

MAYO DE 2020

Salud Oral: Apoyo a los Adultos que Requieren Asistencia

Segunda Edición



Aviso legal

Estas guías no son de obligado cumplimiento para las enfermeras, otros profesionales sanitarios o las instituciones que las utilicen. Su uso ha de ser flexible para poder amoldarse a las necesidades de cada individuo y las circunstancias de cada lugar. Las Guías no suponen compromiso alguno, pero tampoco eximen de responsabilidades a quienes hacen uso de ellas. Aunque se ha puesto especial énfasis en la precisión de los contenidos en el momento de la publicación, ni los autores de la Guía ni la RNAO pueden garantizar la exactitud de la información recogida en ella, y tampoco asumirán responsabilidad alguna por las pérdidas, perjuicios, lesiones o gastos que deriven de errores u omisiones en su contenido.

Copyright

A excepción de aquellas partes del presente documento en las que se especifique la prohibición o restricción expresa para su reproducción, el resto puede ser producido, reproducido o publicado en su totalidad, sin modificaciones, independientemente del formato, incluido el electrónico, para fines educativos y no comerciales, sin el permiso o consentimiento previo de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. Para cualquier adaptación que se requiera, se debe obtener permiso escrito de RNAO. En todo el material copiado han de aparecer la correspondiente citación o referencia de la siguiente manera:

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Oral health: Supporting adults who require assistance. 2nd ed. [Salud oral: apoyo a los adultos que requieren asistencia. Segunda edición].

Financiación

Este programa está financiado por el Gobierno de Ontario. Todo el trabajo producido por RNAO es editorialmente independiente de su fuente de financiación.

Declaraciones de Conflicto de Interés

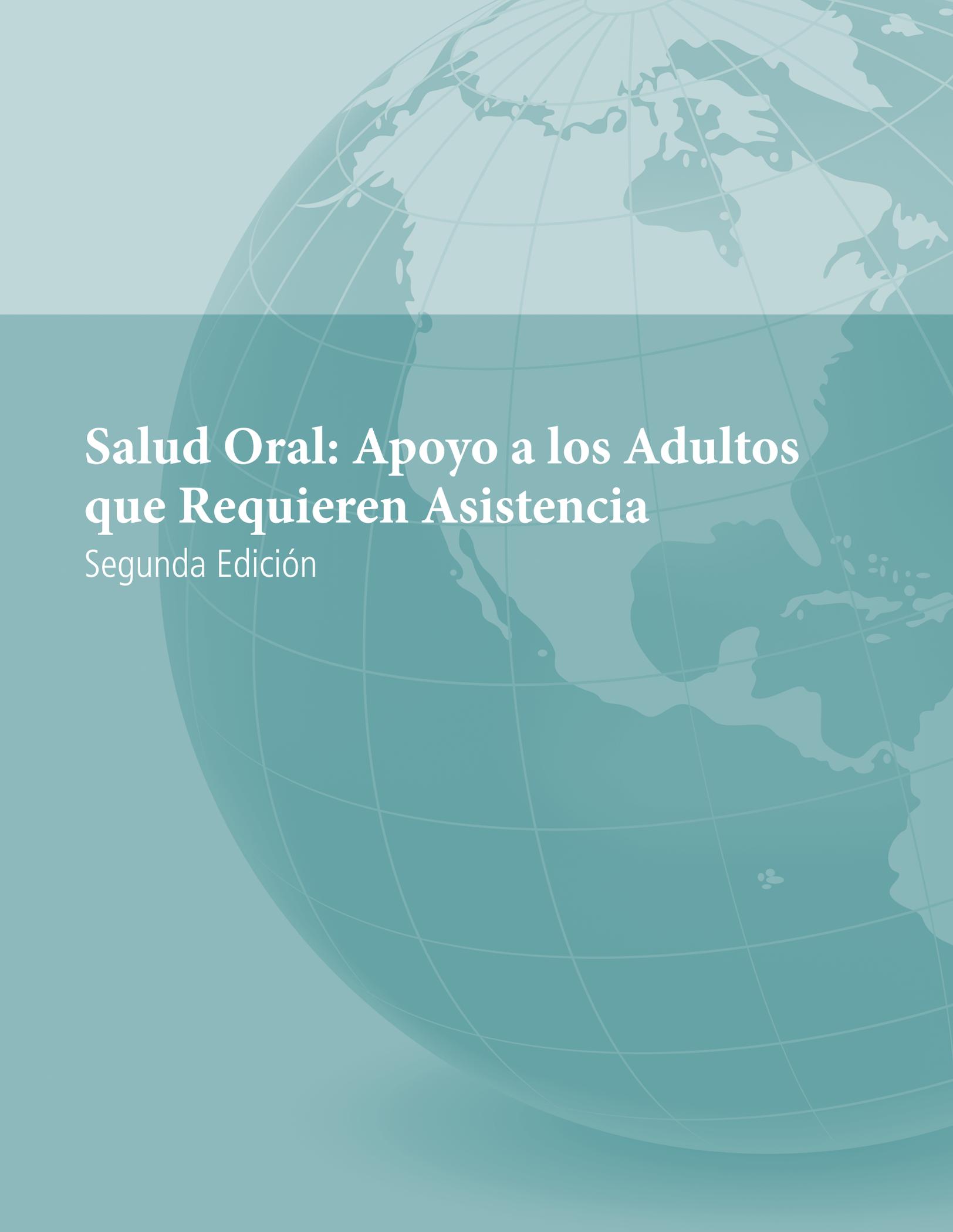
En el contexto del desarrollo de las Guías de buenas prácticas (GBP) de RNAO, el término “conflicto de interés” hace referencia a aquellas situaciones en las que las relaciones económicas, profesionales, intelectuales, personales, institucionales o de otro tipo de un miembro del panel de expertos o del personal de RNAO pueden comprometer su capacidad de llevar a cabo de forma independiente el trabajo necesario para el desarrollo de esta Guía. Todos los miembros del panel de expertos de RNAO realizaron antes de su participación en el desarrollo de la guía declaraciones de conflicto de interés que pudieran interpretarse como indicativas de un conflicto real, potencial o aparente, mediante un formulario estándar. Cada miembro del panel actualizó esta declaración en cada reunión presencial para el desarrollo de la Guía y previamente a su publicación. Todos y cada uno de los conflictos de interés declarados por los miembros del panel han sido revisados por el Equipo de Investigación y Desarrollo de las GBP de RNAO y por las copresidentas del panel de expertos. No se identificaron conflictos que supusieran una limitación. Se puede consultar el “Resumen de las declaraciones de Conflicto de Interés” en [RNAO.ca/bpg/guidelines/oral-health-supporting-adults-who-require-assistance-second-edition](https://rnao.ca/bpg/guidelines/oral-health-supporting-adults-who-require-assistance-second-edition).

Información de Contacto

Registered Nurses' Association of Ontario

500-4211 Yonge Street, Toronto, ON M2P 2A9

Website: [RNAO.ca/bpg](https://rnao.ca/bpg)



Salud Oral: Apoyo a los Adultos que Requieren Asistencia

Segunda Edición

Saludo de Doris Grinspun,

Directora Ejecutiva de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario



La Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO) se complace en ofrecer la segunda edición de la guía de buenas prácticas clínicas en enfermería (GBP) Salud Oral: Apoyo a los adultos que requieren asistencia. Las prácticas basadas en la evidencia respaldan la excelencia en la atención que los profesionales de la salud ofrecen en su práctica clínica diaria.

Queremos expresar nuestro profundo agradecimiento a todas las instituciones y particulares que hacen realidad nuestra visión de las guías de buenas prácticas. En primer lugar y el más importante, al Gobierno de Ontario, que ha reconocido la capacidad de RNAO para liderar el desarrollo de este programa que ha obtenido reconocimiento internacional y que ofrece para ello su financiación. También queremos dar las gracias a las co-presidentas del panel de expertos de RNAO,

Dr. Minn Yoon (Associate Professor, School of Dentistry University of Alberta) y Dr. Craig Dale (Assistant Professor Lawrence S. Bloomberg Faculty of Nursing, Scientist at the University of Toronto Centre for the Study of Pain and Clinician Scientist in Oral Health at the Sunnybrook Health Sciences Centre)—por su inestimable experiencia y excelente gestión en la presente Guía de Buenas Prácticas. Asimismo, queremos reconocer la labor del personal de RNAO, Giulia Zucal (colíder, metodóloga del desarrollo de la Guía), Yonda Lai (antigua colíder metodóloga del desarrollo de la Guía), Verity Scott (Coordinadora del proyecto de desarrollo de la Guía), Megan Bamford (Directora Asociada, Desarrollo y Evaluación de la Guía), y al resto del equipo de Investigación y Desarrollo de las Guías de Buenas Prácticas por su intenso trabajo para la producción de la presente Guía. Por último, no podemos dejar de agradecer muy especialmente a los miembros del panel de expertos por dedicar generosamente su tiempo, conocimientos y puntos de vista para crear un recurso riguroso y sólido que orientará la formación y la práctica de millones de profesionales sanitarios. No podríamos haberlo conseguido sin todos ellos.

El uso exitoso de estas guías requiere el esfuerzo conjunto de educadores, profesionales clínicos, empleadores, legisladores, investigadores y financiadores. La comunidad enfermera y sanitaria en general, con su inquebrantable compromiso y búsqueda de la excelencia en los cuidados al paciente, ofrece sus conocimientos técnicos, así como innumerables horas de trabajo voluntario, esencial para el desarrollo de cada nueva Guía de buenas prácticas y las siguientes ediciones. Las instituciones y empresas han respondido con entusiasmo, convirtiéndose en Centros Comprometidos con la Excelencia en los Cuidados (BPSO®), nombrando impulsores de buenas prácticas, implantando las guías y evaluando su impacto en los resultados de pacientes y organizaciones. Los gobiernos nacionales y extranjeros también se han unido a este esfuerzo. Juntos, estamos construyendo una cultura de práctica basada en la evidencia que nos beneficia a todos.

Le invitamos a que comparta esta guía con sus colegas enfermeros y de otras profesiones, con los asesores de los pacientes que trabajan en los distintos centros y con los organismos gubernamentales con los que trabaje. Tenemos mucho que aprender los unos de los otros. Juntos debemos asegurarnos de que los usuarios reciban los mejores cuidados posibles cada vez que entren en contacto con nosotros: ¡hagamos que ellos sean los verdaderos beneficiarios de este

A handwritten signature in black ink that reads "Doris Grinspun". The signature is stylized and includes a long horizontal flourish at the end.

Doris Grinspun, RN, MSN, PhD, LLD (hon), Dr (hc), FAAN, O. ONT.
Chief Executive Officer
Registered Nurses' Association of Ontario

Saludo de Teresa Moreno,

Responsable de la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud, Investén-isciii. Instituto Carlos III de España



La Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii) se complace en presentar las Guías de buenas prácticas en enfermería, realizadas por la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO), en su versión traducida al español, para que puedan ser utilizadas por todos los profesionales de la salud hispanohablantes.

Desde Investén-isciii nos sumamos a la iniciativa de transformar la enfermería a través del conocimiento, ya que entendemos que los cuidados seguros y de calidad deben apoyarse en los resultados de la investigación multidisciplinar en este ámbito y en el intercambio de conocimientos entre profesionales de dentro y fuera de nuestras fronteras. Por ello iniciamos este proyecto, con el que pretendemos que las Guías de buenas prácticas puedan ser incorporadas a la actividad de los diferentes profesionales de la salud hispanohablantes.

Quiero aprovechar esta ocasión para solicitar vuestra ayuda en la difusión, implantación y utilización de estas Guías. La profesión enfermera, y especialmente aquellos que reciben nuestros cuidados, resultarán directamente beneficiados.

Investén-isciii y la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario os agradecen de antemano vuestra colaboración, al tiempo que os animan a continuar contribuyendo al desarrollo de la Práctica clínica Basada en la Evidencia.

La traducción de estos documentos ha sido posible gracias al Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs para los cuidados de salud basados en la evidencia y la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii).

Teresa Moreno, RN, MSc, PhD.

Directora de la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii)
Instituto Carlos III de España.
Madrid Mayo 2020



Índice de Contenidos

ANTECEDENTES	Cómo utilizar este documento	6
	Objetivos y ámbito de aplicación	7
	Interpretación de la evidencia y fuerza de las Recomendaciones	12
	Resumen de recomendaciones	15
	Evaluación de la Guía	18
	Equipo de investigación y desarrollo de Guías de buenas prácticas de RNAO	21
	Panel de expertos de RNAO	23
	Agradecimientos a los colaboradores	25
	Antecedentes	29
RECOMENDACIONES	Declaraciones de buenas prácticas	33
	Recomendaciones para la práctica	35
	Recomendaciones para la formación	55
	Recomendaciones para la organización	65
	Lagunas en la investigación e implicaciones futuras	68
	Estrategias de implantación	70
REFERENCIAS	Referencias	72

Índice de Contenidos

Anexo A: Glosario	84	ANEXOS
Anexo B: Guías de RNAO y recursos acordes con esta Guía	93	
Anexo C: Proceso de revisión sistemática y estrategia de búsqueda	95	
Anexo D: Diagramas PRISMA del proceso de búsqueda de Guías y revisiones sistemáticas	107	
Anexo E: Proceso de desarrollo de indicadores	111	
Anexo F: Algoritmo para el Cuidado Oral	113	
Anexo G: Historial de la Salud Oral - Ejemplos de preguntas	114	
Anexo H: Factores de Riesgo para Patología Oral e Higiene Oral Deficiente	117	
Anexo I: Herramientas de Evaluación de la Higiene Oral	119	
Anexo J: Ejemplos de Herramientas de Evaluación de la Higiene Oral	121	
Anexo K: Ejemplos de Programas de Cuidado Oral	123	
Anexo L: Técnicas de Cepillado Dental	125	
Anexo M: Cuidado de la Prótesis Dental	127	
Anexo N: Herramientas y Productos para el Cuidado Oral	132	
Anexo O: Estrategias de Comunicación	137	
Anexo P: Estrategias de Reducción de Amenazas	139	
Anexo Q: Descripción de la Herramienta	140	

Apoyos	141	APOYOS
--------------	-----	--------

Notas	143	NOTAS
-------------	-----	-------

Cómo utilizar este documento

Esta **Guía de buenas prácticas (GBP)**^G es un documento integral que ofrece los recursos necesarios para la práctica basada en la **evidencia**^G. No pretende ser un manual o una guía de instrucciones, sino una herramienta para guiar las buenas prácticas y mejorar la toma de decisiones de las **enfermeras**^G, el **equipo interprofesional**^G, los **cuidadores**^G formadores, las instituciones de servicios de salud, las instituciones académicas y las **personas**^G y **familias**^G. Debe ser revisada y puesta en práctica en función de las necesidades de centros sanitarios individuales, instituciones académicas y otros entornos de práctica, y de las preferencias de las personas adultas (a partir de 18 años) que necesiten asistencia para satisfacer sus necesidades de **cuidado oral**^G. Este documento ofrece **recomendaciones**^G basadas en la evidencia y descripciones de: a) práctica pragmática, formación y política organizativa, (b) beneficios y daños; (c) valores y preferencias; y (d) consideraciones sobre la equidad en la salud.

Las enfermeras, los miembros del equipo interprofesional, los formadores y los administradores que se encargan de dirigir y aplicar los cambios hallarán útil este documento de cara al desarrollo de políticas, procedimientos, protocolos y programas de formación que favorezcan la prestación de servicios. Las enfermeras y los miembros del equipo interprofesional que proporcionan atención directa al paciente, y los cuidadores, se beneficiarán de revisar las recomendaciones y las evidencias en las que se fundamentan dichas recomendaciones.

Si su institución adopta esta Guía, recomendamos que sigan los siguientes pasos:

1. Evaluar sus políticas, procedimientos, protocolos y programas formativos en relación con la **declaración de buenas prácticas**^G, las recomendaciones y discusiones de apoyo de la evidencia incluidas en esta GBP.
2. Identificar las necesidades o lagunas que presentan tales políticas, procedimientos, protocolos y programas formativos.
3. Anotar las recomendaciones que sean aplicables al entorno concreto y que puedan aplicarse para abordar las lagunas o necesidades de la institución.
4. Desarrollar un plan para implantar las recomendaciones, fomentar las buenas prácticas y evaluar los **resultados**^G.

Los recursos de implantación, incluida la *Herramienta de RNAO de Implantación de guías de buenas prácticas, segunda edición* - están disponibles en RNAO.ca (1). Puede encontrar una descripción de la *Herramienta* en el **Anexo Q**. Para más información, véase **Estrategias de Implantación**.

Todas las Guías de buenas prácticas de RNAO se pueden descargar en su sitio web RNAO.ca/bpg. Para localizar guías concretas se puede buscar por palabra clave o por tema.

Nos gustaría saber su opinión sobre esta GBP y cómo la ha implantado. Comparta su experiencia con nosotros en RNAO.ca/contact.

* A lo largo de este documento, los términos **en negrita** marcados con un superíndice con el símbolo **G**^(G) pueden encontrarse en el Glosario (**Anexo A**).

Objetivos y Ámbito de Aplicación

Objetivos

Las Guías de buenas prácticas de RNAO son documentos basados en la evidencia y desarrollados de forma sistemática que incluyen recomendaciones sobre temas específicos de tipo clínico, de entornos laborales saludables y del sistema de salud, para las enfermeras y miembros del equipo interprofesional en puestos de cuidado directo, así como para cuidadores, educadores, líderes, gestores, legisladores e investigadores, y para las personas y las familias que han vivido la experiencia, tanto en el sistema de salud como en instituciones académicas. Las GBP fomentan la coherencia y la excelencia en la atención clínica, las políticas administrativas y sanitarias, y la educación, con el fin de lograr resultados en salud óptimos para las personas, las comunidades y el sistema sanitario en su conjunto.

Esta GBP sustituye a la Guía de RNAO *Oral Health: Nursing Assessment and Intervention*, que se publicó en 2008 (2). El propósito de esta GBP es proporcionar a las enfermeras, al equipo interprofesional y a los cuidadores recomendaciones basadas en la evidencia para la provisión de cuidados bucodentales a los adultos (de 18 años o más) que: a) promuevan un enfoque interprofesional para los cuidados bucodentales, b) mejoren la prestación de intervenciones de cuidados bucodentales, y c) en última instancia, conduzcan a resultados positivos para la **salud bucodental**^G de las personas. En la presente Guía se reconoce que un enfoque de **cuidados centrados en la persona y la familia**^G es esencial para proporcionar atención bucodental (o prestar asistencia para los cuidados bucodentales) a los adultos en todo el proceso de atención. En esta GBP también se reconoce que, cuando se proporciona cualquier forma de atención bucodental, se deben seguir las prácticas de control de infecciones. En el **Anexo B** encontrará recursos basados en la evidencia sobre la atención centrada en la persona y la familia y sobre la prevención y el control de las infecciones (IPAC, por sus siglas en inglés).

En noviembre de 2017, RNAO convocó a un panel de expertos para determinar los objetivos de la segunda edición de esta GBP, y para desarrollar **preguntas de recomendación**^G sobre las que fundamentar las **revisiones sistemáticas**^G. El panel de expertos de RNAO incluyó personas que habían vivido la experiencia, y su composición fue interprofesional, incluyendo individuos con conocimiento y experiencia en la práctica clínica, formación, investigación y definición de políticas, procedentes de distintos entornos de atención sanitaria, instituciones universitarias, áreas de práctica clínica y sectores. Estos expertos compartieron sus puntos de vista sobre la prestación de cuidados bucodentales (o la prestación de asistencia para los cuidados bucodentales) a los adultos en todo el proceso asistencial (es decir, cuidados agudos, cuidados de larga duración, rehabilitación o salud comunitaria).

El Equipo de Investigación y Desarrollo de Guías de Buenas Prácticas de RNAO y el panel de expertos llevaron a cabo una revisión y un análisis exhaustivo para determinar el alcance y la prioridad de las preguntas de recomendación para esta GBP (véase el **Anexo C**).

Ámbito de Aplicación

Para determinar el ámbito de aplicación de la Guía, el equipo de desarrollo de RNAO siguió estos pasos:

- Revisar la Guía anterior de RNAO, *Oral Health: Nursing Assessment and Intervention* (2);
- efectuar una búsqueda de guías sobre este tema y un análisis de brechas;
- realizar una revisión de la literatura para determinar la evidencia disponible sobre las intervenciones de cuidados bucodentales para adultos;
- realizar 6 entrevistas telefónicas con informantes clave, **profesionales sanitarios**^G, gestores e investigadores;
- realizar dos sesiones telefónicas de discusión en grupo con profesionales sanitarios, **estudiantes**^G que accedan a profesiones sanitarias, gestores e investigadores; y,
- consultar con el panel de expertos.

Basándose en estos pasos, esta GBP se centra en la provisión de cuidado oral en todos los entornos de salud a los adultos (18 o más años) que requieren asistencia con el cuidado oral en un continuo en las fases del proceso asistencial que va desde la preparación de los materiales hasta la **asistencia física completa**^G para el cuidado oral. Esta GBP proporciona recomendaciones para apoyar la prestación de cuidados bucodentales -incluyendo la supervisión, las indicaciones y la asistencia adecuadas- sin dejar de abogar por la independencia y la autonomía de las personas.

Específicamente, esta GBP aborda lo siguiente:

- un **protocolo de cuidado oral**^G de múltiples componentes;
- **estrategias**^G y **técnicas**^G para la provisión de atención bucodental;
- educación sobre la salud y el cuidado oral para los profesionales sanitarios, los cuidadores, los estudiantes que se incorporan a las profesiones sanitarias, las personas y sus familias;
- un enfoque interprofesional para la prestación de atención bucodental;
- estrategias y herramientas de implantación;
- criterios de evaluación relacionados con las recomendaciones; y
- futuras oportunidades de investigación y lagunas de conocimiento.

Conceptos Clave Utilizados en esta Guía de Buenas Prácticas

Cuidador: Cualquier pariente, pareja, amigo o vecino que tenga una relación personal significativa con un adulto con una condición crónica o discapacitante y le brinde una amplia gama de asistencia. Estos individuos pueden ser los cuidadores principales o secundarios, y viven con la persona que recibe la atención o separados de ella. Además, aunque algunas personas reciben atención de cuidadores remunerados, la mayoría depende de la asistencia no remunerada de familiares, amigos y vecinos (7).

Cuidado oral: Se refiere a la práctica de evaluar y cuidar la cavidad oral (boca) de una persona para prevenir y/o eliminar la enfermedad oral y/o la progresión de las enfermedades orales existentes (5). Entre los ejemplos se incluyen: el cepillado de los dientes, de las prótesis dentales, de la lengua y de los tejidos blandos, la descontaminación oral mediante enjuague bucal, la limpieza interdental y la hidratación del tejido oral.

Enfoque interprofesional de la atención: La prestación de una atención de calidad por parte de múltiples proveedores de servicios de salud que trabajan en colaboración entre y a través de los distintos entornos sanitarios (3). En lo que respecta a la salud bucodental, se trata de la promoción de la salud bucodental y la prestación de atención bucodental por parte de múltiples miembros de equipos interprofesionales (véase "equipo interprofesional", más adelante).

Equipo interprofesional: "Equipo constituido por múltiples profesionales sanitarios (regulados y no regulados) que trabajan juntos para ofrecer cuidados y servicios de salud integrales y de calidad a las personas dentro, entre y a través de los distintos entornos sanitarios" (4). Entre los miembros clave del equipo interprofesional que dan apoyo a las personas que necesitan asistencia en el cuidado bucodental se incluyen: enfermeras, trabajadores para la asistencia personal, médicos, dentistas, asistentes dentales, terapeutas dentales, higienistas dentales, protésicos dentales, dietistas, terapeutas respiratorios, terapeutas ocupacionales, asistentes de terapia ocupacional, patólogos del habla y el lenguaje (SLP, por sus siglas en inglés), farmacéuticos y fisioterapeutas.

Persona: Cualquier individuo que requiere ayuda para completar parcial o totalmente su cuidado oral. Esto puede abarcar, desde el apoyo en la preparación de los materiales de cuidado oral o la provisión de pistas/refuerzos/recordatorios para completar el cuidado oral, hasta la asistencia física completa con el cuidado oral. Las excepciones

al uso de este término se producen cuando se utilizan términos alternativos (p.ej., paciente, cliente o residente) en las discusiones en la literatura (p.ej., estudios o informes).

Personas que tienen un comportamiento complejo: Personas con deficiencias cognitivas, psicológicas o verbales que pueden presentar **conductas de respuesta**^G o **conductas de resistencia**^G a los cuidados durante la atención bucodental. Los comportamientos de respuesta o de resistencia a los cuidados interrumpen o impiden el cuidado oral. Estos comportamientos pueden ser leves (p.ej., apretar la boca o girar la cabeza) o extremos (p.ej., golpear o dar patadas) (8). Incluyen: agarrar las herramientas, a los profesionales de la salud o a los cuidadores, respuestas vocales durante los cuidados, agitación general, declaraciones o preguntas repetitivas y gritos (9).

Es importante señalar que las conductas de respuesta suelen indicar: a) Una necesidad no satisfecha en una persona, ya sea cognitiva, física, emocional, social, ambiental o de otro tipo; o b) Una respuesta a circunstancias del entorno social o físico que pueden ser frustrantes, atemorizantes o confusas para una persona (10). Los proveedores sanitarios deben explorar la causa (o causas) subyacente de los comportamientos de respuesta y utilizar estrategias y técnicas que "demuestren compasión, validen las emociones, apoyen la dignidad y promuevan la comprensión" (10).

Plan de cuidado oral: Un plan de cuidado escrito, basado en un historial y evaluación de salud oral, que especifica las necesidades de cuidado oral individualizadas de una persona, incluyendo los objetivos y las preferencias para las rutinas de cuidado oral.

Profesional de la salud oral: Se refiere a los proveedores de servicios de salud regulados que han recibido educación formal y capacitación específica para la salud dental y oral (p.ej., dentistas, higienistas dentales, tecnólogos dentales y protésicos dentales).

Protocolo de cuidado oral: Un enfoque de múltiples componentes a nivel de organización para estandarizar el cuidado oral de todas las personas que reciben atención. Incluye una evaluación estandarizada de la salud oral, un **plan de cuidado oral**^G guiado por la evaluación de la salud oral del individuo, e instrucciones paso a paso a seguir cuando se proporciona cuidado oral a las personas. También se enumeran los instrumentos necesarios para proporcionar un cuidado oral efectivo. El protocolo de cuidado oral es implantado por el personal de enfermería y el equipo interprofesional (según proceda en función de los conocimientos y aptitudes de los proveedores de servicios de salud), y puede adaptarse en función de las necesidades y preferencias de la persona.

Salud oral: "Es multifacética e incluye la capacidad de hablar, sonreír, oler, saborear, tocar, masticar, tragar y transmitir una serie de emociones a través de las expresiones faciales con confianza y sin dolor, malestar y enfermedad del complejo craneofacial" (6)

Temas Fuera del Ámbito de esta Guía de Buenas Prácticas

Los siguientes temas y condiciones no entran dentro del ámbito recogido en esta GBP:

- bebés, niños y adolescentes (es decir, personas menores de 18 años);
- cuidado oral específico para las necesidades de las mujeres embarazadas;
- cuidado oral para adultos que tienen necesidades de cuidado bucal más allá del alcance de la práctica enfermera, que debe ser proporcionado por un **profesional de la salud oral**^G (p.ej., raspado, empastes o reparación de prótesis dentales); y
- manejo del cáncer oral y los tratamientos relacionados con el cáncer que van más allá de las prácticas rutinarias de cuidado oral.

Preguntas de Recomendación

Las preguntas de recomendación son áreas prioritarias de atención identificadas por el panel de expertos que requieren una síntesis de la evidencia para responder. Estas preguntas de recomendación sirven de fundamento a las **preguntas de investigación PICO^G** (población, intervención, comparación, resultados) que guían las revisiones sistemáticas y, por tanto, sirven de base a las recomendaciones para la práctica, la formación y las organizaciones.

Las siguientes son preguntas de recomendación y resultados prioritarios desarrollados por el panel de expertos de RNAO que fundamentaron el desarrollo de la presente GBP.

- **Pregunta de recomendación N° 1:** ¿Debería recomendarse un enfoque interprofesional del cuidado oral para mejorar los resultados de las personas, los proveedores de salud y los estudiantes?

Resultados: Estado de salud oral^G de la persona, frecuencia del cuidado oral^G, conocimiento y capacidad de los proveedores de salud y estudiantes para proporcionar cuidado oral.
- **Pregunta de recomendación N° 2:** ¿Debería recomendarse un protocolo de cuidado oral para mejorar los resultados de las personas y los proveedores de salud?

Resultados: Neumonía asociada a la ventilación mecánica (VAP)^G, neumonía adquirida en el hospital (HAP)^G, conocimiento y confianza de los proveedores de salud en la capacidad de evaluar los cambios en el estado de la salud oral^G.
- **Pregunta de recomendación N° 3:** ¿Qué estrategias o técnicas específicas deberían recomendarse para la prestación de cuidados orales a fin de mejorar los resultados de las personas?

Resultados: Estado de salud oral de la persona, frecuencia del cuidado oral.
- **Pregunta de recomendación N° 4:** ¿Qué estrategias o técnicas específicas deberían recomendarse para la provisión de cuidados orales con el fin de mejorar los resultados para las **personas con comportamiento complejo^G** y los proveedores sanitarios?

Resultados: Estado de salud oral de la persona, frecuencia del cuidado oral, comportamientos receptivos de la persona, conocimiento y capacidad de los proveedores de salud para proporcionar cuidado oral.

Nota: Estas preguntas de recomendación prioritarias son versiones condensadas de las preguntas de investigación PICO desarrolladas de forma más completa por el panel de expertos de RNAO para orientar las revisiones sistemáticas y el desarrollo de esta GBP. Para consultar las preguntas de investigación PICO y el proceso detallado de cómo se determinaron dichas preguntas y los resultados prioritarios, véase el [Anexo C](#).

