En México, a partir de los años 60’s se inicia la fundación de Clínicas de Dolor, dirigida por el Dr. Vicente García Olivera, entrenando a nuevos médicos en el Hospital General de México, luego de haber sido capacitado en Estados Unidos por el Dr. John Bonica. ⁴



En 1972 se inaugura la Clínica de Dolor en el Instituto Nacional de Ciencias y Nutrición “Salvador Zubirán” de la Cd. De México, en 1976, en el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”. En 1981, se inicia la primera clínica multidisciplinaria del dolor en el Instituto Nacional de Cancerología (INCan). En 1992 se instala la primera “Unidad de Cuidados Paliativos” en el Hospital Civil de Guadalajara “Juan I Menchaca”, en 1999 en Guadalajara, Jalisco da inicio el Centro Universitario para el Estudio y Tratamiento del Dolor y Cuidados Paliativos auspiciado por la Universidad Autónoma de Guadalajara. ^{2, 3}

En 2007 el Dr. José Méndez Venegas, psicooncólogo, junto con el Dr. Armando Garduño Espinoza, médico pediatra, con el apoyo de la dirección del Instituto Nacional de Pediatría, crean la Unidad de Cuidados Paliativos, la cual atiende a más de 300 paciente al año. ³

En 2009 se establece la inclusión de los cuidados paliativos dentro de la Legislación Federal, estableciéndose en la Ley General de Salud, en diciembre de 2014 se publica en el Diario Oficial de la Federación la Norma Oficial Mexicana, No-011 SSA3-2014, Criterios para la atención de enfermos en situación terminal a través de cuidados paliativos. ⁴

El 31 de diciembre del 2010, se establece el Programa Nacional de Cuidados Paliativos (PALIAR) con el objetivo de brindar una vida digna a los mexicanos a través de servicios de salud eficientes y de calidad. Con base a este programa, en el Hospital General de México “*Dr. Eduardo Liceaga*” se ha actualizado la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos en tres coordinaciones conformadas por un equipo multidisciplinario: una atiende a pacientes oncológicos, otra a pacientes terminales no oncológicos y la tercera a pacientes pediátricos. ³



2. DEFINICIÓN

En 1990, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió los cuidados paliativos como “El cuidado integral de los pacientes cuya enfermedad no responde al tratamiento curativo.” Siendo el control del dolor y la atención de problemas psicológicos, sociales y espirituales algo primordial para lograr una mejor calidad de vida posible para los pacientes y sus familiares. ⁵

En 2002, la OMS redefinió a los cuidados paliativos como un abordaje para mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias que se enfrentan con enfermedades que amenazan la vida por medio de la prevención y alivio del sufrimiento, tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicológicos y espirituales. ⁶

Los cuidados paliativos pediátricos inician en el momento del diagnóstico de la enfermedad, continúan durante la vida del niño, independientemente del tratamiento específico que reciba, y se mantienen durante el proceso de duelo (apoyo a la familia). Tienen como objetivo velar por el interés del niño y proteger sus derechos. La atención paliativa se adapta a las necesidades de cada paciente en las diferentes etapas de su vida. ⁷

2.1 CARACTERÍSTICAS DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

La prioridad de los cuidados paliativos es proporcionar una mejor calidad de vida y de este principio surgen las siguientes características:

1. Exaltar la dignidad del ser humano, afirmar la vida y asumir la muerte como un proceso normal.
2. Habilitar a los pacientes a llevar una vida plena, útil, activa y disfrutable hasta el momento de su muerte. ⁵



3. No promover en médicos el uso de tratamiento inútiles.
4. No contemplar la eutanasia ni el suicidio asistido.
5. No pretender acelerar o retrasar la muerte.
6. No estar dirigidos a prolongar la vida de manera artificial.
7. No limitarse al control del dolor.
8. El cuidado proporcionado no es exclusivo del paciente, sino también de la familia. ⁵

2.2 ORGANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

Los cuidados paliativos (CP) se organizan en un sistema que garantiza la coordinación entre los diferentes recursos sanitarios y sociales, la mayoría de los programas contemplan varios niveles de atención, dependiendo el volumen y complejidad de los problemas del paciente. ⁸ Tabla 1

- Los cuidados paliativos *básicos, primarios, generales o de enfoque paliativo*: Son los cuidados que deben proporcionarse a todos los pacientes que lo necesiten en cualquier ámbito de atención, incluye la atención primaria, cualquier servicio hospitalario (oncología, radioterapia, medicina interna y otros servicios clínicos), servicios de urgencias, centros sociosanitarios, etc.

El nivel básico debe evaluar las necesidades de los pacientes en los distintos momentos y en las distintas áreas de los cuidados, debe responder a estas necesidades, de acuerdo con sus capacidades en cuanto a conocimientos, habilidades, competencias y recursos, deben saber cuándo remitir a los pacientes a servicios especializados. ⁸

- Los cuidados paliativos *específicos, secundarios, especializados o avanzados*: Son los ofrecidos por unidades con formación exclusiva a los CP, consisten en el control de síntomas difíciles, en la toma de decisiones complejas tomando en cuenta principalmente el interés del niño, sus necesidades, y en el acompañamiento de la familia durante la vida y tras la muerte del niño. ⁷

Niveles de atención paliativa			
<i>Nivel de atención paliativa</i>	<i>Profesional responsable</i>	<i>Competencias</i>	<i>Papel del equipo de cuidados paliativos pediátricos</i>
Nivel 1: Enfoque paliativo	Todos los pediatras	Ofrecer atención integral	Asesoramiento del pediatra en el enfoque terapéutico y facilitación de la toma de decisiones difíciles.
Nivel 2: Cuidados paliativos generales	Pediatras de UCIP, Neonatólogos, Neuropediatras, Oncólogos infantiles, etc.	Control de síntomas, implicación de la toma de decisiones, atención al final de la vida	El paciente permanece a cargo del pediatra general o pediatra de especialidad
Nivel 3: Cuidados paliativos específicos	Pediatras de dedicación exclusiva a los cuidados paliativos	Control de síntomas difíciles, colaboración en la toma de decisiones, atención al final de la vida y durante el duelo	El paciente pasa a cargo de una Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos. Se mantienen intervenciones del pediatra general y de los pediatras de las especialidades necesarias

Tabla 1. Niveles de atención paliativa. ⁷



El nivel avanzado debe proporcionar atención a pacientes con necesidades asistenciales complejas e intensivas, realizar pruebas diagnósticas complementarias o tratamientos específicos que deben realizarse en el ámbito hospitalario, proporcionar tratamiento ante síntomas de difícil control, atender necesidades de tipo social o familiar. ⁸

3. PACIENTE CON ENFERMEDAD TERMINAL

El paciente con enfermedad terminal, es aquel que padece una enfermedad avanzada, progresiva e irreversible, reciba o no tratamiento específico y que probablemente fallezca en un periodo de tres a seis meses. ^{9, 10}

Los criterios de diagnóstico para enfermedad terminal son:

1. Falta de posibilidades razonables en respuesta al tratamiento específico.
2. Presencia de síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
3. Impacto emocional en el paciente, la familia y el equipo terapéutico, ante las posibilidades de muerte.
4. Pronóstico de vida en el que se incorporan criterios centrados en las necesidades del paciente. ⁹

De acuerdo con un reporte del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el cáncer es la segunda causa de muerte (reporte 2007) en los niños entre 1 y 14 años de edad. Aunque existen otras enfermedades y condiciones que se pueden clasificar como enfermedad terminal, como: malformaciones congénitas, enfermedades del sistema circulatorio, enfermedades del sistema nervioso, enfermedades infecciosas y parasitarias, entre otras. ¹¹



3.1 CÁNCER

El cáncer es la primera causa de muerte por enfermedad en pacientes pediátricos que, por definición, es una condición que pone en peligro la vida. Entre los tumores malignos pediátricos más frecuentes se encuentran las leucemias (30%), los tumores del sistema nervioso central (SNC) (20%), los linfomas (15%) y los tumores de cresta neural (10%).^{5, 12}

La detección de la enfermedad en estadios iniciales se puede llevar a cabo mediante el reconocimiento de signos y síntomas de sospecha como: fiebre prolongada, fallo de medro, irritabilidad, palidez, equimosis, aumento del perímetro cefálico, leucocoria, distensión abdominal, hepatomegalia, esplenomegalia, focalidad neurológica, diarrea, estreñimiento, lesiones cutáneas o adenopatías persistentes, entre otros.¹²

