



## ORIGINAL

# Manifestaciones bucales en cuidados paliativos: importancia, estrategias terapéuticas y su eficacia

Cláudia Gaspar Dias de Barros y Maria de Lurdes da Costa Martins\*

Enfermera especialista en Persona en Situación Paliativa. Máster en Cuidados Paliativos. Servicio de Medicina Paliativa. Centro Hospitalario de Trás-os-Montes y Alto Douro. Vila Real, Portugal

Recibido el 1 de octubre de 2022  
Aceptado el 9 de octubre de 2023

### PALABRAS CLAVE

Boca, candidiasis bucal, mucositis bucal, lengua saburral, xerostomía, cuidados paliativos.

### Resumen

**Introducción y objetivo:** En los cuidados paliativos, las afecciones de la boca son muy frecuentes e interfieren con la calidad de vida del paciente. La boca es un lugar que aún merece poca atención por parte de los profesionales de la salud. El objetivo del presente estudio es caracterizar los trastornos bucales en pacientes de cuidados paliativos, investigar estrategias farmacológicas y no farmacológicas y analizar su eficacia.

**Material y métodos:** Estudio exploratorio, observacional y correlacional sobre trastornos bucales en pacientes hospitalizados en un servicio de cuidados paliativos en Portugal, entre el 6 de noviembre de 2019 y el 31 de julio de 2020. El instrumento de recolección de datos incluyó un cuestionario y consulta del expediente clínico de los enfermos.

**Resultados:** En este estudio ( $n = 46$ ), el grupo de edad más representativo fue el de 71-90 años (56,52 %). La mayoría presentaba enfermedad oncológica (84,78 %) y estaban polimedicados. De estos, el 95,65 % presentaba dentición incompleta, y el 41,30 % asumía que rara vez realizaba cuidados de higiene bucal. La xerostomía fue reportada por el 89,13 % de la muestra, se observó candidiasis bucal en el 76,09 %, lengua saburral en el 23,91 % y mucositis bucal en el 10,87 %. Los pacientes con patología oncológica están más predispuestos a las alteraciones bucales ( $p = 0,047$ ) en comparación con los pacientes no oncológicos. Los pacientes con hábitos de higiene bucal frecuentes tienen menos trastornos bucales ( $r_s = -0,54$ ;  $p = 0,028$ ). Hubo una mejora considerable en la lengua saburral con el aumento en la frecuencia del cuidado de la higiene bucal ( $p = 0,004$ ).

**Conclusiones:** La implementación de estrategias farmacológicas y no farmacológicas desempeña un papel central en el bienestar y calidad de vida de la persona. Es fundamental que los profesionales de la salud conozcan las afecciones bucales y sus síntomas, lo cual es fundamental para la promoción de su bienestar.

\*Autor para correspondencia:

Maria de Lurdes da Costa Martins

Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro Hospital, Avenida da Noruega, Lordelo, 5000-508 Vila Real, Portugal

Correo electrónico: [milupedras@hotmail.com](mailto:milupedras@hotmail.com)

<http://dx.doi.org/10.20986/medpal.2023.1377/2022>

e-ISSN: 2340-3292/© 2023 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Publicado por Inspira Network. Todos los derechos reservados.

## Oral manifestations in palliative care: importance, therapeutic strategies and their effectiveness

### KEYWORDS

Mouth, oral candidiasis, oral mucositis, tongue coating, xerostomia, palliative care.

### Abstract

**Introduction and objectives:** In palliative care, there are many mouth disorders that arise, interfering with the patient's quality of life. The mouth is a place that still deserves little attention by health professionals. The present study aimed to characterize mouth disorders in palliative care patients; to identify the etiology of mouth disorders; to investigate pharmacological and non-pharmacological strategies, and to analyse its efficacy.

**Materials and methods:** an exploratory, observational and correlational study on the mouth disorders of patients hospitalized in a palliative care service in Portugal between November 6, 2019 and July 31, 2020. The data collection instrument included a questionnaire and the consultation of the patient's clinical file.

**Results:** In this study (n = 46), the most representative age group was from 71 to 90 years (56.52 %). Most of them had oncological disease (84.78 %) and were polymedicated. Of these, 95.65 % had incomplete dentition and 41.30 % rarely performed oral hygiene care. Xerostomia was reported by 89.13 % of the sample; oral candidiasis was found in 76.09 %; tongue coating in 23.91 %, and oral mucositis in 10.87 %. Patients with oncological pathology were more predisposed to mouth disorders ( $p = 0.047$ ) when compared to non-cancer patients. Patients with frequent oral hygiene habits had fewer mouth disorders ( $rS = -0.54$ ;  $p = 0.028$ ). There was considerable improvement in tongue coating with increased frequency of oral hygiene care ( $p = 0.004$ ).

**Conclusions:** The implementation of pharmacological and non-pharmacological strategies plays a central role in patient comfort and quality of life. It is essential that health professionals are aware of mouth conditions and their symptoms, this being essential for the promotion of well-being.

Gaspar Dias de Barros C, da Costa Martins ML. Manifestaciones bucales en cuidados paliativos: importancia, estrategias terapéuticas y su eficacia. *Med Paliat.* 2022;30:32-39.

## INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La Organización Mundial de la Salud<sup>1</sup> establece que los trastornos bucales pueden afectar el bienestar de un individuo en la escuela y el trabajo y causar problemas sociales y personales, cuyo impacto psicosocial reduce significativamente su calidad de vida<sup>2</sup>, interferir con la función bucal y orofaríngea, así como disminuir la interacción social y el manejo del estado clínico general<sup>3</sup>.

Algunos estudios<sup>2,4,5</sup> demuestran que los pacientes con cáncer que reciben quimioterapia o radioterapia presentan una mayor incidencia de mucositis bucal. Sin embargo, las alteraciones bucales también son muy frecuentes en pacientes no oncológicos con otras enfermedades avanzadas, aunque están menos documentadas en la literatura<sup>6</sup>. Diferentes factores como procedimientos quirúrgicos<sup>7</sup>, drogas<sup>8</sup>, fitoterapia<sup>9</sup>, tipo de dieta<sup>10</sup> y frecuencia de la higiene bucal<sup>11</sup> desempeñan un papel importante en el desarrollo de trastornos bucales en pacientes con enfermedad avanzada y terminal. Además, hábitos de riesgo como el tabaquismo y el consumo de alcohol influyen en la flora microbiana de la lengua<sup>12-14</sup>. Por lo tanto, el cuidado de la higiene bucal es fundamental en el abordaje paliativo y debe implementarse

para mejorar el bienestar, controlar los síntomas y reducir las complicaciones<sup>2,5,15</sup>.

La atención que brindan médicos y enfermeras al estado de la boca de los pacientes es aún precaria, y la evaluación clínica de la cavidad bucal no suele ser mencionada en las historias clínicas de estos profesionales<sup>16,17</sup>. A menudo se descuida la higiene bucal en detrimento de la mayoría de los tratamientos dirigidos a la enfermedad<sup>18</sup>. Estas situaciones se dan por la falta de conocimiento y formación de los profesionales de la salud, y también por la existencia de pocos instrumentos disponibles en cuanto a la evaluación bucal<sup>17,18</sup>. El dolor en la boca, la sequedad de la lengua, los trastornos de la deglución, la disgeusia y las dificultades del habla pueden ser algunos de los síntomas que interfieren en diferentes aspectos de la vida diaria, como comer, comunicarse y dormir<sup>19,20</sup>. A pesar de su importante morbilidad, este impacto en el paciente aún está poco documentado. Es de suma importancia hacer un abordaje y una valoración adecuados de las condiciones de la boca como práctica integral del cuidado, como sucede en la valoración e intervención en otros síntomas<sup>21</sup>. Así, el objetivo principal de este trabajo de investigación es caracterizar las condiciones bucales en pacientes con cuidados paliativos (CP).

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, correlacional y exploratorio sobre la caracterización de las condiciones bucales en pacientes con CP. La muestra estuvo formada por pacientes ingresados en el servicio de medicina paliativa de un hospital del norte de Portugal, entre el 6 de noviembre de 2019 y el 31 de julio de 2020. Se incluyeron en el estudio todos los pacientes con trastornos bucales, que eran conscientes, orientados psíquicamente y colaborativos en el proceso de evaluación bucal y prestación de cuidados bucales, y cuya permanencia en el servicio fue de al menos 7 días. Los pacientes menores de 18 años fueron excluidos del estudio. El diagrama de flujo del estudio se ilustra en la Figura 1.

El instrumento de recolección de datos consistió en un cuestionario, así como la consulta del expediente clínico de los enfermos. El cuestionario constaba de 4 partes: I) datos sociodemográficos; II) estado general de salud (escala de evaluación de la capacidad de desempeño funcional - *Palliative Performance Scale*, diagnóstico, comorbilidades, hábitos de consumo, estado nutricional, terapia farmacológica realizada por el paciente antes, al ingreso y durante los primeros 7 días de hospitalización, medidas farmacológicas y no farmacológicas aplicadas, estado de la dentición, frecuencia y productos de higiene bucal); III) caracterización de las condiciones bucales presentes al ingreso; y IV) seguimiento a los 7 días del ingreso. La observación visual de la cavidad bucal de los usuarios fue fundamental. La intensidad del dolor bucal se evaluó con una escala numérica (de 0 a 5). La mucositis bucal se clasificó según la escala definida por la Organización Mundial de la Salud<sup>22</sup>. El seguimiento de los trastornos bucales se llevó a cabo a los 7 días de hospitalización y en base a una escala tipo *Likert* de 6 puntos. Las evaluaciones de las condiciones bucales de los pacientes fueron realizadas por las 2 enfermeras docentes del estudio, ambas integrantes del equipo de CP donde se desarrolla la investigación.

Se explicó y entregó el consentimiento informado (por duplicado) a todos los pacientes que participaron en el estudio, el cual fue firmado por cada una de las partes, el investigador y el paciente. El estudio fue previamente sometido a la opinión y autorización de la dirección del servicio y, también, del comité de ética de la institución (número 319/2019). Los datos obtenidos fueron analizados mediante el programa informático IBM SPSS®, versión 26 para Windows, habiéndose realizado el análisis de medidas estadísticas descriptivas e inferenciales. A partir del mismo, se procedió al cálculo estadístico de las distintas variables presentes en el cuestionario, dando lugar a los resultados del estudio. De acuerdo con las variables en estudio, se aplicó el test de hipótesis (test T de Student, test de correlación de Spearman, *one-way ANOVA*), asumiendo un valor de significación crítica de  $p \leq 0,05$  para todos los test.

