

ARTÍCULO ORIGINAL

Cuidados en la higiene bucal en Terapia Intensiva: percepciones de profesionales de Enfermería*

HIGHLIGHTS

1. Los profesionales informan sobre la falta de materiales y la sobrecarga de trabajo.
2. Los entrenamientos continuos son esenciales para mejorar la práctica.
3. Los protocolos estandarizados de higiene bucal aún son limitados o están ausentes.
4. Los dispositivos invasivos dificultan los cuidados y aumentan los riesgos.

Cecília Lucas Lopes¹ Hevelyn dos Santos da Rocha² Diana Paola Gutierrez Diaz de Azevedo¹ Maithê de Carvalho e Lemos Goulart¹ Fernanda Maria Vieira Pereira Ávila¹ 

RESUMEN

Objetivo: Investigar las percepciones de los profesionales de Enfermería sobre el cuidado en la higiene bucal realizado en pacientes en terapia intensiva. **Método:** Estudio descriptivo, cualitativo, realizado en la Unidad de Terapia Intensiva de un hospital en el Norte de Minas Gerais, entre profesionales de Enfermería. Los datos fueron recolectados mediante cuestionarios semiestructurados y analizados con el uso del *software* Interfaz de R Para Análisis Multidimensional de Textos y Cuestionarios, en el período de octubre a noviembre de 2024. **Resultados:** Participaron 41 profesionales de Enfermería, con edades que varían de 24 a 55 años, quienes informaron dificultades en la realización de los cuidados con la higiene bucal de los pacientes en unidad intensiva, incluyendo: la falta de materiales, la intensa rutina de trabajo. **Conclusión:** Los profesionales de Enfermería perciben la higiene bucal en pacientes de terapia intensiva como un cuidado esencial, pero frecuentemente descuidado, debido a la falta de materiales, sobrecarga de trabajo y ausencia de protocolos.

DESCRIPTORES: Higiene Bucal; Enfermería; Unidades de Cuidados Intensivos; Programa de Control de Infecciones Hospitalarias; Promoción de la Salud.

CÓMO REFERIRSE A ESTE ARTÍCULO:

Lopes CL, da Rocha HS, de Azevedo DPGD, Goulart MCL, Ávila FMVP. Cuidados en la higiene bucal en Terapia Intensiva: percepciones de profesionales de Enfermería. Cogitare Enferm [Internet]. 2026 [cited "insert year, month and day"];31:e98866es. Available from: <https://doi.org/10.1590/ce.v31i0.98866es>

¹Universidade Federal Fluminense, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Assistencial, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

²Universidade Federal Fluminense, Rio das Ostras, RJ, Brasil.

INTRODUCCIÓN

La higiene bucal es un cuidado esencial para el mantenimiento de la salud general y de la calidad de vida, desempeñando un papel fundamental en la prevención de enfermedades orales, como caries, gingivitis y periodontitis, que están directamente relacionadas con la presencia de biofilm bacteriano y la falta de cuidados preventivos¹. Se entiende que la higiene bucal desempeña un papel crucial en la salud de los pacientes internados en Unidades de Terapia Intensiva (UTI), siendo considerada una práctica esencial para la prevención de complicaciones sistémicas y para la promoción del bienestar durante la internación. Los pacientes críticos presentan un mayor riesgo de desarrollar enfermedades bucales, como la Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica (NAVM), una de las infecciones hospitalarias más comunes y graves en UTIs, que puede estar asociada al acumulamiento de biofilm bacteriano en la cavidad oral².

Continuamente, la higiene bucal inadecuada puede llevar a complicaciones sistémicas, como enfermedades cardiovasculares, diabetes e infecciones respiratorias, principalmente en pacientes hospitalizados o en situaciones de mayor vulnerabilidad, como en UTI. La salud bucal está íntimamente relacionada con la salud general, siendo cada vez más necesario un abordaje interprofesional que integre a los profesionales de salud en la promoción de prácticas preventivas y en la concientización de los pacientes sobre la importancia de los cuidados bucales diarios².

La falta de higiene bucal en pacientes hospitalizados, especialmente en entornos de cuidados intensivos, favorece la proliferación de microorganismos patógenos que pueden ser aspirados hacia el tracto respiratorio, aumentando significativamente el riesgo de infecciones pulmonares y otras complicaciones. Además, la presencia de enfermedades bucales, como periodontitis y caries no tratadas, puede llevar a la diseminación de patógenos hacia el torrente sanguíneo, provocando bacteriemias y agravando el cuadro clínico de los pacientes³.

Los cuidados con la higiene bucal pueden ser realizados por profesionales de Enfermería, quienes desempeñan un papel crucial en la promoción y el mantenimiento de la salud bucal de los pacientes hospitalizados, especialmente en UCI. En este contexto, el equipo de Enfermería es responsable de realizar y monitorear la higienización oral de los pacientes, con el objetivo de prevenir la acumulación de biofilm bacteriano y, en consecuencia, la ocurrencia de infecciones, como la PAVM y bacteriemias⁴.

Por lo tanto, el presente trabajo tiene como objetivo investigar las percepciones de los profesionales de Enfermería sobre el cuidado en la higiene bucal realizado en pacientes en terapia intensiva.

MÉTODO

Se trata de un estudio descriptivo de enfoque cualitativo, realizado en un hospital en el Norte de Minas Gerais, en el período de octubre a noviembre de 2024. El lugar del estudio se caracteriza por ser una unidad privada, filantrópica y sin fines de lucro. El hospital cuenta con 134 camas, de las cuales 123 están destinadas al Sistema Único de Salud (SUS) y 11 para convenios y particulares, contando con un equipo de 325 empleados, de los cuales 200 forman parte del equipo de Enfermería. La UCI del hospital está compuesta por 19 camas y un equipo multiprofesional formado por médicos, fisioterapeutas, psicólogos y profesionales de Enfermería (técnicos, auxiliares y enfermeros).

La metodología adoptada siguió las directrices del *Criterios Consolidados para la Presentación de Investigación Cualitativa* (COREQ), instrumento reconocido internacionalmente para garantizar el rigor y la transparencia en estudios cualitativos⁵.