Al determinar que un paciente con cáncer se encuentra en fase terminal, se pueden presentar tres situaciones que representan la pauta para el uso de tratamiento oncológico paliativo:

- a) Neoplasia en remisión, acompañada de complicaciones o comorbilidad grave e incurable con mínimas posibilidades de tratamiento.
- b) Neoplasia refractaria a tratamiento, pero estable.
- c) Neoplasia refractaria y progresiva, que casi siempre se acompaña de repercusión orgánica.⁵

La medición del nivel de actividad del paciente y de su necesidad de requerimientos médicos, se determina mediante escalas que forman parte de la evaluación del paciente con cáncer. La escala de Karnofsky es de las más utilizadas para este fin en niños y adolescentes con cáncer. Entre sus

aplicaciones podemos citar, el establecimiento de criterios de conveniencia para llevar a cabo distintos tratamientos, medir de forma global el estado funcional en pacientes oncológicos, predecir la evolución y supervivencia en dichos pacientes.^{5, 13}

La escala de Karnofsky muestra el valor asignado a cada paciente de acuerdo al grado de enfermedad y estado funcional. Es una tabla descendiente que va de la normalidad a la muerte. Así pues, los pacientes con un valor igual o superior a 60 son capaces de satisfacer la mayoría de sus necesidades, mientras aquellos con un valor igual o inferior a 30 están totalmente incapacitados y necesitan tratamiento de soporte activo.¹³ Tabla 2

Escala de Karnofsky	
Puntuación	Situación clínico funcional
100	Normal, sin quejas ni evidencia de enfermedad.
90	Capaz de llevar a cabo actividad normal, pero con signos o síntomas leves.
80	Actividad normal con esfuerzo, algunos signos y síntomas de enfermedad.
70	Capaz de cuidarse, pero incapaz de llevar a cabo actividad normal o trabajo activo.
60	Requiere atención ocasional, pero es capaz de satisfacer la mayoría de sus necesidades.
50	Necesita ayuda importante y asistencia médica frecuente.
40	Incapaz, necesita ayuda y asistencia especiales.
30	Totalmente incapaz, necesita hospitalización y tratamiento de soporte activo.
20	Muy gravemente enfermo, necesita tratamiento activo.
10	Moribundo irreversible.
0	Muerto

Tabla 2. Escala de Karnofsky.¹³

3.2 INSUFICIENCIA CARDÍACA

La insuficiencia cardíaca (IC) es un síndrome caracterizado por disnea y retención de líquidos. La IC avanzada corresponde al estadio D de la American Heart Association y se define como el grupo de pacientes que limitan su calidad de vida a pesar de seguir un tratamiento médico óptimo y en los que no es probable ni esperable que se produzca una mejoría o remisión de los síntomas con el tratamiento activo.¹⁴

La clasificación de IC más utilizada en niños es la modificada de Ross, esta clasificación incorpora variables como dificultad en la alimentación y retraso en el crecimiento (Tabla 3). El control de síntomas como disnea o dolor, debe continuar junto con el manejo de diuréticos, inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA) y betabloqueantes durante todo el tiempo en que este tratamiento siga siendo tolerado e indicado.^{14, 15}

Clasificación de la insuficiencia cardiaca en niños. Modificado de Ross.	
Clase I	Asintomático.
Clase II	Ligera taquipnea o diaforesis a la alimentación en lactantes.
Clase III	Disnea de esfuerzo en niños mayores, Marcada taquipnea o diaforesis a la alimentación en lactantes, Marcada disnea de esfuerzo Tiempo prolongado en la toma del biberón Retraso en el crecimiento.
Clase IV	Taquipnea, aumento del trabajo respiratorio, gruñidos o diaforesis en reposo.

Tabla 3. Clasificación de la IC en niños. Modificado de Ross.¹⁵



El 50% de los pacientes con IC avanzada morirán dentro del año de diagnóstico, el 50% restante lo hará en un plazo de 5 años y un 50% morirá en cualquier momento de manera súbita. El óptimo beneficio que obtienen los pacientes con IC avanzada lo adquieren de una combinación entre el tratamiento convencional y el paliativo. ¹⁴

3.3 ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

La enfermedad renal crónica se define como la presencia de lesión renal por un tiempo de tres meses o más, o una tasa de filtración glomerular < 60ml/min/1.74 m² por un tiempo mayor a tres meses y ocasionan alteraciones sanguíneas y en la composición de la orina. La enfermedad se asocia con alteraciones estructurales de las vías urinarias, sus principales causas son hereditarias y congénitas en el 26% de los casos, el 23% se debe a enfermedad glomerular y el 11% a glomerulonefritis, incluida la vasculitis. ^{16, 17}

4. AFRONTAMIENTO DE LA MUERTE EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

Los cuidados paliativos se concentran en el control de síntomas y el acompañamiento del niño y su familia en aspectos psíquicos, emocionales y espirituales, por lo tanto, la comunicación entre el niño, los padres de familia y el equipo de cuidados paliativos son esenciales para la asistencia y acompañamiento durante el proceso de duelo. “La cercanía, la accesibilidad y el contacto repetido generan una relación de confianza que crea los vínculos necesarios para la relación terapéutica y para el cuidado de todo el proceso desde el momento de diagnóstico hasta la elaboración del duelo posterior a la muerte del niño.” ¹⁸



Tener una comunicación abierta permite que el niño exprese sus miedos y deseos para reducir la angustia e incertidumbre que produce la sensación de pérdida de control y autonomía. También se pueden brindar herramientas a la familia para que aprenda a manejar sus capacidades y recursos internos y externos, y mejorar la preparación para la pérdida. ¹⁹

En ocasiones los niños no son capaces de expresar sus emociones o temores, por ello, es necesario atender otras señales que indiquen preocupación y malestar psicológico, como: irritabilidad, juegos o dibujos relacionados con la muerte, tristeza, aislamiento, nerviosismo, falta de control emocional, etc. La comunicación con el niño debe ser con lenguaje simple y directo de acuerdo su edad utilizando dibujos y metáforas. ^{18, 20}

Después de la comunicación del diagnóstico, la reacción de los padres y del niño con enfermedad terminal pasa por un proceso con distintas fases, las cuales se explican a continuación:

- Elaboración de la información: Comprensión de la gravedad de la enfermedad.
- Fase de shock y embotellamiento emocional: Pérdida de control, incertidumbre, muchas interrogantes.
- Fase de negación: Los padres pueden sentir culpa propia o proyectarla en los médicos, el destino o en Dios. Los niños buscan, igualmente, una causa según el concepto de enfermedad que tengan por su desarrollo evolutivo. Aparecen sentimientos de rabia, depresión y ansiedad.
- Fase de negociación: Se ofrece un “buen comportamiento” a cambio de la curación: pueden aparecer rituales o supersticiones. ^{18, 20}



- Fase de aceptación: Permanecen grados de ansiedad y depresión más altos de lo normal.
- Proceso de tratamiento: Circunstancias demandantes como: hospitalizaciones, gastos económicos, abandono de otras tareas e hijos, procedimientos diagnósticos y terapéuticos dolorosos, separación de los padres.
- Fase terminal: En casos de enfermedades mortales, cuando el niño está cerca de la muerte, la familia y el personal de salud inicia un proceso de *duelo anticipado*. En estos momentos los padres necesitan mayor apoyo y cercanía para exponer sus sentimientos e inseguridades y el niño, necesita que se le transmita la seguridad de que está acompañado y que tiene la libertad de expresar sus sentimientos y todo lo que le preocupa. ^{18, 20}

5. MANEJO ODONTOLÓGICO DEL PACIENTE PALIATIVO

Para que el tratamiento de un paciente en etapa paliativa se realice adecuadamente se debe apoyar de una consulta interdisciplinaria entre el médico y el odontólogo lo que ayudará a disminuir el dolor, prevenir infecciones, mejorar la nutrición, entre otros aspectos.