## RESULTADOS

### Caracterización sociodemográfica de la muestra

La muestra de este estudio está formada por 46 pacientes. De acuerdo con la Tabla I, el grupo etario predominante fue el de 71 a 90 años (56,52 %) y el 67,39 % tenía educación básica. Solo el 4,35 % (n = 2) tenía dentición completa y el 95,65 % tenía dentición incompleta (le falta al menos un diente o no tiene dentición). El 41,30 % de los pacientes rara vez realizaban higiene bucal y 10,87 % nunca lo hacían. Cerca del 75 % (n = 24) de estos justifican este comportamiento por la falta de hábitos establecidos a lo largo de la vida, refiriendo “... no estábamos acostumbrados...”, “... hubo otros tiempos y hubo otras preocupaciones...”, “... eran tiempos difíciles, la salud se dejaba para después porque lo importante era trabajar desde pequeños para poner

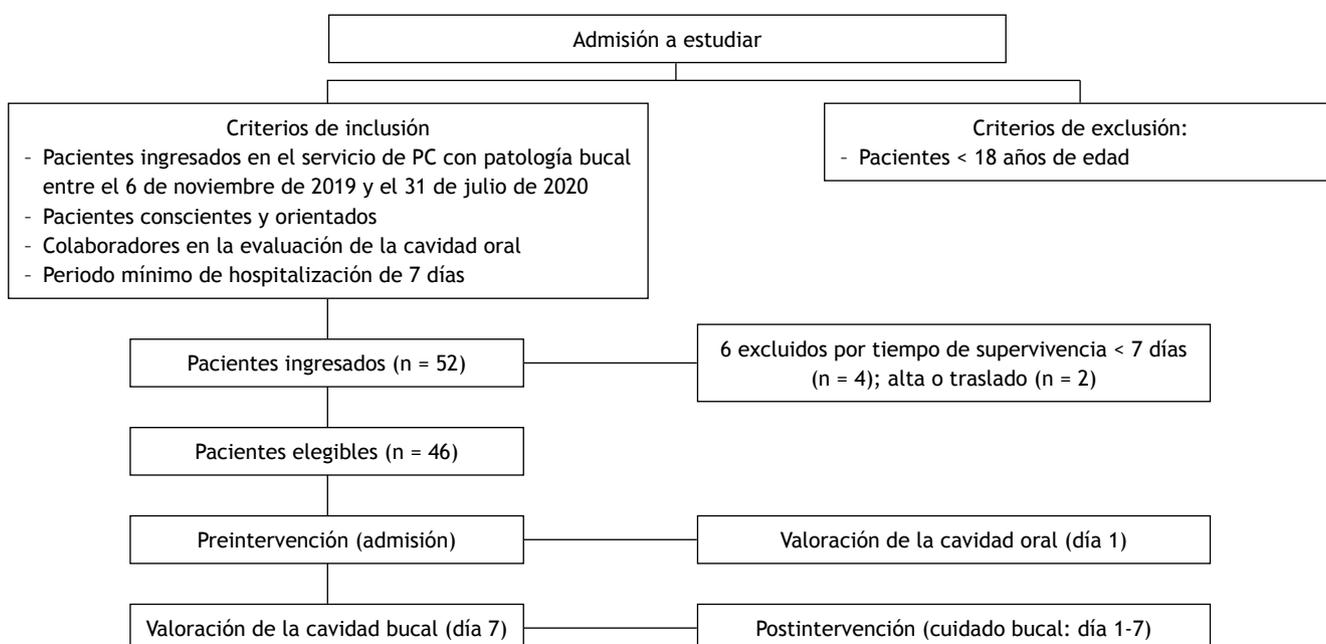


Figura 1. Diagrama de flujo del estudio.

**Tabla I. Características generales de la muestra (n = 46).**

Variables	
Masculino, N (%)	29 (63,04)
<b>Grupo de edad, N (%)</b>	
31-50	5 (10,87)
51-70	15 (32,61)
71-90	26 (56,52)
<b>Escolarización, N (%)</b>	
Sin estudios o incompletos	8 (17,39)
Educación básica	31 (67,39)
6.º a 9.º grado	3 (6,52)
Secundaria o profesional	3 (6,52)
Universidad	1 (2,17)
<b>Profesión, N (%)</b>	
Trabajador agrícola	17 (36,96)
Doméstico	10 (21,74)
Obrero	5 (10,87)
Funcionario público	3 (6,52)
Técnico superior	2 (4,35)
Otros	9 (19,57)
<b>Diagnóstico, N (%)</b>	
Enfermedad oncológica	39 (84,78)
Enfermedad de órganos terminales	6 (13,04)
Enfermedad del sistema nervioso	1 (2,17)
<b>Estado nutricional, N (%)</b>	
Anorexia	26 (44,83)
Caquexia	10 (17,24)
Deshidratación	8 (13,79)
No bucal o SNG/PEG	3 (5,17)
Sin alteraciones	11 (18,97)
Dentición completa, N (%)	2 (4,35)
<b>Higiene bucal, N (%)</b>	
Autónomo	16 (34,78)
Hasta 3 veces al día	22 (47,83)
Raramente	19 (41,30)
Nunca	5 (10,87)
<b>Productos de higiene bucal, N (%)</b>	
Pasta de dientes y cepillo	30 (65,22)
Elixir	11 (23,91)
<b>Justificación, N (%)</b>	
Falta de hábitos	24 (75,00)
Dependencia de otros	7 (21,88)
Problemas financieros	1 (3,13)
Prótesis dental, N (%)	10 (22,72)
Sí	10 (22,72)
Adaptada	5 (50)