Los 52 profesionales de Enfermería que trabajan en la UCI fueron invitados a participar del estudio. Los criterios de inclusión fueron: ser profesional de Enfermería (Enfermero, Técnico o Auxiliar de Enfermería), trabajar en el sector de la UCI y prestar asistencia directa a los pacientes. Fueron excluidos de la investigación los profesionales que estaban de licencia y aquellos que realizaban actividades exclusivamente administrativas. La invitación para participar se realizó por medio electrónico, presentando los objetivos del estudio y las etapas de la recolección de datos.

La recolección de datos se llevó a cabo mediante la aplicación de cuestionarios semiestructurados, conducidos por el investigador, con una duración de 30 minutos, a partir de preguntas abiertas para explorar las percepciones de los participantes sobre el cuidado en salud bucal realizado en la UCI: 1 - ¿Cómo percibe el cuidado en salud bucal realizado por el equipo de Enfermería, aquí en este sector? 2 - ¿Cuáles son las dificultades que encuentra para ejecutar la higiene bucal de los pacientes internados en la UCI? 3 - Acerca del protocolo de salud bucal del Estado, ¿qué estrategias considera importantes para implementar en el cuidado al paciente de la UCI? Los profesionales respondieron al cuestionario en el propio hospital, en un momento oportuno, sin comprometer sus actividades laborales.

La recolección de datos fue realizada por la investigadora, quien participó activamente en todas las etapas del proceso, desde el reclutamiento de los participantes hasta el análisis de los resultados. Todas las respuestas derivadas de la descripción de los participantes fueron transcritas en su totalidad y se generó un *corpus* textual procesado en el *software Interface de R para Análisis Multidimensional de Textos y Cuestionarios* (IRaMuTeQ), que permitió un análisis profundo y estadísticamente robusto⁶. Para el procesamiento del *corpus* en IRaMuTeQ se indica al menos 20 participantes. Así, para este estudio, se estimó la saturación teórica de los datos como limitante del número de profesionales incluidos en el estudio⁷.

Para el análisis se utilizaron el análisis de similitud y la Clasificación Jerárquica Descendente (CJD). La CJD correlaciona segmentos y vocablos formando un esquema jerárquico de clases, realizando un análisis de agrupamientos sobre segmentos de texto. La prueba chi-cuadrado (χ^2), tiene como objetivo analizar la asociación entre las palabras y las clases léxicas, considerándose significativa cuando $p < 0,0001$ ⁶.

La Clasificación Jerárquica Descendente (CJD) estructuró las intervenciones de los profesionales de Enfermería en clases, agrupándolas en función de sus similitudes y diferencias, lo que permitió la organización de los datos en categorías temáticas relevantes^{6,8}.

Las palabras que presentaron significancia estadística altamente robusta ($p < 0,001$) fueron priorizadas en el análisis detallado, garantizando un enfoque profundo de los hallazgos.

El análisis de Similitud facilitó la identificación de las ocurrencias entre las palabras y su resultado, presentado a través de un gráfico, indicó la conectividad entre ellas, demostrando las relaciones entre las formas lingüísticas del *corpus* textual⁹.

El análisis del dendrograma fue calculado a partir de la fórmula utilizada para calcular el aprovechamiento textual⁶:

$$\text{Aprovechamiento (\%)} = \frac{\text{Segmentos Clasificados}}{\text{Total de Segmentos}} \times 100$$

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación con Parecer n° 7.113.209. Todos los participantes firmaron el Formulario de Consentimiento Libre e Informado, garantizando la voluntariedad y la confidencialidad de la información proporcionada. La investigación siguió todos los preceptos éticos conforme a la Resolución 466/12 del Consejo Nacional de Salud.

RESULTADOS

Participaron en el estudio 41 profesionales de Enfermería, siendo 31 (75,6%) mujeres y 10 (24,4%) hombres, con edades variando de 24 a 55 años. La carga horaria de trabajo semanal fue de 12 horas diarias y 44 horas semanales para todos los participantes, que trabajan en escala 12x36. El tiempo de servicio de los profesionales en el sector analizado varía considerablemente, de 50 días a 14 años.

En el procesamiento textual derivado de la descripción de los profesionales sobre el cuidado en salud bucal realizado en la UCI, el IRaMuTeQ reconoció 41 textos, 80 segmentos de texto, y 2712 ocurrencias de texto, siendo 519 formas distintas y 376 con una única ocurrencia (hápx).

El gráfico de similitud visualiza las complejas interrelaciones entre los términos clave, destacando los principales desafíos enfrentados por los profesionales de Enfermería en la UCI y las estrategias propuestas para mejorar los cuidados bucales (Figura 1).