Declaración de Buenas Prácticas y Recomendaciones

La declaración de buenas prácticas y las recomendaciones de esta GBP proporcionan a las enfermeras y al equipo interprofesional orientación relacionada con la prestación de cuidados orales a los adultos que requieren asistencia en este ámbito. En las recomendaciones también se aborda la necesidad de una amplia educación teórica y práctica para los estudiantes que se incorporan a las profesiones de la salud, los proveedores de servicios de salud y los cuidadores.

Concretamente, la presente GBP abarca las siguientes áreas principales:

- **La declaración de buenas prácticas** está dirigida principalmente al personal de enfermería y a los equipos interprofesionales que prestan atención a las personas y apoyo a sus familias en todo el espectro de cuidados, que

incluye (pero no se limita a) la atención primaria, los cuidados agudos, la atención domiciliaria y los cuidados de larga duración. Se refiere a una práctica que ya se acepta como beneficiosa o práctica. Se estima que las declaraciones de buenas prácticas son tan beneficiosas que no se justifica realizar una revisión sistemática para demostrar su eficacia. La declaración resultante no se basa en una revisión sistemática, y no recibe una calificación sobre la certeza o la confianza en la evidencia o la fuerza (es decir, una calificación de condicional o sólida) (11).

- Las **recomendaciones para la práctica**^G están dirigidas principalmente al personal de enfermería y al equipo interprofesional que presta atención directa a las personas y apoyo a sus familias en todo el espectro de sectores asistenciales, lo que incluye (pero no se limita a) atención primaria, cuidados agudos, atención domiciliaria y cuidados de larga duración.
- Las **recomendaciones para la formación**^G están dirigidas a los responsables de la educación de las enfermeras y otros profesionales de la salud (por ejemplo, docentes, equipos de mejora de la calidad, gestores, administradores e instituciones académicas y profesionales). Estas recomendaciones esbozan el contenido y las estrategias de formación para los planes de estudios de ámbito sanitario de nivel inicial, la formación continua y el desarrollo profesional.
- Las **recomendaciones para la organización**^G son de aplicación para todos los gestores, administradores y legisladores responsables de desarrollar políticas y directrices o de garantizar que existen los apoyos necesarios en las organizaciones sanitarias para la implantación de las buenas prácticas.

Véase el **Anexo F** para consultar el algoritmo que representa la declaración de buenas prácticas y todas las recomendaciones recogidas en esta Guía que pueden ser de aplicación en entornos de práctica.

Cuías de RNAO y Recursos Acordes con esta Guía de Buenas Prácticas

La implantación de esta guía puede apoyarse en otras GBP y recursos basados en la evidencia de RNAO. Véase el **Anexo B** para consultar las GBP de RNAO y demás recursos basados en la evidencia sobre los siguientes temas relacionados:

- aprendizaje centrado en el paciente;
- delirio, demencia y depresión en adultos mayores;
- ciencia de implantación, marcos conceptuales de implantación y recursos;
- prevención y control de infecciones (IPAC);
- colaboración interprofesional;
- promoción de la salud oral; y
- cuidados centrados en la persona y la familia.

Interpretación de la evidencia y Fuerza de las Recomendaciones

Las Guías de RNAO se desarrollan utilizando el método GRADE^G (**Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation - Valoración, Desarrollo y Evaluación de la graduación de las recomendaciones**). Para más información sobre el proceso de desarrollo de la guía, incluido el uso de los métodos GRADE, véase el **Anexo C**.

Certeza de la Evidencia

La certeza de la evidencia (es decir, el nivel de confianza que tenemos en que la estimación del efecto es verdadera) en la investigación cuantitativa se determina mediante los métodos GRADE (12). Tras sintetizar la evidencia de cada desenlace o resultado priorizado, se evalúa la certeza de la evidencia. La certeza global de la evidencia se determina entonces teniendo en cuenta la certeza de la evidencia para cada uno de los desenlaces priorizados para cada pregunta de recomendación. GRADE clasifica la certeza global de la evidencia como *alta*, *moderada*, *baja* o *muy baja* (véase la **Tabla 1** para consultar una definición de estas categorías).

Tabla 1: Certeza de la Evidencia

CETEZA DE LA EVIDENCIA	DEFINICIÓN
Alta	Confianza alta en que el efecto real se encuentra muy cercano al estimador del efecto.
Moderada	Confianza moderada en el estimador del efecto: es probable que el efecto real se encuentre cercano al estimador del efecto, pero existe la posibilidad de que existan diferencias sustanciales.
Baja	Confianza limitada en el estimador del efecto: el efecto real puede ser sustancialmente diferente al estimador del efecto.
Muy baja	Muy poca confianza en el estimador del efecto: es probable que el efecto real sea sustancialmente diferente del estimador del efecto.

Fuente: Reimpreso de: The GRADE Working Group. Quality of evidence. In: Schunemann H, Brozek J, Guyatt G, et al., editors. Handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach [Internet]. [place unknown; publisher unknown]; 2013. Table 5.1, Quality of evidence grades. Available from: <https://gdt.gradepro.org/app/handbook/handbook.html#h.wsfivfhuqv4r>. Reimpresión autorizada.

Nota: La certeza en la evidencia asignada se puede encontrar directamente debajo de cada recomendación. Para más información sobre el proceso empleado para determinar la certeza en la evidencia y las decisiones documentadas que han tomado los responsables metodólogos de la Guía de RNAO, véase el **Anexo C**.

Fuerza de las Recomendaciones

La fuerza de las recomendaciones se formula como *fuerte* o como *condicional* en base a la certeza en la evidencia y a los siguientes criterios clave:

- balance entre beneficios y daños,
- valores y preferencias, y
- equidad en salud.

Véase la definición de estos criterios en la **Discusión de la Evidencia**.

Recomendación fuerte

“Una recomendación fuerte refleja la confianza del panel de expertos en que los efectos deseables de una intervención superan los efectos no deseables (recomendación fuerte *a favor* de la intervención), o que los efectos no deseables de una intervención superar los efectos deseables (recomendación fuerte *en contra* de la intervención)” (12). Una recomendación fuerte implica que la mayoría de las personas se benefician de la acción recomendada (12).

Recomendación condicional

Una recomendación condicional refleja la confianza del panel de expertos en que los efectos deseables de una intervención probablemente superen los efectos no deseables (recomendación condicional *a favor* de la intervención), o en que los efectos no deseables de una intervención probablemente superen los efectos deseables (recomendación condicional *en contra* de la intervención), aunque hay cierta incertidumbre (12). Una recomendación condicional implica que no todas las personas se beneficiarán de la acción recomendada y que "es necesario considerar con mucha atención las circunstancias, las preferencias y los valores de cada persona" (12).

Nota: La fuerza de la recomendación se detalla directamente a continuación de cada recomendación y en el **Resumen de recomendaciones**. Para más información sobre el proceso empleado por el panel de expertos para determinar la fuerza de cada recomendación, véase el **Anexo C**.

Discusión de la Evidencia

La Discusión de la evidencia que sigue a cada una de las recomendaciones incluye las siguientes secciones:

1. **Beneficios y daños:** Identifica los resultados potenciales deseables y no deseables de los que informa la literatura cuando se emplea la práctica recomendada. Este apartado incluye únicamente investigación de las revisiones sistemáticas.
2. **Valores y preferencias:** Denota el valor o la importancia relativa de los resultados en salud con la adopción de una determinada actuación clínica, desde una perspectiva centrada en la persona. Esta sección también denota las preferencias de los profesionales sanitarios respecto a la práctica recomendada. El contenido de esta sección puede incluir investigación de las revisiones sistemáticas y, si procede, observaciones y/o consideraciones del panel de expertos de RNAO.
3. **Equidad en la salud:** Identifica el impacto potencial que la práctica recomendada puede tener en la salud en distintas poblaciones o entornos, y/o las barreras para implantar una práctica recomendada en entornos concretos. El contenido de esta sección puede incluir investigación de las revisiones sistemáticas y, si procede, observaciones y/o consideraciones del panel de expertos de RNAO.

4. **Justificación de la Recomendación por el panel de expertos:** Expone las razones por las que el panel de expertos toma la decisión de calificar la recomendación como fuerte o condicional.
5. **Notas prácticas:** Recoge información práctica para enfermeras y miembros del equipo interprofesional. Esta sección puede incluir evidencia procedente de revisiones sistemáticas y/o de otras fuentes (p.ej., el panel de expertos de RNAO).
6. **Recursos de apoyo:** Incluye una lista de recursos de interés (como sitios web, libros, organizaciones, etc.) que respaldan las recomendaciones. El contenido recogido en esta sección no formó parte de la revisión sistemática y, por tanto, no se valoró la calidad de todo el contenido. Así, la lista no es exhaustiva y la inclusión de un recurso en la misma no implica que cuente con el respaldo de RNAO.



Resumen de Recomendaciones

Esta GBP sustituye a la Guía de buenas prácticas de RNAO *Oral Health: Nursing Assessment and Intervention* (2008) (2).

DECLARACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS

Declaración de Buenas Prácticas

El panel de expertos recomienda que, como parte de la valoración en la admisión, los profesionales sanitarios obtengan y documenten los siguientes elementos sobre la persona:

- historial de salud oral;
- estado actual de salud oral; y
- creencias y prácticas de higiene oral, incluyendo sus capacidades de autocuidado.

Esta es una "declaración de buenas prácticas" que no requiere la aplicación del sistema GRADE.

RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA

RECOMENDACIONES	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
<p>Recomendación 1.0:</p> <p>El panel de expertos sugiere que los proveedores de salud sigan un protocolo de cuidado oral de múltiples componentes que incluya:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ una evaluación de la salud bucal utilizando un enfoque estandarizado y/o un instrumento validado apropiado para la persona y el entorno sanitario; ■ un plan de atención oral individualizado; ■ instrucciones paso a paso para el cuidado oral, incluido el cepillado de dientes y de prótesis dentales; e ■ identificación de los instrumentos y materiales necesarios para el cuidado oral. 	Condicional
<p>Recomendación 2.0:</p> <p>El panel de expertos sugiere que los proveedores sanitarios eduquen a las personas y a los cuidadores sobre los siguientes temas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ la salud oral y los beneficios del cuidado bucal; ■ técnicas y procedimientos de cuidado oral utilizando la demostración de retorno; ■ establecimiento de prácticas de cuidado oral; y ■ cómo usar las herramientas y/o materiales de cuidado oral. 	Condicional

RECOMENDACIONES	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
<p>Recomendación 3.0:</p> <p>El panel de expertos sugiere que los proveedores sanitarios utilicen enfoques centrados en la persona para prestar atención bucodental a las personas que tienen un comportamiento complejo, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ adaptaciones ambientales; ■ estrategias de comunicación verbal y/o no verbal; y ■ selección y modificación de herramientas y materiales para el cuidado oral. 	Condicional
<p>Recomendación 4.0:</p> <p>El panel de expertos sugiere que los proveedores sanitarios documenten estrategias y técnicas específicas exitosas en un plan de atención bucodental individualizado que pueda utilizarse cuando se proporcione atención bucodental a personas con comportamiento complejo.</p>	Condicional

RECOMENDACIONES PARA LA FORMACIÓN

RECOMENDACIONES	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
<p>Recomendación 5.0:</p> <p>El panel de expertos sugiere que las instituciones académicas implanten la educación interprofesional de cuidado oral para los estudiantes que ingresan en las profesiones sanitarias.</p>	Condicional
<p>Recomendación 6.0:</p> <p>El panel de expertos sugiere que las organizaciones de servicios de salud impartan educación y capacitación sobre el cuidado oral a los proveedores sanitarios facilitadas por un profesional de la salud oral. La educación y la capacitación incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ conocimientos teóricos sobre salud oral, incluida la definición de salud bucodental, los factores de riesgo de las enfermedades orales y los métodos para prevenirlas; y ■ habilidades prácticas de cuidado oral, incluyendo técnicas de cepillado dental y limpieza de prótesis dentales. 	Condicional
<p>Recomendación 7.0:</p> <p>El panel de expertos sugiere que las organizaciones sanitarias impartan educación a los proveedores de salud, que incluya una capacitación práctica interactiva para identificar e implantar estrategias y técnicas que puedan utilizarse al prestar atención bucodental a las personas con comportamiento complejo.</p>	Condicional

RECOMENDACIONES PARA LA ORGANIZACIÓN	
RECOMENDACIÓN	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
<p>Recomendación 8.0:</p> <p>El panel de expertos sugiere que las organizaciones de servicios de salud apliquen un enfoque interprofesional para la prestación de atención bucodental.</p>	<p>Condicional</p>



Evaluación de la Guía

A medida que vaya implantando las recomendaciones de la presente Guía, considere cómo va a monitorizar y evaluar su implantación e impacto.

El modelo Donabedian sirve de base para el desarrollo de medidas de evaluación de la calidad asistencial, que incluye tres categorías: estructura, proceso y resultado.

- La estructura describe los atributos del sistema sanitario, de la organización o de la institución académica para garantizar la calidad de los cuidados. Incluye recursos físicos, recursos humanos e información sobre los recursos económicos.
- El proceso examina las actividades sanitarias que se prestan a, para y con personas o poblaciones, como parte de unos cuidados de calidad.
- El resultado analiza el efecto de los cuidados de calidad en la salud de personas y poblaciones, personal sanitario, organizaciones sanitarias o sistemas de salud (13).

Para obtener más información se puede consultar la *Herramienta de RNAO de implantación de Guías de buenas prácticas, segunda edición* (1).

Las **Tablas 2, 3 y 4** recogen posibles medidas de estructura, proceso y de resultado para evaluar el éxito de la Guía. Es importante evaluar los cambios en la práctica basados en la evidencia cuando se implanta una Guía. Se deben seleccionar las medidas más relevantes para el entorno de práctica. Los repositorios de datos y bibliotecas de indicadores disponibles sobre cuidados orales son escasos en Ontario y en Canadá. Las siguientes medidas apoyan la mejora de la calidad y la evaluación.

La **Tabla 2** incluye posibles medidas de estructura asociadas a todas las recomendaciones para evaluar atributos relacionados con los recursos humanos.

Tabla 2: Medidas de estructura para evaluar el éxito general de la Guía

MEDIDAS DE ESTRUCTURA	MEDIDAS EN REPOSITARIOS DE DATOS/ INSTRUMENTOS
<p>Porcentaje de profesionales de la salud formados y capacitados en la prestación de atención bucodental a las personas:</p> <p>Numerador: Número de profesionales de la salud formados y capacitados en la prestación de atención bucodental a las personas.</p> <p>Denominador: Número total de profesionales de la salud.</p>	Nuevo

La **Tabla 3** respalda la evaluación de los cambios durante la fase de implantación. Las medidas se asocian directamente a recomendaciones concretas y favorecen el proceso de mejora.

Tabla 3: Medidas de proceso para evaluar el éxito de la Guía

RECOMENDACIÓN	MEDIDAS DE PROCESO	MEDIDAS EN REPOSITORIOS DE DATOS/INSTRUMENTOS
Declaración de Buenas Prácticas	<p>Porcentaje de personas recién ingresadas para las que se completó el historial de salud oral al ingreso o al iniciar la atención:</p> <p>Numerador: Número de personas recién ingresadas para las que se completó el historial de salud oral en el momento del ingreso o al inicio de la atención.</p> <p>Denominador: Número total de personas recién ingresadas.</p>	<p>Parcial NQuIRE^{®1}</p> <p>Parcial RAI-MDS²</p>
Declaración de Buenas Prácticas Recomendación 1.0	<p>Porcentaje de personas recién ingresadas que han sido objeto de una evaluación de la salud oral en el momento del ingreso o al inicio de la atención:</p> <p>Numerador: Número de personas recién ingresadas para las que se realizó una evaluación de la salud oral en el momento del ingreso o al inicio de la atención</p> <p>Denominador: Número total de personas recién ingresadas.</p>	<p>Parcial NQuIRE^{®1}</p> <p>Parcial RAI-MDS²</p>
Recomendación 1.0	<p>Porcentaje de personas que tienen un plan de cuidado bucodental individualizado:</p> <p>Numerador: Número de personas que tienen un plan de cuidado bucal individualizado</p> <p>Denominador: Número total de personas con un historial y una evaluación de salud oral documentados</p>	<p>NQuIRE^{®1}</p>

La **Tabla 4** recoge potenciales medidas de resultado asociadas a las recomendaciones para evaluar el éxito global de la implantación de la Guía.

Tabla 4: Medidas de resultados para evaluar el éxito general de la Guía

MEDIDAS DE RESULTADOS	MEDIDAS EN REPOSITARIOS DE DATOS/ INSTRUMENTOS
<p>Porcentaje de personas que recibieron cuidado oral al menos dos veces al día:</p> <p>Numerador: Número de personas que recibieron cuidado oral al menos dos veces al día</p> <p>Denominador: Número total de personas</p>	<p>NQuIRE¹</p> <p>Parcial RAI-MDS²</p>
<p>Porcentaje de personas cuya salud oral se mantuvo igual o mejoró mientras recibían atención en una organización de servicios de salud:</p> <p>Numerador: Número de personas cuya salud oral se mantuvo igual o mejoró mientras recibían atención en una organización de servicios de salud</p> <p>Denominador: Número total de personas</p>	<p>NQuIRE¹</p>

¹ Nursing Quality Indicators for Reporting and Evaluation (NQuIRE®) (Indicadores de calidad enfermera para la elaboración de informes y la evaluación).

² Instrumento de Evaluación de Residentes – Conjunto Mínimo de Datos (RAI-MDS)

Otros recursos de RNAO para la evaluación y el seguimiento de las GBP:

- Nursing Quality Indicators for Reporting and Evaluation® (NQuIRE®), (Indicadores de calidad enfermera para la elaboración de informes y la evaluación), un sistema único de datos de enfermería que se encuentra en el International Affairs and Best Practice Guideline Centre y permite a los Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (BPSO®) medir el impacto de la implantación de las Guías de buenas prácticas en centros BPSO de todo el mundo. El sistema de datos NQuIRE® recopila, compara y reporta datos de proceso y medidas de resultado sensibles para la enfermería basados en las guías. Las definiciones de los indicadores NQuIRE se ajustan a los datos administrativos disponibles y a las medidas de rendimiento existentes, siempre respetando en la medida de lo posible el principio de «recogida única, uso múltiple». Al completar otros sistemas de medida del rendimiento ya establecidos y emergentes, NQuIRE trata de aplicar medidas **fiabes**^G y válidas, reducir al mínimo la carga de la presentación de informes y armonizar las medidas de evaluación para que sea posible realizar análisis comparativos. El sistema de datos internacional NQuIRE se lanzó en agosto de 2012 para crear y mantener culturas de práctica basada en la evidencia, optimizar la seguridad del paciente, mejorar los resultados del paciente e involucrar al personal en la identificación de las relaciones entre la práctica y los resultados con el fin de promover la calidad y abogar por recursos y políticas favorables a los cambios hacia las buenas prácticas (14). Para más información se puede visitar RNAO.ca/bpg/initiatives/nquire.
- Los **conjuntos de normas de buenas prácticas**^{TM G} integrados en las historias clínicas electrónicas ofrecen un mecanismo de obtención electrónica de datos sobre indicadores de proceso y resultados. La capacidad de vincular las medidas de estructura y de proceso con medidas de resultados concretos del paciente ayuda a determinar el impacto de la implantación de las GBP sobre resultados en salud concretos. Para más información se puede visitar RNAO.ca/ehealth/bpgordersets.

Equipo de Investigación y Desarrollo de Guías de buenas prácticas de RNAO

Giulia Zucal, RN, BScN, MA

Guideline Development Methodologist

(Lead, April 2019–May 2020)

Senior Manager, Guideline Development and Research
International Affairs and Best Practice
Guidelines Centre

Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, ON

Yonda Lai, RN, MN

Guideline Development Methodologist

(Lead, November 2017–April 2019)

International Affairs and Best Practice
Guidelines Centre

Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, ON

Verity White, BSc

Guideline Development Project Coordinator

International Affairs and Best Practice

Guidelines Centre

Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, ON

Erica D'Souza, BSc, MPH

(November 2017 – November 2018)

Guideline Development Project Coordinator

International Affairs and Best Practice

Guidelines Centre

Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, ON

Danny Wang, RN, BScN

Evaluation Analyst

International Affairs and Best Practice

Guidelines Centre

Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, ON

Rebecca de Witte, RN

Long-Term Care Best Practice Coordinator

Long-Term Care Best Practices Program

Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, ON

Ibo MacDonald, RN, MScN

Long-Term Care Best Practice Coordinator (Evaluation)

Long-Term Care Best Practices Program

Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, ON

Susan McRae, RN, BScN, MHSM

Long-Term Care Best Practice Coordinator

Long-Term Care Best Practices Program

Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, ON

Saima Shaikh, RN

Long-Term Care Best Practice Coordinator

Long-Term Care Best Practices Program

Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, ON

Heather Woodbeck, RN, HBScN, MHSA

Long-Term Care Best Practice Coordinator

Long-Term Care Best Practices Program

Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, ON

Dr. Shanoja Naik, PhD, MPhil, MSc, BEd, BSc

Data Scientist/Statistician-Health Outcomes Research,
NQuIRE[®]

International Affairs and Best Practice

Guidelines Centre

Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, ON

Megan Bamford, RN, MScN

Associate Director, Guideline Development and Evaluation
International Affairs and Best Practice
Guidelines Centre
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, ON

Doris Grinspun, RN, MSN, PhD, LLD (hon), Dr (hc), FAAN, O. ONT.

Chief Executive Officer
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, ON

Agradecimientos

Revisión externa realizada por:

Dr. Nancy Santesso, RD, MLIS, PhD

Assistant Professor
Department of Health Research Methods, Evidence and Impact, McMaster University
Deputy Director, Cochrane Canada

Búsqueda sistemática realizada por:

UHN HealthSearch



Panel de Expertos de RNAO

Craig Dale, RN, PhD, CNCC(C)

Panel Co-Chair

Assistant Professor
Lawrence S. Bloomberg Faculty of Nursing,
University of Toronto
Toronto, ON

Minn Yoon, PhD

Panel Co-Chair

Associate Professor
School of Dentistry, University of Alberta
Edmonton, AB

Paula Benbow, RDH, MPH

Former Manager of Health Policy
Canadian Dental Hygienists Association
Ottawa, ON

Lisa Burry, BSc (Pharm), PharmD

Clinical Pharmacy Specialist and Clinician Scientist
Mount Sinai Hospital
Toronto, ON

Victoria Cameron, RN, BScN

Registered Nurse, CVT ICU
Health Sciences North
Sudbury, ON

Debbie Campbell

Personal Support Worker
Markhaven Home for Seniors
Toronto, ON

Esther Coker, PhD RN, GNC (C)

Clinical Nurse Specialist
Hamilton Health Sciences, St. Peter's Hospital
Hamilton, ON

Wendy Dunn, BScN, MN, RN(EC)

Nurse Practitioner
Greenwood Court
Stratford, ON

Mandy Judah, RN, BScN

Director of Care and BPSO® Lead
Fiddick's Nursing Home
Petrolia, ON

Lucia Lorenzatti, CCC-SLP, Reg CASLPO

Speech-Language Pathologist
Unity Health Toronto
Toronto, ON

Toba Miller, RN(EC), MScN, MHA, GNC(C), WOCC(C)

Advanced Practice Nurse
The Ottawa Hospital
Ottawa, ON

Donna Scaffidi, BSc, RD

Registered Dietitian and Family Caregiver
Toronto, ON

Poonam Sharma, RN, MN

Public Health Nurse
Region of Peel
Mississauga, ON

Orla Smith, RN, PhD

Clinical Leader Manager and Associate Scientist
St. Michael's Hospital
Toronto, ON

Teresa Tibbo, RPN

Registered Practical Nurse
Grey Bruce Health Services
Owen Sound, ON

Nelly Villacorta-Siegal, RDH

Dental Hygienist and Team Lead, Supportive Oral
Health for Seniors
Baycrest Health Sciences
Toronto, ON

Erin Watson, BSc, DMD, MHSc, CHE

Deputy Chief of Dentistry
Princess Margaret Cancer Centre
Toronto, ON

Shelagh Walsh, RDH

Retired Dental Hygienist
College of Dental Hygienists of Ontario
Toronto, ON

Esta Guía está dedicada a Shelagh Walsh, que dio su apoyo a este trabajo y participó como miembro del panel de expertos hasta su fallecimiento. Le agradecemos su compromiso inestimable y la pasión en la promoción de la salud oral.

Agradecimiento a los Colaboradores

Como parte del desarrollo de las guías de buenas prácticas, RNAO recabó los puntos de vista de diversos participantes de un amplio rango de organizaciones sanitarias, instituciones académicas, áreas de práctica y sectores. Entre los participantes se incluyeron enfermeras, otros profesionales sanitarios, educadores y administradores de servicios de salud con conocimientos en la materia. Se solicitó su aportación a distintas **partes interesadas**^G (o stakeholders) que representan diversas perspectivas (**Anexo C**). RNAO desea agradecer a las siguientes personas su contribución a la revisión de la Guía.

Los revisores de las partes interesadas han dado su consentimiento para publicar sus nombres e información relevante en esta GBP.

Julia Beckford, RN, BScN, MN

Coordinator of Staff Development/Quality Improvement Facilitator
The Wexford Residence
Toronto, ON

Jillian Bergeron, BA, RDH

Registered Dental Hygienist
Leeds, Grenville and Lanark District Health Unit
Brockville, ON

Arthur Biernacki, RN

Registered Nurse
Woods Park Care Centre
Barrie, ON

Ashley Brown, RPN

Chatham-Kent Long-Term Care Lead Team
Leamington Mennonite Home, Erie St. Clair
Behavioural Supports Ontario
Chatham-Kent, ON

Morgan Burns, RPN

Quality/Education Lead
Twin Lakes Terrace Long-Term Care Home
Sarnia, ON

Helen Buxton, RDH, BDSc

Community Dental Hygienist
City of Hamilton
Hamilton, ON

Teresa Compton, RN

Clinical Nurse Educator
Southlake Regional Health Centre
Newmarket, ON

Brenda DiMuzio, RDH

Registered Dental Hygienist
Self-Employed, Independent Dental Hygiene Practice
Sarnia, ON

Lucy Doan, RN

Registered Nurse
Mount Sinai Hospital
Toronto, ON

Christine Fambely, RDH, BA, MEd

Instructor
John Abbott College
Ste. Anne de Bellevue, QC

Una Ferguson, RN

Staff Nurse
Royal Ottawa Place
Ottawa, ON

Clare Fielding, RN, MScN, CNCC(C)

Clinical Nurse Specialist
University Health Network
Toronto, ON

Jessica Francis, RN, BScN

Co-Director of Care
Meadow Park Chatham
Chatham, ON

Lisebeth Gatkowski, RN, BScN, CPMHN(C)

Faculty
Mohawk College
Toronto, ON

Erin Gisborne, RN

Clinical Nurse Educator
Royal Victoria Regional Health Centre
Barrie, ON

Julia Gow, RN

Toronto, ON

Mary “Kristi” Gow, RN

Clinical Resource Nurse
Bay Haven Care Community
Collingwood, ON

Patricia Greenhorn, DDS

Clinical Instructor/Long-Term Care Mobile Dentist
Algonquin College/Long-Term Care Facilities
Eastern Ontario

Shauna Hachey, MHS, RDH

Assistant Professor
Dalhousie School of Dental Hygiene, Faculty of
Dentistry
Halifax, NS

Trudy Hebbes, RDH

Dental Hygienist
Toronto Rehabilitation/University Health Network
Toronto, ON

Valerie Herring, RDH, BsM, MEd

Dental Hygienist Educator
Victoria, BC

Jill Hicks, RDH

Registered Dental Hygienist
Leeds, Grenville and Lanark District Health Unit
Brockville, ON

Peggy Hughes, RN, BScN, MN

Professional Practice Lead
Southlake Regional Health Centre
Newmarket, ON

Janet Hunt, RN, MScN

Clinical Nurse Specialist
St. Joseph’s Health Care London
London, ON

Rifat Khimani, RN

Registered Nurse
Mount Sinai Hospital
Toronto, ON

Arista Kingkhanat, RN

Registered Nurse
Juravinski Hospital
Hamilton, ON

Kanika Kohli, BScN, MN, RN

London, ON

Lisa Lallion, RN, MN, CMSN(c)

Care Coordinator, Home and Community Care
Humber River Hospital
North York, ON

Anthony Le Fuentes, RN

Registered Nurse
Credit Valley Hospital
Mississauga, ON

Madeline Logan-Johnbaptiste, RN, BScN,

MBA, ENC(c), CHE

Clinical Manager
Mackenzie Health
Richmond Hill, ON

Jessica Lok, RN, MN

Manager of Professional Practice
VHA Home HealthCare
Toronto, ON

Melanie Martin, RDH, MA

Director of Dental Hygiene Practice
Canadian Dental Hygienists Association
Ottawa, ON

Lynda McKeown, RDH, MA

Independent Dental Hygienist
Lynda McKeown Oral Care
Thunder Bay, ON

Mary McNally, MSc, DDS, MA

Professor, Assistant Dean Research
Dalhousie Faculty of Dentistry
Halifax, NS

Jessica Menard, RN

Registered Nurse
The Ottawa Hospital
Ottawa, ON

Lauren Minielly, RN

St. Joseph's Hospice
Sarnia, ON

Noeman Mirza, RN, PhD

Assistant Professor
Thompson Rivers University
Kamloops, BC

Sanjukta Mohanta, DDS

Dentist
Health n'Smiles Dental Clinic
Brampton, ON

Susan Ng, RN, MN, CHPCN(C)

Clinical Nurse Specialist
University Health Network
Toronto, ON

Michelle Pinto, RN, MN

Registered Nurse
Royal Victoria Hospital
Barrie, ON

Timea Raduly, RN, MEd

Pelham, ON

Kennedy Schell, RN

Kingston, ON

Susanne Sunell, EdD, RDH

Educational Consultant
Omni Educational Group Ltd.
West Vancouver, BC

Jamie Turpin, BScN, RN

Nurse Educator
College and Association of Registered Nurses of Alberta
Edmonton, AB

Rhonda Usenik, HBScN, RN, CCHN(C)

Clinical Nurse Educator
Integrated Supportive and Facility Living, Alberta
Health Services
Calgary, AB

Teresa Valenzano, PhD, SLP(C), Reg. CASLPO

Research Manager
Interprofessional Practice-based Research,
St. Michael's Hospital
Toronto, ON

Benjamin Vallis, RN

Registered Nurse
The Ottawa Hospital
Ottawa, ON

Jenna Whitney, RDH

Registered Dental Hygienist
City of Hamilton
Hamilton, ON

Miembros del Equipo de Traducción de la Guía

Coordinación

María Teresa Moreno Casbas, RN, MSc, PhD

Coordinadora Científica

Responsable de la Unidad de Investigación en

Cuidados de Salud, Investén-isciii.