(Continúa en la columna siguiente)

**Tabla I (Cont.). Características generales de la muestra (n = 46).**

Hábitos, N (%)	
Café	24 (45,28)
Alcohol	10 (18,87)
Tabaco	4 (7,55)
Sin hábitos	15 (28,30)

PEG: gastrostomía endoscópica percutánea. SNG: sonda nasogástrica.

comida en la mesa...". Aún con relación a la importancia del cuidado bucal, el 17,40 % (n = 8) no consideró que esto fuera importante, ya que mencionaron que, dado su diagnóstico, no era un cuidado prioritario, en comparación con el control de síntomas, como: dolor, disnea o náuseas/vómitos.

Se encontró que el 21,88 % de los pacientes eran dependientes para la higiene bucal y solo un paciente atribuyó la falta de higiene bucal a problemas socioeconómicos. El dentífrico y el cepillo dental fueron los productos utilizados por el 65,22 %, siendo que el 23,91 % usan frecuentemente enjuague bucal. De los pacientes con dentición incompleta (n = 44), el 22,72 % usaba prótesis dental y el 50 % refirió que estaba mal adaptada. En cuanto a algunos hábitos de consumo, que se consideran factores de riesgo para algunas afecciones bucales: el 45,28 % tomaba café y el 18,87 % bebió alcohol antes de la admisión; el 7,55 % fuma tabaco. Todos los fumadores también bebían café. Sin embargo, hubo un 28,30 % de la muestra que negó tener estos hábitos.

En cuanto a la profesión, más de un tercio de la muestra (36,96 %) trabajaba en la agricultura, mientras que 2 tercios de la muestra femenina (23,91 %) eran amas de casa. En cuanto al diagnóstico, las enfermedades oncológicas correspondieron al diagnóstico principal (84,78 %). La enfermedad de órgano terminal representó 13,04 % de la muestra y un paciente presentó enfermedad del sistema nervioso central, en el caso de la esclerosis lateral amiotrófica. En cuanto al estado nutricional al ingreso, se encontró que el 44,83 % refirió anorexia, mientras que la caquexia se identificó en el 17,24 % de los pacientes. La deshidratación estuvo presente en el 13,79 % de la muestra, mientras que el 5,17 % se alimentaba e hidrataba por sonda nasogástrica o por gastrostomía endoscópica percutánea, debido a la inviabilidad de la vía bucal.

### Caracterización de las afecciones bucales

De acuerdo con la Figura 2 (confirmado), en una primera valoración de la boca las alteraciones más representativas fueron: xerostomía (89,13 %), candidiasis bucal (76,09 %), disgeusia (39,13 %) y lengua saburral (23,91 %). Después de 7 días de hospitalización, la xerostomía es la condición más reportada por los pacientes (76,09 %), seguida de candidiasis bucal (65,22 %), lengua saburral (23,94 %), mucositis bucal y halitosis (6,52 % cada una), herida oncológica bucal y estomatitis aftosa (2,17 %).

En los primeros 7 días de hospitalización, el tratamiento de las afecciones bucales se realizó con (Tabla II): colu-

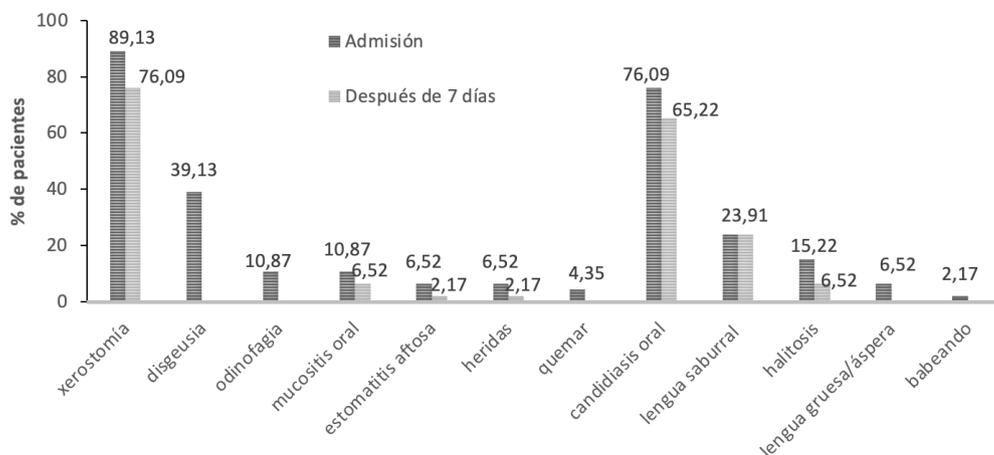


Figura 2. Alteraciones bucales al ingreso y a los 7 días de hospitalización.

Tabla II. Tratamiento de afecciones bucales durante la hospitalización.