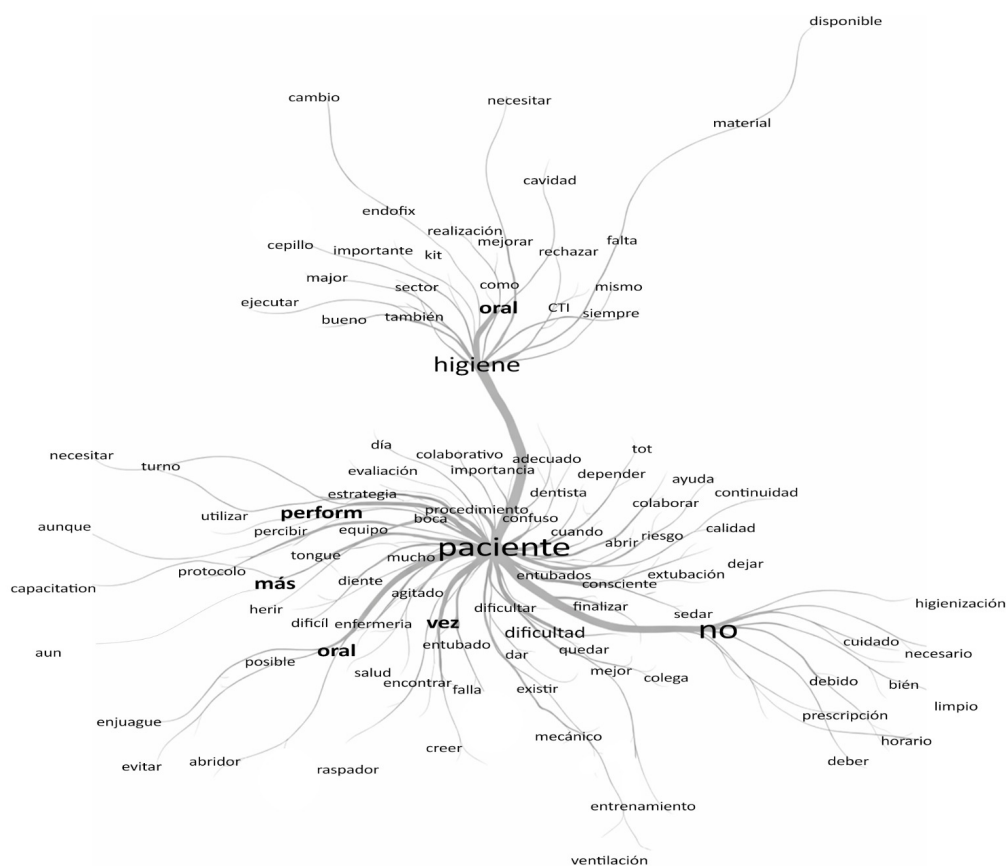


Figura 1. Análisis de Similitud, Niterói, RJ, Brasil, 2024

Fuente: Datos de la investigación (2024).

En el análisis de similitud, los términos centrales, como higiene bucal, que aparecen conectados directamente a pacientes, profesionales y material, se refieren a las dificultades que enfrentan los profesionales al realizar los cuidados de higiene bucal en los pacientes. La conexión entre material y recursos refleja una preocupación común entre los profesionales sobre la disponibilidad y adecuación de los materiales necesarios para la higiene bucal. La falta de materiales adecuados, como la clorhexidina, se considera una barrera significativa para la ejecución eficaz de los cuidados.

A menudo de mala calidad, ya que no siempre tenemos materiales disponibles. (P3)

La clorhexidina debe permanecer en el sector, no siendo necesario salir del sector para obtener este ítem. (P5)

Me doy cuenta de la dificultad de algunos profesionales para realizar este procedimiento, ya sea por falta de tiempo, falta de material o por déficit de cuidados al paciente. (P5)

Veo que se esfuerzan mucho por ejercer la higiene bucal, pero muchas veces dejan mucho que desear. La dificultad radica en la falta del material adecuado, siempre veo que falta (P14).

La dificultad de acceso a la cavidad oral, la presencia de dispositivos invasivos, como tubos orotraqueales, y la necesidad de capacitación fueron cuestiones ampliamente descritas por los participantes, indicando barreras en el proceso de trabajo y en la asistencia en salud que impactan directamente la realización de la higiene bucal en la UCI.

La dificultad que encuentro es cuando el paciente está intubado y no está sedado y en paciente consciente agitado. (P2)

Paciente consciente, muchas veces por su propia negativa, pacientes intubados, a veces con mandíbula rígida. (P6)

Los términos entrenamiento y capacitación están relacionados con la necesidad de educación continua de los profesionales para garantizar que las técnicas de higiene bucal se realicen de manera eficaz y segura. La conexión de estos términos con protocolo y POP (procedimiento operativo estándar) sugiere la importancia de seguir directrices claras y realizar capacitaciones frecuentes.

Aunque se realiza capacitación sobre el tema, aún es deficiente. (P16)

Hacer más capacitación y entrenamiento. (P21)

Sería importante que un dentista estuviera al menos una vez a la semana o cada quince días para una evaluación más complementaria. (P2).

Términos como evaluación y monitoreo destacan la necesidad de seguir continuamente las prácticas de higiene bucal, garantizando que se sigan los protocolos y que las fallas sean identificadas y corregidas rápidamente. La inclusión de dentistas para evaluación y el uso de *checklists* son vistos como estrategias importantes para mejorar la calidad del cuidado. El dentista aparece conectado con evaluación y profesionales, indicando que la presencia de cirujanos dentistas en la UCI se considera esencial para garantizar una atención más especializada a los pacientes, además de ofrecer soporte técnico al equipo de enfermería.

Evaluación odontológica periódica y seguimiento. (P31)

Más visitas de un profesional de la salud, un dentista y no solo cuando el caso o la situación bucal del paciente ya esté comprometida. (P38)

Tener más profesionales de esta área que puedan ayudar más, como dentistas. (P40).

A partir del análisis del dendrograma presentado, el corpus textual obtuvo un aprovechamiento del 78,75 %. Un aprovechamiento superior al 75% se considera bueno, ya que indica que la mayoría de los segmentos fue utilizada en el análisis de la Clasificación Descendente Jerárquica. El dendrograma evidencia la división del corpus en dos subgrupos principales, que se desdoblan en clases específicas con sus respectivos porcentajes de representatividad. El primer subgrupo engloba las clases 2 (14,3%), 5 (14,3%), 1 (14,3%) y 6 (19,0%), totalizando el 61,9% del corpus. Se observa que las clases 1, 2 y 5 están fuertemente agrupadas, indicando mayor similitud entre sí, mientras que la clase 6, aunque relacionada, presenta características un poco más distintas, configurándose como una extensión de este grupo.

El segundo subgrupo incluye las clases 3 (20,6%) y 4 (17,5%), representando el 38,1% del corpus. Este subgrupo se destaca por tratar aspectos más relacionados con la necesidad de materiales y estrategias de mejora en la higiene bucal, evidenciando un enfoque más orientado a la gestión de recursos y la importancia de la capacitación de los profesionales de salud. La suma de los porcentajes de los dos subgrupos confirma la consistencia de la segmentación, totalizando el 100% del corpus.