Instituto de Salud Carlos III, España.

Esther González María, RN, MSc, PhD

Coordinadora Científica

Unidad de Investigación en Cuidados de Salud,
Investén-isciii.

Instituto de Salud Carlos III, España.

Laura Albornos Muñoz, BS, MSc

Coordinadora Técnica

Unidad de Investigación en Cuidados de Salud,
Investén-isciii.

Instituto de Salud Carlos III, España.

Traducción

Itziar González Pérez

Higienista Bucodental y TCAE

HUA Santiago, OSI Araba

Vitoria-Gasteiz, Álava. España

Revisores de la Guía Actualizada

Omar Ortega Fernández, PhD

Laboratorio de Fisiología Digestiva

Hospital de Mataró

Mataró (Barcelona), España.

Esther González María, RN, MSc, PhD

Coordinadora Científica

Unidad de Investigación en Cuidados de Salud,
Investén-isciii.

Instituto de Salud Carlos III, España.

Antecedentes

Importancia del Cuidado Oral para la Salud

El cuidado oral se refiere a la práctica de evaluar y cuidar la cavidad oral de una persona para prevenir y/o eliminar la patología oral y/o la progresión de las enfermedades orales existentes (5). Los ejemplos incluyen: el cepillado dental, el cuidado de las prótesis dentales, de la lengua y de los tejidos blandos; la descontaminación oral mediante un enjuague bucal; la limpieza interdental; y la hidratación de los tejidos. La Federación Dental Mundial define la salud oral como "multifacética e incluye la capacidad de hablar, sonreír, oler, saborear, tocar, masticar, tragar y transmitir una serie de emociones a través de las expresiones faciales con confianza y sin dolor, malestar y enfermedad del complejo craneofacial" (6). El buen cuidado de la cavidad oral es fundamental para lograr una salud oral óptima (5), y ayuda con la ingesta de alimentos, permite una comunicación verbal clara y aumenta el bienestar (15).

Un cuidado oral inadecuado puede estar asociado con enfermedades orales y sistémicas. Entre las enfermedades orales más comunes en todo el mundo figuran la **caries dental**^G, la **enfermedad periodontal (de las encías)**^G y las enfermedades infecciosas orales (p.ej., el herpes oral, el herpes labial y las ampollas febriles debidas a infecciones fúngicas y virales) (16). Las enfermedades sistémicas vinculadas a la colonización bacteriana de la cavidad oral -como los dientes, las prótesis dentales, la lengua y las mucosas orales- incluyen las siguientes:

- infecciones respiratorias (17);
- infarto cerebrovascular (18);
- enfermedad de las arterias coronarias (19); y
- riesgo de enfermedades cardiovasculares (20).

Las nuevas evidencias sugieren que varias enfermedades inflamatorias sistémicas pueden estar asociadas con la carga inflamatoria causada por la **periodontitis**^G en particular (es decir, la inflamación de las encías y las estructuras de soporte de los dientes). Entre ellas figuran:

- enfermedad de Alzheimer y demencia (21);
- diabetes mellitus de tipo I y tipo II (22); y
- artritis reumatoide (23).

Las necesidades de atención bucodental a menudo no se abordan al mismo nivel que otras necesidades de salud, y algunas poblaciones corren un mayor riesgo de tener una salud bucodental deficiente que otras (24, 25). La provisión de un buen cuidado oral es un elemento esencial para contribuir a la salud oral y general, y al bienestar.

Poblaciones en Riesgo de Mala Salud Oral

Algunas poblaciones pueden correr un mayor riesgo de tener una salud oral deficiente, ya sea porque tienen dificultades para cuidarse a sí mismas o porque no reciben un apoyo adecuado para el cuidado bucal por parte de los proveedores de salud o de los cuidadores. Esas poblaciones incluyen las personas que necesitan asistencia para el cuidado oral, las que requieren hospitalización y/o ventilación y las que tienen un comportamiento complejo (25-27, 42-47).

Personas que Requieren Asistencia para el Cuidado Oral

Las limitaciones físicas debidas a la edad, la artritis, la vista deficiente o la discapacidad hacen que muchas personas no sean capaces de realizar su propio cuidado oral, lo que las sitúa en un mayor riesgo de padecer una salud oral deficiente (26, 27). Las personas que han sufrido un ictus pueden experimentar hemiparesia de la extremidad superior

(es decir, debilidad o incapacidad para mover un lado del cuerpo), lo que les dificulta sostener eficazmente un cepillo dental y cepillarse los dientes (28). En el caso de las personas mayores, la discapacidad funcional, la disminución de la coordinación mano-ojo y la pérdida de autonomía pueden crear limitaciones para el cuidado bucodental, incluida la incapacidad de visitar a un profesional de la salud oral (29). En el caso de personas institucionalizadas en centros de larga estancia, existen importantes lagunas en la práctica entre la actual prestación de atención bucodental por parte de los proveedores de salud y la necesidad recomendada de asistencia para el cuidado bucodental diario (30). Esto pone a los residentes en riesgo de desarrollar una mala salud oral, incluida la **halitosis**^G no tratada, la caries dental, la **gingivitis**^G y la periodontitis (16, 25, 31). De hecho, en un estudio transversal canadiense publicado en 2018 y realizado por Yoon et al., se observó que el 43,2% de los residentes en centros de larga estancia tenían una higiene dental inadecuada y el 79,6% presentaban una inflamación gingival de moderada a grave (32).

Personas con Problemas Médicos

Las personas que están médicamente comprometidas también pueden estar en riesgo de tener una salud oral deficiente y complicaciones sistémicas derivadas de un cuidado oral deficiente. Las personas sanas suelen tener un mecanismo de defensa normal para limpiar el contenido gástrico u **orofaríngeo**^G; sin embargo, las personas que están médicamente comprometidas (p.ej., las que tienen las defensas pulmonares deterioradas, aquellas con trastornos neurológicos, debilidad orofaríngea o alteración del nivel de conciencia, o quienes utilizan sedantes) pueden ser más propensas a aspirar el contenido orofaríngeo o gástrico (33).

La **aspiración**^G se refiere al proceso cuando el material orofaríngeo o gástrico entra en la vía respiratoria y pasa por debajo de las cuerdas vocales (34). Cuando estas secreciones están colonizadas por bacterias (de la cavidad oral, la garganta o el tracto respiratorio), se desarrolla una respuesta infecciosa en los pulmones y aumenta el riesgo de **neumonía aspirativa**^G (33). Un buen cuidado bucal puede ayudar a reducir al mínimo la cantidad de bacterias en la cavidad oral, lo que reduce la carga bacteriana en las secreciones orogástricas y el consiguiente desarrollo de la neumonía aspirativa (35).

La neumonía aspirativa que se produce en los centros sanitarios (p.ej., en los hospitales o en los centros de rehabilitación) puede clasificarse de una de las dos formas siguientes: neumonía adquirida en el hospital (HAP, por sus siglas en inglés) o neumonía asociada a la ventilación mecánica (VAP, por sus siglas en inglés). La HAP se refiere a la inflamación del tejido pulmonar causada por agentes que no estaban presentes en un individuo cuando ingresó en el hospital (o dentro de las 48 horas siguientes a su admisión) (33, 36). La VAP se refiere a la aparición de una infección de las vías respiratorias inferiores que se desarrolla 48 horas (o más) después de la iniciación de la ventilación mecánica por medio de un tubo endotraqueal o una traqueostomía (33, 37). Los patógenos asociados con la HAP y la VAP son similares; por lo tanto, pueden utilizarse estrategias preventivas similares (38).

Aunque se han realizado investigaciones limitadas sobre la HAP, las nuevas evidencias indican que puede aumentar drásticamente la duración de la estancia hospitalaria de una persona. Por ejemplo, Baker y Quinn comprobaron que el 57,7% de los pacientes que adquirieron la HAP fuera de la unidad de cuidados intensivos (UCI) tuvieron una estancia hospitalaria de más de 15 días, y el 37,3% una estancia hospitalaria de más de 20 días (en comparación con el 5% cuya estancia fue inferior a 15 días) (39). El 40,8% de los pacientes con HAP que requirieron un ingreso en la UCI pasaron más de 20 días en el hospital (39). Es importante señalar que el aumento de la duración de la estancia hospitalaria se ha asociado con altas tasas de morbilidad y mortalidad (33).

La VAP se da en personas que están gravemente enfermas y requieren equipo médico invasivo para mantener la permeabilidad de las vías respiratorias y/o la función respiratoria (40). El equipamiento médico puede incluir un tubo

endotraqueal o de traqueostomía para la ventilación mecánica. Las bacterias patógenas pueden colonizar el espacio orofaríngeo y el equipamiento médico y posteriormente propagarse a los pulmones de la persona, provocando una neumonía (41). La VAP es la principal causa de muerte asociada a una infección adquirida en el hospital (33). Los pacientes que desarrollan VAP tienen una tasa de mortalidad hospitalaria del 46% (en comparación con el 32% de los pacientes ventilados que no desarrollan VAP). La VAP también se asocia con 7,6 días más de soporte respiratorio, 8,7 días más en la UCI y 11,5 días más de estancia total hospitalaria (33).

Personas que Tienen un Comportamiento Complejo

Entre las personas que tienen un comportamiento complejo se incluyen las personas con discapacidades cognitivas, psicológicas o verbales que pueden presentar comportamientos de respuesta, como agarrar, respuestas vocales durante los cuidados, agitación general, declaraciones o preguntas repetitivas, y gritos (9). Satisfacer las necesidades de cuidado bucal de las personas que son complejas desde el punto de vista del comportamiento puede ser un desafío. Los comportamientos de respuesta en esta población son una barrera común para la prestación de un buen cuidado oral, porque las personas parecen negarse a participar en el cuidado bucal apretando la boca, girando la cabeza o golpeando/dando patadas (8, 42-44). La falta de capacitación y educación sobre el cuidado bucal básico -y las estrategias y técnicas para proporcionar cuidado bucal a las personas que son complejas desde el punto de vista del comportamiento- también hace que la prestación de cuidado oral sea un reto para los proveedores de servicios de salud regulados y no regulados (25) y los cuidadores. Esto pone en riesgo el estado de salud bucodental de esta población.

Las investigaciones demuestran que los ancianos con diagnóstico de demencia pueden tener peor salud oral que aquellos sin demencia (45), y que pueden tener tres veces más probabilidades de sufrir caries (46). Las personas con discapacidades intelectuales o del desarrollo también se enfrentan a obstáculos para recibir una buena atención bucodental. Los proveedores de salud y los cuidadores tienen dificultades para atender las necesidades de salud bucodental de esta población cuando no se pueden controlar los comportamientos de respuesta, y es posible que sólo limpien los dientes anteriores porque son más fáciles de acceder que los que se encuentran en la parte posterior de la boca (24).

Obstáculos para la Prestación de Cuidado Bucodental

Cuando las personas están hospitalizadas y no pueden atender sus necesidades de salud oral, la tarea se convierte con frecuencia en responsabilidad de los proveedores de salud, que pueden no disponer de suficiente formación y capacitación en materia de cuidado oral (47). Los proveedores de salud suelen informar de que el cuidado bucodental no es una prioridad para ellos y, por lo tanto, se convierte en una tarea que se ignora o se realiza de forma incoherente (48, 49). Además, como encontraron Kiyoshi-Teo y Blegen, la adherencia de una directriz de salud bucodental en las UCIs era difícil debido a que los proveedores de salud temían hacer daño a los pacientes, a la falta de material dental y de profesionales de la salud bucodental y a una comprensión insuficiente entre los proveedores de salud de los beneficios del cuidado bucodental (50). Otros obstáculos a la prestación de atención bucodental señalados por el personal de enfermería en las UCI son las dificultades para visualizar la cavidad oral y las dificultades para introducir herramientas de higiene oral en la boca de los pacientes con el objetivo de realizar el cuidado oral (51).

Aunque algunos proveedores de salud pueden tener una comprensión general del vínculo entre la salud oral y la salud general, carecen de conocimientos detallados sobre la salud oral y de confianza en su capacidad para proporcionar un cuidado oral efectivo (52). La educación apropiada en materia de salud bucodental para los estudiantes de las instituciones académicas -y formación continuada para los profesionales de salud en centros sanitarios- pueden mejorar las actitudes y los conocimientos sobre la salud oral, reforzando las prácticas de salud oral y su comprensión (53, 54).

Conclusión

Las personas que necesitan asistencia para el cuidado bucal requieren el apoyo de los proveedores de salud y los cuidadores para garantizar que se satisfagan sus necesidades de salud. Cuando no se satisfacen las necesidades de salud oral de una persona, pueden producirse efectos negativos en la cavidad bucal y en la salud general.

La RNAO reconoce la importancia de la salud bucodental como un componente esencial para la salud y el bienestar general. La presente GBP proporciona recomendaciones basadas en la evidencia para apoyar a las enfermeras, al equipo interprofesional y a los cuidadores a satisfacer y cubrir las necesidades de salud bucodental de las personas.



Declaración de Buenas Prácticas

DECLARACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS

El panel de expertos recomienda que, como parte de la valoración en la admisión, los profesionales sanitarios obtengan y documenten los siguientes elementos sobre la persona:

- historial de salud oral;
- estado actual de la salud oral; y
- creencias y prácticas de higiene oral, incluyendo sus capacidades de autocuidado.

Esta es una “declaración de buenas prácticas” que no requiere la aplicación del sistema GRADE.

Comprender el historial de salud oral de la persona, su estado actual de salud oral, sus creencias y prácticas de higiene oral es una buena práctica clínica y un prerrequisito para proporcionar intervenciones de enfermería y otras intervenciones clínicas.

El National Institute for Health and Care Excellence (NICE) en Reino Unido recomienda que, para las personas que viven en residencias (es decir, personas que residen las 24 horas, tanto si precisan cuidados de enfermería o no) se debe realizar una valoración de sus necesidades de cuidados orales en el ingreso (55). Aunque esta recomendación es específica para personas que viven en residencias, es razonable asumir que todas las personas, independientemente del ámbito sanitario, deberían recibir una valoración de sus necesidades de cuidados de salud – incluyendo sus necesidades actuales de cuidados bucodentales. Esta valoración se debe realizar al ingreso en la institución sanitaria o antes del inicio de los cuidados, y debe servir de base para el plan de cuidados.

Además de la valoración del estado actual de salud oral de la persona, se debe realizar un historial de salud oral que incluya información sobre la salud oral autopercebida por la persona, sus creencias, preferencias y actitudes, y experiencias anteriores respecto a la higiene oral (56). Esto ayudará para proporcionar cuidados holísticos y centrados en la persona, estructurando los cuidados alrededor de la persona, apoyando el establecimiento de una relación terapéutica entre el profesional de la salud y la persona, y aumentando la satisfacción de la persona con los servicios de salud (57). También es fundamental conocer las prácticas habituales de cuidados orales de la persona y sus habilidades de autocuidados, ya que la evidencia muestra de forma consistente que las personas completamente dependientes tienen una higiene oral más deficiente que aquellas con dependencia parcial (58).

Notas Prácticas

- Véase en el **Anexo G** dos ejemplos de historia clínica de salud oral al ingreso, que pueden implantarse en los centros sanitarios.
- Véase en el **Anexo H** una lista de factores de riesgo que pueden llevar a una salud oral deficiente.
- Véase en el **Anexo I** una muestra de herramientas de valoración de salud oral.
- El panel de expertos señaló que los profesionales de la salud también deben reflejar sus propias creencias y prácticas respecto a los cuidados orales. Las creencias y prácticas personales pueden influir el cuidado oral proporcionado a las personas.
- Los profesionales sanitarios necesitan ser conscientes del riesgo de aspiración antes de proporcionar cuidados orales (véase la llamada de atención en p.37). “Se debe cribar a las personas para el riesgo de aspiración o **disfagia**^G y evaluar la disfagia si existen factores de riesgo” (59). Esto se debe realizar por profesionales sanitarios con los conocimientos y habilidades adecuados y dentro del marco legislativo de sus competencias. Para más información sobre el riesgo de aspiración, la prevención de la aspiración en adultos con disfagia y la neumonía aspirativa, se puede consultar el *Canadian Patient Safety Institute’s Hospital Harm Improvement Resource: Aspiration Pneumonia* (Recurso para la mejora de los daños en el hospital, del Instituto canadiense de seguridad del paciente: Neumonía aspirativa) (59), disponible en: <https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/Hospital-Harm-Measure/Documents/Resource-Library/HHIR%20Aspiration%20Pneumonia.pdf>.

Recomendaciones para la Práctica

RECOMENDACIÓN 1.0:

El panel de expertos sugiere que los proveedores de salud sigan un protocolo de cuidado oral de múltiples componentes que incluya:

- una evaluación de la salud bucal utilizando un enfoque estandarizado y/o un instrumento validado apropiado para la persona y el entorno sanitario;
- un plan de atención oral individualizado;
- instrucciones paso a paso para el cuidado oral, incluido el cepillado de dientes y prótesis dentales; e
- identificación de los instrumentos y materiales necesarios para el cuidado oral.

Fuerza de la recomendación: Condicional

Certeza de la evidencia de los efectos: Muy baja

Discusión de la Evidencia

Beneficios y daños

Un protocolo de atención bucodental es un enfoque de múltiples componentes y a nivel de organización para estandarizar el cuidado oral de todas las personas que reciben atención. En los estudios se examinaron uno o más de los siguientes componentes de un protocolo de cuidado oral:

- una evaluación de la salud oral utilizando un enfoque estandarizado y/o un instrumento validado (37, 61-66);
- un plan de atención bucodental individualizado (62);
- instrucciones de cuidado oral paso a paso (37, 61-63, 65, 66); y
- una lista de los materiales e instrumentos de cuidado oral necesarios para completar el protocolo (37, 61-63, 65, 66).

Los hallazgos sugieren que la implantación de un protocolo de atención oral multicomponente puede reducir las tasas tanto de HAP como de VAP (37, 61-63, 66). La aplicación de un protocolo también puede mejorar la capacidad de los proveedores de salud para evaluar los cambios en el estado de salud oral de las personas (64). La certeza de la evidencia de esta recomendación fue muy baja debido a: a) graves limitaciones en la forma en la que se realizaron los estudios; b) inconsistencias en la forma en que se midieron y/o notificaron las tasas de HAP y VAP; y c) porque la mayoría de los estudios se limitaron a personas que se encontraban en entornos de cuidados críticos y/o agudos. Ninguno de los estudios identificó ningún daño relacionado con el uso de un protocolo de atención oral multicomponente.

Evaluación de la salud bucodental utilizando un enfoque estandarizado y/o un instrumento validado

Una evaluación de la salud bucodental mediante un enfoque estandarizado y/o una herramienta validada es una evaluación sistemática y exhaustiva de las estructuras de dentro y alrededor de la cavidad oral de una persona. Se realiza para determinar su estado de salud oral. Esta evaluación debe incluir todas las estructuras de la boca y sus alrededores -como los labios, la lengua, el paladar (parte superior del interior de la boca), las encías, la membrana mucosa (interior de los labios y las mejillas), los dientes y el estado de las prótesis dentales (si procede)- además del olor del aliento (halitosis), la limpieza de la cavidad bucal (por ejemplo, la mínima acumulación de **placa**⁶) y la presencia de dolor dental (64).

Los estudios incluidos en la revisión sistemática se realizaron en diversos entornos (es decir, en la comunidad, en cuidados intensivos y en cuidados agudos) y, por lo tanto, utilizaron diferentes enfoques y/o herramientas de evaluación de la salud bucal, como por ejemplo:

- una versión modificada del Oral Health Assessment Tool (OHAT) (Instrumento de valoración de la salud oral) (64);
- Beck Oral Assessment Scale (BOAS) (Escala de Beck de valoración oral) (66);
- Barnason's Oral Assessment Guide (1998) (OAG) (Guía de Barnason de valoración oral) (37);
- Bedside Oral Exam (BOE) (Examen oral en la cabecera) (63); y
- Evaluación genérica de enfermería de la cavidad oral (61, 62, 65).

La evidencia sugiere que cuando los proveedores de salud utilizan un enfoque estandarizado y/o un instrumento de evaluación de la salud oral validado, pueden tener una mejor capacidad para medir los cambios en la salud oral (64). También puede reducir las tasas de HAP o VAP (37, 61 a 63, 65, 66). En el **Anexo I** figura una lista de instrumentos de evaluación de la salud bucodental y en el **Anexo J** una muestra de la OHAT y del The Holistic and Reliable Oral Health Assessment Tool (THROAT) (Instrumento holístico y fiable de valoración de salud oral).

Plan de atención bucodental individualizado

Un plan de cuidado oral individualizado guía a los proveedores de salud sobre las intervenciones que deben realizarse al proporcionar el cuidado oral diario (67). El plan se basa en la evaluación de la salud oral del individuo, y debe ser revisado y actualizado cada vez que se complete la evaluación de la salud bucal (68). La evidencia sugiere que cuando los proveedores de salud realizan una evaluación de la salud bucodental conjuntamente con un plan de cuidado bucodental documentado, puede haber una reducción de las tasas de VAP (62).

En el **Anexo K** figuran dos ejemplos de planes de cuidado bucodental.

Instrucciones paso a paso para el cuidado bucodental, incluyendo el cepillado dental y de prótesis dentales

La mayoría de los estudios describen las intervenciones en el protocolo de cuidado oral como instrucciones paso a paso para que los proveedores de salud las sigan (37, 61, 62, 65, 66). El cepillado dental o de prótesis dentales se incluyó en todos los protocolos de cuidado oral (37, 61-63, 65, 66). Además del cepillado dental o de prótesis dentales, todos los estudios, excepto uno, incluyeron el uso de enjuagues bucales (37, 61, 62, 65, 66).

Se incluyeron otras intervenciones comunes de cuidado oral:

- reposicionar la cabeza y/o el cuerpo de la persona para que pueda recibir una mejor atención oral (37, 62);
- raspado y cepillado de la lengua (63-65);
- cepillado de la **mucosa oral**^G (63, 65);
- hidratación de los labios (61, 63, 66);
- aspiración oral para eliminar las soluciones restantes, el exceso de saliva y otros restos, si es necesario (61, 62, 65, 66); y/o
- extracción, limpieza y re inserción de la vía respiratoria orofaríngea, si es necesario (66).

Aunque no se identificó ninguna evidencia que describiera estrategias de manejo específicas para diferentes afecciones de la salud oral, las evidencias sí sugirieron que cuando los proveedores de salud seguían instrucciones paso a paso para el cuidado oral, se podía producir una reducción en la tasa de VAP o HAP (37, 61-63, 65, 66). Véase el **Anexo L** para una serie de diagramas que muestran las técnicas de cepillado dental. Véase el **Anexo M** para una serie de diagramas que describen cómo cuidar las prótesis dentales.



Precaución: El panel de expertos destaca que las personas identificadas en riesgo de aspiración pueden requerir supervisión por un profesional sanitario cuando se realicen cuidados orales. Esto incluye cuando la persona utiliza pasta de dientes, ya que puede ser aspirada. No se aconseja el uso de enjuagues orales para las personas en riesgo de aspiración.

Identificación de las herramientas y materiales necesarios para el cuidado bucal

Varios estudios subrayaron que un protocolo de cuidado oral debería especificar claramente los materiales y herramientas de cuidado oral para implantar un protocolo de cuidado bucodental de forma adecuada (61, 63, 65). Prendergast et al. (63) y Robertson y Carter (61) también especificaron que los materiales para el cuidado oral de cada enfermo deben mantenerse junto a la cabecera del paciente para que sean fácilmente accesibles para los proveedores de salud y los cuidadores.

Los materiales y herramientas de cuidado oral identificados en la literatura incluyen:

- cepillos de dientes pediátricos (es decir, "de cabezal pequeño") para pacientes de la UCI con riesgo de VAP (37, 66);
- un cepillo de dientes eléctrico (63);
- pasta de dientes (65);
- un equipo de aspiración (61, 65);
- enjuagues bucales (por ejemplo, solución salina normal al 0,9% o enjuague de clorhexidina) (37, 61, 62, 65, 66); y
- hidratante labial (61, 63, 65, 66).

La evidencia sugiere que cuando un protocolo de cuidado oral especifica los materiales y herramientas necesarios para el cuidado bucodental, puede haber una reducción en la tasa de VAP o HAP (37, 61-63, 65, 66). En el **Anexo N** figura una lista de instrumentos y productos que pueden utilizarse para el cuidado oral.

Valores y Preferencias

Robertson y Carter encontraron que las familias estaban más satisfechas con la limpieza de la boca de las personas; las enfermeras también consideraron que el protocolo facilitaba la prestación de cuidados bucales, porque al tener junto a la cabecera del paciente los instrumentos de cuidado bucal específicos para cada uno de ellos aumentaba la eficiencia y la comodidad del paciente (61). Además, las personas que participaron en el estudio consideraron que el protocolo mejoraba la salud oral de los pacientes con disfagia, lo que permitía iniciar antes una dieta oral (61).

Prendergast et al. concluyeron que las enfermeras tenían una mayor satisfacción al realizar el cuidado oral cuando se había implantado un protocolo (63). Ello se debía a que, como parte del proceso de aplicación, la organización de servicios de salud debía proporcionar materiales y herramientas adecuadas para la atención bucodental, como cepillos de dientes eléctricos, enjuagues bucales efectivos y pasta de dientes. En un estudio cualitativo, las enfermeras valoraron que se incluyera un plan de atención bucodental diaria en el sistema de información del paciente porque mejoraba los cuidados bucodentales prestados y ayudaba a los pacientes autónomos en sus prácticas diarias de autocuidado (52).

Equidad en Salud

La implantación de un protocolo de atención bucodental multicomponente podría mejorar la igualdad en salud al normalizar el enfoque de la atención bucodental para todas las personas en todos los entornos asistenciales. Sin embargo, la equidad en materia de salud puede variar, porque el éxito de la aplicación de un protocolo de atención bucodental multicomponente se ve limitado por varios factores: el acceso de la institución a educadores con

conocimientos específicos en materia de salud oral, la variabilidad entre los enfoques educativos utilizados por los educadores, y la disponibilidad desigual de actualizaciones educativas para reforzar el protocolo de cuidado oral. Además, las limitaciones presupuestarias pueden limitar la disponibilidad de productos y materiales de cuidado oral adquiridos por las instituciones sanitarias.

Justificación de la recomendación por el panel de Expertos

No hubo daños reportados en la literatura. El panel de expertos convino en que las personas valorarían un protocolo de atención oral multicomponente, ya que puede reducir al mínimo el riesgo de desarrollar HAP o VAP. Sin embargo, la certeza de la evidencia era muy baja y, por lo tanto, el panel de expertos determinó que la fuerza de la recomendación era condicional.

Notas prácticas

- El panel de expertos aconsejó que todas las personas deberían recibir una evaluación de la salud oral al ingreso y de forma continuada. En la literatura no existe un acuerdo coherente sobre el calendario de las evaluaciones en curso; por lo tanto, es responsabilidad de las instituciones sanitarias establecer un plazo para la realización de las evaluaciones y comunicar claramente esta decisión a los proveedores de servicios de salud como parte del plan de aplicación. La atención bucodental prestada a las personas en base a su evaluación de la salud bucodental y su plan de atención debe ser supervisada, evaluada y modificada en consecuencia.
- El panel de expertos aconsejó que, si se observaba un cambio en la salud bucodental durante la prestación de atención bucodental, se debe iniciar una evaluación completa de la salud oral.
- Cabe señalar que no todas las herramientas de evaluación de la salud bucodental han sido validadas en todos los ámbitos de la práctica; algunas herramientas son más apropiadas para poblaciones clínicas específicas (p.ej., las personas que reciben ventilación mecánica). Por consiguiente, al seleccionar una herramienta de evaluación para utilizarla en la práctica, se debe tener en cuenta la aplicabilidad de esta al entorno y la población (55).
- Los profesionales de la salud con experiencia en salud bucodental (p.ej., los profesionales dentales o un proveedor sanitario que se especialice en salud bucodental) deberían impartir educación a los proveedores de servicios de salud sobre la manera de utilizar correctamente la herramienta de evaluación seleccionada y documentar los hallazgos (64). También debe haber educadores cualificados para el reciclaje del personal. El cumplimiento y la sostenibilidad de una intervención multicomponente es mayor si los proveedores de salud comprenden la importancia de un protocolo de atención bucodental (69).
- Las personas que necesitan asistencia para el cuidado oral deben ser instruidas, supervisadas o recibir un cepillado dental, idealmente, por lo menos dos veces al día. Una frecuencia de cepillado de por lo menos dos veces al día es recomendada por la Asociación de Higienistas Dentales de Ontario, la Asociación Dental Canadiense y la Asociación Dental Americana (70, 130, 142, 143). El cuidado oral dos veces al día es también un requisito en virtud de la Ley y el Reglamento de las residencias de larga estancia de Ontario (188). La calidad (técnica) del cepillado dental es también una consideración importante. Véase el [Anexo N](#) para las técnicas de cepillado dental de la Asociación Dental Canadiense.
- Cuando la medicación oral se tritura y se mezcla con un producto endulzado (p.ej., compota de manzana o yogur), los proveedores de servicios de salud deben dar indicaciones o proporcionar atención oral después, especialmente si la medicación se administra antes de acostarse. Esto podría reducir al mínimo la tasa de caries dental causada por el azúcar que se deposita en los dientes. Sin embargo, es importante señalar que el cuidado oral debe retrasarse entre 30 y 60 minutos después de la ingestión de alimentos y/o bebidas ácidas (por ejemplo, refrescos o cítricos): las evidencias indican que el ácido puede ablandar la superficie del diente y que la pérdida de esmalte se agrava con el cepillado (70, 71).