La *American Academy of Pediatric Dentistry* (AAPD) sugiere un protocolo de atención a pacientes pediátricos enfocándose en el manejo odontológico para las distintas fases del tratamiento en los diferentes estadios de tratamiento para el cáncer, este protocolo ha sido adaptado para los pacientes paliativos en general por el programa “Una Sonrisa a la Vida” y se explica a continuación. ²¹



5.1 CARACTERÍSTICAS PARA ENTRAR A EL PROGRAMA DE CUIDADOS PALIATIVOS

El paciente podrá ser integrado al programa de cuidados paliativos desde que se hace el diagnóstico de la enfermedad, durante todo el tratamiento, durante el seguimiento y al final de la vida. Deben cumplir las siguientes características:

- Pacientes que padezcan cáncer, enfermedad cardíaca, enfermedades pulmonares, insuficiencia renal, demencia, VIH/SIDA o esclerosis lateral amiotrófica, que presenten signos y síntomas orales.
- Pacientes que cursan con enfermedades terminales que se encuentran fuera de un tratamiento médico o en enfermedades muy graves que cursan con tratamientos que prolongan la vida.
- Pacientes con alto riesgo de afectación a su vida por complicaciones orales. ²¹

5.1.1 CONTACTO INICIAL

Esta fase comprende el periodo de tiempo que va desde el diagnóstico médico y la admisión hasta el inicio del tratamiento. Debe realizarse la revisión bucal junto con un diagnóstico detallado inmediatamente después del diagnóstico y antes de dar inicio al tratamiento de la enfermedad. Esto facilitará la relación odontólogo-paciente antes del inicio de las complicaciones orales relacionadas con el tratamiento que recibirá. El examen oral incluirá una evaluación clínica y radiográfica de la cavidad bucal detallada, lo que permitirá establecer estrategias para prevenir caries y dar una orientación anticipada basada en el diagnóstico médico del paciente. ²¹



- El tratamiento deberá ser rápido, eliminando posibles focos de infección y iatrogénicos como restauraciones en mal estado, fracturas, retiro de cualquier tipo de aparatología.

- Se debe dar particular atención a pacientes en los que se tenga que realizar extracciones dentarias de piezas permanentes, y que estos tengan que recibir radiación, debido al riesgo de osteonecrosis. Deberá realizarse el tratamiento entre 7 y 10 días antes del tratamiento para el cáncer, tomándose en cuenta las condiciones del paciente y las recomendaciones del médico especialista.

- Se debe incluir una educación preventiva con motivación en higiene oral tanto al paciente como a la familia y/o cuidadores, haciendo énfasis en una rutina de cuidado correcta y cuidadosa, disminuirá el riesgo de desarrollar un nivel moderado o severo de mucositis y otro tipo de lesiones, así como, disminuirá el riesgo de infecciones o septicemia en la cavidad bucal. ²¹

5.1.2 DURANTE EL TRATAMIENTO

Esta fase corresponde al periodo desde el inicio del tratamiento y 30 a 45 días después del mismo. En esta fase no se deben hacer tratamientos odontológicos de rutina y de presentarse una urgencia debe realizarse estrictamente bajo la consulta y aprobación del médico especialista. En casos de radioterapia de cabeza y cuello deberán hacerse aplicaciones periódicas de flúor.

- Se deberá realizar un control constante para poder detectar a tiempo lesiones secundarias derivadas de la terapia, como mucositis, candidiasis, xerostomía, entre otras. De presentarse, el tratamiento a seguir debe ser tópico y sintomático. ²¹



5.1.3 SEGUIMIENTO POST TRATAMIENTO

Con esta fase se concluye la participación en el programa. Es la fase posterior al tratamiento, dura aproximadamente un año y el resto de vida. Se necesitará educar al paciente, familiares y/o cuidador primario acerca de las posibles secuelas a largo plazo. Se realizará control cada tres meses en el primer año y cada 6 meses a partir del segundo año. De tener una recaída, el paciente volverá a la fase inicial. ²¹

5.2 FORMACIÓN PROFESIONAL AUXILIAR EN ATENCIÓN DE SALUD BUCAL EN CUIDADOS PALIATIVOS

Con el fin de promover la educación en el campo de la salud y enriquecer el área de cuidados paliativos, así como para aportar una mayor demanda de empleos con profesionales especializados en el área. ²¹

Se propone la implementación de una Formación Profesional como Auxiliar o Higienista Dental en Cuidados Bucales para Pacientes Paliativos.

La finalidad de esta propuesta sería:

1. Saber obtener datos de salud y enfermedad de la cavidad bucal mediante la inspección y exploración, registrándolos.
2. Aplicar técnicas preventivas y asistenciales según protocolos establecidos.
3. Colaborar en la obtención de radiografías dentales y técnicas radiológicas, cumpliendo las normas y criterios de radioprotección.
4. Planificar y desarrollar las actuaciones necesarias para aplicar un programa de seguimiento epidemiológico a estos grupos de la población. ²¹



5. Diseñar e implementar actividades de educación sanitaria para fomentar la salud bucodental de las personas y de la comunidad. ²¹

6. ALIVIO DEL DOLOR

Un aspecto importante en la atención de pacientes (niños o adultos) en estado terminal es el alivio del dolor. Esta característica de los cuidados paliativos debe realizarse con todos los recursos que se tengan a la mano, incluyendo fármacos, psicoterapia y radioterapia. Recordando que el alivio del dolor es un derecho fundamental del niño enfermo y evitar el sufrimiento de manera innecesaria. ¹⁰

6.1 EVALUACIÓN DEL DOLOR

Para la evaluación del dolor deben considerarse lo siguientes aspectos:

- Temporalidad del dolor: agudo, crónico o incidental (provocado).
- Mecanismo fisiopatológico: dolor nociceptivo (superficial, visceral u óseo), neuropático o mixto.
- Síndromes de dolor oncológico: provocado directa o indirectamente por el tumor, derivado del tratamiento. ²²

La descripción del dolor es subjetiva en cada paciente y debe ser descrita y valorada cuantitativamente para una planificación terapéutica más exacta. Para la evaluación del dolor en pacientes pediátricos se utilizan diferentes escalas de acuerdo a la edad del niño, la escala FLACC se basa en la observación del estado fisiológico- conductual del niño tomando en cuenta la expresión facial: Face (F), el movimiento de las piernas: Legs (L), la actividad del niño: Activity (A), el tipo de llanto: Cry (C) y si requiere consuelo o no: Consolability (C) (Tabla 4). La escala visual análoga (EVA) da una puntuación

del 0 al 10, en donde 0 representa la ausencia de dolor y 10 un dolor insoportable. En pacientes escolares se utiliza la escala facial (Figura 3) en donde pueden identificar por medio de caras el tipo de dolor que presentan.⁵

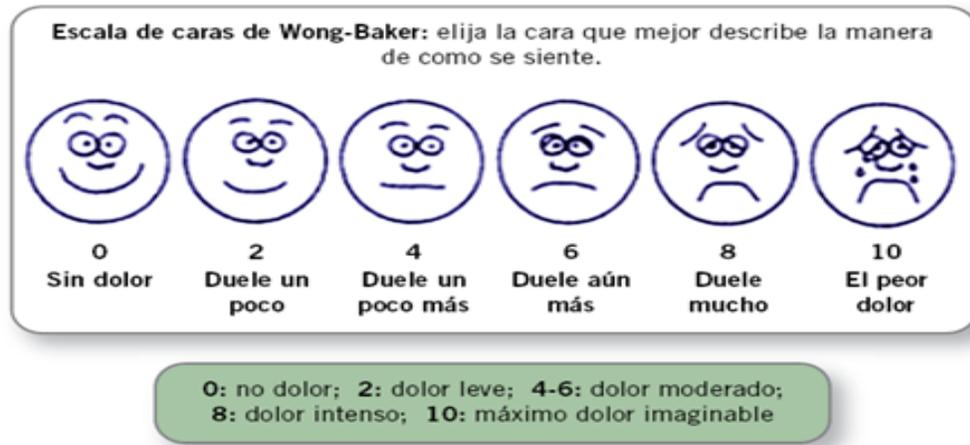


Figura 3. Escala facial de dolor para niños de 3 a 7 años de edad.²³

Escala visual análoga (EVA); FLACC: face, legs, activity, cry, consolability.		
Edad	Evaluación	Escala
0-3 años	Escalas fisiológico conductuales	FLACC
3-6 años	Escalas fisiológico conductuales, de colores o dibujos faciales	FLACC Escala facial
6-12 años	Escalas numéricas, analógico- visuales o de colores	Escala facial Escala visual análoga EVA
Mayor de 12 años	Escalas numéricas, analógico- visuales o verbales	Escala visual análoga Eva