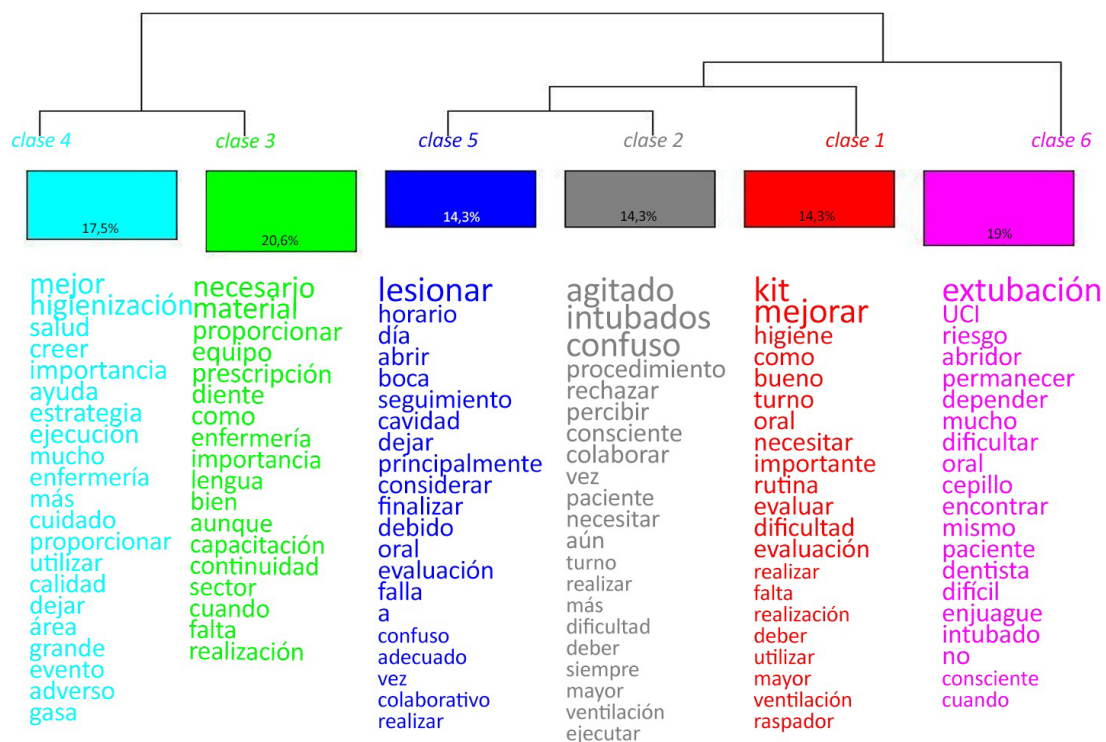


Figura 2. Clasificación Jerárquica Descendente (CJD), Niterói, RJ, Brasil, 2024

Fuente: Datos de la investigación (2024).

Las clases: clase 1, clase 2 y clase 5 forman un grupo con temas interrelacionados. En estas clases, las formas léxicas predominantes están asociadas a la implementación y mantenimiento de protocolos de cuidado y prácticas de Enfermería en una UCI. Términos como protocolo, entrenamiento, registro, técnica, evaluación y documentación son

destacados, reflejando el énfasis en estrategias de entrenamiento, evaluación práctica y registro de actividades de higiene bucal y otros cuidados en un ambiente intensivo. Las clases: clase 3 y clase 4 también son muy cercanas, indicando un grupo distinto de las demás clases. Términos relacionados con Enfermería en salud bucal en la UCI comprendieron palabras como: turno, paciente, cuidado, higiene, Enfermería y equipo.

De esta forma, con base en sus características léxicas y temáticas, los dos subgrupos fueron nombrados, a saber: 1: Desafíos y Limitaciones en la Higiene Bucal en la UCI; 2: Estrategias de Mejora e Importancia de los Cuidados.

El grupo 1 abarca las clases que destacan las dificultades, barreras y limitaciones encontradas en la ejecución de la higiene bucal, incluyendo la falta de materiales, capacitación insuficiente y desafíos técnicos.

No es eficaz debido a la falta de material adecuado y falta de capacitación. (P26)

La dificultad radica en la falta de material adecuado, siempre veo la falta de él. (P14)

Podría haber más inversiones y capacitaciones. (P32)

Además, las barreras estructurales y organizacionales afectan directamente la realización de los cuidados. La sobrecarga de trabajo y la insuficiencia de miembros en el equipo crean un escenario en el que la higiene bucal frecuentemente se relega a un segundo plano. Bajo tales circunstancias, los profesionales tienden a priorizar procedimientos considerados más urgentes, mientras que los cuidados bucales, aunque esenciales para la salud del paciente, son tratados como secundarios. Esto refleja una falta de priorización institucional y de protocolos claros que integren la higiene bucal como parte indispensable del cuidado intensivo.

Me doy cuenta de que muchas veces no se realiza una higiene bien hecha, debido a la falta de colaboración de los pacientes y también por falta de cuidados de los profesionales. (P1)

La higiene oral es deficiente, principalmente en la ejecución del procedimiento, que no siempre se realiza con éxito. (P24).

Otro punto crítico son las condiciones clínicas de los pacientes, como sedación, intubación y estados de agitación, que frecuentemente dificultan el acceso a la cavidad bucal y hacen que el procedimiento de higiene bucal sea desafiante. La presencia de dispositivos invasivos, como tubos endotraqueales, complica aún más el escenario, aumentando los riesgos de eventos adversos, como extubaciones accidentales. Estos factores exigen que el equipo tenga no solo habilidades técnicas avanzadas, sino también estrategias específicas para lidiar con estas situaciones, que no siempre están disponibles o bien difundidas.

Aquí en la UCI dependemos mucho del fisioterapeuta en los pacientes intubados, ya que el riesgo de extubación es muy grande. (P3)

Algunos pacientes no están completamente sedados, lo que dificulta el manejo de la boca del paciente, corriendo el riesgo de extubación accidental. (P5)

El paciente no abre la boca, consciente. El paciente no acepta algunas veces. Paciente intubado, riesgo de extubación. (P39).

Las declaraciones de los participantes destacan una percepción de negligencia y la frustración con la calidad irregular de los cuidados, lo que sugiere una necesidad

urgente de reorganización estructural y de mayor inversión en capacitación y recursos. En el contexto general, los desafíos identificados revelan problemas profundos en el ambiente organizacional y en la gestión de recursos de las UCI.

La ejecución de este cuidado termina por no ser priorizada, comprometiendo el estado de salud del paciente. (P11)

Las principales barreras enfrentadas son la resistencia mecánica de algunos pacientes, la falta de colaboración de los demás, miembros del equipo y hasta el paciente con alto riesgo de extubación. (P11)

La dificultad se encuentra en pacientes intubados agitados. (P12)

Realizada en la medida de lo posible, en algunos pacientes hay la necesidad de realizar con más frecuencia y no siempre es posible en algunos turnos, debido al número de procedimientos. (P19).