- En el caso de personas con dientes, debe utilizarse pasta dental con flúor. La pasta dental con flúor debe utilizarse dos veces al día para cepillarse los dientes a fin de prevenir la caries dental (72).
- Al proporcionar cuidados orales es importante reconocer que la mucosa oral es delicada; se deben limpiar los residuos (si los hay) y luego se debe cepillar la lengua.
- El panel de expertos aconsejó que, además de hidratar los labios, también es importante hidratar la cavidad oral, especialmente cuando la persona recibe nutrición enteral. Esto evitará la acumulación de sustancias membranosas (187).
- Cuando se presta atención oral a personas que tienen dispositivos avanzados para las vías respiratorias, tal vez sea necesario hacer ajustes en el tubo endotraqueal o traqueal (37, 62, 63, 66). El tubo endotraqueal debe moverse para que descansa en el lado opuesto de la boca a fin de evitar lesiones por presión relacionadas con el dispositivo.
- El panel de expertos observó que se debía proporcionar a las personas recipientes para guardar sus prótesis dentales. Las prótesis, sus recipientes y todos los demás materiales para el cuidado oral (por ejemplo, cepillos de dientes, pasta de dientes e hidratante labial) deben estar etiquetados con el nombre de la persona para asegurar que se sigan las prácticas adecuadas de control de infecciones y que los materiales no se compartan inadvertidamente entre diferentes personas (véase el **Anexo B** para los recursos de control de infecciones).

Recursos de Apoyo

RECURSO	DESCRIPCIÓN
<p>Alberta Health Services (AHS). Mouth care decision tree document [Internet]. Edmonton (AB): AHS; 2016. Available from: http://extcontent.covenanthealth.ca/Policy/VII-C-110%20Mouth%20Care%20Decision%20Tree%20Document.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Resume los conocimientos, las aptitudes y las habilidades necesarias para aplicar tres elementos clave de un marco de salud bucodental: la evaluación oral y la planificación del cuidado, el cuidado diario de la boca y derivación a profesionales odontológicos, según sea necesario. ■ Incluye diagramas de flujo y diagramas que esbozan la planificación del cuidado oral con escalas de resultados y árboles de decisión del RAI-MDS.
<p>Brushing up on mouth care [Internet]. Halifax (NS): Dalhousie University; 2020. Available from: http://brushingup.ca/</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sitio web educativo para los cuidadores que proporcionan cuidado oral a las personas en centros de atención de larga estancia y con apoyo domiciliario, o para cualquier persona que esté en programas de formación de asistentes de cuidados continuos o con interés en el cuidado de personas mayores dependientes. ■ Incluye ejemplos de kits de herramientas, tarjetas de cuidados y formularios de evaluación, y proporciona videos educativos y una hoja informativa sobre una variedad de condiciones de salud oral, productos de salud oral y ayudas.

RECURSO	DESCRIPCIÓN
<p>Dental Hygiene Canada; the Canadian Dental Hygienists Association. Denture care: daily denture and mouth care [Internet]. [place unknown]: Dental Hygiene Canada; 2015. Co-published with Canadian Dental Hygienists Association. Available from: https://www.dentalhygienecanada.ca/pdfs/dhcanada/seniors/DENTURE_CARE_helpful_hints.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Un documento de una página que resume información útil sobre el cuidado diario de la prótesis dental y de la boca.
<p>Doshi M. Mouth care matters: a guide for hospital healthcare professionals [Internet]. England: National Health Service (UK); 2017. Available from: https://www.noeccn.org.uk/resources/Documents/Benchmarks%20Guidelines/Mouthcare/Mouth%20Care%20Matters.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Una guía completa para los profesionales de la salud que abarca temas como la importancia de la salud oral para los pacientes hospitalizados, la dieta y la salud oral, diversas enfermedades orales y cómo ayudar a los pacientes con el cuidado de la boca y la prótesis dental.
<p>Fraser Health Authority (FHA). Clinical protocol: oral hygiene adult – independent, acute care [Internet]. [place unknown]: FHA; 2017. Available from: https://www.fraserhealth.ca/-/media/Project/FraserHealth/FraserHealth/Health-Professionals/Student-Practice-Education/201810_clinical_protocol_oral_hygiene_adult_independent_acute_care.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Protocolo clínico que describe cómo proporcionar higiene oral a los pacientes en un entorno de cuidados intensivos para disminuir el riesgo de HAP no asociado a la ventilación.
<p>Fraser Health Authority (FHA). Oral health: adult – integrated standards for residential care facilities and group homes [Internet]. [place unknown]: FHA; 2017. Available from: https://www.fraserhealth.ca/-/media/Project/FraserHealth/FraserHealth/Health-Professionals/Student-Practice-Education/201810_clinical_protocol_oral_health_adult_integrated_standards_for_residential_care.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Se esbozan las mejores prácticas para orientar la atención de las personas en los centros de atención residencial y los hogares colectivos. ■ Proporciona información sobre el cuidado oral requerido y el equipo y los procedimientos, así como cualquier preocupación y documentación.

RECURSO	DESCRIPCIÓN
<p>Lewis A, Fricker A. Better oral health in residential care professional portfolio: oral health assessment toolkit for older adults [Internet]. Adelaide (SA): South Australian Dental Services; 2009. Available from: https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/public+content/sa+health+internet/resources/better+oral+health+in+residential+care+professional+portfolio+oral+health+assessment+toolkit+for+older+people</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Un recurso que incluye fotos e información escrita sobre lo que los proveedores sanitarios deben de tener en cuenta al realizar una evaluación de la salud oral. ■ Un conjunto de herramientas que proporciona ejemplos de diferentes enfermedades y problemas orales comunes, una herramienta de evaluación de la salud oral, consejos útiles para proporcionar cuidado oral a pacientes en centros de larga estancia y medicamentos que pueden afectar a la salud oral de una persona.
<p>National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Social Care Institute for Excellence (SCIE). Improving oral health for adults in care homes: A quick guide for care home managers [Internet]. London (UK): NICE, SCIE; c2018. Available from: https://www.nice.org.uk/improving-oral-health-for-adults-in-care-homes</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recurso para apoyar a los administradores a mejorar la salud oral de los adultos en las residencias. ■ Incluye una herramienta visual de evaluación de la salud oral.
<p>Oral Health Assistive Devices. In: Ontario Dental Hygienists' Association (ODHA) [Internet]. Burlington (ON): ODHA; c2019. Available from: https://odha.on.ca/your-oral-health/dental-care-aides/</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recurso sobre cómo utilizar los dispositivos de asistencia, incluidos los cepillos de dientes, la pasta de dientes, el hilo dental, los estimuladores interdentes, los estimuladores de cuña, los cepillos interdentes y los irrigadores bucales.
<p>Oral Health Topics: Mouthwash (Mouthrinse). In: American Dental Association (ADA) [Internet]. Chicago (IL): ADA; [updated 29 August 2019]. Available from: https://www.ada.org/en/member-center/oral-health-topics/mouthrinse</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Resume los puntos clave sobre los enjuagues bucales, incluyendo los diferentes tipos y las consideraciones clínicas, y proporciona información para los pacientes.
<p>Tran K, Butcher R. Chlorhexidine for oral care: a review of clinical effectiveness and guidelines [Internet]. Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2019. Available from: https://cadth.ca/sites/default/files/pdf/htis/2019/RC1064%20Chlorhexidine%20for%20oral%20care%20Final.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Un informe de respuesta rápida que examina y evalúa críticamente la literatura sobre la efectividad clínica de la clorhexidina para el cuidado oral en pacientes hospitalizados.

RECOMENDACIÓN 2.0:

El panel de expertos sugiere que los proveedores sanitarios eduquen a las personas y a los cuidadores sobre los siguientes temas:

- la salud oral y los beneficios del cuidado oral;
- técnicas y procedimientos de cuidado oral utilizando la demostración de retorno;
- el establecimiento de prácticas de cuidado oral; y
- cómo utilizar las herramientas y/o materiales de cuidado oral.

Fuerza de la recomendación: Condicional

Certeza de la evidencia de los efectos: Baja

Discusión de la Evidencia

Beneficios y Daños

La evidencia indica que la educación y la capacitación de las personas y de sus cuidadores pueden mejorar tanto el estado de salud oral de las personas como la frecuencia con que se reciben cuidados orales (48, 74, 75). En los estudios identificados se abordaron los siguientes temas de educación y capacitación:

- la salud bucodental y los beneficios del cuidado bucodental (48, 75);
- técnicas y procedimientos de cuidado oral utilizando un método de enseñanza de demostración y **retorno de demostración**^G (48, 74);
- establecimiento de prácticas de cuidado oral (48, 74, 75); y
- cómo utilizar las herramientas y/o materiales para el cuidado oral (74, 75).

La certeza en el conjunto de evidencias para esta recomendación fue baja debido a las limitaciones en la forma en que se realizaron los estudios, la variabilidad en los instrumentos de medición utilizados en los estudios para evaluar el estado de la salud oral y el reducido número de participantes en los estudios incluidos. No se identificaron daños en la literatura con respecto a los proveedores de salud que educan y capacitan a las personas y a sus cuidadores sobre el cuidado bucal.

A continuación se describen los temas clave incluidos en las sesiones de educación para las personas y los cuidadores y los resultados de salud asociados. Para más información sobre la forma en que se impartió la educación, véase la **Tabla 5** en **Notas de Práctica**.

La salud bucodental y los beneficios del cuidado bucodental

La evidencia sugiere que cuando las personas y/o sus cuidadores reciben educación sobre la naturaleza de la salud oral y sus beneficios, esto puede mejorar el estado de salud bucodental de las personas (48, 75).

Técnicas y procedimientos de atención bucodental con demostración de retorno

La evidencia sugiere que, cuando una persona y/o su cuidador reciben capacitación sobre cómo completar el cuidado bucal -y cuando se les da la oportunidad de repetir las técnicas bajo la supervisión del instructor (es decir, la demostración de retorno)-, la frecuencia del cuidado bucal puede aumentar y el estado de salud bucal de las personas puede mejorar (48, 74). La demostración de retorno asegura que las habilidades y técnicas que se enseñan a la persona y/o al cuidador se apliquen efectivamente. Si la demostración con demostración de retorno no puede hacerse en persona, la videoconferencia puede ser una estrategia efectiva que los proveedores de servicios de salud pueden utilizar para impartir una educación amplia y continua a las personas (74).

Establecimiento de prácticas de atención bucodental

La evidencia sugiere que, cuando una persona y/o su cuidador reciben educación sobre cómo incorporar el cuidado oral en la rutina diaria de la persona, esto puede aumentar la frecuencia del cuidado oral realizado y puede mejorar el estado de salud oral de la persona (48, 74, 75).

Cómo usar las herramientas y/o materiales de cuidado oral

La evidencia sugiere que, cuando una persona o su cuidador reciben educación sobre el uso de herramientas o materiales para el cuidado oral, la frecuencia del cuidado bucodental y el estado de salud oral de la persona puede aumentar (74, 75).

Valores y Preferencias

Para impartir educación en materia de salud bucodental a las personas y a los cuidadores es necesario evaluar las necesidades de aprendizaje y las preocupaciones de la persona y del cuidador antes de impartir la educación. Por ejemplo, los adultos mayores que han sido hospitalizados prefieren información sobre salud bucodental que se adapte a sus solicitudes y necesidades de atención bucodental (76). La educación adaptada sienta las bases para que la persona y el cuidador participen en el proceso de recibir y comprender la información que se presenta.

El acceso a la educación y la capacitación por videoconferencia permitió mejorar la atención bucodental, y este método de comunicación se prefirió a la comunicación telefónica porque era más personal (74). Los participantes se sintieron más conscientes de su propia salud oral y pusieron más empeño en su cuidado oral estableciendo una rutina de higiene bucodental. Sin embargo, los participantes se frustraron con la videoconferencia cuando surgieron problemas técnicos, como la congelación o el retraso del vídeo (74).

Equidad en Salud

Aunque la videoconferencia es un medio efectivo para aumentar el acceso a la educación y la capacitación en materia de atención bucodental, en particular para quienes tienen tiempo y recursos limitados para visitar a un proveedor de servicios de salud, requiere el acceso a la Internet de alta velocidad, lo que puede constituir una barrera económica y geográfica (74).

Justificación de la Recomendación por el Panel de Expertos

No hubo daños reportados en la literatura. El panel de expertos atribuyó un alto valor a las mejoras, incluso pequeñas, en el estado de salud oral de las personas y la frecuencia de los cuidados bucodentales que reciben. Sin embargo, la certeza de la evidencia era baja, lo que sugería que la educación puede aumentar el estado de salud oral de las personas y la frecuencia del cuidado bucal que reciben. Por consiguiente, el panel de expertos determinó que la fuerza de la recomendación era condicional.

Notas Prácticas

- El panel de expertos aconsejó que la educación y la capacitación de las personas y los cuidadores se basaran en una evaluación de las necesidades de aprendizaje, y el refuerzo de la educación mediante la actualización continua puede garantizar el mantenimiento de los conocimientos y las aptitudes. Véase en los **Recursos de apoyo** un enlace a la GBP de la RNAO sobre la facilitación del aprendizaje.
- El panel de expertos señaló la importancia de que las personas y los cuidadores también reciban educación sobre los factores de riesgo de las enfermedades bucodentales (incluidos los medicamentos que la persona está tomando y el posible impacto que pueden tener en la salud bucodental), la forma de prevenir las enfermedades bucodentales y la forma de reconocer los signos y síntomas de estas. Esto ayudaría a reducir al mínimo el riesgo de que una persona tenga problemas de salud oral. Véase el **Anexo H** sobre los factores de riesgo de las enfermedades orales.
- Los proveedores sanitarios que están educando a las personas y a los cuidadores sobre el cuidado oral deben estar formados y tener experiencia y conocimientos en materia de salud oral. Véase las **Recomendaciones 6.0 y 7.0** para más información sobre la educación y la capacitación de los proveedores de salud.

Tabla 5: detalles de los temas clave de la educación sobre salud bucodental para las personas y sus cuidadores

TEMAS EDUCATIVOS	DETALLES DE LA EVIDENCIA
Salud oral y los beneficios del cuidado oral	<ul style="list-style-type: none"> ■ Definición de términos clave (p.ej., placa dental, gingivitis, periodontitis o cepillo de dientes de cerdas suaves) explicados en lenguaje sencillo por un higienista dental (48) o en un folleto (75). ■ Material escrito sobre qué es la salud oral, cuáles son las prácticas de cuidado oral y qué riesgos existen cuando no se identifican y tratan las enfermedades orales (75). ■ Visión general de cómo la placa dental puede conducir al desarrollo de gingivitis y periodontitis (48).
Técnicas y procedimientos de cuidado bucal a través de la demostración de retorno	<ul style="list-style-type: none"> ■ A las personas y sus cuidadores se les mostró un video sobre técnicas de cepillado dental. A continuación se pidió al cuidador que practicara las técnicas en sí mismo y en la persona que requería asistencia para el cuidado oral, mientras que el higienista dental proporcionaba orientación e información para corregir hasta que quedaba satisfecho con las capacidades del cuidador (48). ■ Los cuidadores observaron al higienista dental realizando el cuidado oral y luego se les pidió que a su vez demostraran la técnica (75). ■ Las enfermeras demostraron el cepillado dental y la limpieza de la lengua a los cuidadores; a éstos se les pidió a su vez que demostraran estos procedimientos(74). <p>Nota: La limpieza de la lengua puede inducir el vómito o un reflejo nauseoso. Sin embargo, educar a las personas y a sus cuidadores sobre las técnicas adecuadas de limpieza de la lengua (por ejemplo, relajando los músculos de la lengua y la garganta y exhalando durante la limpieza) puede evitar que esto ocurra (75).</p>
Establecimiento de prácticas de cuidado bucal	<ul style="list-style-type: none"> ■ Se informó a los cuidadores sobre la realización del cepillado dental dos veces al día al paciente: una vez por la mañana y otra por la noche (48). ■ Se proporcionó a los cuidadores un folleto educativo en el que se abordaba la frecuencia y la duración del cuidado oral que debía realizarse cada día (75). ■ Un terapeuta ocupacional enseñó varias estrategias para ayudar a los pacientes a desarrollar nuevos hábitos de cuidado oral a fin de asegurar que estos hábitos se mantengan (74).
Cómo utilizar las herramientas y/o materiales de cuidado bucal	<ul style="list-style-type: none"> ■ Las personas que han sufrido un ictus y sus cuidadores recibieron educación de una enfermera capacitada sobre cómo utilizar un limpiador lingual de doble acción (es decir, un cepillo y un raspador que elimina la placa, los restos de alimentos y las células muertas de la superficie de la lengua) y un cepillo de dientes (75). ■ Para ayudar a las personas con tetraplejia⁶ a realizar su propio cuidado oral, un terapeuta ocupacional proporcionó educación y capacitación sobre cómo utilizar un cepillo de dientes eléctrico, dos tipos de herramientas interdentes y un soporte universal (si es necesario). Estos materiales se entregaron a las personas (74).

Recursos de apoyo

RECURSOS	DESCRIPCIÓN
<p>Adult oral health. In: National Institute of Dental and Craniofacial Research (NIH) [Internet]. [place unknown]: National Institutes of Health (USA); c2018. Available from: https://catalog.nidcr.nih.gov/OrderPublications/#101</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ofrece numerosos documentos y hojas de información para personas y/o cuidadores sobre diversos temas, como el cepillado, el uso del hilo dental, la sequedad de la boca, la diabetes y la salud oral. ■ Algunos recursos también están disponibles en español.
<p>Brushing up on mouth care [Internet]. Halifax (NS): Dalhousie University; 2020. Available from: http://brushingup.ca/</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Un sitio web educativo para los cuidadores que proporcionan cuidado oral a las personas con cuidados de larga duración o en agencias de apoyo domiciliario, o para cualquier persona en programas de educación de asistentes de cuidados continuos o con interés en cuidar de mayores dependientes. ■ Incluye ejemplos de conjuntos de herramientas, tarjetas de cuidados y formularios de evaluación, y proporciona videos educativos y una hoja informativa sobre una variedad de condiciones de salud oral, productos de salud oral y ayudas.
<p>Canadian Dental Hygienists Association (CDHA). Talking points: whole body health requires oral health [Internet]. [place unknown]: CDHA; 2015. Available from: https://files.cdha.ca/profession/resources/FactSheet_WholeBody_printerFriendly_final2.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Documento de una página que describe cómo la salud oral afecta al organismo, incluyendo el sistema respiratorio, el sistema reproductivo (embarazo), el sistema endocrino (diabetes), el sistema cardiovascular, y el crecimiento y desarrollo. También cubre los efectos secundarios de las terapias (p.ej., la radiación y la quimioterapia).
<p>Caregivers Nova Scotia for friends & family giving care [Internet]. Nova Scotia: Caregivers Nova Scotia; c2019. Available from: https://caregiversns.org/</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ofrece una amplia gama de recursos para los cuidadores.
<p>Dental Care for Seniors. In: Canadian Dental Association (CDA) [Internet]. [place unknown]: CDA; c2019. Available from: https://www.cda-adc.ca/en/oral_health/cfyt/dental_care_seniors/</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recurso en línea para adultos mayores y cuidadores. ■ Los temas que se tratan incluyen los cuatro tipos principales de prótesis dentales y cómo cuidarlas, qué esperar durante un examen dental realizado por un profesional dental, cómo cepillarse y usar el hilo dental, y consejos para los cuidadores que cuidan la boca de otras personas.

RECURSO	DESCRIPCIÓN
Dental Hygiene Canada. Denture care [Internet]. [place unknown]: Canadian Dental Hygienists Association; 2015. Available from: https://www.dentalhygienecanada.ca/pdfs/dhcanada/seniors/DENTURE_CARE_caregiver.pdf	<ul style="list-style-type: none"> ■ Un recurso de una página que ofrece consejos a los cuidadores sobre cómo cuidar las prótesis dentales, incluidos los materiales necesarios y el enfoque a utilizar.
Dental Hygiene Canada; Canadian Dental Hygienists Association. Dry mouth [Internet]. [place unknown]: Canadian Dental Hygienists Association; 2015. Available from: https://www.dentalhygienecanada.ca/pdfs/dhcanada/seniors/dry-mouth.pdf	<ul style="list-style-type: none"> ■ Un recurso de una página en el que se describe qué es la sequedad bucal, qué la causa, qué medicamentos pueden contribuir a ella y qué pueden hacer las personas para prevenirla y/o tratarla.
How to Spot Trouble. In: Canadian Dental Association (CDA) [Internet]. [place unknown]: CDA; c2019. Available from: https://www.cda-adc.ca/en/oral_health/cfytdental_care/spot_trouble.asp	<ul style="list-style-type: none"> ■ Guía rápida en la que se describen los problemas dentales comunes y sus señales de advertencia.
Oral Health—Good for Life™. In: Canadian Dental Association (CDA) [Internet]. [place unknown]: CDA; c2019. Available from: https://www.cda-adc.ca/en/oral_health/cfytdgood_for_life/	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recurso en línea que describe cinco pasos para una boca saludable.
Patient Education Materials. In: Ontario Dental Association (ODA) [Internet]. Toronto (ON): ODA; 2019. Available from: https://www.youroralhealth.ca/patient-resources	<ul style="list-style-type: none"> ■ Materiales de educación para el paciente para ver y/o descargar. ■ Los temas incluyen la salud oral general, las condiciones de salud oral, la salud oral y la condición de salud en general, e información sobre el cuidado oral personal.
Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Facilitating client-centred learning. [Internet]. Toronto (ON): RNAO; 2012. Available from: RNAO.ca/bpg/guidelines/facilitating-client-centred-learning	<ul style="list-style-type: none"> ■ Una guía que ofrece a los proveedores sanitarios recomendaciones para facilitar un aprendizaje centrado en el cliente que promueva y permita a las personas tomar medidas en beneficio de su salud.

RECOMENDACIÓN 3.0:

El panel de expertos sugiere que los proveedores sanitarios utilicen enfoques centrados en la persona para prestar atención bucodental a las personas que tienen un comportamiento complejo, entre otros:

- adaptaciones ambientales;
- estrategias de comunicación verbal y/o no verbal; y
- selección y modificación de herramientas y materiales para el cuidado oral.

Fuerza de la recomendación: Condicional

Certeza de la evidencia de los efectos: Muy baja

Discusión de la Evidencia

Beneficios y Daños

En la literatura se han aplicado las siguientes estrategias para el cuidado de las personas de comportamiento complejo: adaptaciones ambientales, comunicación verbal y/o no verbal, y selección y modificación adecuadas de las herramientas y materiales para el cuidado oral. La evidencia indica que el uso de estrategias centradas en la persona cuando se presta atención bucodental a las personas que son complejas desde el punto de vista del comportamiento puede mejorar su estado de salud bucodental (8, 24, 77-81). También puede aumentar ligeramente la frecuencia de la atención bucodental prestada (24, 81, 82) y reducir la tasa de comportamientos de respuesta (8).

La certeza del conjunto de evidencia para esta recomendación fue muy baja debido a las limitaciones en la forma en que se realizaron los estudios, el uso de diferentes instrumentos o métodos para medir los resultados y el pequeño número de participantes incluidos. No hubo daños relacionados con el uso de estrategias centradas en la persona al atender a personas con comportamientos complejos.

Adaptaciones ambientales

Generalmente, las adaptaciones ambientales consistían en crear una atmósfera menos estimulante para reducir el estrés del paciente antes de comenzar el cuidado oral. Las adaptaciones ambientales encontradas en la literatura incluyen lo siguiente:

- cambiar el lugar donde se proporcionaba el cuidado oral para crear un ambiente tranquilizador (24, 77, 81);
- realizar el cuidado oral en un lugar que fuera físicamente accesible para la persona (p.ej., en una mesa de noche en lugar de un lavabo) (77, 81); y
- utilizar estrategias de reducción de **amenazas**^G, que reducen la percepción de amenaza que siente la persona (8, 81).

Independientemente de las intervenciones específicas, las adaptaciones ambientales pueden mejorar el estado de salud oral de una persona (8, 24, 77, 81). También pueden aumentar la frecuencia con la que se presta atención bucodental (24, 81). En el **Anexo P** figura una lista de las estrategias de reducción de las amenazas que pueden utilizarse durante la atención bucodental para las personas con comportamiento complejo.

Estrategias de comunicación verbal y/o no verbal

Las **estrategias de comunicación**^G verbal incluyen palabras habladas para transmitir información; las estrategias de comunicación no verbal se basan en el uso del lenguaje corporal (p.ej., la expresión facial, la postura y los gestos) para transmitir información de una persona a otra.

Las estrategias de comunicación verbal que se encontraron en la literatura incluyen:

- **comentarios alentadores**^G (8, 24, 81, 82);
- instrucciones de un solo paso (8);
- repetición verbal de instrucciones de tareas (82);
- uso del nombre de la persona (82); y
- explicación de las tareas (81, 82).

Entre las estrategias de comunicación no verbal que se encontraron en la literatura se incluyen:

- acercarse a la persona de manera tranquila y coherente (8, 81);
- utilizar el contacto visual (8, 81);
- entregar un objeto al residente para incitarlo (82); y
- usando un toque suave para dar indicaciones a la persona para que ayude en el cuidado oral o para llamar la atención de la persona cuando esté distraída (8, 81, 82).

Independientemente de las intervenciones específicas, el uso de estrategias de comunicación verbal y/o no verbal puede mejorar la frecuencia de los cuidados orales proporcionados (24, 82) y reducir la tasa de comportamientos de respuesta de las personas con comportamiento complejo (8). En el **Anexo O** figura una lista de las estrategias de comunicación que pueden utilizarse al prestar atención oral a las personas con un comportamiento complejo.

Selección y modificación individualizada de herramientas y materiales para el cuidado oral

Las herramientas y materiales para el cuidado oral pueden incluir cualquier herramienta o dispositivo que ayude al proveedor de salud a completar el cuidado oral de una persona que tenga un comportamiento complejo. La selección apropiada de herramientas y materiales para el cuidado oral que se encuentran en la literatura incluye espejos de aumento para los pacientes que pueden realizar el cuidado oral de manera independiente pero que tienen dificultades de accesibilidad y cepillos dentales con un diseño ergonómico (77). Algunos estudios también utilizaron dispositivos ultrasónicos para limpiar las prótesis dentales de los residentes de cuidados a largo plazo, y encontraron evidencia consistente que sugiere que los dispositivos ultrasónicos pueden mejorar las puntuaciones del índice de higiene de las prótesis dentales en las personas con comportamiento complejo (78-80). Es importante que la selección de los instrumentos y materiales se base en los objetivos de salud bucodental de la persona que tiene un comportamiento complejo y/o de su cuidador, y en sus necesidades de atención individual (según lo determinado por su evaluación de salud bucodental y su plan de atención bucodental). Independientemente de la intervención que se lleve a cabo, los estudios determinaron que la utilización de herramientas y materiales apropiados para el cuidado oral puede mejorar el estado de salud oral de las personas con comportamiento complejo (77-80). En el **Anexo N** figura una lista de instrumentos y productos para el cuidado oral.

Valores y Preferencias

Los proveedores de servicios de salud preferían la utilización de dispositivos ultrasónicos para limpiar las prótesis dentales porque eran fáciles de utilizar en su rutina diaria y consumían menos tiempo (en comparación con el cepillado manual) (80).

Los pacientes que participaron en un estudio realizado por Connell et al. informaron de que cuando se eliminaban las barreras (p.ej., cuando se modificaba el entorno físico para reflejar sus necesidades y capacidades), podían ser más independientes con su propio cuidado oral (con la asistencia apropiada de los proveedores de salud) y que notaban sus dientes más limpios y "resbaladizos" (77).

Equidad en la Salud

El elevado costo de algunos suministros dentales, como los aparatos de ultrasonido, puede limitar el acceso de las personas de condición socioeconómica inferior, lo que perpetúa las desigualdades en materia de salud.

Justificación de la Recomendación por el panel de Expertos

No hubo daños reportados en la literatura. El panel de expertos atribuyó gran valor a la utilización de enfoques centrados en la persona que pueden dar lugar a pequeñas mejoras en el estado de la salud oral y la frecuencia con que se presta atención oral a las personas con comportamiento complejo. Sin embargo, la certeza de la evidencia fue muy baja y, por lo tanto, el panel de expertos determinó que la fuerza de la recomendación era condicional.

Notas Prácticas

- El panel de expertos observó que los proveedores sanitarios deben explorar la causa (o causas) subyacente de las conductas de respuesta (véase la definición completa de conductas de respuesta en el **Anexo A**) y/o cuando una persona parece rechazar el cuidado oral. Las personas con comportamiento complejo pueden responder de diferentes maneras a las necesidades no satisfechas o a las amenazas de su entorno; por consiguiente, las estrategias deben adaptarse a las necesidades específicas de la persona (10). Los proveedores sanitarios deben realizar evaluaciones iniciales y continuas para personalizar la atención en función de las necesidades de cuidado oral y los objetivos de salud específicos de la persona. La negativa a participar en la atención bucodental podría ser un indicio de un cambio en la salud bucodental y podría requerir la derivación a un profesional de la salud bucodental.
- El panel de expertos observó que el uso del nombre de la persona, los elogios verbales, la repetición con paráfrasis, las preguntas cerradas y la repetición literal son estrategias de comunicación que se utilizan con frecuencia cuando los cuidadores prestan atención bucodental a las personas con demencia (186).
- El panel de expertos también destacó que los enfoques centrados en la persona deben documentarse en el plan de atención bucodental de la persona para garantizar la coherencia de la atención entre los proveedores de salud y los cuidadores (véase la **Recomendación 4.0** para más información).