Tabla 4. Escala para la evaluación del dolor de acuerdo a la edad.⁵



6.2 MANEJO FARMACOLÓGICO

Antes de iniciar un tratamiento farmacológico deben investigarse las causas del dolor haciendo una correcta anamnesis y exploración física detalladas. ⁵

Algunas recomendaciones para el control del dolor son:

- Es preferible prevenir su aparición que tratarlo.
- Los analgésicos deben ser adecuados a la intensidad y fisiopatología del dolor.
- La vía de administración debe ser la más sencilla y siempre que sea posible utilizar la vía oral.
- Evitar la sedación excesiva y una vez controlado el dolor, suprimir las drogas de forma gradual para evitar el síndrome de abstinencia.
- Complementar con soporte psicológico para disminuir factores emocionales.
- Nunca usar placebos. ²⁴

La OMS propone una escalera analgésica (Figura 4) que ha sido aplicada universalmente, la cual se divide en tres escalones: El primer escalón, el cual corresponde a los analgésicos no opioides (AINE, metamizol y paracetamol); El segundo escalón corresponde a los opioides débiles como la codeína, dihidrocodeína y tramadol; Y el tercer escalón que está constituido por los opioides fuertes como la morfina, estos pueden utilizarse por vía oral, por vía intramuscular, intravenosa o subcutánea. ⁸

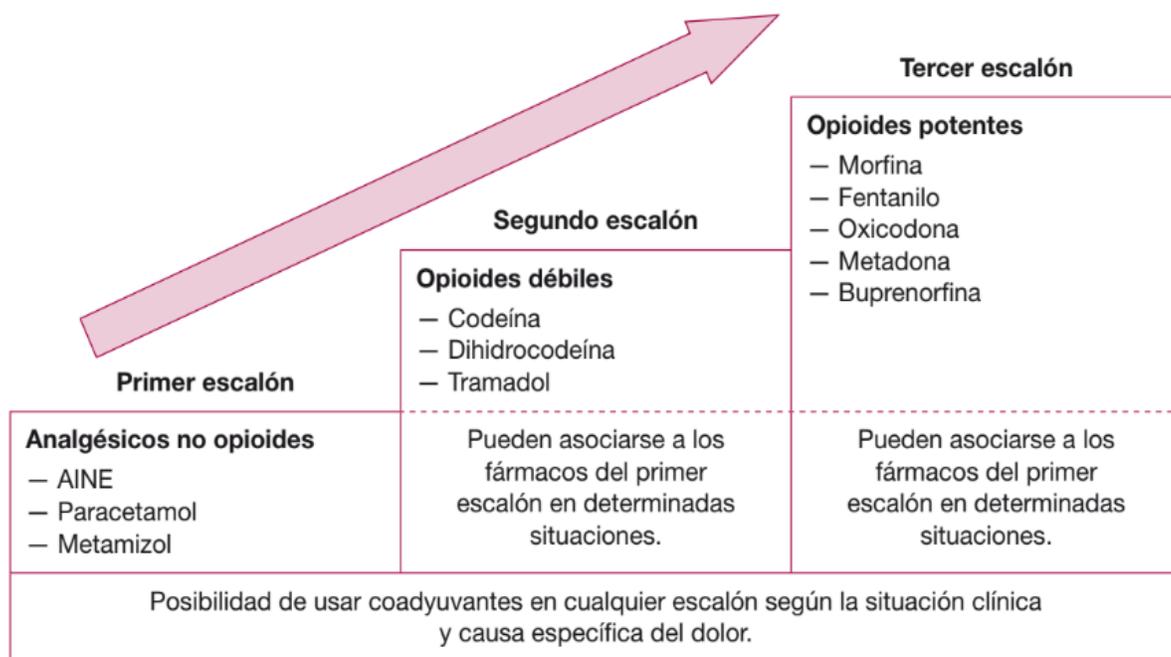


Figura 4. Escalera analgésica de la OMS. ⁸

7. COMPLICACIONES Y CUIDADOS EN CAVIDAD ORAL

Aquellos pacientes que cursan con una enfermedad terminal suelen presentar problemas o lesiones en cavidad oral, que muchas veces no son tomados con la importancia debida o son minimizados. Es importante prevenir los problemas orales por medio de una buena higiene e hidratación, ya que las consecuencias no solo afectan la correcta alimentación, sino también aspectos relacionados con la comunicación y las relaciones sociales. ^{8, 25}

Los objetivos de los cuidados en la cavidad oral son los siguientes:

1. Control y prevención del dolor en la cavidad oral para aumentar o mantener la ingesta oral. ⁸



2. Mantener mucosa y labios húmedos, limpios, suaves e intactos haciendo prevención de infecciones y promocionando así el confort.
3. Eliminar la placa bacteriana y restos de alimentos para evitar halitosis, infecciones orales, enfermedad periodontal o caries procurando no perjudicar la mucosa.
4. Evitar preocupaciones y molestias innecesarias y el aislamiento social.
5. Mantener la dignidad del paciente, también en los últimos momentos. ⁸

Las complicaciones orales más comunes en pacientes con enfermedad terminal e inmunosuprimidos como la mucositis, xerostomía, candidiasis oral, estomatitis, disgeusia y caries dental se presentan más adelante, así como sus características y tratamiento. ²⁵

7.1 MUCOSITIS

La mucositis es una reacción inflamatoria que daña todo el tracto gastrointestinal y se manifiesta en forma de eritema o ulceraciones, puede estar acompañada de xerostomía y cambios en el sentido del gusto. Está relacionada con medicamentos como ciclofosfamida, metotrexate, Ara-C, doxorubicina, melfalán, vinblastina o 5-FU en pacientes que reciben tratamiento de radioterapia o quimioterapia. ^{8, 25} Cuadro 1

Signos y síntomas de la mucositis

- Sensación de quemazón en la boca
- Eritema de la cavidad bucal
- Dificultad para ingerir alimentos y/o líquidos
- Úlceras
- Inflamación de la lengua, provocando una sensación de “lengua algodonosa”
- Encías sangrantes
- Dolor

Cuadro 1. Signos y síntomas de la mucositis. ²⁵

La OMS clasifica la gravedad de la mucositis en una escala del 0 al 4 (Figura 5) de la siguiente manera:

- 0 Sin signos de mucositis
- 1 Eritema o irritación
- 2 Ulceración y capacidad para comer sólidos
- 3 Ulceración y limitación para comer que solo permite la ingesta de líquidos
- 4 Ulceración con hemorragia y necrosis por la cual se debe recurrir a la alimentación parenteral hospitalaria. ^{8, 26}

Los cuidados en la cavidad oral incluyen: higiene bucal básica, el uso de dentífricos que no irriten, se pueden hacer enjuagues con solución salina o bicarbonato sódico cada 2-4 horas, evitar el consumo de alimentos ácidos o picantes, si el paciente se encuentra recibiendo quimioterapia, se puede realizar crioterapia durante su administración para producir vasoconstricción y disminuir el flujo sanguíneo de la mucosa oral. ²⁵



Figura 5. Características clínicas de la mucositis. Clasificación según la OMS. ²⁷

La crioterapia es un método alternativo que al provocar vasoconstricción evita que el medicamento llegue a la mucosa oral causando daño, además de generar una sensación de adormecimiento. El uso de crioterapia es eficaz al reducir el desarrollo de la lesión, así como disminuir la sintomatología dolorosa en pacientes en tratamiento con 5FU o melfalan. ²⁸

La clorhexidina como agente antiinflamatorio y antimicrobiano contribuye a atenuar la incidencia de la mucositis y evitar la sobreinfección cuando ya está instalada, aunque puede ser algo irritante. Otros agentes pueden ser: yodo, enjuagues de betametasona en altas dosis, inmunoglobulinas, antimicóticos y antivirales. Para el tratamiento sintomático paliativo se puede recurrir a anestésicos tópicos como la lidocaína viscosa al 2% en ungüentos o aerosoles. ²⁶