Las declaraciones de los profesionales destacan fallas en la consistencia y en la calidad de los cuidados bucales, mencionando problemas como la falta de colaboración de los pacientes y la negligencia por parte de algunos profesionales. Estas declaraciones indican una frustración con la variación en la calidad de los cuidados, lo que sugiere la necesidad de prácticas más estandarizadas y de mayor responsabilidad individual dentro de los equipos. La falta de consistencia puede estar relacionada con la falta de capacitación adecuada o con la ausencia de protocolos rigurosos que garanticen la uniformidad en la prestación de cuidados.

El grupo 2, denominado Estrategias de Mejora e Importancia de los Cuidados, se destaca en prácticas de mejora, capacitación y la relevancia del cuidado bucal en la UCI, así como estrategias específicas para su implementación. Este grupo aborda las estrategias propuestas y la valorización de la higiene bucal como un elemento crucial para el bienestar general de los pacientes en las UCIs. Las declaraciones de los profesionales reflejan una comprensión amplia sobre la importancia de este cuidado y sugieren acciones concretas para superar las limitaciones identificadas en la realización de esta práctica.

Bien, pues se nota que se realiza regularmente. Paciente inconsciente, a veces, hay dificultad, pues se queda con la boca y los dientes cerrados rígidamente, dificultando la limpieza. Hacer más entrenamientos y capacitación. (P21).

Vale la pena concienciar a los profesionales y poder cambiar esta realidad con nuevas actitudes y estrategias para alcanzar la mejor higiene oral, para que cada uno se mueva más en pro del paciente, proporcionando confort y contribuyendo a su mejora. (P41)

Una de las principales soluciones señaladas es la implementación de capacitaciones regulares para el equipo de Enfermería, con enfoque en la actualización técnica y en la mejora de las prácticas relacionadas con la higiene bucal. Los profesionales destacan que la capacitación continua es indispensable, pues permite una ejecución más calificada y consistente de los procedimientos, además de promover una mayor concienciación sobre su relevancia en la prevención de complicaciones bucales y sistémicas. La creación de un Procedimiento Operacional Estándar (POE) fue ampliamente sugerida, con el objetivo de estandarizar los cuidados y garantizar uniformidad en la ejecución.

Capacitaciones periódicas son esenciales para mejorar la técnica y garantizar la seguridad del paciente. (P22)

Creo que la capacitación siempre es necesaria para capacitar al equipo. (P17)

Además, se reiteró la importancia de la integración de especialistas, como cirujanos dentistas, en los equipos de UCI. Esta propuesta se ve como una forma de traer mayor especialización al cuidado bucal, permitiendo que las evaluaciones sean realizadas por profesionales capacitados para identificar y tratar complicaciones específicas. La presencia de dentistas en la UCI también se señala como una oportunidad para el desarrollo de estrategias educativas, beneficiando tanto a los pacientes como al equipo de enfermería, que podría aprender directamente de estos especialistas.

Otro punto planteado fue la ausencia de herramientas de monitoreo, como *checklists* diarios, para asegurar la consistencia de los cuidados. Estas herramientas tienen el potencial de crear un ambiente más organizado y responsivo, en el cual todos los aspectos de la higiene bucal sean evaluados y cumplidos sistemáticamente. También se sugirió la realización de evaluaciones odontológicas regulares para pacientes hospitalizados, promoviendo un enfoque más preventivo y proactivo en el cuidado.

La implementación de un checklist diario garantizaría que los procedimientos se realicen correctamente. (P25)

Visita del dentista y uso de abridor bucal para facilitar el cuidado. (P7)

En este sector, la higiene oral se realiza en la medida de lo posible de buena calidad, en la mayoría de los pacientes se realiza 3 veces al día. (P17)

Evaluación odontológica periódica y seguimiento. (P31)

Por último, los profesionales reconocen que, a pesar de los desafíos, los cuidados bucales realizados, cuando se ejecutan correctamente, tienen un impacto significativo en el bienestar de los pacientes. Este reconocimiento está alineado con la búsqueda constante de mejoras y refuerza la importancia de invertir en recursos, capacitaciones y protocolos claros.

La institución debería implementar un Procedimiento Operativo Estándar (POE), junto con capacitaciones, con prácticas que hagan que los profesionales colaboren aún más con la prevención de eventos adversos. (P25)

A pesar de que los profesionales saben de la importancia de realizar la higiene oral, aún deja mucho que desear, podemos mejorar mucho, buscando siempre hacer lo mejor para los pacientes. (P28)

El deseo de mejorar los cuidados refleja una cultura de excelencia en construcción, donde la valorización del trabajo en equipo y el compromiso con la salud del paciente ocupan un lugar destacado.

DISCUSIÓN

Las dificultades referidas por los profesionales de enfermería remiten a una importante preocupación, ya que la salud bucal está directamente ligada a la calidad de vida de los individuos, influyendo no solo en la capacidad de alimentación y comunicación, sino también en la autoestima y el confort físico. En pacientes hospitalizados, especialmente en UCI, la práctica regular de higiene bucal adecuada se muestra esencial para reducir el riesgo de infecciones, como la neumonía asociada a la ventilación mecánica, y prevenir el desarrollo de enfermedades periodontales que pueden agravar el cuadro clínico¹⁰.

La acumulación de biofilm bacteriano y la colonización de la cavidad oral por microorganismos patógenos pueden comprometer la recuperación de los pacientes y prolongar el tiempo de hospitalización. Así, el cuidado de la salud bucal debe ser reconocido como parte integral de la asistencia, exigiendo un enfoque multidisciplinario para la implementación de protocolos de higienización oral¹¹.

La ausencia de elementos esenciales, como cepillos de dientes adecuados y soluciones antisépticas, incluyendo la clorhexidina, compromete la calidad de la higiene oral, aumentando el riesgo de complicaciones, como infecciones respiratorias asociadas a la ventilación mecánica¹². El estudio referenciado resalta y corrobora aún más la importancia de la capacitación de los profesionales de salud para optimizar el uso de los recursos disponibles y mejorar la asistencia brindada en las UCI, minimizando los agravios derivados de la negligencia con la salud oral¹².