Recursos de Apoyo

RECURSOS	DESCRIPCIÓN
Dental care. In: Alzheimer Society Canada [Internet]. Toronto (ON): Alzheimer Society Canada; 2017. Available from: https://alzheimer.ca/en/Home/Living-with-dementia/Day-to-day-living/Personal-care/Dental-care	<ul style="list-style-type: none"> ■ Proporciona información sobre el cuidado dental, incluyendo consejos para el cuidado oral, información sobre medicamentos y salud oral, y signos de enfermedad oral.
Brushing up on mouth care [Internet]. Halifax (NS): Dalhousie University; 2020. Considerations for Dementia [video file]. Available from: http://brushingup.ca/considerations-for-dementia/	<ul style="list-style-type: none"> ■ Video que se centra en el cuidado de la boca de personas mayores. ■ Los temas incluyen qué es la demencia, las técnicas de cepillado y los comportamientos de respuesta.
Halton Region. Basic oral care: keep it simple [Internet]. [place unknown]: Halton Region Health Department; 2012. Available from: https://ltctoolkit.RNAO.ca/sites/default/files/resources/Basic_Oral_Care_August2012.pdf	<ul style="list-style-type: none"> ■ Una presentación en Power-Point sobre el cuidado oral. Los temas tratados incluyen: la reticencia del cuidador a proporcionar cuidado oral, cómo medir el tiempo diario de cuidado oral, los materiales básicos necesarios para prestar atención oral, la colocación y preparación del paciente para la atención oral y la forma de abordar la atención oral de las personas con demencia.
Jablonski R. Providing Mouth Care for Persons with Dementia FULL VIDEO [video file]. In: YouTube [Internet]. 24 August 2016. Available from: https://www.youtube.com/watch?v=UJDL3YQPDNY	<ul style="list-style-type: none"> ■ Un video que demuestra las técnicas que pueden ser útiles cuando se atiende a personas con demencia que se niegan o resisten el cuidado de la boca.
MacDonald I. Oral Care Approaches when Residents have Expressive Behaviours [video file]. In: YouTube [Internet]. 15 February 2017. Available from: https://www.youtube.com/watch?v=ntcCpfOZBPE	<ul style="list-style-type: none"> ■ Seminario web producido por la Comunidad de Práctica de Cuidado Oral de la RNAO. ■ Ofrece estrategias y enfoques para el cuidado bucal de las personas que tienen comportamientos expresivos.
MacDonald I. Oral Care Best Practices for Residents with Responsive Behaviour: Approaches and Strategies [video file]. In: YouTube [Internet]. 20 May 2016. Available from: https://www.youtube.com/watch?v=oFS1c-qpCeE	<ul style="list-style-type: none"> ■ Seminario web patrocinado por RNAO que examina los enfoques y estrategias para la prestación de atención bucodental a las personas con comportamientos de respuesta. ■ El video tiene una duración aproximada de 34 minutos.

RECURSOS	DESCRIPCIÓN
<p>Scott D, van der Horst ML, Bowes D. Approaches for oral care: interventions for residents in long-term care with responsive behaviours, communication or functional impairments [Internet]. Hamilton (ON): Regional Geriatric Program Central (RGPC); 2007. Available from: http://admin.rgpc.ca/uploads/documents/approaches%20for%20oral%20hygiene%20care%20reference%20tool.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Intervenciones para personas en cuidados a largo plazo con conductas de respuesta o impedimentos de comunicación/funcionales.
<p>Terry Kirkpatrick: Videos [user profile]. In: YouTube. Available from: http://www.youtube.com/user/Terrykirkpatrick1/videos?sort=dd&liveview=500&flow=list&view=0</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Serie de vídeos de 13 partes sobre la salud oral que proporciona información sobre diversos temas de salud oral, como la diabetes, la demencia, la sequedad bucal, el ictus, los cuidados paliativos, la halitosis, la planificación de los cuidados, el control de las infecciones, las prótesis dentales, la técnica de los dos cepillos de dientes, las herramientas y las evaluaciones orales (OHAT).
<p>The Pines Education Institute of SW Florida. “How to Help a Person with Dementia Brush their Teeth” with Teepa Snow [video file]. In: YouTube [Internet]. 12 December 2012. Available from: https://www.youtube.com/watch?v=93ixNsks1c</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Un video de YouTube que demuestra cómo cepillar los dientes de una persona con demencia.

RECOMENDACIÓN 4.0:

El panel de expertos sugiere que los proveedores sanitarios documenten estrategias y técnicas específicas exitosas en un plan de atención bucodental individualizado que pueda utilizarse cuando se proporcione atención bucodental a personas con comportamiento complejo:

Fuerza de la recomendación: Condicional

Certeza de la evidencia de los efectos: Muy baja

Discusión de la Evidencia

Beneficios y Daños

Las estrategias son cualquier plan de acción adoptado por los proveedores sanitarios que aumentan su capacidad para prestar atención. Las técnicas son la forma en que los proveedores de salud llevan a cabo una tarea concreta (p.ej., el uso de un cepillo de dientes o la selección de una herramienta modificada). El equipo interprofesional suele elaborar un plan de atención bucodental individualizado junto con la persona y su cuidador; para ello se utiliza información pertinente, como el historial médico de la persona, las necesidades individuales de atención bucodental, los valores y preferencias y los objetivos de la atención bucodental. Un plan de cuidado oral individualizado es una herramienta esencial centrada en la persona que utilizan los proveedores de salud para coordinar, documentar y orientar el cuidado de una persona específica. Un plan de cuidado oral puede incluirse como un componente del plan general de atención de la salud de la persona o como un documento separado.

Con el fin de asegurar que los proveedores sanitarios dispongan de la información necesaria para prestar con éxito atención bucodental a las personas con comportamiento complejo, en tres estudios se pidió a los proveedores sanitarios que documentaran las estrategias y técnicas de atención bucodental para estas personas dentro del plan de atención bucodental individualizado de la persona. Cuando un equipo interprofesional hizo esto, la evidencia sugiere que el conocimiento y la capacidad de los proveedores sanitarios para proporcionar cuidado bucal puede mejorar ligeramente (24). Del mismo modo, la frecuencia de la atención bucodental prestada a las personas con comportamiento complejo puede aumentar, y su estado de salud bucodental puede mejorar (24, 77, 83). Se determinó que la certeza del conjunto de la evidencia para esta recomendación era muy baja debido a las limitaciones en la forma en que se diseñaron los estudios, las diferencias en la forma en que se evaluó el estado de salud oral de las personas en los distintos estudios y el bajo número de participantes en los estudios.

A continuación, se presentan ejemplos de la forma en que se utilizaron los planes de atención bucodental individualizados en la literatura:

- En un centro de atención de larga estancia, Samson et al. mostraron el plan de atención bucodental individualizado de la persona utilizando tarjetas de atención plastificadas que se colgaban en la pared del baño de la habitación de cada paciente (83). El plan de cuidado bucal individualizado incluía detalles relacionados con la forma y el momento en que debía prestarse el cuidado oral.
- Binkley et al. hicieron que los proveedores sanitarios documentaran todas las estrategias (es decir, las adaptaciones ambientales, las estrategias de comunicación verbal y/o no verbal y la selección apropiada de herramientas y materiales para el cuidado oral) en el plan de cuidado general, el cual se revisaba y actualizaba según fuera necesario (24).
- Connell et al. implantaron planes de cuidado oral individualizados que incluían cualquier adaptación ambiental necesaria e instrucciones sobre cómo dar indicaciones a los pacientes durante el cuidado oral (77). El equipo de investigación también utilizó avisos de recordatorio colocados en la habitación del residente para asegurarse de que los planes de cuidado oral se aplicaran (77).



Precaución: Si se utilizan fichas de cuidados para documentar los planes de cuidados individualizados, se deben tomar medidas para proteger la privacidad de la persona asegurando que las fichas no estén expuestas y se cumple la legislación sobre privacidad. En Ontario, se sigue la Ley de Protección de la Información Personal Sanitaria (*Personal Health Information Protection Act, 2004*) (84). Las fichas de cuidados se deben usar como guía para desarrollar los planes de cuidados y/o integrarlos en la documentación electrónica.

En el **Anexo O** figura una lista de estrategias de comunicación que pueden utilizarse cuando se presta atención bucodental a las personas con comportamiento complejo. Véase en el **Anexo P** una lista de estrategias de reducción de amenazas que puede utilizarse durante la atención bucodental de las personas con comportamiento complejo.

Valores y Preferencias

Algunos proveedores sanitarios observaron que la documentación de estrategias exitosas de cuidado oral era una carga (24). El personal de enfermería apreciaba las tarjetas de cuidado oral, porque proporcionaban información sobre la forma en que debía realizarse el cuidado de un residente, y a los administradores les gustaban las tarjetas porque proporcionaban información que: a) estaba fácilmente disponible para todo el personal (incluidos los que eran nuevos o temporales); y b) estaba en formato de imagen (83). En una publicación de Connell et al., la respuesta de los proveedores de salud fue variada: algunos miembros del personal valoraron positivamente el plan de atención, porque estaba organizado y se requería menos tiempo para atender al paciente, mientras que otros consideraron que no tenían tiempo para leer y aplicar el plan (77). Esto llevó a que los planes de atención pasaran de estar basados en textos a ser bocetos o diagramas de la organización.

No se identificó ninguna literatura que informara sobre los valores y preferencias de las personas y los cuidadores con respecto a la utilización de un plan de atención oral individualizado.

Equidad en la Salud

En la revisión sistemática no se encontraron estudios que evaluaran directamente el impacto que tenía la documentación de estrategias y técnicas en un plan de atención oral individualizado sobre la equidad en materia de salud. Sin embargo, la mejora de la atención bucodental para las personas con comportamiento complejo tiene el potencial de reducir las desigualdades en materia de salud, ya que es más probable que a esta población no se le satisfagan sus necesidades de atención bucodental (8, 42-44).

Justificación de la Recomendación por el Panel de Expertos

El panel de expertos atribuyó gran valor a que los proveedores sanitarios documentaran las estrategias y técnicas en un plan de atención bucodental individualizado, porque ese enfoque puede dar lugar a mejoras en el estado de salud bucodental de las personas con comportamiento complejo y a la frecuencia con la que reciben atención bucodental. En la literatura no se identificaron daños. La certeza de la evidencia era muy baja y, por lo tanto, el panel de expertos determinó que la fuerza de la recomendación era condicional.

Notas Prácticas

- Aunque en la revisión sistemática no se identificaron daños como resultado de la documentación de las estrategias y técnicas en un plan de atención oral, es importante señalar que las personas con un comportamiento complejo pueden parecer resistirse a la atención oral, y es posible que los proveedores sanitarios se vean perjudicados al proporcionar atención oral si estas personas tienen un comportamiento de respuesta. Esto hace que esta tipología de personas corra el riesgo de tener una salud oral deficiente (42, 44).

- El panel de expertos señaló que también puede ser beneficioso incluir la documentación de las estrategias infructuosas en el plan de cuidado oral individualizado, lo que ayuda a los proveedores de salud a saber qué comportamientos deben evitar para prevenir experiencias negativas de cuidado oral.
- Véase el **Anexo K**, donde figuran dos ejemplos de planes de cuidado oral que incluyen secciones para estrategias exitosas y no exitosas.

Recursos de Apoyo

RECURSOS	DESCRIPCIÓN
<p>Oral care cards. In: Brushing up on mouth care. [Internet]. Halifax (NS): Dalhousie University; 2020. Available from: http://brushingup.ca/resources-en/</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ejemplos de fichas de cuidado oral que se utilizan para esbozar los pasos para proporcionar cuidado oral a las personas con dientes naturales o con prótesis dentales parciales o completas, así como a las que tienen dificultades para tragar.
<p>Connell BR, McConnell ES, Francis TG. Tailoring the environment of oral health care to the needs and abilities of nursing home residents with dementia. <i>Alzheimer's Care Today</i>. 2002;3(1):19-25.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Proporciona un diagrama que muestra un esquema de una configuración de cuidados orales de un plan de cuidados.
<p>Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Oral care for residents with dementia [video file]. In: YouTube. 14 December 2009. Available from: https://www.youtube.com/watch?v=MP576ht84Fg</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Serie de videos de seis partes producida por RNAO que demuestra las estrategias y técnicas que los proveedores de salud y los cuidadores pueden utilizar al proporcionar cuidados orales.

Recomendaciones para la Formación

RECOMENDACIÓN 5.0:

El panel de expertos sugiere que las instituciones académicas implanten la educación interprofesional de cuidado oral para los estudiantes que ingresan en las profesiones sanitarias.

Fuerza de la recomendación: Condicional

Certeza de la evidencia de los efectos: Muy baja

Discusión de la Evidencia

Beneficios y Daños

En la educación interprofesional participan proveedores sanitarios y/o estudiantes de diferentes profesiones sanitarias "aprendiendo unos de otros para mejorar la colaboración y la calidad de la atención" (85). La educación incluye, en términos generales, teoría y destrezas prácticas, así como tiempo para que los estudiantes reflexionen sobre sus creencias personales en materia de salud bucodental y sus prácticas de atención (94).

Se identificaron múltiples estudios en la literatura que incorporaban la educación interprofesional en materia de salud bucodental en el programa formativo de los estudiantes que ingresaban en las profesiones sanitarias. Las intervenciones educativas incluían a estudiantes de odontología o programas de higiene dental que trabajaban junto con estudiantes de una o más de las siguientes profesiones: enfermera y matrona (86), asistente médico (87-89), medicina (90, 91) o fisioterapia (92). En varios estudios, el plan de educativo en salud oral se elaboró mediante la colaboración entre diferentes miembros del cuerpo docente profesional (87-92).

En los estudios se adoptaron diversas modalidades educativas, entre ellas:

- observación clínica (87);
- conferencias didácticas (86-90, 92)
- discusión en grupo (90, 92); y/o
- prácticas de laboratorio de simulación (86-89, 91, 92).

Aunque ninguno de los estudios comparó directamente la educación interprofesional y la no interprofesional de cuidado oral, la evidencia sugiere que este enfoque puede mejorar el conocimiento y la capacidad de los estudiantes con respecto a la salud oral y la prestación de cuidado oral (86, 88-92). Esta evidencia fue de muy baja certeza debido a las graves limitaciones en la forma en que se diseñaron los estudios, a las inconsistencias en la forma en que se midieron los resultados y a un número reducido de participantes en los estudios. Ninguno de los estudios identificó ningún daño relacionado con la implantación de la educación interprofesional de cuidado oral para los estudiantes que ingresan en profesiones sanitarias. Véanse las **Notas de Práctica** para obtener detalles específicos de los temas educativos y cómo se cubrieron.

Valores y Preferencias

La evidencia indica que los estudiantes matriculados en un programa profesional de la salud valoran el aprendizaje a través de un enfoque de colaboración interprofesional (88, 91, 93). Algunos estudiantes observaron que los componentes más informativos para mejorar sus conocimientos incluían el aprendizaje de cómo realizar un examen oral en un laboratorio de simulación clínica y la práctica de la prestación de cuidados orales a pacientes simulados (88).

Equidad en la Salud

En la revisión sistemática no se encontraron estudios que evaluaran directamente el impacto de la educación interprofesional en materia de atención bucodental para los estudiantes que ingresan en las profesiones sanitarias sobre la equidad en materia de salud.

Justificación de la Recomendación por el Panel de Expertos

No hubo daños reportados en la literatura. El panel de expertos atribuyó un alto valor a los beneficios de aumentar los conocimientos y las aptitudes de los estudiantes en materia de salud bucodental. Sin embargo, había muy poca certeza en la evidencia y, por lo tanto, el panel de expertos determinó que la fuerza de la recomendación era condicional.

Notas Prácticas

Tabla 6: Métodos de enseñanza y detalles de la materia

MÉTODO DE ENSEÑANZA	DETALLES DE LA MATERIA A PARTIR DE LA EVIDENCIA
Observación clínica	<ul style="list-style-type: none"> Exposición directa a la práctica de un profesional dental para comprender las funciones de los demás miembros del equipo de atención de la salud (87).
Conferencias didácticas de salud oral	<ul style="list-style-type: none"> Introducción a la salud oral (87–90, 92). Cómo completar una evaluación/examen de salud oral (86, 88–90). Conceptos teóricos de salud oral (como su definición, los factores de riesgo y la prevención de las enfermedades bucales) para poblaciones específicas (p.ej., poblaciones de mayores) (86, 88, 90, 92). Anatomía de la salud oral y enfermedades de la salud oral (87, 89, 90, 92). Relación entre la salud oral y las enfermedades sistémicas (89, 90). Cómo proporcionar educación sobre salud oral a las personas (88, 92). Cómo derivar adecuadamente a los profesionales de la odontología (86, 88, 89, 92). Aspectos sociales de la salud oral (90). <p>Nota: En ninguno de los estudios se examinaron detalles específicos sobre los diferentes tratamientos (p.ej., medicamentos) que pueden repercutir en la salud oral de una persona; sin embargo, el panel de expertos consideró importante incluir esta esfera temática en las sesiones educativas.</p>
Discusión en grupo	<ul style="list-style-type: none"> Revisión de casos específicos de cuidado oral, como cuando una persona tiene reflejo de mordida tónico, y discusión de soluciones para superar las barreras al cuidado (90, 92).
Sesiones de laboratorio de simulación	<ul style="list-style-type: none"> Cómo proporcionar cuidado oral (87, 89–91). Desarrollo de habilidades en los exámenes orales (88–90). Aumentar la conciencia con respecto a cómo los miembros del equipo de atención de la salud trabajan juntos en un consultorio dental (87).

Recursos de Apoyo

RECURSO	DESCRIPCIÓN
<p>Clark MB, Douglass AB, Maier R, et al. Smiles for life: a national oral health curriculum [Internet]. 3rd ed. Society of Teachers of Family Medicine Group on Oral Health; 2010. Available from: https://www.smilesforlifeoralhealth.org</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Un plan de estudios de salud oral desarrollado interprofesionalmente creado por el Grupo de Salud Oral de la Sociedad de Profesores de Medicina Familiar. ■ Recurso educativo destinado a clínicos de atención primaria (p.ej., médicos y enfermeras) y a los estudiantes.
<p>Faculty Toolkits: Interprofessional Oral Health Faculty Tool Kit for Primary Care Nurse Practitioner and Midwifery Programs. In: Oral Health Nursing Education and Practice (OHNEP) [Internet]. New York (NY): OHNEP; [date unknown]. Available from: http://ohnep.org/faculty-toolkit</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ El Interprofesional Oral Health Faculty Toolkit es un recurso educativo que puede ayudar a los educadores a integrar la información sobre salud oral sistémica basada en la evidencia, estrategias de enseñanza-aprendizaje y experiencia clínica. ■ Puede "servir como punto de partida para el profesorado, el personal clínico y las organizaciones en su labor de liderazgo en el fomento de la capacidad del personal interprofesional de salud bucodental para mejorar el acceso a la salud bucodental, reducir la mortalidad bucodental y mejorar la calidad de la atención sanitaria, las disparidades en materia de salud, mejorar la salud oral y los resultados generales de la salud, prepararse para la acreditación y mejorar la salud de las comunidades a las que sirven" (182).

RECOMENDACIÓN 6.0:

El panel de expertos sugiere que las organizaciones de servicios de salud impartan educación y capacitación sobre el cuidado oral a los proveedores sanitarios facilitadas por un profesional de la salud oral. La educación y la capacitación incluyen:

- conocimientos teóricos sobre salud oral, incluida la definición de salud bucodental, los factores de riesgo de las enfermedades orales y los métodos para prevenirlas; y;
- habilidades prácticas de cuidado oral, incluyendo técnicas de cepillado dental y limpieza de prótesis dentales

Fuerza de la recomendación: Condicional

Certeza de la evidencia de los efectos: Baja

Discusión de la Evidencia

Beneficios y Daños

Los estudios examinaron el efecto que la educación de los proveedores sanitarios -incluidos los conocimientos teóricos de salud oral y las aptitudes de cuidado oral- tenía en el estado de salud oral de las personas. La educación y la capacitación fueron impartidas por un dentista (31, 80), un higienista dental (31, 99), un investigador especializado en salud dental (100) o estudiantes de odontología y profesores de odontología (29). Las conclusiones sugieren que la educación teórica y la capacitación práctica de los proveedores de salud en materia de salud y cuidado bucodental pueden aumentar los conocimientos de los proveedores sanitarios sobre la salud bucodental, la prevención de las enfermedades bucodentales y sistémicas y los métodos para prestar un cuidado bucodental efectivo, lo que a su vez conduce a la mejora de la salud bucodental de las personas (29, 31, 80, 99, 100).

La certeza del conjunto de la evidencia de esta recomendación fue baja debido a las limitaciones en la forma en que se realizaron los estudios, el uso de diferentes instrumentos para medir el estado de la salud bucodental y el bajo número de participantes incluidos. No se produjeron daños relacionados con la aplicación de la educación y la capacitación de los proveedores de salud.

Conocimientos teóricos de salud oral

La mayoría de los estudios incluyeron el siguiente contenido dentro de su programa educativo para proveedores de salud:

- definiciones de la salud oral y los beneficios del cuidado oral;
- factores de riesgo para las enfermedades orales; y
- cómo prevenir las enfermedades orales y otros problemas, como la neumonía (29, 80, 99, 100).

Otros temas incluyeron la evaluación de los signos y síntomas de una mala salud oral y dolor oral (29, 99, 100) y cuándo referir a un profesional de la salud oral (99, 100).

La educación para los proveedores sanitarios se impartió principalmente mediante conferencias (80, 99, 100) o mediante vídeos y material escrito (29, 100).

Habilidades prácticas de cuidado oral

La mayoría de los estudios incluyeron entrenamiento sobre cómo cepillarse los dientes correctamente y/o limpiar las

prótesis dentales (29, 31, 80, 99). Otros temas que se incorporaron a la capacitación fueron cómo utilizar el hilo dental u otras herramientas interdentales (p.ej., cepillos e irrigadores de agua), cómo y cuándo utilizar enjuagues bucales y cómo humedecer los labios para su cuidado (31, 80).

La capacitación se impartía principalmente a los proveedores sanitarios mediante prácticas en pacientes supervisadas por educadores (31, 80, 99) o modelos de simulación (es decir, prácticas con maniqués) (29).

Valores y Preferencias

El personal de enfermería valoraba el mayor contacto con los servicios dentales que surgió a través de la educación semanal y el apoyo práctico con el cuidado oral de los residentes de cuidados a largo plazo proporcionado por los higienistas dentales. También se sentían más capaces de proporcionar cuidado oral a los residentes que inicialmente se mostraban reacios a recibirlo (101).

Equidad en la Salud

El panel de expertos reconoció que puede haber un acceso desigual entre las organizaciones de servicios de salud a los recursos necesarios para impartir sesiones educativas por parte de un profesional de la salud oral o para garantizar una actualización educativa coherente y oportuna. En las zonas rurales y remotas, el acceso a ciertos grupos de proveedores sanitarios es limitado debido al menor número de estos proveedores empleados en esas zonas (102). Además, los instrumentos, productos y/o equipo de simulación necesarios para impartir capacitación práctica a los proveedores sanitarios pueden ser limitados en todas las organizaciones de servicios de salud.

Justificación de la Recomendación por el Panel de Expertos

No se identificaron daños en la literatura. El panel de expertos atribuyó gran valor a los beneficios de las organizaciones de servicios de salud que realizan intervenciones educativas y capacitación para mejorar el estado de salud oral de una persona. Sin embargo, la certeza en la evidencia fue baja y, por lo tanto, el panel de expertos determinó que la fuerza de la recomendación era condicional.

Notas Prácticas

- El panel de expertos observó que el fortalecimiento de la educación mediante la actualización continua puede garantizar que se mantengan los conocimientos y las aptitudes. La educación es también uno de los componentes de un enfoque multifacético para mejorar la atención bucodental que incluye también que la organización estudie su cultura y sus prioridades en torno a la salud bucodental.
- El panel de expertos también subrayó que, además de recibir educación sobre los conocimientos teóricos de salud bucodental y las aptitudes prácticas de atención bucodental, los proveedores sanitarios también deberían ser conscientes de las preferencias que tienen las personas con respecto a su propia atención bucodental.
- Se puede contactar con las oficinas de salud pública para obtener más información sobre la salud bucodental y educación e instrucciones sobre la higiene bucodental. Para las oficinas de salud pública en Ontario, por favor vea los **Recursos de Apoyo**.
- Véase el **Anexo L** para las instrucciones sobre las técnicas de cepillado dental.
- Véase el **Anexo M** para instrucciones sobre técnicas de cuidado de la prótesis dental.
- Véase el **Anexo N** para una lista de herramientas y productos para el cuidado oral.

Recursos de Apoyo

RECURSO	DESCRIPCIÓN
<p>British Society of Gerodontology (BSG); British Society for Disability and Oral Health (BSDH). Looking after the mouth – a training guide for carers [Internet]. [place unknown]: BSG; [updated 14 May 2014]. Co-published with BSDH. Available from: http://www.1000livesplus.wales.nhs.uk/looking-after-the-mouth</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Una serie de tres vídeos que proporcionan información práctica para los proveedores sanitarios que realizan el cuidado oral de las personas que requieren asistencia.
<p>British Society of Gerodontology (BSG). Guidelines for the oral healthcare of stroke survivors [Internet]. [place unknown]: BSG; June 2010. Available from: https://www.gerodontology.com/content/uploads/2014/10/stroke_guidelines.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ En esta guía se examinan las recomendaciones y la evidencia en que se sustenta para orientar a los proveedores sanitarios y a los cuidadores en la prestación de atención bucodental a las personas que han sufrido un ictus.
<p>Canadian Dental Hygienists Association (CDHA). Talking points: whole body health requires oral health [Internet]. [place unknown]: CDHA; 2015. Available from: https://files.cdha.ca/profession/resources/FactSheet_WholeBody_final2.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Un documento de una página que describe cómo la salud oral afecta al organismo, incluyendo el sistema respiratorio, el sistema reproductivo (embarazo), el sistema endocrino (diabetes), el sistema cardiovascular y el crecimiento y desarrollo, así como los efectos secundarios de terapias (p.ej., la radiación y la quimioterapia).
<p>FDI World Dental Federation. Selected associations between oral conditions and general health [Internet]. In: The challenge of oral disease – a call for global action. [place unknown]: Myriad Editions; 2015. Available from: https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/media/15_oral_health_2.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Diagrama que muestra las asociaciones entre las afecciones orales y la salud general, incluyendo edentulismo, saliva, neumonía, úlceras estomacales, diabetes, infecciones de órganos, enfermedad de noma, enfermedades cardiovasculares, bebés prematuros y de bajo peso al nacer, y cánceres gastrointestinales y de páncreas.
<p>Health Services in Your Community: Public Health Units. In: Ontario Ministry of Health and Long-Term Care (MOHLTC) [Internet]. Toronto (ON): MOHLTC; 2019. Available from: http://www.health.gov.on.ca/en/common/system/services/phu/locations.aspx</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Lista de todas las unidades de salud pública que se encuentran en Ontario, incluyendo enlaces a sus páginas de inicio.

RECURSO	DESCRIPCIÓN
<p>National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Oral health for adults in care homes [Internet]. London (UK): NICE; 2016. Available from: https://www.nice.org.uk/guidance/ng48/resources</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Una guía de salud oral para adultos en residencias. ■ La guía ofrece recomendaciones para los administradores de los centros de atención, los centros residenciales y los centros de salud, el personal de las residencias de ancianos, las autoridades y organizaciones locales y las personas que viven en las residencias. ■ También hay una lista de herramientas y recursos que pueden descargarse para ayudar a poner en práctica las recomendaciones y la guía.
<p>Ontario Dental Association (ODA). Seniors' oral care: providing oral hygiene care to residents of Ontario long-term care homes. A guide for personal support workers. Toronto (ON): ODA; 2019. Available from: https://www.youroralhealth.ca/patient-resources</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Guía para trabajadores de apoyo personal sobre cómo proporcionar cuidados de higiene oral a los residentes de centros de larga estancia. ■ Seleccione "Salud Oral de los Ancianos" y haga clic en la imagen del informe para descargarlo.
<p>Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Long-term care best practices toolkit. 2nd ed. Toronto (ON): RNAO; [date unknown]. Available from: http://tctoolkit.RNAO.ca/resources/oral-health?page=1</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Un recurso para ayudar a la aplicación de las recomendaciones de salud oral. ■ Proporciona documentos y recursos que los centros de larga estancia pueden utilizar con respecto a la implantación de las actividades de atención de salud bucodental, como guías de evaluación, planes de atención individualizada y hojas informativas y vídeos con educación y formación útiles sobre salud y cuidados bucodentales.
<p>TCC ADN RN Program: Nursing Skills. Performing Oropharyngeal Suctioning [video file]. In: YouTube [Internet]. 31 December 2014. Available from: https://www.youtube.com/watch?v=SwoLb3z25fc</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Vídeo que demuestra cómo realizar la aspiración orofaríngea en un paciente.
<p>Terry Kirkpatrick: Videos [user profile]. In: YouTube. Available from: http://www.youtube.com/user/Terrykirkpatrick1/videos?sort=dd&liveview=500&flow=list&view=0</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Serie de vídeos de 13 partes que proporciona información sobre diversos temas de salud oral, como la diabetes, la demencia, la sequedad bucal, los ictus, los cuidados paliativos, la halitosis, la planificación de los cuidados, el control de las infecciones, las prótesis dentales, la técnica de los dos cepillos de dientes, las herramientas y las evaluaciones orales (OHAT).