Farmacológico, N (%)	
Nistatina	27 (33,33)
Gel de miconazol	3 (3,70)
Fluconazol	5 (6,17)
Enjuague bucal "IPO"	40 (49,38)
Enjuague bucal de bencidamina	2 (2,46)
Ninguno	4 (4,93)
No farmacológico, N (%)	
Helados de frutas	31 (30,39)
Dulces de frutas	20 (19,61)
Bebidas frías	19 (18,63)
Jaleas de frutas/agua gelificada	13 (12,75)
Dieta fría/tibia (sin condimentos)	8 (7,84)
Humectación de la mucosa bucal (espray o sorbos de agua)	5 (4,90)
Limpieza frecuente de la cavidad bucal	3 (2,94)
Disminución de hábitos de consumo (café, tabaco)	2 (1,96)
Retirada de la dentadura por la noche	1 (0,98)

torio "IPO" (n = 40; 49,38 %), solución bucal manipulada en farmacia hospitalaria, que contenía en su composición nistatina, lidocaína y bicarbonato de sodio; nistatina (n = 27; 33,33 %); fluconazol (6,17 %), gel bucal de miconazol (3,70 %) y colutorio de bencidamina (2,46 %). Durante la hospitalización, hubo refuerzo en el cuidado bucal (evaluación y tratamiento) y en la frecuencia de la higiene bucal. El producto más utilizado fue el enjuague bucal "IPO". Este se utiliza con el objetivo de actuar como antifúngico, como anestésico para aliviar el dolor o malestar bucal y tiene en el medio al bicarbonato como agente alcalino. También se encontró que el 4,93 % de los

pacientes, a pesar de tener trastornos bucales, no fueron sometidos a ninguna terapia dirigida. Para el tratamiento de la xerostomía, las estrategias más utilizadas fueron: helado (30,39 %), dulces de frutas sin azúcar (19,61 %), bebidas frías (18,63 %) y gelatinas/agua gelificada (n = 13; 12,75 %). Esta última opción fue ampliamente utilizada como recurso por el equipo de profesionales de enfermería, en pacientes con empeoramiento del estado general, que presentaban disminución del reflejo deglutorio y consecuente disfagia para líquidos. Después de 7 días de hospitalización, y con la instauración de estrategias farmacológicas y no farmacológicas para el control de los trastornos bucales, hubo una disminución del 8,16 %, del 9,37 % y del 0,38 % para candidiasis bucal, xerostomía y mucositis bucal, respectivamente. Pero el número de pacientes con lengua saburral se mantuvo igual.

### Test de hipótesis

La distribución de t de Student mostró que los pacientes con enfermedad oncológica estaban más predispuestos al desarrollo de trastornos bucales que los pacientes sin enfermedad oncológica ( $p = 0,047$ ). En cuanto a la hipótesis "el uso de estrategias no farmacológicas contribuye al bienestar de los pacientes con xerostomía", se verificó mediante la prueba t de Student un valor de significación estadística superior a 0,05 ( $p = 0,088$ ), por lo que se rechazó esta hipótesis. Sin embargo, en pacientes con xerostomía que utilizaron estrategias no farmacológicas, el 94,59 % consideró que estas fueron efectivas para su alivio. Por tanto, mejorar el bienestar de los pacientes con xerostomía no depende únicamente de la aplicación de estrategias no farmacológicas. En algunos pacientes es posible tratar la causa subyacente de la xerostomía (corrección de la deshidratación, disminución de la dosis de corticoides, anticolinérgicos...). También rechazamos la hipótesis de que el grado de mejoría en la candidiasis bucal dependiera de la instauración de la terapia antifúngica ( $p = 0,634$ ). En el test de correlación de Spearman se encontró una correlación negativa y moderada entre los hábitos de higiene bucal y los trastornos bucales ( $r_s = -0,54$ ;  $p = 0,028$ ).

Tras realizar el test *one-way ANOVA*, encontramos que la mejoría en candidiasis bucal, mucositis bucal, xerostomía y dolor bucal no dependía de la frecuencia diaria de higiene bucal (valores de significación superiores a 0,05) y, por tanto, las diferencias encontradas no son estadísticamente significativas (Tabla III). Solo se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre grupos en la lengua saburral, lo que significa que el nivel de exacerbación de esta condición varía según los hábitos de higiene bucal practicados, y el aumento de la frecuencia de la higiene bucal mejora considerablemente la lengua saburral.

## DISCUSIÓN

Aproximadamente el 95,65 % de la muestra tenía dentición incompleta y ausencia de varios dientes o ninguna dentición. Estudios recientes<sup>23,24</sup> indican que entre el 65 y 77 % de la población portuguesa se cepilla los dientes 2 veces al día, siendo este hábito mayor en el sexo femenino; solo 31 % tiene dentición completa y aproximadamente 10 % no tiene dientes. La Organización Mundial de la Salud<sup>1</sup> afirma que los cambios en la cavidad oral tenderán a aumentar debido al crecimiento y envejecimiento de la población, afectando desproporcionadamente a la población más pobre y socialmente desfavorecida.

Los hábitos de consumo, tales como café o productos con cafeína, alcohol o tabaco, disminuyen la producción de saliva, dando lugar a xerostomía y mayor riesgo de aparición o empeoramiento de otras condiciones como: candidiasis oral, mucositis oral, lengua saburral y disgeusia<sup>25</sup>. En este estudio el 45,28 % de los pacientes consumía café y el 18,87 % tenía hábitos alcohólicos.