La estandarización solo puede ser efectiva cuando los profesionales disponen de condiciones y soporte adecuados para seguir los protocolos establecidos, garantizando una atención segura y humanizada, y previniendo complicaciones relacionadas con la falta de higiene bucal, que impactan directamente en la salud general de los pacientes internados¹³.

Cuando los profesionales de la salud tienen acceso a materiales de calidad y en cantidad suficiente, pueden seguir protocolos basados en evidencias, realizando prácticas más seguras y eficaces. Esto no solo mejora los resultados clínicos, sino que también eleva la calidad del cuidado y promueve la satisfacción de los profesionales, que se sienten más capacitados y apoyados para desempeñar sus funciones.

Los pacientes en condiciones críticas o en situaciones de limitación física y cognitiva, que a menudo están sedados, intubados o inmovilizados, presentan un alto riesgo de desarrollar enfermedades bucales y sistémicas debido a la falta de higiene oral adecuada¹⁴.

Por eso, se destaca la importancia de realizar esta práctica entre los pacientes críticos, con el objetivo de minimizar infecciones, especialmente aquellas asociadas a la ventilación mecánica, como la neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAVM), que representa un riesgo significativo para los pacientes internados en la UCI. La higiene bucal adecuada contribuye a la reducción de la carga microbiana en la cavidad oral, disminuyendo el riesgo de aspiración de patógenos hacia el tracto respiratorio inferior, además de promover el confort y el bienestar general del paciente. En lo que respecta a los aspectos relacionados con el trabajo, una revisión de literatura realizada entre los años 2018 y 2022 corrobora los hallazgos científicos de esta investigación, abordando que la sobrecarga fue señalada como un factor importante en la realización de los cuidados, afectando directamente la calidad y la frecuencia de la higiene oral¹⁵.

La alta demanda de cuidados, sumada al número reducido de profesionales y a la intensa carga horaria, puede llevar a la priorización de intervenciones consideradas más urgentes, haciendo que prácticas preventivas, como la higiene bucal, sean descuidadas o ejecutadas de forma inadecuada. Además, la falta de capacitación continua, la ausencia de protocolos estandarizados y la escasez de materiales esenciales, como cepillos de dientes, enjuagues antisépticos y soluciones de clorhexidina, agravan este escenario. Para superar estas barreras, es fundamental invertir en estrategias de educación permanente, optimización de los recursos disponibles e implementación de políticas institucionales que prioricen el cuidado integral, asegurando que la salud bucal sea incorporada de forma efectiva en las rutinas de cuidados de los pacientes críticos¹⁶.

Enfrentar estas adversidades con estrategias adecuadas, como la capacitación continua del equipo, el uso de protocolos basados en evidencias y la integración de cirujanos dentistas en el equipo multidisciplinario, es esencial para garantizar la calidad de los cuidados y proporcionar mayor confort y seguridad a los pacientes. Por lo tanto, la insistencia en la realización de la higiene bucal, incluso en escenarios desafiantes, refleja el compromiso con la promoción de la salud y con la recuperación efectiva de los pacientes, asegurando un cuidado completo y humanizado¹⁰.

La adopción de protocolos estandarizados para prácticas como la higiene bucal permite que todos los profesionales sigan orientaciones basadas en evidencias científicas, asegurando que los procedimientos se realicen de manera consistente y eficaz. Sin embargo, la implementación y el mantenimiento de estos estándares enfrentan desafíos significativos, como la sobrecarga de trabajo del equipo de Enfermería y la falta de materiales adecuados¹⁰.

Cabe destacar que la inclusión de cirujanos dentistas en el equipo de UCI representa un avance significativo para la calidad del cuidado brindado a los pacientes críticos, proporcionando evaluaciones más especializadas y abarcadoras en lo que respecta a la salud bucal. La presencia de estos profesionales en el entorno hospitalario permite un enfoque más dirigido en la identificación temprana de alteraciones y enfermedades orales que, si no se tratan adecuadamente, pueden llevar a complicaciones sistémicas graves, como la neumonía asociada a la ventilación mecánica e infecciones derivadas de la diseminación de patógenos de la cavidad oral a otras partes del cuerpo¹³. Sin embargo, en la unidad donde se realizó el estudio, no se dispone de este profesional, lo que puede ser una barrera para la evaluación de la higiene bucal de los pacientes, según los relatos de los profesionales de Enfermería.

El soporte técnico ofrecido a los enfermeros también es un factor importante para la capacitación continua del equipo, promoviendo una mejor comprensión sobre la importancia de la salud bucal en la recuperación del paciente y minimizando los riesgos de complicaciones asociadas a la falta de higiene adecuada. Por lo tanto, la inserción de cirujanos dentistas en la UCI no solo complementa al equipo multidisciplinario, sino que también eleva el estándar de cuidado, contribuyendo a una atención más integrada, humanizada y dirigida a las necesidades específicas de los pacientes críticos¹⁵.

Además de la importancia de la higiene bucal para evitar la acumulación de secreciones y mejorar el aliento, aspectos más complejos del cuidado intensivo merecen ser considerados. Evidencias recientes apuntan a que la salud oral puede interferir directamente en la regulación de la microbiota gastrointestinal y en la integridad de las barreras epiteliales, impactando el eje intestino-cerebro y, por consiguiente, el bienestar emocional de los pacientes críticos¹⁶. La recomposición del microbioma oral e intestinal ha sido relacionada con la modulación de células T reguladoras (Tregs) y de la respuesta inflamatoria mediada por células Th17, que desempeñan un papel fundamental en la inmunidad mucosal y en la recuperación clínica de pacientes en terapia intensiva, incluyendo aquellos con cuadros de COVID-19 larga o sepsis prolongada¹⁷⁻¹⁸. Alteraciones en el equilibrio Th17/Treg han sido asociadas al tiempo de permanencia en la UCI y a la gravedad del cuadro clínico, siendo la interleucina-22 (IL-22) uno de los mediadores clave en la regulación de la inflamación epitelial y reclutamiento de neutrófilos¹⁹. Por lo tanto, acciones de Enfermería que promuevan la restauración de la microbiota oral e intestinal, a través de cuidados bucales calificados, uso de antisépticos apropiados y estrategias integrativas con nutrición y rehidratación, pueden contribuir a una respuesta inmune más regulada, prevención de disbiosis y, en consecuencia, a la recuperación funcional y emocional del paciente.