7.2 XEROSTOMÍA

La xerostomía es una sensación subjetiva de boca seca, y se define como la reducción o ausencia en la producción de secreción salival. La reducción de saliva aumenta la probabilidad de ulceraciones, candidiasis e infecciones, además de hacer más difícil la alimentación y provocar una sensación desagradable para el paciente. Sus causas son variables y pueden potenciarse entre sí: tratamiento con radioterapia en tumores de cabeza y cuello, medicación, deshidratación y causas psicológicas, como la ansiedad y la depresión.^{8, 25}

Las tasas globales de flujo salival no estimulado menores de 0,1 ml/min se consideran indicadoras de hiposalia (disminución en la secreción salival), ya que la producción normal es de 0,3- 0,5 ml/min.²⁶ Cuadro 2

Signos y síntomas de la xerostomía	
<ul style="list-style-type: none">• Sequedad de boca• Sensación de irritación o ardor, especialmente en la lengua• Labios agrietados• Heridas en las comisuras de la boca• Lengua áspera y agrietada• Halitosis	<ul style="list-style-type: none">• Problemas en la masticación y deglución, por falta de lubricación del bolo alimenticio• Incremento de caries o lesiones dentales• Variación en el sabor de los alimentos

Cuadro 2. Signos y síntomas de la xerostomía.²⁵

Para el tratamiento de la xerostomía se puede recurrir a chicles con flúor sin azúcar, o solución salina con bicarbonato de sodio que puede mejorar la lubricación oral, así como estimular las glándulas salivales que aumentan el flujo de la saliva. Para casos más severos, la pilocarpina, es un fármaco que



estimula la secreción salival. También se puede recurrir a la saliva artificial compuesta por xilitol, sales minerales, agentes antimicrobianos y polímeros. ²⁶

Para la higiene bucal, el lavado de dientes, encía y lengua se recomienda usar un cepillo de uso infantil y pastas dentífricas que no sean irritantes y con sabor agradable, otra opción es el uso de una torunda o del dedo índice cubierto por una gasa para realizar la higiene. Para mantener los labios humedecidos se puede utilizar manteca de cacao. Se recomienda aclarar (antes y después de las comidas) la boca con manzanilla (que actúa como anestésico local) y limón (que estimula la salivación). ²⁵

7.3 CANDIDIASIS

Es la infección micótica más frecuente en pacientes con cáncer, puede aparecer, como consecuencia de tratamientos inmunosupresores (radioterapia y quimioterapia) o en pacientes con SIDA; también es frecuente en pacientes no oncológicos como consecuencia de tratamientos antibióticos, corticoides y deficiente higiene bucal. Es causada por el sobre crecimiento del hongo nativo *Cándida Albicans*, que ante ciertas circunstancias se vuelve oportunista. ^{8, 29}

Las características clínicas en pacientes inmunocomprometidos es la forma seudomembranosa o “muget”, caracterizada por presentar una seudomembrana superficial blanda, blanquecina o grisácea que se remueve fácilmente dejando una base eritematosa, ulcerada y dolorosa (Figura 6). Otra forma en la que puede presentarse es la candidiasis eritematosa la cual puede confundirse fácilmente con mucositis. ²⁹ Cuadro 3

Signos y síntomas de la candidiasis

- Zonas de enrojecimiento con o sin placas de color blanco
- Dificultad para deglutir
- Alteración del gusto
- Presencia de aftas
- Alteración en el sentido del gusto, puede referir sabor metálico en la lengua
- Lesión por agrietamiento en la comisura labial
- Hipertrofia de las papilas filiformes

Cuadro 3. Signos y síntomas de la candidiasis. ²⁵

Para el tratamiento la higiene oral es muy importante, primero se deben quitar las placas micóticas arrastrándolas con el cepillo y abundante agua, complementando con enjuagues con clorhexidina al 0,12% antes de administrar un antimicótico tópico. Estos medicamentos se administran habitualmente en forma de solución, suspensión, comprimidos para chupar o geles orales y, en caso de afectación en los labios también en forma de crema. Es importante que la forma farmacéutica utilizada permanezca el mayor tiempo posible en boca y evitar comer o beber durante 30 minutos tras su administración. ^{25, 30}

En caso de uso tópico de miconazol en gel, la dosis es de media cuchara dosificadora en niños de hasta 14 años y de una cuchara dosificadora en niños mayores y adultos. La duración del tratamiento suele ser de 2 semanas por término medio. ³⁰

El fluconazol se administra habitualmente por vía oral a una dosis de 100 mg/día durante 7-14 días. Como alternativa se puede administrar itraconazol en solución (100 mg 2/día durante 1 semana o 2 semanas, si procede). En los casos de resistencia a fluconazol, se puede utilizar anfotericina B por vía intravenosa. ³⁰



Figura 6. Características clínicas de la candidiasis. ³¹

7.4 ESTOMATITIS

La estomatitis es la inflamación de la mucosa oral y afecta cualquier zona de la cavidad bucal (labios, encías, lengua, etc.). Su etiología es variable y está asociada a malnutrición, el uso de antimetabolitos y antibióticos antitumorales, radioterapia en cabeza y cuello, por déficit de hierro o ciertas vitaminas del grupo B o una higiene bucal insuficiente. ²⁵

La estomatitis aftosa recurrente se caracteriza por la aparición de una o varias úlceras (aftas) en la mucosa oral (Figura 7), generalmente en zonas no queratinizadas que persisten durante días o semanas provocando dolor. ³²

Cuadro 4

Signos y síntomas de la estomatitis	
<ul style="list-style-type: none">• Zonas con eritema• Presencia de ampollas y/o aftas	<ul style="list-style-type: none">• Dificultad para tragar• Úlceras• Dolor

Cuadro 4. Signos y síntomas de la estomatitis. ²⁵

Su tratamiento se enfoca principalmente en cuatro objetivos primordiales:

- a) Promover la curación de la úlcera y reducir su duración.
- b) Calmar el dolor, para reducir la morbilidad y potenciar la función.
- c) Favorecer la nutrición del paciente, para asegurar una adecuada ingesta de alimentos.
- d) Controlar la enfermedad, previniendo las recurrencias o reduciendo su frecuencia. ³²



Figura 7. Estomatitis aftosa. ³²

Como tratamiento paliativo para el alivio del dolor se puede emplear el uso de analgésicos, anestésicos locales y antimicrobianos como:

- Dos tabletas de dipirona de 300 mg cada 6 u 8 horas.
- Aplicación tópica de lidocaína al 2%.
- Uso de colutorios alcalinos como perborato de sodio o bicarbonato de sodio cuatro veces al día. ³³



- Enjuagues orales antihistamínicos: Difenhidramina tres veces al día para el alivio del dolor.
- Antimicrobianos: colutorios de clorhexidina al 0.12% (15 ml) dos veces al día durante un minuto sin enjuagarse, comer o beber durante media hora, por 7 días.³³

7.5 DISGEUSIA

La disgeusia es un trastorno en el sentido del gusto que va de la mano con la hiposalivación, ya que al carecer de estímulos gustativos la secreción salival se ve aún más reducida. La etiología es variable y se asocia con neurotoxicidad directa de las células gustativas, xerostomía e infección.²⁶

Se ha informado que los complementos con sulfato de zinc ayudan en la recuperación del sentido del gusto. Se debe asegurar una ingesta nutritiva adecuada con el uso de complementos nutricionales y vitamínicos desde antes del inicio de la terapia oncológica para evitar malnutrición y pérdida de peso que agrave el desarrollo, curso y pronóstico de lesiones e infecciones.²⁶

7.6 CARIES DENTAL

La caries dental es una complicación muy común en pacientes que reciben tratamiento de radioterapia y se relaciona con varios factores, entre ellos la xerostomía o hiposalia, también influye la deficiencia en la higiene oral por las molestias que pueden presentar los pacientes, la sustitución de una dieta regular por otra más blanda rica en carbohidratos la cual suele ser pastosa o líquida, la disminución del Ph salival y la aparición de una microbiota oral con características acidogénicas y cariogénicas.^{34, 35, 36}

Las lesiones provocadas suelen ser irreversibles y extensas, afectando el tercio cervical de los dientes, tanto en zonas vestibulares como palatinas o linguales, aunque en menor proporción también pueden verse afectados los bordes incisales (Figura 8). Entre los principales síntomas se presenta la hipersensibilidad a la temperatura y a los alimentos dulces.³⁴