La xerostomía fue reportada por una parte significativa de la muestra, similar a otros estudios en pacientes con enfermedades progresivas y avanzadas<sup>25-27</sup>, siendo el cuarto síntoma más común en pacientes con cáncer avanzado<sup>28</sup>. Los pacientes utilizaron términos como “*boca seca*” o “*sensación de sed constante*” para su definición y está relacionada con

la disminución de la secreción salival<sup>29</sup>, común en la vejez, deshidratación y polimedicación<sup>28</sup>, y también como consecuencia de efectos adversos de medicamentos<sup>30</sup>. De hecho, los datos publicados sobre la efectividad de las medidas en el tratamiento de la xerostomía en pacientes con cáncer son muy limitados<sup>28,29</sup>. Sin embargo, estudios preliminares destacan que el uso de soluciones de tés de saliva no son efectivos en comparación con otras estrategias farmacológicas<sup>31</sup>, pero la aplicación de sucedáneos de agua o saliva<sup>32</sup> y mucoadhesivos que contengan ácido adípico y xilitol mejoran la xerostomía<sup>33</sup>.

En este estudio, la candidiasis oral también fue una condición con alta incidencia (76,09 %), similar a otros estudios existentes<sup>34</sup>. En cuanto la lengua saburral, se identificó en el 23,91 % de los pacientes. Aunque la lengua saburral se forma en el contexto de la acumulación de productos del metabolismo bacteriano y restos de alimentos y/o disminución del flujo salival<sup>35</sup>, los estudios en CP sobre esta condición aún son residuales. Los componentes del biofilm en la cavidad oral que constituyen la lengua saburral son una de las principales causas de halitosis<sup>36</sup>. En nuestro estudio, la mucositis oral se identificó solo en el 10,87 % de los pacientes. Esto tiene como principal factor de riesgo la realización de tratamientos de quimioterapia y/o radioterapia, especialmente si están dirigidos a la zona de cabeza y cuello<sup>37</sup>. Así, como la mayor parte de la muestra ya no se encontraba en tratamiento de quimioterapia y/o radioterapia, parece que la mucositis oral es menos representativa.

Cabe señalar que en ningún momento (antes o durante la hospitalización) se prescribieron sucedáneos de saliva. Para el control de la xerostomía, se utilizaron estrategias no farmacológicas, como los estimulantes de la saliva. Los estimulantes de la saliva tienen efectos beneficiosos superiores a los sustitutos de la saliva, porque mientras que los estimulantes de la saliva provocan un aumento de la secreción de saliva normal, mejorando la xerostomía y la hiposalivación, los sustitutos de la saliva solo mejoran la xerostomía<sup>38</sup>. La estimulación de la saliva se puede potenciar chupando cubitos de hielo o hielo picado, consumiendo chicles o caramelos de limón sin azúcar, trocitos de piña y aumentando el consumo de agua.

Solo en la lengua saburral se encontró que el grado de exacerbación de esta condición cambiaba según los hábitos de higiene bucal, en línea con lo descrito en la literatura<sup>5</sup>. La lengua saburral es una condición resultante de la acumulación, en la parte posterior de la lengua, de productos del metabolismo bacteriano y el número de bacterias salivales está relacionado con la alimentación por sonda y la incapacidad para tragar, constituyendo un factor de riesgo para el crecimiento bacteriano en la saliva<sup>39</sup>. Por lo tanto, el equipo de CP animó a los propios pacientes (con cierto nivel de autonomía), cuidadores y profesionales de la salud, a cepillarse la lengua durante los cuidados de higiene, utilizando un cepillo de dientes suave. Sin embargo, no todos los pacientes toleraron este procedimiento ya que inducía el vómito. Los hábitos de higiene oral frecuentes, el uso de un raspador de lengua, el uso de un enjuague bucal con peróxido de hidrógeno al 3 %<sup>40</sup> y el cepillado de la lengua de adelante hacia atrás<sup>18</sup> es un método útil para reducir la cantidad de bacterias. Los resultados obtenidos en este estudio confirmaron los datos existentes en la literatura, ya que del 60 al 70 % de los pacientes con cáncer avanzado presentan cambios en la boca<sup>4</sup>.

Tabla III. Comparación entre la sintomatología de los trastornos bucales y la frecuencia diaria de higiene bucal (test *one-way ANOVA*).

Variable	Análisis entre grupos	Media	F	p
Candidiasis bucal	Entre grupos	2,26	1,49	0,240
	En grupos	1,53		
Mucositis bucal	Entre grupos	0,05	0,2	0,685
	En grupos	0,25		
Xerostomía	Entre grupos	0,9	0,91	0,412
	En grupos	0,99		
Dolor bucal	Entre grupos	1,13	2,68	0,109
	En grupos	0,42		
Lengua saburral	Entre grupos	9,49	11,38	0,004
	En grupos	0,83		

La implementación de un plan de cuidados individualizado y estrategias preventivas (refuerzo de cuidados de higiene bucal adecuados, manejo de la xerostomía y mantenimiento de prótesis dentales) puede contribuir significativamente a la mejora de las condiciones bucales<sup>2,19</sup>.