RECOMENDACIÓN 7.0:

El panel de expertos sugiere que las organizaciones sanitarias impartan educación a los proveedores de salud, que incluya una capacitación práctica interactiva para identificar e implantar estrategias y técnicas que puedan utilizarse al prestar atención bucodental a las personas con comportamiento complejo.

Fuerza de la recomendación: Condicional

Certeza de la evidencia de los efectos: Muy baja

Discusión de la Evidencia

Beneficios y Daños

Dos estudios destacaron la importancia de impartir capacitación práctica en materia de educación sobre salud bucodental con el fin de ayudar a los proveedores sanitarios a superar los obstáculos que se oponen a la prestación de servicios de atención bucodental a las personas con comportamiento complejo. La capacitación práctica fue impartida por un dentista (103) o un higienista dental (104).

Después de una presentación sobre la salud oral, las enfermedades bucodentales y la prevención de las enfermedades orales, Mac Giolla Phadraig et al. dividieron al personal de atención en pequeños grupos que participaron en situaciones prácticas para aprender a cepillarse los dientes y a cuidar las prótesis dentales de las personas con discapacidad intelectual (103). También participaron en juegos de roles para practicar la resolución de problemas de comportamientos complejos comunes (p.ej., apertura limitada de la boca, reflejo de mordida y arcadas exageradas, o empuje lingual). En un artículo de González et al., el personal de apoyo que se ocupa de las personas con discapacidad recibió una conferencia de 90 minutos que se centró en la salud oral de las personas con discapacidades de desarrollo, la progresión de la enfermedad periodontal y el vínculo entre la salud oral y la sistémica (104). Después de la conferencia, el personal participó en una sesión de capacitación práctica para reforzar y practicar lo que se enseñó en la conferencia. Entre las aptitudes aprendidas en la capacitación práctica figuraban las diferentes modalidades y técnicas de cepillado dental y eliminación de la placa en el caso de las personas con discapacidad del desarrollo, y los métodos para acercarse a los pacientes que muestran comportamientos complejos (104).

En ambos estudios se observaron mejoras en los conocimientos y la comprensión de la salud oral después de la capacitación práctica interactiva (103, 104). Aunque Mac Giolla Phadraig et al. no compararon directamente la educación que ofrecía capacitación práctica interactiva con la educación que no tenía ese tipo de capacitación. González et al. sí compararon los conocimientos de salud bucodental del personal que asistía a una conferencia y la capacitación práctica con los del personal que sólo asistía a una conferencia (103, 104). Comprobaron un aumento de los conocimientos de salud bucodental del personal del primer grupo después de la conferencia y la capacitación, en comparación con los conocimientos de salud bucodental del grupo que no recibió la capacitación práctica (104). La certeza del conjunto de la evidencia fue muy baja debido a las limitaciones en la forma de realizar los estudios, el uso de diferentes instrumentos para medir los conocimientos y la capacidad de los proveedores de salud para proporcionar atención bucodental en todos los estudios, y el pequeño número de participantes incluidos. No hubo daños relacionados con estas intervenciones.

Valores y Preferencias

Con respecto a la utilización de la capacitación práctica interactiva como medio de aprendizaje de estrategias y

técnicas para prestar atención bucodental a las personas con comportamiento complejo, no se ha identificado ninguna bibliografía que informe sobre los valores y preferencias de estas personas o de los proveedores sanitarios que atienden a esta población.

Equidad en la Salud

La mejora de los conocimientos y la capacidad de los proveedores de salud para proporcionar atención bucodental a las personas con comportamiento complejo puede reducir las desigualdades en materia de salud, ya que es más probable que no se satisfagan las necesidades de atención bucodental de esta población (8, 42-44). El panel de expertos determinó que la utilización de la capacitación práctica como método de aprendizaje, en particular si esa capacitación se realiza de manera continua, puede requerir muchos recursos para algunas organizaciones sanitarias.

Justificación de la Recomendación por el Panel de Expertos

La certeza de la evidencia fue baja respecto a que se produjeran mejoras en la adquisición de conocimientos de salud bucodental entre los proveedores sanitarios o en su capacidad para prestar atención bucodental a las personas con comportamiento complejo. No se informó en la literatura de ningún daño. El panel de expertos atribuyó un alto valor a los beneficios, pero debido a la baja certeza de la evidencia determinaron que la fuerza de la recomendación era condicional.

Notas Prácticas

- El panel de expertos subrayó que se debería impartir educación en materia de salud bucodental de manera continua a los proveedores de servicios de salud, tanto a los nuevos como a los ya existentes, a fin de reforzar el aprendizaje.
- Las estrategias de educación suelen requerir múltiples modalidades de prestación. Las organizaciones de servicios de salud deben utilizar conferencias, tarjetas de información y debates en grupo e incluir capacitación práctica para prestar atención bucodental en situaciones difíciles.
- Véase en el **Anexo O** una lista de estrategias de comunicación que se pueden utilizar al prestar atención bucodental a las personas con comportamiento complejo.
- Véase en el **Anexo P** una lista de estrategias de reducción de riesgos que pueden utilizarse durante la prestación de cuidados orales a personas con comportamiento complejo.

Recursos de Apoyo

RECURSO	DESCRIPCIÓN
<p>Atherley G. Gentle persuasive approaches program for professional caregivers – family caregiver perspectives [audio recording]. In: VoiceAmerica.com [Internet]. 8 May 2012. [place unknown]: VoiceAmerica Internet Talk Radio; c1997–2019. Available from: https://www.voiceamerica.com/episode/61519/gentle-persuasive-approaches-program-for-professional-caregivers-family-caregiver-perspectives</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Una grabación de audio sobre los diferentes abordajes para ayudar a los proveedores sanitarios cuando prestan atención a las personas con problemas de salud mental.
<p>Behavioural Supports of Ontario. Behavioural education and training support inventory (BETSI) [Internet]. [place unknown]: Behavioural Supports of Ontario; 2019. Available from: https://www.behaviouralsupportsontario.ca/47/Behavioural_Education_Training_Support_Inventory_BETSI/</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Un instrumento de educación y capacitación del personal para apoyar a las personas que cuidan a las personas con comportamientos receptivos.
<p>Brushing up on mouth care [Internet]. Halifax (NS): Dalhousie University; 2020. Considerations for Dementia [video file]. Available from: http://brushingup.ca/considerations-for-dementia/</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Un vídeo que se centra en el cuidado de la boca de los mayores. Los temas incluyen qué es la demencia, las técnicas de cepillado y los comportamientos de respuesta.
<p>Mouth Care Without a Battle. In: Mouth Care Without a Battle [Internet]. Chapel Hill (NC): University of North Carolina; [date unknown]. Available from: http://www.mouthcarewithoutabattle.org/</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Herramienta educativa para instituciones educativas, centros de atención de larga duración, y comunidades y agencias de atención domiciliaria. ■ Demuestra un enfoque basado en la evidencia y centrado en la persona para superar la resistencia al cuidado diario de la boca de las personas con discapacidades cognitivas y físicas. ■ Incluye tres versiones en DVD que deben adquirirse.
<p>Scott D, van der Horst ML, Bowes D. Approaches for oral care: interventions for residents in long-term care with responsive behaviours, communication or functional impairments [Internet]. Hamilton (ON): Regional Geriatric Program Central (RGPC); 2007. Available from: http://admin.rgpc.ca/uploads/documents/approaches%20for%20oral%20hygiene%20care%20reference%20tool.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Intervenciones para personas en cuidados de larga duración con comportamientos de respuesta o con problemas de comunicación o funcionales.

Recomendación para la Organización

RECOMENDACIÓN 8.0:

El panel de expertos sugiere que las organizaciones de servicios de salud apliquen un enfoque interprofesional para la prestación de atención bucodental.

Fuerza de la recomendación: Condicional

Certeza de la evidencia de los efectos: Muy baja

Discusión de la Evidencia

Beneficios y Daños

Un **enfoque interprofesional del cuidado**^G es la prestación de atención de calidad dentro y a través de los entornos de atención de la salud por parte de múltiples proveedores de salud que trabajan en colaboración (85). Con respecto a la salud bucodental, la atención interprofesional es la promoción de la salud oral y la prestación de atención bucodental por múltiples miembros de equipos interprofesionales. Ninguno de los estudios comparó directamente un enfoque interprofesional de la prestación de atención bucodental con un enfoque no interprofesional, ni tampoco compararon estrategias interprofesionales. A pesar de ello, la evidencia indica que cuando los proveedores de diferentes profesiones sanitarias trabajan en colaboración y aportan sus conocimientos y experiencia sobre salud bucodental, puede mejorar el estado de salud oral de las personas que reciben atención y aumentar la frecuencia del cepillado de dientes por un proveedor de servicios de salud (al menos dos veces al día) (105–107).

Entre los ejemplos de enfoques interprofesionales de la prestación de atención bucodental que se encontraron en todos los estudios figuran los siguientes:

- Un higienista dental dio a otros proveedores de salud, personas y/o cuidadores instrucciones orales y escritas adaptadas para el cuidado oral, de la prótesis dental y/o de la mucosa oral (105). Véase la **Recomendación 2.0, 5.0 y 6.0** para obtener más información sobre las estrategias de enseñanza que pueden utilizarse al educar sobre la salud oral a estudiantes, proveedores de salud, personas y cuidadores.
- El personal de enfermería de centros de cuidados de larga duración utilizó el OHAT para evaluar a los pacientes ingresados. Esta evaluación condujo al desarrollo de un plan de tratamiento de cuidado oral y a un mayor acceso a los materiales para el cuidado oral. Cuando era necesario, el personal de enfermería se comunicó con (y derivó pacientes a) los profesionales de la salud bucodental (106). Las puntuaciones medias generales de la OHAT de los residentes mejoraron entre 10 y 14 días después de iniciarse la intervención (106).
- En tres unidades de pacientes con ictus hospitalizados, la salud bucal de las personas con y sin disfagia fue evaluada por un logopeda utilizando el OHAT. Estos comunicaron luego la evaluación a las enfermeras y, en base a la misma, las enfermeras prestaron atención bucodental a las personas, incluido el cepillado dental dos veces al día y el enjuague bucal (107). Una semana más tarde, ambos grupos de pacientes demostraron mejoras en sus puntuaciones del OHAT (107).

Independientemente de la intervención, las conclusiones sugieren que un enfoque interprofesional en la prestación de atención bucodental puede mejorar el estado de salud oral de todas las personas que reciben atención y aumentar la frecuencia del cepillado dental por un proveedor de salud (al menos dos veces al día) (105 a 107). La certeza de la evidencia fue muy baja debido a las limitaciones en la forma en que se realizaron los estudios, el uso de diferentes instrumentos para medir los resultados y el bajo número de participantes en los mismos. No se identificaron en la literatura daños después de la aplicación de un enfoque interprofesional de la prestación de atención bucodental.

Valores y Preferencias

El personal de enfermería empleado en los centros residenciales de atención a la tercera edad que aplicaban un programa integrado de salud oral con terapeutas de salud bucodental (profesional de salud oral regulado en Australia) y teleasistencia odontológica valoraron la posibilidad de acceder a los conocimientos especializados que proporcionaban los terapeutas de salud oral, en particular los planes de atención individualizada elaborados para orientar la atención oral de los residentes con grandes necesidades de atención. El personal de enfermería también valoraba la capacitación práctica frecuente, y consideraba que tenía más confianza en su práctica y en su capacidad para gestionar los problemas de la salud oral (108). Tanto el personal de enfermería como los terapeutas de salud oral consideraron que la comunicación sobre los servicios de atención bucodental se hizo más fluida, incluso cuando las necesidades de tratamiento e intervención requerían la derivación a un dentista (108).

Equidad en la Salud

El panel de expertos reconoció que puede haber un acceso desigual entre las organizaciones de servicios de salud a los recursos necesarios para aplicar un enfoque interprofesional efectivo de la atención bucodental. Por ejemplo, el acceso a ciertos proveedores de servicios de salud en las comunidades rurales y remotas es limitado debido al menor número de proveedores de servicios de salud empleados en esas zonas (102). Se requiere más investigación para mejorar la comprensión del efecto que tienen los recursos en el acceso a un enfoque interprofesional de la atención bucodental de calidad.

Justificación de la Recomendación por el Panel de Expertos

La certeza de la evidencia fue muy baja para: a) las mejoras en el estado de salud oral de todas las personas que reciben atención, y b) los aumentos en la frecuencia del cepillado dental cuando se aplicó un enfoque interprofesional para la prestación de atención oral. Tampoco se informó en la literatura de daños. El panel de expertos atribuyó un alto valor a los beneficios, sin embargo, debido a la escasa certeza determinaron que la fuerza de la recomendación era condicional.

Notas Prácticas

- Otros ejemplos de enfoques interprofesionales de la prestación de atención bucodental proporcionados por el panel de expertos son los siguientes:
 - Los planes de atención bucodental pueden elaborarse con la participación y cooperación de los miembros del equipo interprofesional.
 - Sobre la base de las necesidades individualizadas de las personas, se pueden hacer derivaciones a profesionales dentales internos o a profesionales dentales de la comunidad con el fin de diagnosticar y proporcionar el tratamiento necesario.
 - Los terapeutas ocupacionales pueden evaluar la capacidad de autocuidado de una persona e informar al personal de enfermería. De esta forma se puede evitar asumir incorrectamente que la persona es capaz de realizar un cuidado oral adecuado de forma independiente.
 - Los farmacéuticos pueden realizar una revisión de los medicamentos que causan sequedad bucal. También pueden educar a los proveedores de salud acerca de estos medicamentos y proporcionar información sobre los productos para aliviar este problema.
 - Los logopedas, los dietistas y los terapeutas respiratorios pueden aportar sus conocimientos sobre el riesgo de aspiración.
 - Los dietistas pueden aportar sus conocimientos sobre el impacto de la nutrición y la dieta en la salud oral.

Recursos de Apoyo

RECURSO	DESCRIPCIÓN
<p>Centre for Interprofessional Education; Toronto Academic Health Science Network (TAHSN). Interprofessional care competency framework and team assessment toolkit [Internet]. Toronto (ON): Centre for Interprofessional Education; 2017. Co-published with TAHSN. Available from: https://odha.on.ca/wp-content/uploads/2017/05/IPC-Framework-and-Toolkit-Web.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Incluye un marco de atención interprofesional (IPC, del inglés Interprofessional Care) y un conjunto de herramientas de evaluación de equipos para apoyar la educación y la preparación para el desarrollo de la práctica interprofesional en los hospitales. ■ El documento comienza esbozando diferentes dominios de competencias que facilitan la colaboración interprofesional; luego pasa a proporcionar herramientas y recursos basados en las competencias.
<p>Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Developing and sustaining interprofessional health care: optimizing patients/clients, organizational, and system outcomes [Internet]. Toronto (ON): RNAO; 2013. Available from: RNAO.ca/sites/RNAO-ca/files/DevelopingAndSustainingBPG.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Esta GBP ofrece recomendaciones basadas en la evidencia para permitir, mejorar y mantener el trabajo en equipo y la colaboración interprofesional, así como para lograr resultados positivos para las personas, los sistemas y las organizaciones.
<p>Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Managing and mitigating conflict in health-care teams [Internet]. Toronto (ON): RNAO; 2012. Available from: RNAO.ca/sites/RNAO-ca/files/Managing-conflict-healthcare-teams_hwe_bpg.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Esta GBP se centra en la forma de gestionar y mitigar el conflicto interpersonal entre equipos interprofesionales, incluida la identificación de los conocimientos, competencias y comportamientos necesarios para una gestión efectiva de los conflictos, y los cambios de política a nivel de la organización y del sistema que son necesarios para apoyar y mantener una colaboración efectiva entre los equipos interprofesionales.

Lagunas en la investigación e implicaciones futuras

Al revisar la evidencia para esta GBP, el equipo de Investigación y Desarrollo de Guías de buenas prácticas y el panel de expertos de RNAO identificaron diversas áreas prioritarias de futura investigación (señaladas en la **Tabla 7**). Los estudios realizados en estas áreas proporcionarían más evidencia para favorecer un apoyo equitativo y de alta calidad para los adultos que requieren asistencia en el cuidado bucal. La lista no es exhaustiva; es posible que sea necesario ampliar las áreas de investigación.

Tabla 7: Áreas Prioritarias de Investigación por Pregunta de Recomendación

PREGUNTA DE RECOMENDACIÓN	ÁREA DE INVESTIGACIÓN PRIORITARIA
<p>PREGUNTA DE RECOMENDACIÓN 1:</p> <p>¿Debería recomendarse un enfoque interprofesional del cuidado oral para mejorar los resultados para las personas, los proveedores de salud y los estudiantes?</p> <p>Resultados: Estado de salud oral de la persona, frecuencia del cuidado oral, conocimiento y capacidad de los proveedores de salud y estudiantes para proporcionar cuidado oral.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Cómo afecta un enfoque interprofesional del cuidado oral a los resultados de la salud oral. ■ Procesos o modelos que un equipo interprofesional puede seguir al proporcionar cuidado oral. ■ Efecto de la integración de la educación interprofesional de la salud oral en los planes de estudio de los programas educativos de los proveedores de salud no regulados (como los de los trabajadores de asistencia personal). ■ Validación de una evaluación/cuestionario estandarizado de conocimientos, habilidades, actitudes y competencias en materia de salud oral. ■ Efecto de las diferentes modalidades de educación (p.ej., seminarios web en línea) para aumentar el acceso a la educación interprofesional. ■ Investigación de las experiencias de las personas cuando se utiliza un enfoque interprofesional de la atención bucodental. ■ Utilización de ensayos controlados para comparar los enfoques interprofesionales y específicos de cada profesión en materia de cuidado bucodental y sus respectivos efectos en la salud oral de las personas.
<p>PREGUNTA DE RECOMENDACIÓN 2:</p> <p>¿Debería recomendarse un protocolo de cuidado oral para mejorar los resultados de las personas y los proveedores de salud?</p> <p>Resultados: VAP, HAP, conocimiento y confianza de los proveedores de salud en la capacidad de evaluar los cambios en el estado de la salud oral.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Impacto de la utilización de una herramienta de evaluación validada en los resultados de salud bucodental. ■ Frecuencia y calendario de las evaluaciones de salud bucodental. ■ Validación de un protocolo de salud bucodental normalizado. ■ Efecto de la atención bucodental en la prevención de la neumonía. ■ Uso de ensayos controlados para comparar el uso de un protocolo de cuidado oral con el uso de una única intervención de cuidado oral.

PREGUNTA DE RECOMENDACIÓN	ÁREA DE INVESTIGACIÓN PRIORITARIA
<p>PREGUNTA DE RECOMENDACIÓN 3: ¿Qué estrategias o técnicas específicas deberían recomendarse para la prestación de cuidados orales a fin de mejorar los resultados de las personas?</p> <p>Resultados: Estado de salud oral de la persona, frecuencia del cuidado oral.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Investigación adicional sobre la efectividad de las intervenciones de cuidado oral para las personas que requieren asistencia en el cuidado bucodental. ■ Uso de ensayos controlados para comparar diferentes estrategias o técnicas de cuidado oral específicas para personas que requieren asistencia con el cuidado bucodental.
<p>PREGUNTA DE RECOMENDACIÓN 4: ¿Qué estrategias o técnicas específicas deberían recomendarse para la provisión de cuidados orales con el fin de mejorar los resultados para las personas con comportamiento complejo y los proveedores sanitarios?</p> <p>Resultados: Estado de salud oral de la persona, frecuencia del cuidado oral, comportamientos receptivos de la persona, conocimiento y capacidad de los proveedores de salud para proporcionar cuidado oral.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Investigaciones adicionales sobre la efectividad de las intervenciones de cuidado oral para las personas con comportamiento complejo. ■ Investigación adicional sobre el impacto del juego de roles como metodología de enseñanza para educar a los proveedores de salud en la provisión de cuidado oral.
<p>Evaluación (ver Tabla 2, 3 y 4)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Desarrollo de repositorios de datos públicos e indicadores, para la recopilación de datos provinciales, nacionales e internacionales sobre resultados relevantes para la salud oral. ■ Estandarización de definiciones y medidas de resultados en salud oral para personas que necesitan asistencia para el cuidado oral. ■ Investigación adicional sobre la validez de RAI-MDS 2.0 para monitorizar la calidad de la atención oral en cuidados de larga duración.

Estrategias de Implantación

La implantación de las guías en el punto asistencial es una tarea exigente y polifacética, ya que los cambios en la práctica requieren algo más que sensibilización y difusión de las guías: las guías deben adaptarse a las necesidades de cada entorno de práctica de forma sistemática y participativa para garantizar que las recomendaciones se ajustan a cada contexto local. Para ello, la *Herramienta de Implantación de guías de práctica clínica* de RNAO, 2012, (segunda edición) ofrece un proceso basado en la evidencia (1). Puede descargarla en [RNAO.ca/bpg/resources/toolkit-implementation-best-practice-guidelines-second-edition](https://rnao.ca/bpg/resources/toolkit-implementation-best-practice-guidelines-second-edition).

La *Herramienta* se fundamenta en nueva evidencia indicativa de que la correcta asimilación de las buenas prácticas en el ámbito sanitario es más probable cuando:

- los responsables de todos los niveles se comprometen con la implantación de las guías;
- las guías que han de implantarse se seleccionan mediante un proceso sistemático y participativo;
- se identifica a las partes para quienes las guías son de interés, y se logra que se impliquen en su implantación;
- se evalúa la disposición del entorno para la implantación de las guías;
- se adapta la guía al contexto local;
- se consideran y abordan los factores facilitadores y las barreras para el uso de la guía;
- se desarrollan intervenciones destinadas a promover el uso de la guía;
- se monitoriza y se da soporte al uso sostenido de la guía de forma sistemática;
- se evalúa el impacto de la guía como parte del proceso; y
- existen recursos adecuados para completar todos los aspectos de la implantación.

La *Herramienta* emplea el marco Del conocimiento a la acción para demostrar los pasos que son necesarios para la investigación y la síntesis del conocimiento (111) (ver **Figura 1**). También guía la adaptación del nuevo conocimiento al contexto local, así como su implantación. Este marco de trabajo recomienda identificar y usar herramientas (como las GBP) para identificar las lagunas en el conocimiento e iniciar el proceso de adaptación del nuevo conocimiento a los entornos locales.

RNAO está comprometida a maximizar el despliegue y la implantación de nuestras GBP. Para ello, empleamos enfoques coordinados de difusión e implantación de las Guías que incluyen estrategias diversas, como:

1. La red impulsora Nursing Best Practice Champion Network®, que desarrolla la capacidad de enfermeras individuales para fomentar la sensibilización, el compromiso y la adopción de las GBP.
2. Los conjuntos de normas de guías de buenas prácticas™ que recogen información sobre intervenciones clara, concisa y aplicable, extraída de las recomendaciones para la práctica y que puede incorporarse a las historias clínicas electrónicas, y usarse también en entornos en los que se usa solo papel o que combinan ambas opciones.
3. La designación de instituciones como Centros Comprometidos con la Excelencia en los Cuidados (BPSO®, Best Practice Spotlight Organization®), que fomenta la implantación de las buenas prácticas en las instituciones y en el sistema sanitario. Las instituciones reconocidas como BPSO® se centran en desarrollar una cultura basada en la evidencia con el mandato específico de implantar, evaluar y mantener diversas GBP de RNAO.

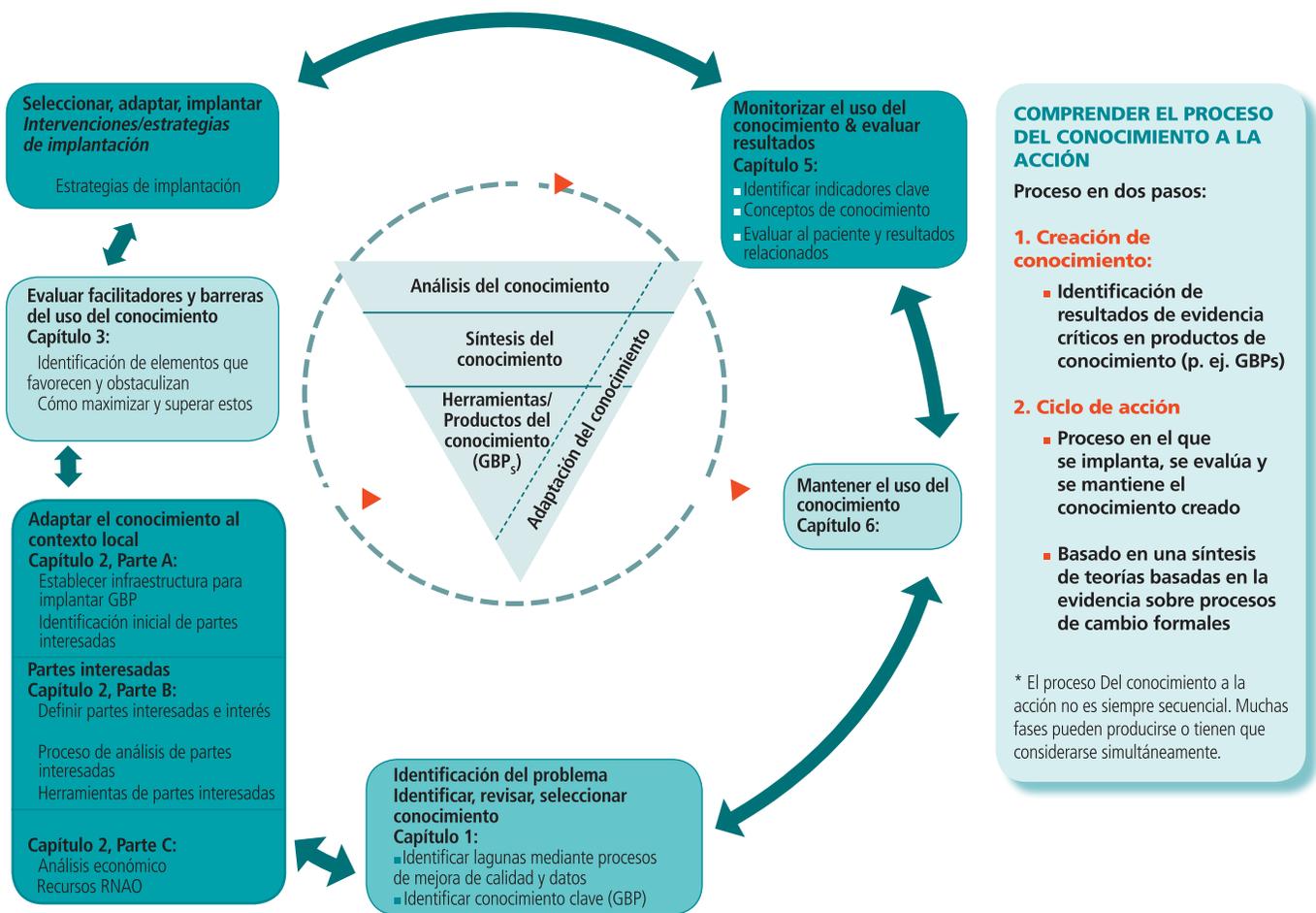
Además, ofrecemos anualmente oportunidades de formación para el desarrollo de las capacidades sobre guías concretas y sobre cómo implantarlas.

Se puede consultar información sobre estrategias de implantación (en inglés) en:

- Red de Impulsores de RNAO, Best Practice Champions Network®: RNAO.ca/bpg/get-involved/champions
- Conjuntos de normas de guías de buenas prácticas de RNAO (BPG Order Sets™): RNAO.ca/ehealth/bpgordersets
- RNAO BPSOs® : RNAO.ca/bpg/bpsos
- Oportunidades de formación para el desarrollo de las capacidades (institutos) y otras vías de desarrollo profesional: RNAO.ca/events

Figura 1: Marco del Conocimiento a la Acción

MARCO REVISADO DEL CONOCIMIENTO A LA ACCIÓN



Fuente: S. Straus, J. Tetroe, and I. Graham. Copyright 2009 by the Blackwell Publishing Ltd. Adaptado con autorización. Adaptado de: “Knowledge Translation in Health Care: Moving from Evidence to Practice”.