Figura 8. Caries dental en niño de 3 años tratado con radioterapia en región de cabeza y cuello.³⁶

Como tratamiento preventivo y paliativo se recomienda llevar una dieta blanda y equilibrada con suplementos vitamínicos y protéicos, evitando los alimentos cariogénicos. Se deben restaurar los dientes afectados mediante obturaciones estéticas o técnica restauradora atraumática (TRA), la higiene oral debe ser minuciosa, realizada con cepillo dental suave, pastas dentífricas desensibilizantes y colutorios desinfectantes, también se puede emplear el uso de enjuagues con solución acuosa de lidocaína en caso de dolor y aplicaciones tópicas de fluoruro en gel o barnices de clorhexidina de manera constante.^{34,}

35



8. TRATAMIENTOS PALIATIVOS EN CAVIDAD ORAL

Debido a las complicaciones orales ya mencionadas se pueden presentar situaciones como dolor, hemorragia, o infección en cavidad oral, para realizar un tratamiento adecuado debemos determinar la causa, el origen y la localización del mismo. ^{37, 38}

8.1 TRATAMIENTO DEL DOLOR

Para el tratamiento del dolor en boca se puede realizar cambios en la consistencia y temperatura de la dieta, hidratación constante mediante sorbos de agua o pequeños trozos de hielo, modificación de la técnica de higiene mediante el uso de cepillos con cerdas suaves y gasa húmeda, el empleo de enjuagues sin alcohol, la lubricación y humectación de labios constante con vaselina o manteca de cacao, aplicación tópica de solución a base de hidróxido de aluminio, hidróxido de magnesio y dimeticona en suspensión con difenhidramina, colocación de dispositivos intraorales auxiliares como: protectores bucales o guardas. ³⁷

Como tratamiento paliativo se pueden realizar:

- Enjuagues con manzanilla, ya que este actúa como anestésico tópico. ³⁸
- Aplicar anestésicos locales como la lidocaína al 2% siempre que el paciente lo necesite.

También puede realizarse el siguiente preparado:

- 1 litro de manzanilla.
- 1 frasco de nistatina suspensión (60 ml).
- 1 ó 2 ampolletas de mepivacaína. ³⁸

El enjuague debe realizarse siempre que sea necesario de 4 a 6 veces al día. Se puede mantener preparado en refrigeración y desechar a las 24-48 horas después de realizarlo. ³⁸

8.2 TRATAMIENTO EN HEMORRAGIA

En caso de hemorragia es importante la evaluación de estudios complementarios de laboratorio como: biometría hemática y tiempos de coagulación, así como el estado general del paciente para determinar si la hemorragia debe ser manejada sistémicamente en conjunto con el médico tratante mediante el empleo de transfusiones. ³⁷

Los métodos locales para detener una hemorragia se dividen en: medios físicos fríos (presión mediante gasas húmedas, uso de subsalicilato de bismuto) (Figura 9) o, en caso de ser necesario, el empleo de hemostáticos locales (espuma de gelatina, celulosa oxidada) o colocación de puntos de sutura. ³⁷



Figura 9. Hemostasia a base de presión y subsalicilato de bismuto. ³⁷



Como tratamiento paliativo se deben tomar las siguientes medidas:

- Realizar los cuidados de limpieza habituales.
- Aplicar agua oxigenada diluida al 50% con suero salino.
- Humedecer la boca con cubitos de hielo o administrar líquidos fríos.
- Administración de alimentos blandos y no calientes.
- Realizar el cepillado dental con delicadeza y no energéticamente.
- No realizar enjuagues con movimientos bruscos o fuertes.³⁸

8.3 TRATAMIENTO EN INFECCIONES

En caso de que el paciente curse con algún proceso infeccioso en la cavidad oral se debe determinar la causa para tener un correcto diagnóstico y valorar la eliminación analizando el riesgo que se toma, así como el beneficio que se obtendrá con el tratamiento, que puede ser radical (extracción) o sólo con medidas paliativas (por ejemplo, drenaje de abscesos), uso de antibióticos, anti fúngicos, antiinflamatorios y analgésicos a dosis respuesta.³⁷

También se pueden realizar enjuagues a elegir con:

- Povidona Yoyada oral (1 ó 2 cucharaditas de café) diluida en 100 ml de agua.
- Agua oxigenada de 10 volúmenes diluida en proporción al 50% con suero salino.³⁸

8.4 RECOMENDACIONES GENERALES

En caso de que el paciente tenga limitación de movimientos y requiera de ayuda para realizar su higiene oral, se le debe informar el procedimiento a realizar antes de iniciar, se debe sentarlo o colocarlo en posición de Fowler, si

se encuentra encamado, limpiar dientes, lengua y mucosa, secar labios y zona circundante, aplicar vaselina o manteca de cacao y repetir el procedimiento después de cada alimento. ³⁸ Figura 10 y 11

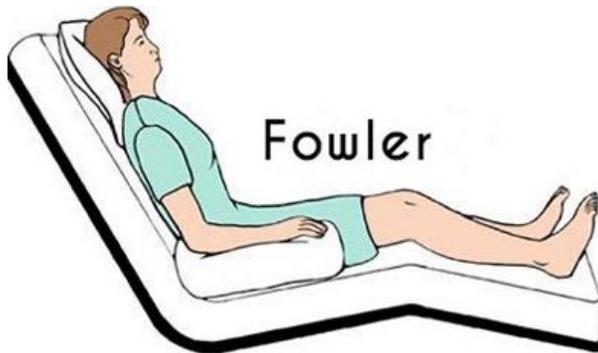


Figura 10. Posición de Fowler. ³⁹



Figura 11. Higiene oral asistida. ⁴⁰

En caso de pacientes inconscientes (Figura 12) se deben aspirar las secreciones bucofaríngeas si es necesario, girar la cabeza del paciente hacia un lado, colocando una toalla debajo, abrir la boca del paciente con ayuda de un depresor, para facilitar la limpieza de encías, mucosa y lengua utilizando una pinza con una torunda empapada en solución antiséptica, secar e hidratar los labios y realizar, repetir el procedimiento las veces que sea necesario. ⁴¹



Figura 12. Higiene oral en pacientes inconscientes. ⁴²

Para pacientes entubados se debe comprobar la presión del neumotaponamiento, retirar el tubo de Mayo o mordida en caso necesario, lavarse las manos y ponerse guantes estériles, aspirar las secreciones endotraqueales y bucofaríngeas. ⁴³

Irrigar la cavidad oral introduciendo 10-15 ml de antiséptico al mismo tiempo que se aspira con una sonda atraumática, repitiendo este procedimiento las veces necesarias. Limpiar la cavidad oral con una torunda impregnada de solución antiséptica, volver a irrigar y aspirar. Retirar la succión del tubo endotraqueal, secar labios y valorar el estado de las comisuras labiales y mucosas, colocar el tubo de Mayo o mordida si lo necesita y repetir este procedimiento cada vez que sea necesario. ⁴³ Figura 13



Figura 13. Higiene oral en pacientes entubados. ⁴⁴

Para concluir, otros aspectos que se deben tomar en cuenta para el tratamiento paliativo en cavidad oral, son los siguientes:

- Valorar diariamente el estado de la boca y limpiar las secreciones nasales para evitar que el paciente respire por la boca. ^{25, 38}



- Incrementar la ingesta de líquidos, se recomienda tomar pequeños sorbos con mayor frecuencia. Se pueden añadir a la dieta zumos ácidos que no contengan azúcar.
- Dar pedazos de fruta fría (especialmente cítricas), chicles o caramelos ácidos sin azúcar para aumentar la salivación y humidificar las mucosas. Es recomendable chupar cubitos de hielo, y, como alternativa, se pueden dar pedazos de fruta congelados (ej. melón).
- Chupar comprimidos de vitamina C.
- Se podrán añadir salsas (no irritantes ni picantes) o líquidos en los alimentos para humedecerlos, se tendrá que adecuar la textura y temperatura de la comida a las necesidades y/o preferencias del paciente. Por lo general, suele ser necesario que la dieta sea blanda o líquida. Además, los alimentos fríos o que se encuentran a temperatura ambiente son mejor tolerados por el paciente. ^{25, 38}



CONCLUSIONES

Los cuidados paliativos deben de ir acompañados de un enfoque integral y multidisciplinario para brindar una mejor calidad de vida en la medida de lo posible, tanto para el paciente como para la familia. Están dirigidos principalmente a proporcionar el mayor bienestar a los pacientes enfermos más que en el tratamiento de la enfermedad.