Las principales limitaciones del estudio son el tiempo para la reevaluación de los trastornos bucales luego de la implementación de estrategias farmacológicas y no farmacológicas (7 días), se reduce para observar resultados significativos. Sin embargo, dado el tiempo promedio de hospitalización de los pacientes en el hospital (11 días), los investigadores no tuvieron otra alternativa. Pero, la principal limitación del estudio es el pequeño tamaño de la muestra debido a algunas limitaciones, a saber, el número considerable de pacientes hospitalizados en el hospital en una situación de las últimas horas/días de vida. Entonces, dado el tamaño de la muestra, no fue posible obtener representatividad o significación estadística en algunas de las hipótesis de investigación. Una de las alternativas será ampliar el estudio a otras unidades de CP.

En conclusión, hemos encontrado que en los pacientes de CP los trastornos bucales tienen una alta incidencia y pueden comprometer el bienestar físico, social y psicológico, interfiriendo en la calidad de vida de los pacientes. Las principales afecciones bucales que se presentan son: xerostomía, infecciones fúngicas (candidiasis bucal), mucositis bucal, dolor bucal, disgeusia y lengua saburral. Es de suma importancia que los profesionales de la salud realicen una evaluación temprana de las condiciones orales y condiciones presentes. La identificación oportuna de dificultades en el habla, masticación, deglución, dolor y/o malestar bucal, disminución del apetito y halitosis son fundamentales para la implementación de estrategias farmacológicas y no farmacológicas con miras a la mejoría sintomática y el bienestar de los pacientes enfermos.

## AGRADECIMIENTOS

Muchas gracias por la colaboración del equipo de cuidados paliativos de Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro Hospital.

## CONFLICTOS DE INTERESES

Ninguno declarado.

## CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS

Las autoras declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo en cuanto a la publicación de datos.

## FUENTES DE FINANCIACIÓN

Las autoras declaran que no han recibido subvenciones ni ayudas para la elaboración del artículo.

## CONSIDERACIONES ÉTICAS

El estudio recibió la aprobación de la junta directiva y el comité de ética de la institución (número de aprobación: 319-2019).

## REFERENCIAS

1. The World Health Organization. Oral health. 2013. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
2. Kvalheim SF, Strand GV. A narrative of oral care in palliative patients. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19:6306. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/10/6306>
3. Tsakos G, Sabbah W, Chandola T, Newton T, Kawachi I, Aida J, et al. Social relationships and oral health among adults aged 60 years or older. *Psychosom Med*. 2013;75:178-86. Disponible en: <https://journals.lww.com/00006842-201302000-00011>
4. Mohammadi F, Oshvandi K, Kamallan SR, Khazaei S, Ranjbar H, Ahmadi-Motamayel F, et al. Effectiveness of sodium bicarbonate and zinc chloride mouthwashes in the treatment of oral mucositis and quality of life in patients with cancer under chemotherapy. *Nurs Open*. 2022;9:1602-11.
5. Wu T-Y, Liu H-Y, Wu C-Y, Chen H-C, Huang S-T, Chen P-H. Professional oral care in end-of-life patients with advanced cancers in a hospice ward: improvement of oral conditions. *BMC Palliat Care*. 2020;19:181. Disponible en: <https://bmc-palliat-care.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12904-020-00684-0>
6. Magnani C, Mastroianni C, Giannarelli D, Stefanelli MC, di Cenzo V, Valerioti T, et al. Oral hygiene care in patients with advanced disease: an essential measure to improve oral cavity conditions and symptom management. *Am J Hosp Palliat Med*. 2019;36:815-9.
7. Oku S, Takeshita T, Futatsuki T, Kageyama S, Asakawa M, Mori Y, et al. Disrupted tongue microbiota and detection of nonindigenous bacteria on the day of allogeneic hematopoietic stem cell transplantation. *PLoS Pathog*. 2020;16:e1008348.
8. Ames NJ, Barb JJ, Ranucci A, Kim H, Mudra SE, Cashion AK, et al. The oral microbiome of patients undergoing treatment for severe aplastic anemia: A pilot study. *Ann Hematol*. 2019;98:1351-65.
9. Ye J, Cai X, Yang J, Sun X, Hu C, Xia J, et al. Bacillus as a potential diagnostic marker for yellow tongue coating. *Sci Rep*. 2016;6:32496.
10. Oba PM, Holscher HD, Mathai RA, Kim J, Swanson KS. Diet influences the oral microbiota of infants during the first six months of life. *Nutrients*. 2020;12:3400.
11. Zhang Y, Zhu C, Feng X, Chen X. Microbiome variations in preschool children with halitosis. *Oral Dis*. 2021;27:1059-68.
12. Halboub E, Al-Ak'hali MS, Alamir AH, Homeida HE, Baraniya D, Chen T, et al. Tongue microbiome of smokeless tobacco users. *BMC Microbiol*. 2020;20:201.
13. Sato N, Kakuta M, Uchino E, Hasegawa T, Kojima R, Kobayashi W, et al. The relationship between cigarette smoking and the tongue microbiome in an East Asian population. *J Oral Microbiol*. 2020;12:1742527.
14. Yokoi A, Ekuni D, Hata H, Yamane-Takeuchi K M, Maruyama T, Yamanaka R, et al. Relationship between acetaldehyde concentration in mouth air and characteristics of microbiota of tongue dorsum in Japanese healthy adults: A cross-sectional study. *J Appl Oral Sci*. 2019;27.
15. Singh A, Mishra R, Kumar H, Priya L, Choudhary H, Kumar K. Assessment of oral health-care needs for patients under palliative care. *J Pharm Bioallied Sci*. 2021;13:180.
16. Gustafsson A, Skogsberg J, Rejnö Å. Oral health plays second fiddle in palliative care: An interview study with registered nurses in home healthcare. *BMC Palliat Care* [Internet]. 2021;20:173.
17. Venkatasalu MR, Murang ZR, Husaini HA binti H, Idris DR, Dhaliwal JS. Why oral palliative care takes a backseat? A national focus group study on experiences of palliative doctors, nurses and dentists. *Nurs Open*. 2020;7:1330-7.
18. Riley E. The importance of oral health in palliative care patients. *J Community Nurs*. 2018;32:57-61.