Referencias

1. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Toolkit: implementation of best practice guidelines. 2nd ed. Toronto (ON): RNAO; 2012.
2. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Oral health: nursing assessment and intervention. Toronto (ON): RNAO; 2008.
3. Canada's Premiers. From innovation to action: the first report of the Health Care Innovation Working Group [Internet]. [place unknown]: The Council of the Federation; 2012. Available from: http://canadaspremiers.ca/wp-content/uploads/2012/07/health_innovation_report-e-web.pdf
4. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Developing and sustaining interprofessional health care: optimizing patient, organizational and system outcomes. Toronto (ON): RNAO; 2015.
5. Bonetti D, Hampson V, Queen K, et al. Improving oral hygiene for patients. *Nurs Stand*. 2015;29(19):44-50.
6. Glick M, Williams DM, Kleinman DV, et al. A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health. *Int Dent J*. 2016;66:322-4.
7. Definitions. In: Family Caregiver Alliance National Center on Caregiving [Internet]. 31 Jan 2014. San Francisco (CA): Family Caregiver Alliance; c1996–2019. Available from: <https://www.caregiver.org/definitions-0>
8. Jablonksi RA, Kolanowski A, Therrien B, et al. Reducing care-resistant behaviors during oral hygiene in persons with dementia. *BMC Oral Health*. 2011;11(30):1-10.
9. Examples of responsive behaviours. In: Alzheimer Society of Ontario [Internet]. 11 August 2017. Toronto (ON): Alzheimer's Society of Ontario; c2019. Available from: <https://alzheimer.ca/en/on/We-can-help/Resources/Shifting-Focus/Examples-of-responsive-behaviour>
10. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Delirium, dementia, and depression in older adults: assessment and care. Toronto (ON): RNAO; 2016.
11. Guyatt GH, Schünemann HJ, Djulbegovic B, et al. Guideline panels should not GRADE good practice statements. *J Clin Epidemiol*. 2015;68(5):597-600.
12. Schünemann H, Brozek J, Guyatt G, et al., editors. Handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach [Internet]. [place unknown: publisher unknown]; 2013. Available from: <https://gdt.gradeapro.org/app/handbook/handbook.html>
13. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Quarterly*. 2005;83(4):691-729.
14. Van DeVelde-Coke S, Doran D, Grinspun D, et al. Measuring outcomes of nursing care, improving the health of Canadians: NNQR (C), C-HOBIC and NQuIRE. *Nurs Leadersh*. 2012;25(2):26-37.
15. Salamone K, Yacoub E, Mahoney AM, et al. Oral care of hospitalized older patients in the acute medical setting. *Nurs Res Pract*. 2013;2013:827670.
16. Canadian Dental Association (CDA). The state of oral health in Canada [Internet]. Ottawa (ON): CDA; 2017. Available from: <https://www.cda-adc.ca/stateoforalhealth/files/TheStateofOralHealthinCanada.pdf>

17. Bansal M, Khatri M, Taneja V. Potential role of periodontal infection in respiratory diseases – a review. *J Med Life*. 2013;6(3):244-8.
18. Soder B, Meurman JH, Soder PO. Gingival inflammation associates with stroke – a role for oral health personnel in prevention: a database study. *PLoS One*. 2015;10(9):e0137142.
19. Chhibber-Goel J, Singhal V, Bhowmik D, et al. Linkages between oral commensal bacteria and atherosclerotic plaques in coronary artery disease patients. *NPJ Biofilms Microbiomes*. 2016;2:7.
20. Najafipour H, Mohammadi TM, Rahim F, et al. Association of oral health and cardiovascular disease risk factors “results from a community based study on 5900 adult subjects.” *ISRN Cardiol*. 2013;2013:782126.
21. Tiisanoja A, Syrjälä AM, Tertsonen M, et al. Oral diseases and inflammatory burden and Alzheimer’s disease among subjects aged 75 years or older. *Spec Care Dentist*. 2019;39(2):158-65.
22. Graves DT, Corr a JD, Silva TA. The oral microbiota is modified by systemic diseases. *J Dent Res*. 2019;98(2):148-56.
23. Fuggle NR, Smith TO, Kaul A, et al. Hand to mouth: a systematic review and meta-analysis of the association between rheumatoid arthritis and periodontitis. *Front Immunol*. 2016;7:80.
24. Binkley CJ, Johnson KW, Abadi M, et al. Improving the oral health of residents with intellectual and developmental disabilities: an oral health strategy and pilot study. *Eval Program Plann*. 2014;47:54-63.
25. Hoben M, Kent A, Kobagi N. Effective strategies to motivate nursing home residents in oral care and to prevent or reduce responsive behaviors to oral care: a systematic review. *PLoS One*. 2017;12(6):e0178913.
26. Danckert R, Ryan A, Plummer V, et al. Hospitalisation impacts on oral hygiene: an audit of oral hygiene in a metropolitan health service. *Scand J Caring Sci*. 2016;30(1):129-34.
27. Zander A, Boniface D. Directly observed daily mouth care provided to care home residents in one area of Kent, UK. *Community Dent Health*. 2017;34(1):32-6.
28. Ajwani S, Jayanti S, Burkolter N, et al. Integrated oral health care for stroke patients – a scoping review. *J Clin Nurs*. 2017;26(7-8):891-901.
29. Portella FF, Rocha AW, Haddad DC, et al. Oral hygiene caregivers’ educational programme improves oral health conditions in institutionalised independent and functional elderly. *Gerodontology*. 2015;32:28-34.
30. Forsell M, Sjögren P, Johansson O. Need of assistance with daily oral hygiene measures among nursing home resident elderly versus the actual assistance received from the staff. *Open Dent J*. 2009;3:241.
31. Chipps E, Gatens C, Genter L, et al. Pilot study of an oral care protocol on poststroke survivors. *Rehabil Nurs*. 2014;39(6):294-304.
32. Yoon M, Ickert C, Slaughter SE, et al. Oral health status of long-term care residents in Canada: results of a national cross-sectional study. *Gerodontology*. 2018;35(4):359-64.
33. Aspiration Pneumonia: Introduction. In: Canadian Patient Safety Institute (CPSI) [Internet]. Edmonton (AB): CPSI; c2016. Available from: <https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/Hospital-Harm-Measure/Improvement-Resources/Aspiration-Pneumonia/Pages/default.aspx>

34. Rosenbeck JC, Robbins J, Roecker EB, et al. A penetration-aspiration scale. *Dysphagia*. 1996;11(2):93-8.
35. Son YG, Shin J, Ryu HG. Pneumonitis and pneumonia after aspiration. *J Dent Anesth Pain Med*. 2017;17(1):1-12.
36. Robertson T, Carter D. Oral intensity: reducing non-ventilator-associated hospital-acquired pneumonia in care-dependent, neurologically impaired patients. *Can J Neurosci Nur*. 2013;35(2):10-7.
37. Liao YM, Tsai JR, Chou FH. The effectiveness of an oral health care program for preventing ventilator-associated pneumonia. *Nurs Crit Care*. 2015;20(2):89-97.
38. Esperatti M, Ferrer M, Theessen A, et al. Nosocomial pneumonia in the intensive care unit acquired by mechanically ventilated versus nonventilated patients. *Am J Respir Crit Care Med*. 2010;182(12):1533-9.
39. Baker D, Quinn B. Hospital Acquired Pneumonia Prevention Initiative-2: incidence of non-ventilator hospital-acquired pneumonia in the United States. *Am J Infect Control*. 2018;46(1):2-7.
40. Zakharkina T, Martin-Loeches I, Matamoros S, et al. The dynamics of the pulmonary microbiome during mechanical ventilation in the intensive care unit and the association with occurrence of pneumonia. *Thorax*. 2017;72(9):803-810.
41. Ventilator-associated Pneumonia (VAP). In: Centers for Disease Control and Prevention (CDC) [Internet]. [place unknown]: U.S. Department of Health and Human Services; 2010. Available from: <https://www.cdc.gov/hai/vap/vap.html>
42. Jablonski-Jaudon RA, Kolanowski AM, Winstead V, et al. Maturation of the MOUTH intervention: from reducing threat to relationship-centred care. *J Gerontol Nurs*. 2016;42(3):15-23.
43. Wårdh I, Jonsson M, Wikström M. Attitudes to and knowledge about oral health care among nursing home personnel – an area in need of improvement. *Gerodontology*. 2012;29(2):e787-92.
44. Yi Mohammadi JJ, Franks K, Hines S. Effectiveness of professional oral health care intervention on the oral health of residents with dementia in residential aged care facilities: a systematic review protocol. *JBI Database System Rev Implement Rep*. 2015;13(10):110-22.
45. Rozas NS, Sadowsky JM, Jeter CB. Strategies to improve dental health in elderly patients with cognitive impairment: a systematic review. *J Am Dent Assoc*. 2017;148(4):236-45.
46. Willumsen T, Karlsen L, Naess R, et al. Are the barriers to good oral hygiene in nursing homes within the nurses or patients? *Gerodontology*. 2012;29:e748-55.
47. Porter J, Ntouva A, Read A, et al. The impact of oral health on the quality of life of nursing home residents. *Health Qual Life Outcomes*. 2015;13:102.
48. Yu P, Fu Q, Shi J, et al. Effects of different levels of caregiver training on oral hygiene after stroke. *J Am Geriatr Soc*. 2016;64(6):1335-40.
49. Coker E, Ploeg J, Kaasalainen S, et al. Nurses' oral hygiene care practices with hospitalised older adults in postacute settings. *Int J Older People Nurs*. 2017;12(1). doi: 10.1111/opn.12124.
50. Kiyoshi-Teo H, Blegen M. Influence of institutional guidelines on oral hygiene practices in intensive care units. *Am J Crit Care*. 2015;24(4):309-18.

51. Dale CM, Smith O, Burry L, et al. Prevalence and predictors of difficulty accessing the mouths of intubated critically ill adults to deliver oral care: an observational study. *Int J Nurs Stud*. 2018;80:36-40.
52. Aro T, Laitala M, Syrjälä A, et al. Perceptions of older people's oral health care among nurses working in geriatric home care. *Acta Odontol Scand*. 2018;76(6):427-32.
53. Haresaku S, Monji M, Miyoshi M, et al. Factors associated with a positive willingness to practise oral health care in the future amongst oral healthcare and nursing students. *Eur J Dent Edu*. 2018;22(3):e634.
54. Villarosa AR, Clark S, Villarosa AC, et al. Promoting oral health care among people living in residential aged care facilities: perceptions of care staff. *Gerontology*. 2018;35(3):177-84.
55. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Oral health for adults in care homes [Internet]. London (UK): NICE; 2016. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng48>
56. Koistinen S, Olai L, Ståhlacke K, et al. Oral health and oral care in short-term care: prevalence, related factors and coherence between older peoples' and professionals' assessments. *Scand J Caring Sci*. 2019;33(3):712-22.
57. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Person- and family-centred care. Toronto (ON): RNAO; 2015.
58. Seo HY, Jeon JE, Chung WG, et al. Activities of daily living and oral hygiene status of older Korean patients in a long-term care facility. *Int J Dent Hyg*. 2017;15(2):154-60.
59. Canadian Patient Safety Institute (CPSI). Hospital harm improvement resource: aspiration pneumonia [Internet]. Edmonton (AB): CPSI; 2016. Available from: <http://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/Hospital-Harm-Measure/Documents/Resource-Library/HHIR%20Aspiration%20Pneumonia.pdf>
60. Kim HT, Park JB, Lee WC, et al. Differences in the oral health status and oral hygiene practices according to the extent of post-stroke sequelae. *J Oral Rehab*. 2018;45(6):476-84.
61. Robertson T, Clarke D. Oral intensity: reducing non-ventilator-associated hospital-acquired pneumonia in care-dependent neurologically impaired patients. *Can J Neurosci Nurs*. 2013;35(2):10-17.
62. Mori H, Hirasawa H, Oda S, et al. Oral care reduces incidence of ventilator-associated pneumonia in ICU populations. *Intensive Care Med*. 2006;32(2):230-6.
63. Prendergast V, Kleiman C, King M. The Bedside Oral Exam and the Barrow Oral Care Protocol: translating evidence-based oral care into practice. *Intensive Crit Care Nurs*. 2013;29:282-90.
64. Pradhan A, Keuskamp D, Brennan D. Pre- and post-training evaluation of dental efficacy and activation measures in carers of adults with disabilities in South Australia – a pilot study. *Health Soc Care Community*. 2016;24(6):739-46.
65. Conley P, McKinsey D, Graff J, et al. Does an oral care protocol reduce VAP in patients with a tracheostomy? *Nursing*. 2013;43(7):18-23.
66. Haghighi A, Shafipour V, Bagheri-Nesami M, et al. The impact of oral care on oral health status and prevention of ventilator-associated pneumonia in critically ill patients. *Aus Crit Care*. 2017;30(2):69-73.
67. McNally ME, Martin-Misener R, Wyatt CCL, et al. Action planning for daily mouth care in long-term care: the brushing up on mouth care project. *Nurs Res Pract*. 2012:1-11.

68. McNally M, Matthews D, Clovis J, et al. Brushing up on mouth care: an oral health resource for those who provide care to older adults [Internet]. Halifax (NS): Dalhousie University; 2011. Available from: <https://cdn.dal.ca/content/dam/dalhousie/pdf/dept/ahprc/BrushingUp-OCManual.pdf>
69. Seedat J, Penn C. Implementing oral care to reduce aspiration pneumonia amongst patients with dysphagia in a South African setting. *S Afr J Commun Disord*. 2016;63(1). doi: 10.4102/sajcd.v63i1.102.
70. Ontario Dental Hygienists' Association (ODHA). Dental hygiene facts: nutrition and oral health. Ottawa (ON): ODHA; 2016. Available from: <https://odha.on.ca/wp-content/uploads/2016/08/Nutrition-14-1-final.pdf>
71. Schlossman M, Montana M. Preventing damage to oral hard and soft tissue. In: Spolarich AE, Panagakos FS, editors. *Prevention across the lifespan: a review of evidence-based interventions for common oral conditions*. Charlotte (NC): Professional Audience Communications, Inc; 2017. p. 97-120.
72. CDA Position on Use of Fluorides in Caries Prevention. In: Canadian Dental Association (CDA) [Internet]. Revised March 2012. Ottawa (ON): CDA; c2019. Available from: https://www.cda-adc.ca/en/about/position_statements/fluoride/
73. Datta P, Sood S. The various methods and benefits of denture labeling. *J Forensic Dental Sci*. 2010;2(2):53-8.
74. Yuen HK. Effect of a home telecare program on oral health among adults with tetraplegia: a pilot study. *Spinal Cord*. 2013;51(6):477-81.
75. Kuo YW, Yen M, Fetzer S, et al. Effect of family caregiver oral care training on stroke survivor oral and respiratory health in Taiwan: a randomized controlled trial. *Community Dent Health*. 2015;32(3):137-42.
76. Andersson M, Wilde-Larsson B, Carlsson E, et al. Older people's perceptions of the quality of oral care in short-term care units: a cross-sectional study. *Int J Older People Nurs*. 2018;13(2):e12185.
77. Connell BR, McConnell E, Francis TG. Tailoring the environment of oral health care to the needs and abilities of nursing home residents with dementia. *Alzheimer's Care Quart*. 2002;3(1):19-25.
78. Zenthöfer A, Cabrera T, Rammelsberg P, et al. Improving oral health of institutionalized older people with diagnosed dementia. *Aging & Mental Health*. 2016;20(3):303-8.
79. Zenthöfer A, Meyer-Kühling I, Hufeland AL, et al. Carers' education improves oral health of older people suffering from dementia – results of an intervention study. *Clin Interv Aging*. 2016;11:1755-62.
80. Schwindling FS, Krisam J, Hassel AJ, et al. Long-term success of oral health intervention among care-dependent institutionalized seniors: findings from a controlled clinical trial. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2018;46(2):109-17.
81. Sloane PD, Zimmerman S, Chen X, et al. Effect of a person-centred mouth care intervention on care processes and outcomes in three nursing homes. *J Am Geriatr Soc*. 2013;61(7):1158-63.
82. Wilson R, Rochon E, Mihailidis A, et al. Quantitative analysis of formal caregivers' use of communication strategies while assisting individuals with moderate and severe Alzheimer's disease during oral care. *J Comm Disorders*. 2013;46(3):249-63.
83. Samson H, Berven L, Strand GV. Long-term effect of an oral healthcare programme on oral hygiene in a nursing home. *Eur J Oral Sci*. 2009;117(5):575-9.

84. Ministry of Health and Long-Term Care (MOHLTC). Personal Health Information Protection Act: an overview for health information custodians [Internet]. [place unknown]: MOHLTC; 2004. Available from: http://www.health.gov.on.ca/english/providers/project/priv_legislation/info_custodians.pdf
85. Health Professions Network Nursing and Midwifery Office. Framework for action on interprofessional education & collaboration practice [Internet]. Geneva (CH): World Health Organization; 2010. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70185/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf;jsessionid=06ABA666DFB66BF58EE02E902F05DAA3?sequence=1
86. Haber J, Hartnett E, Allen K. Putting the mouth back in the head: HEENT to HEENOT. *Am J Public Health*. 2015;105(3):437-41.
87. Berkowitz O, Brisotti MF, Gascon L. The impact of an interprofessional oral health curriculum on trainees. *J Physician Assist Educ*. 2017;28(1):2-9.
88. Berkowitz O, Kaufman LB, Russell M. Introduction of an interprofessional oral health curriculum. *J Physician Assist Educ*. 2015;26(1):43-6.
89. Anderson KL, Smith BS, Brown G. Using an expanded oral health curriculum by practicing physician assistants. *J Physician Assist Educ*. 2013;24(3):23-6.
90. Park SE, Donoff RB, Saldana F. The impact of integrating oral health education into a medical curriculum. *Med Princ Pract*. 2017;26(1):61-5.
91. Otsuka H, Kondo K, Ohara Y. An inter- and intraprofessional education program in which dental hygiene students instruct medical and dental students. *J Dental Educ*. 2016;80(9):1062-70.
92. Markowski AM, Greenwood KC, Parker JL. A novel interprofessional faculty approach for integrating oral health promotion competencies into a physical therapist curriculum. *J Allied Health*. 2018;47(1):19-24.
93. Estes KR, Callanan D, Rai N. Evaluation of an interprofessional oral health assessment activity in advanced practice nursing education. *J Dental Educ*. 2018;82(10):1084-90.
94. Butani Y, Weintraub JA, Barker JC. Oral health-related cultural beliefs for four racial/ethnic groups: assessment of the literature. *BMC Oral Health*. 2008;8:26.
95. Coan LL, Wijesuriya UA, Seibert SA. Collaboration of dental hygiene and nursing students on hospital units: an interprofessional education experience. *J Dental Educ*. 2019;83(6):654-62.
96. Nierenberg S, Hughes LP, Warunek M, et al. Nursing and dental students' reflections on interprofessional practice after a service-learning experience in Appalachia. *J Dent Educ*. 2018;82(5):454-61.
97. Janotha BL, Tamari K, Evangelidis-Sakellson V. Dental and nurse practitioner student attitudes about collaboration before and after interprofessional clinical experiences. *J Dental Educ*. 2019;83(6):638-44.
98. Nash WA, Hall LA, Lee Ridner S, et al. Evaluation of an interprofessional education program for advanced practice nursing and dental students: the oral-systemic health connection. *Nurse Educ Today*. 2018;66:25-32.
99. van der Putten GJ, Mulder J, de Baat C, et al. Effectiveness of supervised implementation of an oral health care guideline in care homes: a single-blinded cluster randomized controlled trial. *Clin Oral Investig*. 2013;17(4):1143-53.

100. Khanagar S, Naganandini S, Tuteja JS, et al. Improving oral hygiene in institutionalized elderly by educating their caretakers in Bangalore City, India: a randomized control trial. *Can Geriatrics J.* 2015;18(3):136-43.
101. Seleskog B, Lindqvist L, Wårdh I, et al. Theoretical and hands-on guidance from dental hygienists promotes good oral health in elderly people living in nursing homes: a pilot study. *Int J Dent Hyg.* 2018;16(4):476-83.
102. Campbell J, Buchan J, Cometto G, et al. Human resources for health and universal health coverage: fostering equity and effective coverage. *Bull World Health Organ.* 2013;91(11):853-63.
103. Mac Giolla Phadraig C, Guerin S, Nunn J. Train the trainer? A randomized controlled trial of a multi-tiered oral health education programme in community-based residential services for adults with intellectual disability. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2013;41(2):182-92.
104. Gonzalez EE, Nathe CN, Logothetis DD, et al. Training caregivers: disabilities and dental hygiene. *Int J Dent Hyg.* 2013;11(4):293-7.
105. Nihtilä A, Tuuliainen E, Komulanen K, et al. Preventative oral health interventions among older home care clients. *Age Ageing.* 2017;46(5):846-51.
106. Luong E, deClifford J, Coutsouvelis J, et al. Implementation of standardised oral care treatment and referral guidelines for older sub-acute patients: a multidisciplinary approach. *J Pharm Prac Res.* 2018;48:10-7.
107. Murray J, Scholten I. An oral hygiene protocol improves oral health for patients in inpatient stroke rehabilitation. *Gerodontology.* 2018;35(1):18-24.
108. Tynan A, Deeth L, McKenzie D. An integrated oral health program for rural residential aged care facilities: a mixed methods comparative study. *BMC Health Serv Res.* 2018;18(1):515.
109. Keboa M, Beaudin A, Cyr J. Dentistry and nursing working together to improve oral health care in a long-term care facility. *Geriatric Nurs.* 2019;40(2):197-204.
110. Bonwell PB, Parsons PL, Best AM, et al. An interprofessional educational approach to oral health care in the geriatric population. *Gerontol Geriatr Educ.* 2014;35(2):182-99.
111. Straus S, Tetroe J, Graham ID, et al. Monitoring and evaluating knowledge. In: Straus S, Tetroe J, Graham ID, editors. *Knowledge translation in health care.* Oxford (UK): Wiley-Blackwell; 2009.
112. Rey M, Grinspun D, Costantini L, et al. The anatomy of a rigorous best practice guideline development process. In: Grinspun D, Bajnok I, editors. *Transforming nursing through knowledge.* Indianapolis (IN): Sigma Theta Tau International; 2018. p. 31-68.
113. Mahoney EK, Hurley AC, Volicer L, et al. Development and testing of the Resistiveness to Care Scale. *Res Nurs Health.* 1999;22(1):27-38.
114. Swain N, Gale C. A communication skills intervention for community healthcare workers reduces perceived patient aggression: a pretest-posttest study. *Int J Nurs Stud.* 2014;51(9):1241-5.
115. Karaka SA, Okanli A. The effect of assertiveness training on the mobbing that nurses experience. *Workplace Health Saf.* 2015;63(10):446-51.
116. Avella JR. Delphi panels: research design, procedures, advantages, and challenges. *Int J Doctoral Studies.* 2016;11:305-21.

117. World Health Organization (WHO). Sugars and dental caries [Internet]. Geneva (CH): WHO; 2017. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259413/WHO-NMH-NHD-17.12-eng.pdf;jsessionid=3CODEADBFB62394FF1D19A7A82DF0D3D?sequence=1>
118. Dijkers M. Introducing GRADE: a systematic approach to rating evidence in systematic reviews and to guideline development. *KT Update*. 2013;1(5):1-9.
119. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). *Adult asthma care: promoting control of Asthma*. 2nd ed. Toronto (ON): RNAO; 2017.
120. College of Nurses of Ontario (CNO). RHPA: scope of practice, controlled acts model [Internet]. Toronto (ON): CNO; 2018. Available from: http://www.cno.org/globalassets/docs/policy/41052_rhpscope.pdf
121. College of Nurses of Ontario (CNO). Working with unregulated care providers [Internet]. Toronto (ON): CNO; 2013. Available from: http://www.cno.org/globalassets/docs/prac/41014_workingucp.pdf
122. Glossary. In: The Cochrane Collaboration [Internet]. [place unknown]: The Cochrane Collaboration; c2019. Available from: <http://community.cochrane.org/glossary>
123. Oral mucosa. In: The Medical Dictionary at the Free Dictionary [Internet]. [place unknown: publisher unknown]; c2003–2019. Available from: <https://medical-dictionary.thefreedictionary.com/oral+mucosa>
124. Oral health. In: World Health Organization (WHO) [Internet]. 24 September 2018. Geneva (CH): WHO; 2018. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
125. What is Plaque? In: Colgate [Internet]. [place unknown]: Colgate-Palmolive; c2019. Available from: <https://www.colgate.com/en-ca/oral-health/conditions/plaque-and-tartar/what-is-plaque>
126. Rockers PC, Röttingen JA, Shemilt I, et al. Inclusion of quasi-experimental studies in systematic reviews of health systems research. *Health Policy*. 2015;119(4):511-21.
127. Armstrong R, Hall BJ, Doyle J, et al. Cochrane update. 'Scoping the scope' of a Cochrane review. *J Public Health (Oxf)*. 2011;33(1):147-50.
128. Baker CM, Ogden SJ, Prapaipanich W, et al. Hospital consolidation: applying stakeholder analysis to merger life-cycle. *J Nurs Adm*. 1999;29(3):11-20.
129. Kirshblum S. Chapter two: medical management and complications of spinal cord injury [Internet]. In: Ponce P, editor. *Spinal cord injuries: management and rehabilitation*. [place unknown]: Elsevier; 2009. p. 18-36. Available from: <https://www.sciencedirect.com/sdfe/pdf/download/eid/3-s2.0-B9780323006996100024/first-page-pdf>
130. Oral Health Topics: Xerostomia (Dry Mouth). In: American Dental Association (ADA) [Internet]. [place unknown]: ADA; [updated 8 July 2019]. Available from: <https://www.ada.org/en/member-center/oral-health-topics/xerostomia>
131. Brouwers M, Kho ME, Browman GP. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *CMAJ*. 2010;182(18):E839-42.
132. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). *Oral health: local authorities and partners* [Internet]. London (UK): NICE; 2015. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ph55>

133. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Oral health promotion: general dental practice [Internet]. London (UK): NICE; 2015. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng30>
134. Mission and Values. In: RNAO.ca [Internet]. Toronto (ON): Registered Nurses' Association of Ontario; [date unknown]. Available from: <https://RNAO.ca/about/mission>
135. Higgins JPT, Stern JAC, Savovic J, et al. A revised tool for assessing risk of bias in randomized trials. *Cochrane DB Syst Rev*. 2016;10(Suppl 1):29-31.
136. Sterne JAC, Hernán MA, Reeves BC, et al. ROBINS-I: a tool for assessing risk of bias in non-randomised studies of interventions. *BMJ*. 2016;355:i4919.
137. Shea BJ, Reeves BC, Wells G, et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ*. 2017;358:j4008.
138. Guyatt G, Oxman AD, Akl EA, et al. GRADE guidelines: 1. Introduction – GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *J Clin Epidemiol*. 2011;64:383-94.
139. GRADEpro [Internet]. [place unknown]: McMaster University; c2015. Co-published with and Evidence Prime Inc. Available from: <https://gradepro.org/>
140. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, et al. Going from evidence to recommendations. *BMJ*. 2008;336(7652):1049-51.
141. Welch A, Akl EA, Guyatt G, et al. GRADE equity guidelines 1: considering health equity in GRADE guideline development: introduction and rationale. *J Clin Epidemiol*. 2017;90:59-67.
142. Ontario Dental Hygienists' Association (ODHA). Dentures and oral health [Internet]. Ottawa (ON): ODHA; 2016. Available from: <https://odha.on.ca/wp-content/uploads/2016/08/Dentures-15-1.pdf>
143. Flossing & Brushing [Internet]. In: Canadian Dental Association (CDA) [Internet]. [place unknown]: CDA; c2019. Available from: http://www.cda-adc.ca/en/oral_health/cfy/dental_care/flossing_brushing.asp
144. Slot DE, Wiggelinkhuizen L, Rosema NA, et al. The efficacy of manual toothbrushes following a brushing exercise: a systematic review. *Int J Dent Hyg*. 2012;10(3):187-97.
145. Rosema NA, Hennequin-Hoenderdos NL, Versteeg PA, et al. Plaque-removing efficacy of new and used manual toothbrushes – a professional brushing study. *Int J Dent Hyg*. 2013;11(4):237-43.
146. Van Leeuwen MPC, Van der Weijden FA, Slot DE, et al. Toothbrush wear in relation to tooth brushing effectiveness. *Int J Dent Hyg*. 2019;17(1):77-84.
147. Yaacob M, Worthington HV, Deacon SA, et al. Powered versus manual tooth brushing for oral health. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;6:CD002281.
148. Rosema N, Slot DE, van Palenstein Helderma WH, et al. The efficacy of powered toothbrushes following a brushing exercise: a systematic review. *Int J Dent Hyg*. 2016;14(1):29-41.
149. Deacon SA, Glenny A-M, Deery C, et al. Different powered toothbrushes for plaque control and gingival health. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011. doi: 10.1111/j.1834-7819.2011.01329.x.
150. Hua F, Xie H, Worthington HV, et al. Oral hygiene care for critically ill patients to prevent ventilator-associated pneumonia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016. doi: 10.1002/14651858.CD008367.pub3.