Este estudio contribuye significativamente a la asistencia de Enfermería en Unidades de Terapia Intensiva (UTI) al evidenciar los desafíos enfrentados por los profesionales en la práctica de la higiene bucal, como la escasez de materiales, la sobrecarga de trabajo y la ausencia de protocolos estandarizados. Al captar la percepción de los profesionales, la investigación refuerza la necesidad de inversiones estructurales y educativas que apoyen la ejecución sistemática y segura de este cuidado. Los hallazgos sustentan la urgencia de capacitaciones permanentes, de la implementación de Procedimientos Operativos Estándar (POE) y de la inclusión del cirujano-dentista en el equipo multidisciplinario, promoviendo una asistencia integral, humanizada y basada en evidencias.

Este estudio no solo contribuye a la práctica de la Enfermería en Unidades de Terapia Intensiva, sino que también añade conocimiento relevante al área de la salud colectiva al destacar lagunas estructurales, técnicas y educativas relacionadas con la higiene bucal de pacientes críticos. Al dar voz a las percepciones de los profesionales de Enfermería, se evidencia la necesidad urgente de integración efectiva con otras categorías profesionales, como la Odontología, y se señala el potencial de una actuación verdaderamente interdisciplinar. Aunque el enfoque ha recaído sobre la contribución odontológica, es posible vislumbrar el impacto positivo de la inserción de otros profesionales, como nutricionistas, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales, cuyos abordajes complementarios pueden enriquecer la asistencia integral al paciente crítico.

De esta forma, el estudio ofrece subsidios prácticos y teóricos para fortalecer la seguridad del paciente crítico, reducir complicaciones infecciosas y mejorar la calidad del cuidado intensivo prestado por el equipo de Enfermería. Para fines comparativos y considerando el contexto temporal de la rutina institucional, se reconoce la importancia de presentar actualizaciones sobre la dinámica de la asistencia en la UCI. Con el avance de las políticas institucionales y posibles cambios en la disponibilidad de materiales y protocolos de cuidado, se vuelve relevante que futuros estudios aborden la evolución de estas prácticas a lo largo del tiempo. Esto permitiría comprender si las barreras identificadas en este estudio permanecen o han sido superadas por iniciativas de gestión y educación permanente, además de esclarecer en qué situaciones clínicas determinadas conductas de higiene bucal son aplicables o deben ser ajustadas según la complejidad de los casos atendidos.

CONCLUSIÓN

Ante las percepciones de profesionales de Enfermería se identificaron dificultades y barreras para la realización de los cuidados con la higiene bucal de pacientes en terapia intensiva, destacando recursos materiales, cuadro clínico del paciente, aspectos relacionados con el trabajo y organizacionales.

En este contexto, la disponibilidad adecuada de materiales, las capacitaciones y la utilización de herramientas de monitoreo, son pasos prácticos que pueden ser implementados para superar las barreras encontradas, mejorando los cuidados con la salud bucal y, en consecuencia, contribuyendo a la seguridad y recuperación de los pacientes críticos. Así, la educación permanente y la actuación del equipo multidisciplinario en el ambiente de la UCI surgen como estrategias fundamentales para garantizar la calidad de los cuidados, ampliando el enfoque multidisciplinario y promoviendo un cuidado más holístico y eficiente.

Además de los aspectos técnicos, los profesionales demuestran una preocupación legítima por el bienestar de los pacientes en recuperación, reforzando la importancia de la higiene bucal no solo como cuidado preventivo, sino también como medida de confort y protección inmunológica. La microbiota oral ejerce un papel relevante en la inmunidad antiviral y en el mantenimiento de procesos simbióticos, lo que refuerza la necesidad de prácticas cuidadosas, sin causar lesiones o incomodidad. Procedimientos simples, como la limpieza suave incluso sin el uso de pasta dental, pueden ser efectivos y seguros, especialmente en pacientes críticos.

REFERENCIAS

1. Alberton E, Maestrelli B, de Oliveira JC, Ribeiro DM, Scarparo A. Conhecimento, percepções e práticas de uma equipe de enfermagem sobre saúde bucal em ambiente hospitalar: uma abordagem qualitativa. *Rev Flum Odontol* [Internet]. 2022 [cited 2025 Feb 5];2(58):146-58. Available from: <https://periodicos.uff.br/ijosd/article/view/53592>
2. Goulart MGS, Dias KB. Práticas de enfermagem em relação à higiene bucal na prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM): revisão integrativa. *Revista Saúde Desenvolvimento* [Internet]. 2023 [cited 2025 Feb 5];17(26):88-96. Available from: <https://www.revistasuninter.com/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/1371>
3. Dos Santos AA, Silva LDA, Santos CCO, Fonseca-Silva T. Oral care practices for patients in intensive care units: a systematic review. *Am J Crit Care* [Internet]. 2025 [cited 2026 Jan 30];23(1):80-88. Available from: <https://doi.org/10.1111/idh.12822>
4. Orlandini GM, Lazzari CM. Conhecimento da equipe de enfermagem sobre higiene oral em pacientes criticamente enfermos. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2012 [cited 2025 Feb 5];33(3):34-41 Available from: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472012000300005>
5. Souza VRS, Marziale MHP, Silva GTR, Nascimento PL. Translation and validation into Brazilian Portuguese and assessment of the COREQ checklist. *Acta Paul. Enferm.* [Internet]. 2021[cited 2025 Feb 5];34:eAPE02631. Available from: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631>
6. Camargo BV, Justo AM. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas em Psicologia* [Internet]. 2013 [cited 2026 Jan 30];21(2):513-518. Available from: <https://dx.doi.org/10.9788/TP2013.2-16>
7. Minayo MCS. A pesquisa qualitativa em saúde. In: Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14th ed. São Paulo: Hucitec; 2014. p. 21-44.
8. de Oliveira RFF, Cabral-Oliveira GG, Almeida BA, Brito F. Protocolos de higiene oral e a prevenção da pneumonia aspirativa por ventilação mecânica. *Enferm Foco*. [Internet]. 2023 [cited 2025 Feb 5];14:e-202301. Available from: <https://dx.doi.org/10.21675/2357-707X.2023.v14.e-202301>
9. Cavalcante MOV, Borba SC, Santos MFB, da Gama ALA, Lunas, LL. A importância da manutenção da saúde bucal em pacientes hospitalizados. *Rev Saúde Foco*. [Internet]. 2021 [cited 2025 Feb 5]; 8(3):54-67. Available from: <http://dx.doi.org/10.12819/rsf.2021.8.3.4>
10. Ribeiro ILA, Bellissimo-Rodrigues WT, Mussolin MG, Innocentini LMAR, Maragoni ATD, Macedo LD. Impact of a dental care intervention on the hospital mortality of critically ill patients admitted to intensive care units: a quasi-experimental study. *Am J Infect Control* [Internet]. 2022 [cited 2026 Jan 30];50(10):1156-61. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2022.01.022>
11. Jun M-K, Ku J-K, Kim I-h, Park S-Y, Hong J, Kim J-Y, Lee J-K, et al. Hospital Dentistry for Intensive Care Unit Patients: A Comprehensive Review. *Journal of Clinical Medicine* [Internet]. 2021 [cited 2026 Jan 30];10(16):3681. Available from: <https://www.mdpi.com/2077-0383/10/16/3681>
12. de Carvalho BF, Lima IB, Corrêa SCL, Uchoa SALC, Corrêa VC, Corrêa DL. Principais agravos na saúde oral em pacientes internados em unidades de terapia intensiva (UTI): uma revisão integrativa da literatura.