19. Jucan AC, Saunders RH. Maintaining oral health in palliative care patients. *Manag Heal Care*. 2015;23.
20. Bernardes Delgado M, Latour J, Neilens H, Griffiths S. Oral care experiences of palliative care patients, their relatives, and health care professionals. *J Hosp Palliat Nurs*. 2021;23:229-37.
21. Fischer DJ, Epstein JB, Yao Y, Wilkie DJ. Oral health conditions affect functional and social activities of terminally ill cancer patients. *Support Care Cancer*. 2014;22:803-10.
22. Barbosa A, Neto I. Manual de cuidados paliativos. En: Barbosa A, Neto I, editores. *Mucosite*. 2.ª ed. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2010. p. 439-47.
23. Order of Dentists. Barómetro da Saúde Oral. 2019. Disponible en: <https://www.ond.pt/content/uploads/2019/11/barometro-saude-oral%022019.pdf>
24. Santos J, Antunes L, Namorado S, Kislaya I, João Santos A, Rodrigues AP, et al. Oral hygiene habits in Portugal: Results from the first Health Examination Survey (INSEF 2015). *Acta Odontol Scand*. 2019;77:334-9.
25. Wilberg P. Oral adverse effects during and after treatment in patients and survivors of cancers outside the head and neck region - A descriptive clinical study. Oslo: University of Oslo; 2016.
26. Scheinberg-Andrews C, Ganz FDK. Israeli nurses' palliative care knowledge, attitudes, behaviors, and practices. *Oncol Nurs Forum*. 2020;47:213-21.
27. Fleming M, Craigs CL, Bennett MI. Palliative care assessment of dry mouth: What matters most to patients with advanced disease? *Support Care Cancer*. 2020;28:1121-9.
28. Kenny C, Mukerji N, Walsh D. P-24 A clinical audit of xerostomia assessment and treatment practices amongst advanced cancer patients in a palliative care setting. *BMJ Support Palliat Care*. 2017;7(Suppl 1):A9.
29. Hanchanale S, Adkinson L, Daniel S, Fleming M, Oxberry SG. Systematic literature review: Xerostomia in advanced cancer patients. *Support Care Cancer*. 2015;23:881-8.
30. Yousefi H, Abdollahi M. An UPDATE ON DRUG-INDUCED ORAL REACTIONS. *J Pharm Pharm Sci*. 2018;21:171-83.
31. Monsen RE, Herlofson BB, Gay C, Fjeld KG, Hove LH, Malterud KE, et al. A mouth rinse based on a tea solution of *Salvia officinalis* for oral discomfort in palliative cancer care: A randomized controlled trial. *Support Care Cancer*. 2021;29:4997-5007.
32. Morton L, Siu ATY, Fowler S, Zhou C, Nixon C, Campbell D. A randomised controlled pilot trial of two interventions to manage dry mouth in pre-operative elective surgical patients. *Pilot Feasibility Stud*. 2020;6(1):89.
33. Elkanayati RM, Chambliss WG, Omari S, Almutairi M, Repka MA, Ashour EA. Mucoadhesive buccal films for treatment of xerostomia prepared by coupling HME and 3D printing technologies. *J Drug Deliv Sci Technol*. 2022;75:103660.
34. Astvad K, Johansen HK, Høiby N, Steptoe P, Ishøy T. Oropharyngeal candidiasis in palliative care patients in Denmark. *J Palliat Med*. 2015;18:940-4.
35. Pham TAV, Ueno M, Zaitso T, Takehara S, Shinada K, Lam PH, et al. Clinical trial of oral malodor treatment in patients with periodontal diseases. *J Periodontol Res*. 2011;46:722-9.
36. Ali Mohammed MM, Al Kawas S, Al-Qadhi G. Tongue-coating microbiome as a cancer predictor: A scoping review. *Arch Oral Biol*. 2021;132:105271.
37. Spezzia S. Mucosite oral. *J Oral Investig*. 2016;4:14-8.
38. Davies AN. A comparison of artificial saliva and chewing gum in the management of xerostomia in patients with advanced cancer. *Palliat Med*. 2000;14:197-203.
39. Funahara M, Soutome S, Hayashida S, Umeda M. An analysis of the factors affecting the number of bacteria in the saliva of elderly adults in need of care. *Int J Gerontol*. 2018;12:205-7.
40. Soutome S, Otsuru M, Hayashida S, Naruse T, Morishita K, Kurihara K, et al. Efficacy of 3% hydrogen peroxide solution in cleaning tongue coating before and after surgery: A randomized phase II study. *BMC Oral Health*. 2022;22:287.