La atención y cuidados en la cavidad oral son indispensables en los pacientes terminales ya que evita problemas de deglución, fonación, nutrición, depresión y aislamiento social. Frecuentemente es un área de atención descuidada debido a que no hay difusión de la participación del odontólogo en el equipo de cuidados paliativos.

Una de las principales barreras para aplicar los cuidados paliativos lo representa la ausencia del tema en los programas de estudio de los odontólogos. Los profesionales de salud deben adquirir conocimientos sobre este apartado olvidado: la atención del paciente en la fase final de la vida, pues representa una medida que beneficia a los pacientes, a su familia y, sin lugar a dudas, al propio odontólogo.

Con el fin de promover la educación en el campo de la salud y enriquecer el área de cuidados paliativos, así como para aportar una mayor demanda de empleos con profesionales especializados en el área. Se propone la implementación de una Formación Profesional como Auxiliar o Higienista Dental en Cuidados Bucales para Pacientes Paliativos.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Covarrubias A, Otero M, Templos LA, Soto, E. Antecedentes de la medicina paliativa en México: educación continua en cuidados paliativos. Rev. Mex ANEST 2019; 42 (2): 122- 128. Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2019/cma192h.pdf>
2. Montes de Oca GA. Historia de los cuidados paliativos. Rev Digital Universitaria 2006; 7 (4): 2- 9. Disponible en:
http://www.revista.unam.mx/vol.7/num4/art23/abr_art23.pdf
3. González C, Méndez J, Romero JI, Bustamante J, Castro R, Jiménez M. Cuidados paliativos en México. Rev. Med Hosp Gen Méx 2012; 75 (3): 173- 179. Disponible en:
<https://www.elsevier.es/pt-revista-revista-medica-del-hospital-general-325-articulo-cuidados-paliativos-mexico-X0185106312562525>
4. Domínguez AD. Cuidados paliativos. Sus orígenes y su llegada a México. Rev Hosp Jua Mex 2016; 83 (3): 64-65.
5. Medina A, Pazos E, Pérez H, Salgado B. Los cuidados paliativos: un aspecto esencial de la Oncología Pediátrica. Gaceta Mexicana de Oncología 2013; 12 (3): 182-195.
6. Sosa K, Ramírez JC, Alarcón JM, Fuentes VE. Cuidados paliativos en el Hospital Infantil de México “Federico Gómez”: una realidad. Rev. Mexicana de Anestesiología 2014; 37 (3): 171- 176.
7. Ortiz L, Martino RJ. Enfoque paliativo en Pediatría. Pediatr Integral 2016; 20 (2): 131. e1- 131. e7.
8. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre cuidados paliativos. Guía de Práctica sobre Cuidados Paliativos. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA N° 2006/08.



9. García DB. Motivos de atención médica del paciente pediátrico con cáncer en fase terminal de la UMAE Hospital de Pediatría CMN SXXI. TESIUNAM 2007. Disponible en:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cat02029a&AN=tes.TES01000616466&lang=es&site=eds-live>
10. Garduño A, Ham O, Méndez J, Niembro AM, de Pando JM, Martínez R, Xóchihua L, Ramírez J, Sólon G, Sevilla ML. Decisiones médicas al final de la vida. Recomendaciones para la atención a pacientes con enfermedades en estado terminal. *Acta Pediatr Mex* 2006; 27 (5): 307- 315.
11. Chirino YA, Gamboa JD. Cuidados paliativos en pediatría. *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex* 2010; 67 (3): 270- 280.
12. Fernández- Teijeiro A. Cáncer en los primeros 18 meses de vida. *An Pediatr* 2020; 93 (6): 355-357.
13. Puiggròs C., Lecha M., Rodríguez T., Pérez-Portabella C., Planas M. El índice de Karnofsky como predictor de mortalidad en pacientes con nutrición enteral domiciliaria. *Nutr. Hosp.* 2009; 24 (2): 156-160. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112009000200008&Ing=es.
14. Picco G, Ríos R, Lizarraga S, Escalada H, Lama M. Soporte paliativo en la insuficiencia cardiaca: un elefante en la habitación. *FMC* 2018; 25 (3): 170-178.
15. Alva C. Insuficiencia cardiaca en niños. *Rev. Mex. Cardiol* 2014; 25 (1): 15-20. Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-21982014000100003&Ing=es.
16. Robles ND, Aguilar MA, Mendoza L, Miranda MG. Complicaciones infecciosas en niños con enfermedad renal terminal en terapia sustitutiva. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2015; 53 Supl 3: S246-S252.



17. Alvarado HR, Casallas A, Bertolotto AM. Calidad de vida en los niños que viven con enfermedad renal crónica. *Investig Enferm Imagen Desarr* 2020; 21 (2). Disponible en: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie21-2.cvnv>
18. Villalba J. Afrontamiento de la muerte de un niño: los cuidados pediátricos paliativos desde la Atención Primaria. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2015; 17: 171-83.
19. Hernández M, Lorenzo R, Cáta del Palacio E, López A, Martino R, Madero L, Pérez A. Hablar de la muerte al final de la vida: el niño con cáncer en fase terminal. *An Pediatr (Barc)* 2009; 71 (5): 419- 426.
20. Palanca MI, Ortíz P. La muerte del niño: procesos de afrontamiento en el paciente, la familia y el equipo médico. *An Esp Pediatr* 2000; 53: 257- 260.
21. Álvarez O, Guillén F. Programa de cuidados bucodentales en pacientes paliativos. UPNA [Internet] 2020 [Consultado 11 Abril 2021]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/2454/37774>
22. Tavería CJ, Gili BT, Rivera LJ. Tratamiento del dolor agudo en el niño: analgesia y sedación. *Protocolos de la AEP. Urgencias* 2:5-26.
23. Benito E et al. ¿Cómo se evalúa el dolor en niños? [Internet] Asociación Española de Pediatría 2016 [Consultado 11 Marzo 2021]. Disponible en: <https://enfamilia.aeped.es/temas-salud/como-se-evalua-dolor-en-ninos>
24. World Health Organization. Cancer pain relief and palliative care in children. Geneva: World Health Organization; 1998. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42001>
25. Sánchez AI, Ruíz M, Lampérez S. Cuidados de la boca en el paciente terminal. *Rev Electrónica de Portales Medicos* 2020; 15 (11): 489 Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-de-la-boca-en-el-paciente-terminal/>
26. Lanza DG. Tratamiento odontológico integral del paciente oncológico. Parte I. *Odontoestomatología* 2011; 13 (17): 14-25.
27. Mucositis oral. Síntomas y consecuencias. [Internet] Medellín [Citado 30 Marzo 2021] Disponible en: <https://www.mellinn.nl/es-mx/services>



28. Cuevas MV, Echeverría E, Díaz CM Cuevas C. Tratamiento de la mucositis oral en pacientes oncológicos. Revisión de la literatura y experiencia en el Hospital General de México. *Int. J. Odontostomat.* 2015; 9 (2): 289-294.
29. Lanza DG. Tratamiento odontológico integral del paciente oncológico. Parte II. *Odontoestomatología* 2013; 15 (22): 46-63.
30. Bengel W, Bornstein M. Candidiasis orales. Parte 2: Diagnóstico, diagnóstico diferencial y tratamiento. Quintessence (ed. esp.) 2011; 24 (1): 50-55.
31. Nieves I. ¿La candidiasis bucal es contagiosa? [Internet] 2018 [Citado 01 Marzo 2021] Disponible en:
https://t1.os.ltmcdn.com/es/posts/2/8/2/la_candidiasis_bucal_es_contagiosa_21282_600.jpg
32. Bascones A, Figuero E, Esparza GC. Úlceras orales. *Med Clin* 2005; 125 (15): 590-997.
33. Rubio G, Torres MC, Yanes Y, Mursulí M. Tratamiento con clorhexidina al 0,12% como coadyuvante en estomatitis aftosa. *Gaceta Med Espirituana.* 2016; 18 (1): 1608- 8921.
34. Silvestre-Donat FJ, Puente A. Efectos adversos del tratamiento del cáncer oral. *Av Odontoestomatol* [Internet]. 2008; 24 (1): 111-121. Disponible en:
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852008000100012&lng=es.](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852008000100012&lng=es)
35. Cano S, Gutiérrez MD. Complicaciones de la radioterapia en la cavidad oral. *SEMERGEN* 2002; 28;(7): 363-369.
36. Dos Santos J, Ventiades JA, Fontana NN, Miranda C. Conducta odontológica en pacientes pediátricos portadores de leucemia. *Rev Cubana Estomatol* [Internet]. 2007; 44 (4). Disponible en:
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000400015&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000400015&lng=es)