ResearchGate. [Internet]. 2024 [cited 2025 Feb 3];1:845-56. Available from: <https://doi.org/10.47094/978-65-6036-434-9/845-856>

13. Cordeiro LC, Ribeiro JRV, Amaral AAG, Werneck JT. A importância da instalação de um protocolo de higiene oral em pacientes entubados: revisão de literatura. Rev Flum Odontol (Online). [Internet]. 2022 [cited 2025 Feb 2];1(57):135-46. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1391489>

14. Orcina BF, Salgueiro D, Costa JRS, de Carvalho CCB de, Santos PS da S. Protocolo de higienização bucal em pacientes sob posição prona [Internet]. Arq Méd Hosp Fac Ciênc Méd St Casa São Paulo (Online). 2023 [cited 2025 Dec 19];68:e020. Available from: <https://doi.org/10.26432/1809-3019.2023.68.020>

15. Kassem AO, Umer MF, Hamidaddin MA, Nasir EF, Alomran AJ, Alsuwayi HI, et al. Oral hygiene practices of hospitalized patients in public and private hospitals in Al-Ahsa, Saudi Arabia: a cross-sectional study. J Clin Med [Internet]. 2025 [cited 2026 Jan 30];14(24):8698. Available from: <https://www.mdpi.com/2077-0383/14/24/8698>

16. Hu WC. Acute Respiratory Distress Syndrome is a TH17-like and Treg immune disease [Internet]. 2013 [cited 2025 Oct 15]. 56 p. Available from: <https://arxiv.org/abs/1311.4384>

17. Hu WC. Sepsis is a syndrome with hyperactivity of TH17-like innate immunity and hypoactivity of adaptive immunity [Internet]. 2013 [cited 2025 Oct 15]. 67 p. Available from: <https://arxiv.org/abs/1311.4747>

18. Wang X, Kang K, Zhang L, Zhuge C. Heterogeneous immune recovery after viral response through a dynamical model of feedback-driven persistence and clearance [Internet]. 2025 [cited 2025 Oct 15]. 30 p. Available from: <https://arxiv.org/abs/2510.05161>

19. Powell N, Walker MM, Talley NJ. Interleukin-22 regulates neutrophil recruitment in ulcerative colitis and is associated with resistance to ustekinumab therapy. Nat Commun [Internet]. 2022 [cited 2025 Oct 15];13(5729). Available from: <https://doi.org/10.1038/s41467-022-33331-8>

Oral hygiene care in Intensive Care Unit: perceptions of nursing staff*

ABSTRACT

Objective: Investigate the perceptions of nursing professionals about oral hygiene care performed in patients in intensive care. **Method:** Descriptive, qualitative study, conducted in the Intensive Therapy Unit of a hospital in North Minas Gerais, among nursing professionals. The data were collected by semi-structured questionnaires and analyzed using IRaMuTeQ (*Interface of R Pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*), in the period from October to November 2024. **Results:** 41 nursing professionals, aged from 24 to 55 years old, participated in the study, who reported difficulties in performing oral hygiene care of patients in the intensive care unit, including: the lack of materials and heavy workload. **Conclusion:** Nursing professionals perceive oral hygiene in intensive care patients as an essential but often neglected care due to lack of materials, overload and lack of protocols.

DESCRIPTORS: Oral Hygiene; Nursing; Intensive Care Units; Hospital Infection Control Program; Health Promotion.

*Artículo extraído de la tesis de maestría: "Implementação de protocolo de higiene bucal em Unidade de Terapia Intensiva como cuidado da equipe de Enfermagem", Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil, 2025.

Recibido en: 11/03/2025

Aprobado en: 15/12/2025

Editor asociado: Dra. Luciana de Alcantara Nogueira

Autor correspondiente:

Cecília Lucas Lopes

Universidade Federal Fluminense

R. Mario Santos Braga, 30 - Centro, Niterói - RJ, 24020-140

E-mail: cecilialuclases@id.uff.br

Contribución de los autores:

Contribuciones sustanciales a la concepción o diseño del estudio; o la adquisición, análisis o interpretación de los datos del estudio -

Lopes CL, da Rocha HS, de Azevedo DPGD, Goulart MCL, Ávila FMVP. Elaboración y revisión crítica del contenido intelectual del estudio - **Lopes CL, da Rocha HS, de Azevedo DPGD, Goulart MCL, Ávila FMVP.** Responsable de todos los aspectos del estudio, asegurando las cuestiones de precisión o integridad de cualquier parte del estudio - **Lopes CL, da Rocha HS, de Azevedo DPGD, Goulart MCL, Ávila FMVP.** Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

Conflicto de intereses:

Los autores no tienen conflictos de intereses que declarar.

Disponibilidad de datos:

Los autores declaran que todos los datos están completamente disponibles en el cuerpo del artículo.

ISSN 2176-9133



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).