37. Rivera LG, de la Teja E, Durán LA. Manejo paliativo de manifestaciones estomatológicas en un paciente pediátrico con leucemia en etapa terminal. Reporte de caso clínico. Acta Pediatr Mex 2015; 36: 97- 104. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/apm/v36n2/v36n2a7.pdf>
38. Casco G, Martínez V, Muñoz E y Murcia R. Protocolo de cuidados de enfermería para prevención y tratamiento de problemas de la cavidad oral. Complejo Hospitalario Universitario Albacete. Disponible en: <https://elenfermerodependiente.files.wordpress.com/2015/12/chospsab.pdf>
39. Posición de Fowler [Internet]. OrthoSureste [Consultado 11 Marzo 2021] Disponible en: <https://ortosureste.es/descanso-sanitario/posicion-de-fowler/>
40. Hábitos saludables de limpieza de dientes, encías y boca [Internet] Salamanca. ASPACE [Consultado 30 Marzo 2021] Disponible en: https://aspacealamanca.org/actualidad/habitos-saludables-de-limpieza-de-dientes-encias-y-boca/page/2/?et_blog
41. Perry A. G. Higiene de la cavidad oral en el usuario inconsciente o debilitado. En: Perry A G, Polter P A . Enfermería Clínica: Técnicas y Procedimientos. 4a Ed. Editorial Harconet Brace S. A. Madrid 1999. Pág. 155-8.
42. Fundamentos básicos de enfermería [Internet] 2017 [Consultado 30 Marzo 2021] Disponible en: <http://basesdeenfermeria2018.blogspot.com/2017/05/higiene-corporal.html>
43. 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.
44. Sepulveda B, Gallardo J. Prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVM) [Internet] Santiago, Chile. Instituto Nacional del torax [Consultado 30 Marzo 2021] Disponible en: <http://www.medicina-intensiva.cl/divisiones/enfermeria/web/tens/3.%20Prevencion%20de%20neumonia-2.pdf>



GLOSARIO

Anamnesis. - Parte inicial de la historia clínica de un enfermo que consiste en la recogida ordenada y pormenorizada de información sobre la enfermedad que motiva la consulta, los antecedentes patológicos personales y familiares, los hábitos potencialmente dañinos y el estilo de vida general del enfermo. Es la primera toma de contacto entre médico y enfermo y su adecuada realización es un elemento clave para el diagnóstico.

AINE. - Abr. de antiinflamatorio no esteroideo.

Anfotericina. - Mezcla de polienos antimicóticos producidos por determinadas cepas de *Streptomyces nodosus*, esencialmente integrada por la anfotericina B.

Crioterapia. - Uso terapéutico del frío, en cualquiera de sus formas.

Diaforesis. - Aumento anormal de la sudación, ya sea de forma generalizada o localizada. Puede obedecer a muy diversas causas.

Disnea. - Sensación subjetiva de falta de aire cuyas causas pueden ser pulmonares, cardiovasculares e, incluso, psicógenas.

Diuresis. – Excreción de orina.

Diurético. - Que estimula o aumenta la diuresis. Fármacos o sustancias químicas que estimulan la diuresis por aumento de la excreción de agua y electrólitos.

Dolor neuropático. - Dolor debido a una lesión del sistema nervioso periférico o central.

Dolor nociceptivo. - Dolor debido a la activación de los nociceptores.

Duelo. - Signos o manifestaciones externas que acompañan al sufrimiento por la pérdida de un ser querido.

Eritema. - Lesión clínica elemental de la piel, que se observa en muchas enfermedades cutáneas e incluso en la piel normal expuesta al viento y al sol. Consiste en manchas o máculas lisas y no infiltradas de color rojo con diferentes tonos, formas y tamaños.



Filtración glomerular. - Volumen de líquido plasmático que se filtra por los capilares glomerulares por unidad de tiempo.

Glomerulonefritis. - Cada una de las enfermedades renales caracterizadas por la inflamación parcial o difusa de los glomérulos.

Hepatomegalia. - Aumento anormal del tamaño del hígado, signo reconocible habitualmente durante la palpación y la percusión del hipocondrio derecho, que se asocia a dolor y sensación de pesadez en esta zona. Entre los mecanismos patogénicos destacan la congestión (insuficiencia cardíaca derecha), las infiltraciones neoplásicas y no neoplásicas, y las lesiones proliferativas infecciosas (hepatitis) o inflamatorias (sarcoidosis).

Hiposalia. - Disminución del flujo salival.

Leucemia. - Neoplasia maligna clonal de la célula hematopoyética que afecta a la médula ósea y a los órganos hematopoyéticos, y que se caracteriza por la proliferación de una línea celular con desplazamiento de las células normales.

Linfoma. - Cualquier neoplasia del tejido linfático.

Neoplasia. - Proliferación autónoma e independiente de las células de un tejido como consecuencia de una alteración significativa en su morfología, estructura y funcionamiento.

Neurotoxicidad. - Conjunto de efectos tóxicos causados sobre el sistema nervioso.

Nociceptor. - Terminación nerviosa libre existente en los tejidos que transmite información sobre actividades de intensidad potencialmente peligrosa mediante la sensación de dolor.

Polieno. - Compuesto orgánico cuya cadena carbonada, cíclica o abierta, contiene varios enlaces dobles carbono-carbono.

Quimioterapia. - Tratamiento de las neoplasias malignas basado en la administración de fármacos antineoplásicos.

Sarcoidosis. - Enfermedad multisistémica de causa desconocida, caracterizada por la presencia de granulomas no caseificantes en los órganos afectados: pulmón, ganglios linfáticos, sistema nervioso, piel, glándulas



exocrinas y endocrinas, globo ocular, músculo esquelético, corazón, vasos, tubo digestivo, riñón, sistema reticuloendotelial, etc.

Radioterapia. - Uso terapéutico de las radiaciones ionizantes, ya sea con finalidad antiinflamatoria o, mucho más frecuentemente, antineoplásica.

Taquipnea. - Aumento anormal de la frecuencia respiratoria, generalmente estipulado en una frecuencia superior a 24 respiraciones por minuto.

Traqueostomía. - Operación quirúrgica consistente en la apertura permanente de la tráquea mediante la incisión de su pared anterior, seguida de la colocación de una cánula o tubo en su interior para garantizar la ventilación pulmonar.

Tubo endotraqueal. - Tubo utilizado para mantener expedita la vía aérea, aspirar secreciones respiratorias, administrar agentes anestésicos inhalatorios o mantener una respiración artificial o asistida. Consiste en una pieza hueca de sección circular, de plástico o látex, que se introduce en la tráquea desde la boca o la nariz, o a través de una traqueostomía, y provista de un globo inflable en su extremo distal para impedir que se desplace una vez colocado y que los líquidos digestivos inunden la vía respiratoria.

Vía oral. - Vía de administración en la que los medicamentos se depositan en la cavidad bucal para su deglución y posterior absorción gastrointestinal.

Vía intramuscular. - Vía de administración a través de la musculatura esquelética que se utiliza para administrar fármacos líquidos o suspensiones que se absorben mal o se degradan fácilmente cuando son administrados por vía oral; también se utiliza en pacientes quirúrgicos o con vómitos, y para asegurar el cumplimiento terapéutico.

Vía intravenosa. - Vía por la que se inyecta directamente el medicamento en la corriente sanguínea a través de una vena adecuada. Es la vía más indicada para casos de urgencia, para conseguir mayor rapidez de acción y mayor eficacia terapéutica según las características de la enfermedad, y para la administración de medicamentos que, administrados por otras vías, son irritantes.