151. Fjeld KG, Mowe M, Eide H, et al. Effect of electric toothbrush on residents' oral hygiene: a randomized clinical trial in nursing homes. *Eur J Oral Sci.* 2014;122(2):142-8.
152. Yakiwchuk CA, Bertone M, Ghiabi E, et al. Suction toothbrush use for dependent adults with dysphagia: a pilot examiner blind randomized clinical trial. *Canadian Journal of Dental Hygiene.* 2013;47(1):15-23.
153. Oral mucositis – self-care. In: MedlinePlus [Internet]. Bethesda (MD): U.S. Department of Health and Human Services; [last reviewed 31 January 2018]. Co-published with the National Institutes of Health. Available from: https://medlineplus.gov/ency/patientinstructions/000047.htm?_ga=2.212659476.1020397781.1569514750-676278555.1562593693
154. Canadian Dental Hygienists Association (CDHA). Oral rinsing recommendations for periodontal health [Internet]. [place unknown]: CDHA; 2017. Available from: https://files.cdha.ca/profession/resources/oral_rinsing_recommendations_EN.pdf
155. Teng F, He T, Huang S, et al. Cetylpyridinium chloride mouth rinses alleviate experimental gingivitis by inhibiting dental plaque maturation. *Int J Oral Sci.* 2016;8(3):182-190.
156. Ayad F, Prado R, Mateo LR, et al. A comparative investigation to evaluate the clinical efficacy of an alcohol-free CPC-containing mouthwash as compared to a control mouthwash in controlling dental plaque and gingivitis: a six-month clinical study on adults in San Jose, Costa Rica. *J Clin Dent.* 2011;22(6):204-12.
157. James P, Worthington HV, Parnell C, et al. Chlorhexidine mouthrinse as an adjunctive treatment for gingival health. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;3:CD008676.
158. Plantinga NL, Wittekamp BHJ, Leleu K, et al. Oral mucosal adverse events with chlorhexidine 2% mouthwash in ICU. *Intensive Care Med.* 2016;42(4):620-1.
159. Klompas M, Speck K, Howell MD, et al. Reappraisal of routine oral care with chlorhexidine gluconate for patients receiving mechanical ventilation: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med.* 2014;174:751-61.
160. Klompas M, Li L, Kleinman K, et al. Associations between ventilator bundle components and outcomes. *JAMA Intern Med.* 2016;176(9):1277-83.
161. Price R, MacLennan G, Glen J, et al. Selective digestive or oropharyngeal decontamination and topical oropharyngeal chlorhexidine for prevention of death in general intensive care: systematic review and network meta-analysis. *BMJ.* 2014;348:g2197.
162. Lynch MC, Cortelli SC, McGuire JA, et al. The effects of essential oil mouthrinses with or without alcohol on plaque and gingivitis: a randomized controlled clinical study. *BMC Oral Health.* 2018;18(1):6.
163. Marchetti E, Tecco S, Caterini E, et al. Alcohol-free essential oils containing mouthrinse efficacy on three-day supragingival plaque regrowth: a randomized crossover clinical trial. *Trials.* 2017;18:154.
164. Kanagalingam J, Feliciano R, Hah JH, et al. Practical use of povidone-iodine antiseptic in the maintenance of oral health and in the prevention and treatment of common oropharyngeal infections. *Int J Clin Pract.* 2015;69(11):1247-56.
165. Sandilands T. How salt water mouth rinse benefits oral health. In: Colgate [Internet]. [place unknown]: Colgate-Palmolive Company; c2019. Available from: <https://www.colgate.com/en-us/oral-health/conditions/mouth-sores-and-infections/how-salt-water-mouth-rinse-benefits-oral-health-1214>

166. Chacko R, Rajan A, Lionel P, et al. Oral decontamination techniques and ventilator-associated pneumonia. *Br J Nurs.* 2017;26(11):594-9.
167. Marino PJ, Hannigan A, Haywood S, et al. Comparison of foam swabs and toothbrushes as oral hygiene interventions in mechanically ventilated patients: a randomised split mouth study. *BMJ Open Respir Res.* 2016;3(1):e000150.
168. Dyck D, Bertone M, Knutson K, et al. Improving oral care practice in long-term care. *Can Nurse.* 2012;108(9):20-4.
169. Narain T, Felipe E. Soft toothbrushes versus foam swabs for oral care: a review of the comparative clinical effectiveness, cost effectiveness, and guidelines [Internet]. Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2017. Available from: <https://www.cadth.ca/sites/default/files/pdf/htis/2017/RC0916%20Foam%20Swabs%20Final.pdf>
170. Garcia R. A review of the possible role of oral and dental colonization on the occurrence of health care-associated pneumonia: underappreciated risk and a call for interventions. *Am J Infect Control.* 2005;33(9):527-41.
171. Dost F, Farah CS. Stimulating the discussion on saliva substitutes: a clinical perspective. *Aus Dental J.* 2013;58:11-7.
172. Kobayashi K, Ryu M, Izumi S, et al. Effect of oral cleaning using mouthwash and a mouth moisturizing gel on bacterial number and moisture level of the tongue surface of older adults requiring nursing care. *Geriatr Gerontol Int.* 2017;17:116-21.
173. Furness S, Worthington HV, Bryan G, et al. Interventions for the management of dry mouth: topical therapies. *Cochrane Database Sys Rev.* 2011;12:CD008934.
174. Tongue Scrapers and Cleaners. In: Mouth Healthy [Internet]. [place unknown]: American Dental Association; c2019. Available from: <https://www.mouthhealthy.org/en/az-topics/t/tongue-scrapers>
175. Walsh T, Worthington HV, Glenny AM, et al. Fluoride toothpastes of different concentrations for preventing dental caries. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019;3:CD007868.
176. Riley P, Lamont T. Triclosan/copolymer containing toothpastes for oral health. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;12:CD010514.
177. Yap Ai Ling E. Oral Care for Person with Swallowing Difficulty. In: Ministry of Health (Malaysia) [Internet]. 11 May 2015. [place unknown]; Ministry of Health (Malaysia); [date unknown]. Available from: <http://www.myhealth.gov.my/en/oral-care-for-person-with-swallowing-difficulty/>
178. Poklepovic T, Worthington HV, Johnson TM, et al. Interdental brushing for the prevention and control of periodontal diseases and dental caries in adults. *Cochrane Database Sys Rev.* 2013;12:CD009857.
179. Sambunjak D, Nickerson JW, Poklepovic T, et al. Flossing to reduce gum disease and tooth decay. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;12.
180. Lyu X, Zhao C, Yan Z, et al. Efficacy of nystatin for the treatment of oral candidiasis: a systematic review and meta-analysis. *Drug Des Devel Ther.* 2016;10:1161-71.
181. Dolye GR, McCutcheon A, editors. Clinical procedures for safer patient care [Internet]. Vancouver (BC): B.C. Open Textbook Project; [date unknown]. Chapter 5.8: oral suctioning. Available from: <https://opentextbc.ca/clinicalskills/chapter/5-7-oral-suctioning/>

182. Faculty Toolkits: Interprofessional Oral Health Faculty Tool Kit for Primary Care Nurse Practitioner and Midwifery Programs. In: Oral Health Nursing Education and Practice (OHNEP) [Internet]. New York (NY): OHNEP; [date unknown]. Available from: <http://ohnep.org/faculty-toolkit>
183. Jablonski RA, Kolanowski AM, Azuero A, et al. Randomized clinical trial: efficacy of strategies to provide oral hygiene activities to nursing home residents with dementia who resist mouth care. *Gerodontology*. 2018;35(4):1-11.
184. Gingivitis. In: Canadian Dental Association (CDA) [Internet]. Revised 2020. Ottawa (ON): CDA; c2020. Available from: http://www.cda-adc.ca/en/oral_health/complications/diseases/gingivitis.asp
185. O'Toole. (2003). M. Miller-Keane Encyclopedia and Dictionary of Medicine, Nursing, and Allied Health, Seventh Edition. Elsevier Health Sciences.
186. Wilson R, Rochon E, Mihailidis A, & Leonard C. Quantitative analysis of formal caregivers' use of communication strategies while assisting individuals with moderate and severe Alzheimer's disease during oral care. *Journal of Communication Disorders*. 2013;46(3): 249-263.
187. Shen C, Ogasawara T, Shinotsuka, K, Miyahara K, Isono K, Mochiduki N, & Hasegawa H. Histopathological evaluation of oral membranous substance in bedridden elderly persons without oral intake in Japan. *Gerodontology*. 2019;36(1): 63-70.
188. Ontario Government. A guide to the long-term care homes cct, 2007 and regulation 79/10 [internet]. [place unknown]: Ontario Government; 2012. Available from: <http://govdocs.ourontario.ca/node/11867>.

Anexo A: Glosario

Aspiración: Ocurre cuando el material orofaríngeo o gástrico entra en la vía respiratoria y pasa por debajo de las cuerdas vocales (34). Cuando estas secreciones son colonizadas por bacterias (de la cavidad oral, la faringe o el tracto respiratorio), se desarrolla una respuesta infecciosa en los pulmones que conduce a la neumonía aspirativa (33).

Véase *neumonía aspirativa*

Asistencia física completa: Cuando el proveedor de salud o el cuidador completan todas las acciones involucradas en la tarea de cuidado (p.ej., la preparación de materiales de cuidado oral, el uso de herramientas de cuidado bucodental y la limpieza).

Caries dental: Caries que se producen cuando la placa se forma en la superficie de los dientes y convierte los azúcares libres en ácidos. Estos ácidos, a su vez, disuelven el esmalte dental y los dientes con el paso del tiempo si hay un alto consumo de azúcares libres, un uso inadecuado de flúor y una eliminación irregular de la placa (117). El dolor puede estar asociado con la caries dental.

Comentarios alentadores: "Elogios verbales, tranquilidad [y] optimismo dirigido [al] residente mientras participa en la tarea" (82).

Conductas de resistencia a los cuidados: "Las acciones provocadas por un encuentro con el cuidador. . . se definen como el repertorio de comportamientos con los que las personas con demencia resisten o se oponen a los esfuerzos de un cuidador" (113). Estos comportamientos pueden ser desde leves (p.ej., apretar la boca o girar la cabeza) hasta extremos (p.ej., golpear o patear) (8).

Ver *conductas de respuesta*

Conductas de respuesta: Las conductas o los comportamientos de respuesta pueden incluir: agarrar a alguien, respuestas vocales a la atención, agitación general, declaraciones o preguntas repetitivas y gritos (9). Es importante señalar que los comportamientos de respuesta suelen indicar: a) Una necesidad no satisfecha en una persona, ya sea cognitiva, física, emocional, social, ambiental o de otro tipo; o b) Una respuesta a circunstancias del entorno social o físico que pueden ser frustrantes, atemorizantes o confusas para una persona (10). Los proveedores sanitarios deben explorar la(s) causa(s) subyacente(s) de los comportamientos de respuesta y utilizar estrategias y técnicas que "demuestren compasión, validen las emociones, apoyen la dignidad y promuevan la comprensión" (10).

Véase *Conductas de resistencia a los cuidados*

Conjunto de normas enfermeras (Order set™): Proporcionan información sobre intervenciones clara, concisa y aplicable, extraída de las recomendaciones para la práctica y que puede incorporarse a las historias clínicas electrónicas, y usarse también en entornos en los que se usa solo papel o que combinan ambas opciones.

Conocimiento y confianza de los proveedores de salud en la capacidad de evaluar los cambios en el estado de la salud oral: Los conocimientos y la confianza de los proveedores de salud y/o los cuidadores para realizar una evaluación de la salud bucodental a fin de reconocer las mejoras o los deterioros de la salud oral relacionados con las estructuras de la cavidad bucodental y sus alrededores.

Consenso: Proceso orientado a la consecución del acuerdo dentro de un grupo o equipo en el marco de un método Delphi o método Delphi modificado (116). El consenso que se necesitó para determinar la fuerza de las recomendaciones de esta Guía fue del 70 por ciento de acuerdo de los miembros del panel.

Criterios GRADE para ensayos controlados aleatorizados: Cuando se usa GRADE para valorar el conjunto de evidencia de ensayos aleatorizados controlados, existen cinco componentes que contribuyen a valorar la confianza en la evidencia para cada desenlace o resultado:

1. Riesgo de sesgo, que se centra en los defectos en el diseño de un estudio o problemas en su ejecución.
2. Inconsistencia, que observa el conjunto de la evidencia y evalúa si los resultados apuntan en la misma dirección o difieren.
3. Imprecisión, referida a la precisión de los resultados según el número de participantes y/o eventos incluidos, y la amplitud de los intervalos de confianza a lo largo de todo el conjunto de evidencia.
4. Evidencia indirecta, por la cual se evalúa cada estudio primario que apoya un resultado o desenlace y se toma una decisión con respecto a la aplicabilidad de las conclusiones en la población, la intervención y el resultado descritos en la pregunta de la investigación.
5. Sesgo de publicación, según el cual se toma una decisión sobre si el conjunto de la literatura publicada para un resultado o desenlace incluye potencialmente solo resultados positivos o estadísticamente significativos (12).

Criterios GRADE para estudios observacionales: Cuando se utiliza GRADE para valorar el conjunto de evidencia de estudios observacionales, además de los cinco "Criterios GRADE para Ensayos Aleatorizados Controlados", se valoran tres criterios:

1. Magnitud del efecto, donde se valora la magnitud del efecto de una intervención sobre el resultado de interés.
2. Gradiente dosis-respuesta, donde se considera el efecto de la intervención sobre el resultado.
3. Efecto de variables de confusión plausibles, donde se consideran confusores residuales que pueden infraestimar el efecto del tratamiento (12).

Cuidado oral: Se refiere a la práctica de evaluar, limpiar y/o tratar la cavidad oral de una persona para prevenir la enfermedad oral y/o manejar las enfermedades orales existentes. Algunos ejemplos son: el cepillado dental, de las prótesis dentales, la lengua y los tejidos blandos; la descontaminación oral mediante un enjuague oral; y el uso de hilo dental.

Cuidados centrados en la persona y la familia: Un "enfoque de la atención [que demuestra] ciertas prácticas que sitúan a la persona y a los miembros de su familia en el centro de la atención y los servicios de salud". Los cuidados centrados en la persona y la familia respetan y empoderan a las personas para que sean auténticos colaboradores con los profesionales sanitarios para promover su salud" (57).

Cuidador: “Cualquier familiar, pareja, amigo o vecino que tiene una relación personal significativa y ofrece diversos tipos de asistencia a la persona mayor o adulto con una enfermedad crónica o discapacitante. Puede tratarse de cuidadores principales o secundarios y vivir con la persona que recibe los cuidados o separada de ella” (7).

Declaración de buenas prácticas: Se dirige principalmente a las enfermeras y a los equipos interprofesionales que prestan cuidados a las personas y a sus familias en todo el espectro asistencial, incluyendo (pero no limitado a) atención primaria, cuidados agudos, atención domiciliaria y cuidados a largo plazo. Se refiere a una práctica ya aceptada como beneficiosa o práctica.

En el caso de esta GBP, se estima que la declaración de buenas prácticas es tan beneficiosa que no se justifica realizar una revisión sistemática para demostrar su eficacia. Esta declaración no se basa en una revisión sistemática y no reciben una calificación de certeza o confianza en la evidencia, o de fuerza (es decir, una clasificación como condicional o fuerte) (11)

Demostración de retorno: Un método educativo utilizado cuando se enseña una nueva habilidad a una persona. Consiste en demostrar una tarea a una persona y hacer que la persona repita la tarea a la persona que la enseña. Esto permite al profesor evaluar si el alumno entiende y puede completar la tarea.

Disfagia: Se refiere a la dificultad para tragar.

Disminución de la calificación: En GRADE, cuando hay limitaciones en los estudios individuales que potencialmente sesgan los resultados, disminuye la calidad de la evidencia (118). Por ejemplo, un conjunto de evidencia cuantitativa para un resultado o desenlace prioritario puede comenzar con un alto grado de certeza, pero debido a serias limitaciones en uno o más de los cinco criterios GRADE, se rebajará su clasificación en uno o dos niveles (12).

Véase *GRADE, Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (Clasificación de las recomendaciones Evaluación, desarrollo y evaluación)*.

Enfermedad periodontal (de las encías): Cuando el tejido que rodea y sostiene los dientes comienza a sangrar e inflamarse (gingivitis). Si no se trata, la encía puede separarse del diente y del hueso, creando bolsas y dientes sueltos (periodontitis) o incluso la pérdida de la pieza dental (124).

Enfermera: “Se refiere a enfermeras universitarias (RN), enfermeras con formación profesional (RPN, en Ontario), enfermeras especialistas en salud mental y enfermeras de práctica avanzada y especialistas clínicas” (57, 120).

Ensayo controlado aleatorizado: Experimento en el que el investigador asigna una o más intervenciones a los participantes, que se asignan al azar al grupo experimental (el que recibe la intervención) y al de comparación (tratamiento convencional) o al grupo de control (sin intervención o placebo) (122).

Equipo interprofesional: “Equipo constituido por individuos de diferentes profesiones sanitarias (reguladas y no reguladas) que trabajan juntos para ofrecer cuidados y servicios de salud integrales y de calidad a las personas dentro, entre y a través de los distintos entornos sanitarios” (4). Entre los miembros clave del equipo interprofesional que apoyan a las personas que necesitan asistencia en el cuidado bucodental pueden figurar: enfermeras, trabajadores de apoyo personal, médicos, dentistas, asistentes dentales, terapeutas dentales, higienistas dentales, protésicos dentales, dietistas, terapeutas respiratorios, terapeutas ocupacionales, asistentes de terapia ocupacional, logopedas, farmacéuticos, fisioterapeutas y asistentes de fisioterapia.

Véase *Modelo de asistencia interprofesional*.

Estado de la salud oral: En la bibliografía, el término "estado de salud oral" refleja la salud bucodental del paciente. Se determinó utilizando diferentes medidas de salud oral, como el índice gingival, el índice de placa y el índice de placa de la prótesis dental.

Estrategia: La utilización de una intervención que permite a un proveedor de salud mejorar su capacidad para prestar atención.

Estrategia de reducción de amenazas: Intervenciones o técnicas de comportamiento que están diseñadas para minimizar la respuesta de lucha o huida de una persona ante el miedo y/o el estrés. El objetivo es reducir la percepción de amenaza de la persona, previniendo o desescalando así los comportamientos de respuesta (8).

Estrategias de comunicación: Diversas técnicas verbales y no verbales que pueden adoptarse para reducir y/o prevenir el riesgo para el cuidador durante la prestación de cuidados orales (114). Entre los ejemplos de estrategias de comunicación cabe citar: indicaciones no verbales, indicaciones verbales, lenguaje corporal, reflejo, dinámica de grupo, preguntas abiertas y cerradas, empatía y expresión de sentimientos positivos y negativos (5, 115).

Estudiante: Individuos inscritos en la actualidad en cualquier programa de educación de salud que reciben formación y capacitación en una institución académica y/o en un laboratorio de habilidades.

Estudio cuasi experimental: Estudios que estiman efectos causales mediante la observación de la exposición de interés, pero los experimentos no están directamente controlados por el investigador y carece de aleatorización (p.ej., diseños antes-después) (126).

Familia: “Término empleado para referirse a individuos que tienen relación (biológica, emocional o legal) y/o fuertes lazos (de amistad, de compromiso, de convivencia o de responsabilidad compartida en la crianza de hijos, de relaciones sentimentales) con la persona que recibe los cuidados. La familia de una persona puede aludir a todos aquellos a quienes el individuo considera importantes en su vida. La persona que recibe los cuidados determina la importancia y el nivel de implicación de cualquiera de estos individuos en su cuidado en función de su capacidad” (57).

Fiabilidad (fiable): El grado en que los resultados de un procedimiento de medición pueden reproducirse con un error de medición mínimo (122). Por ejemplo, dos usuarios podrían utilizar una herramienta en momentos diferentes, pero alcanzar el mismo resultado.

Frecuencia del cuidado oral: El número de veces que una persona recibió cuidado oral de un proveedor de salud o cuidador, o se realizó independientemente el cuidado oral a sí mismo.

Gingivitis: Es un término utilizado para describir la inflamación de las encías. La gingivitis comienza con la placa. La placa contiene bacterias que pueden causar gingivitis y caries (184).

GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation): El sistema GRADE (Clasificación de las recomendaciones Evaluación, desarrollo y evaluación) es un planteamiento metodológico para evaluar la calidad del conjunto de evidencia de forma consistente y transparente, y para desarrollar recomendaciones de manera sistemática. Se evalúa el conjunto de la evidencia para cada resultado o desenlace clave y/o importantes en función del riesgo de sesgo, la consistencia de los resultados, la relevancia de los estudios, la precisión de los estimadores y el sesgo de publicación (12).

Guía de Buenas Prácticas (GBP): Documentos desarrollados de manera sistemática y basados en la evidencia que incluyen recomendaciones sobre temas específicos clínicos y de entornos laborales saludables, para enfermeras, el equipo interprofesional, educadores, líderes y gestores, pacientes y sus familias. Las GBP promueven consistencia y excelencia en los cuidados clínicos, las políticas de salud, la educación para la salud, para conseguir resultados en salud óptimos para la población, las comunidades y el sistema de salud (112).

Halitosis: También conocida como mal aliento.

Marco evidencia-decisión (EtD, por sus siglas en inglés): Tabla que ayuda a los paneles de expertos a tomar decisiones cuando pasan de la evidencia a las recomendaciones. El objeto del marco evidencia-decisión es resumir la evidencia de la investigación, subrayar los factores importantes que pueden determinar la recomendación, informar de los beneficios y los daños de cada intervención que se considera y aumentar la transparencia en el proceso de toma de decisiones para el desarrollo de recomendaciones (12).

Metaanálisis: Revisión sistemática de ensayos controlados aleatorizados que emplea métodos estadísticos para analizar y resumir los resultados de los estudios incluidos (122).

Véase revisión sistemática.

Modelo de asistencia interprofesional: La prestación de una atención de calidad dentro y a través de los entornos de atención de la salud por parte de múltiples proveedores de salud que trabajan en colaboración (3). En lo que respecta a la salud bucodental, se trata de la promoción de la salud oral y la prestación de atención bucodental por parte de múltiples miembros de equipos interprofesionales, entre los que se incluyen (pero no se limitan a): enfermeras, trabajadores de asistencia personal, médicos, dentistas, asistentes dentales, terapeutas dentales, higienistas dentales, protésicos dentales, dietistas, terapeutas respiratorios, terapeutas ocupacionales, asistentes de terapia ocupacional, logopedas, farmacéuticos, fisioterapeutas y asistentes de fisioterapia.

Véase *equipo interprofesional*

Mucosa oral: Membrana mucosa protectora que recubre el interior de la cavidad oral, incluidas las encías (123).

Neumonía adquirida en el hospital (HAP): Se refiere a la inflamación del tejido pulmonar causada por agentes que no estaban presentes en un individuo cuando ingresó en el hospital ni en las 48 horas siguientes a su ingreso (33, 36).

Neumonía asociada a la ventilación mecánica (VAP): La aparición de una infección de las vías respiratorias dentro de las 48 horas siguientes a la intubación endotraqueal (33, 37).

Neumonía aspirativa: Ocurre cuando el contenido orofaríngeo o gástrico se desplaza hacia la tráquea y los pulmones (en lugar de al estómago), dando lugar a una infección del tejido pulmonar (33).

Véase *aspiración*.

Orofaringe: Se refiere a la boca y la faringe. La faringe es un tubo muscular revestido por una membrana mucosa y se extiende desde la boca y las cavidades nasales hasta la laringe, donde se hace continua con el esófago (185)

Partes de interés / Partes interesadas (Stakeholder): Individuo, grupo u organización con interés directo en las decisiones y acciones de organismos, y que pueden tratar de influir en decisiones y actuaciones (128). Las partes interesadas incluyen todos los individuos y grupos que se ven directa o indirectamente afectados por el cambio o la solución del problema.

Periodontitis: Cuando las encías se separan de los dientes, formando bolsas (espacios entre los dientes y las encías) que se infectan (124).

Persona: En el contexto de esta GBP, una "persona" es un individuo que requiere asistencia para completar algunos o todos sus cuidados orales. Esto podría ir desde el apoyo para la preparación de materiales para el cuidado oral, hasta el aviso, el estímulo o el recordatorio para completar el cuidado oral, o incluso la prestación de asistencia física completa para el cuidado bucodental. Las excepciones al uso de este término se producen cuando en las publicaciones (p.ej., estudios o informes) se utilizan términos alternativos (p.ej., paciente, cliente o residente).

Personas con comportamiento complejo: Personas con deficiencias cognitivas o mentales que pueden presentar comportamientos de respuesta.

Véase *Conductas de respuesta*.

Placa: Una "película pegajosa e incolora de bacterias y azúcares que se forma constantemente en [los] dientes". Es la principal fuente de caries y enfermedades de las encías, y puede endurecerse hasta convertirse en sarro si no se elimina diariamente" (125).

Plan de cuidado oral: Un plan de cuidado escrito, informado por una evaluación oral, que especifica las necesidades de cuidado oral individualizadas de una persona, incluyendo metas y preferencias para las rutinas de cuidado oral.

Práctica enfermera basada en la evidencia: La integración de la evidencia de la investigación más sólida metodológicamente con la experiencia clínica y los valores del paciente; unifica la evidencia de la investigación con la experiencia clínica y fomenta la inclusión de las preferencias del paciente (119).

Pregunta de recomendación: Un área de investigación prioritaria de cuidados que ha sido identificada por los miembros del panel de expertos y para cuya respuesta es necesaria una síntesis de la evidencia. La pregunta de recomendación sirve de base para la pregunta PICO de investigación, que guía la revisión sistemática y, consecuentemente, sirve de base para las recomendaciones para la práctica, la formación y la organización.

Pregunta PICO de investigación: Marco de trabajo para definir una pregunta de investigación concreta. Especifica cuatro componentes: (a) el paciente o la población estudiada, (b) la intervención que se investiga, (c) la intervención alternativa o de comparación, y (d) el resultado de interés (12).

Profesional de la salud oral: Se refiere a los proveedores de salud regulados que han recibido educación y capacitación formal específica para la salud dental y oral (por ejemplo, dentistas, higienistas dentales, tecnólogos dentales y protésicos dentales).

Profesional sanitario: Referido tanto a los profesionales regulados (p.ej., enfermeras, médicos, nutricionistas, trabajadores sociales) como no regulados (p.ej., auxiliares personales) que forman parte del equipo interprofesional.

Profesional sanitario regulado: En Ontario, la ley sobre profesiones sanitarias reguladas, *Regulated Health Professions Act*, de 1991 (RHPA) ofrece un marco regulador de 23 profesiones sanitarias en el que se define el ámbito de práctica y la actuación controlada o autorizada propia de cada profesión que los profesionales están autorizados a ofrecer en la provisión de cuidados y servicios sanitarios (120).

Profesional sanitario no regulado: Desempeñan diversas funciones en áreas no cubiertas por la ley sobre profesiones sanitarias reguladas (*Regulated Health Professions Act*, RHPA). Son responsables ante quienes los han contratado, pero no ante ningún órgano profesional externo (p.ej., el Colegio de Enfermeras de Ontario). Desempeñan diversas funciones y realizan las tareas definidas por su correspondiente empleador y el entorno de su empleo. Los profesionales sanitarios no regulados solo están autorizados a realizar intervenciones controladas como se señala en la ley RHPA si el procedimiento se enmarca en las excepciones señaladas en dicha Ley (121).

Protocolo de cuidado oral: Enfoque de múltiples componentes y a nivel de organización para estandarizar el cuidado oral de todas las personas que reciben atención. Incluye una evaluación estandarizada de la salud oral, un plan de cuidado oral guiado por la evaluación de la salud oral del individuo, instrucciones paso a paso a seguir cuando se proporciona cuidado oral a las personas y una lista de las herramientas necesarias para proporcionar un cuidado oral efectivo. El protocolo de cuidado oral es aplicado por el personal de enfermería y el equipo interprofesional (según proceda en función de los conocimientos y aptitudes de los proveedores de servicios de salud), y puede adaptarse en función de las necesidades y preferencias de la persona.

Recomendación: Actuación(es) sugerida que responde directamente a una pregunta de recomendación. Una recomendación se basa en una revisión sistemática de la literatura y se hace teniendo en cuenta sus: (a) posibles beneficios y daños, (b) valores y preferencias desde una perspectiva centrada en la persona, y (c) su impacto en la equidad en la salud. Se asigna una fuerza a todas las recomendaciones, ya sea fuerte o condicional, mediante consenso del panel de expertos.

Cabe destacar que las recomendaciones no se deben considerar como prescriptivas, ya que pueden no tener en cuenta todas las características únicas de las circunstancias individuales, clínicas y de la organización (12).

Una **recomendación fuerte** "refleja la confianza del panel de expertos en que los efectos deseables de una intervención superan los efectos no deseables (recomendación fuerte *a favor* de la intervención), o que los efectos no deseables de una intervención superan los efectos deseables (recomendación fuerte *en contra* de la intervención)" (12). Una recomendación fuerte implica que la mayoría de las personas se benefician de la acción recomendada (12).

Una **recomendación condicional** refleja la confianza del panel de expertos en que los efectos deseables de una intervención probablemente superen los efectos no deseables (recomendación condicional *a favor* de la intervención), o en que los efectos no deseables de una intervención probablemente superen los efectos deseables (recomendación condicional *en contra* de la intervención), aunque hay cierta incertidumbre (12). Una recomendación condicional implica que no todas las personas se benefician de la acción recomendada y que es necesario considerar con mucha atención las circunstancias, las preferencias y los valores de cada persona (12).

Recomendación para la formación: Dirigida a los responsables de la formación de enfermeras y otros profesionales de la salud (por ejemplo, educadores, equipos de mejora de la calidad, gestores, administradores e instituciones académicas y profesionales). Estas recomendaciones describen el contenido y las estrategias de formación para los programas de salud de nivel inicial, la formación continua y el desarrollo profesional.

Recomendación para la organización: Estas recomendaciones se aplican a los gestores, administradores y responsables de desarrollar políticas o asegurar los apoyos necesarios dentro de las organizaciones de servicios de salud para posibilitar la aplicación de las buenas prácticas.

Recomendación para la práctica: Recomendaciones dirigidas a enfermeras y miembros del equipo interprofesional que proporciona atención directa a las personas y apoyo a su familia en todo el espectro de atención. Incluye (pero no se limita a): atención primaria, cuidados agudos, atención domiciliaria y cuidados de larga duración.

Resultado (o desenlace): Variable dependiente, o estado clínico y/o funcional de un paciente o población, que se utiliza para evaluar si una intervención tiene éxito. En GRADE, se priorizan los resultados en función de si son: a) críticos para la toma de decisiones; b) importantes, pero no críticos; c) no importantes. El uso de estos resultados contribuye a centrar más las búsquedas en la literatura y las revisiones sistemáticas (12)

Resultado subrogado: Es una medida alternativa a la elegida originalmente. Los resultados subrogados se consideran cuando no hay o no se ha explorado evidencia sobre los resultados deseados (12).

Revisión sistemática: Revisión integral de la literatura que utiliza preguntas formuladas claramente, y métodos sistemáticos y explícitos para identificar, seleccionar y evaluar críticamente la investigación. Una revisión sistemática recopila y analiza los datos de los estudios incluidos en la revisión y los presenta, a veces utilizando métodos estadísticos (122).

Ver *metaanálisis*.

Salud oral: "[La salud oral] es multifacética e incluye la capacidad de hablar, sonreír, oler, saborear, tocar, masticar, tragar y transmitir una serie de emociones a través de las expresiones faciales con confianza y sin dolor, malestar y enfermedad del complejo craneofacial" (6).

Solución de revelación de placa: Las soluciones reveladoras de placa contienen un colorante que reacciona con la placa dental y/o prótesis dentales. Ver las áreas teñidas puede ayudar a los individuos a identificar las áreas de la boca que necesitan un mayor cepillado o uso de hilo dental.

Técnica: La forma en que un proveedor de salud realiza una tarea determinada (p.ej., la manipulación de un cepillo de dientes o la selección de una herramienta modificada).

Tetraplejía: La "pérdida de la función motora o sensorial en los segmentos cervicales de la médula espinal, que afecta a los miembros superiores e inferiores, el tronco y la función de los órganos abdominales y pélvicos" (129).

Validez (válido): Grado en que es probable que una medida sea cierta y esté exenta de sesgo (122). Por ejemplo, un instrumento se consideraría válido si mide con precisión el constructo que pretende medir.

Xerostomía: Una boca seca, a menudo asociada con una disminución del flujo salival, que puede crear problemas con el gusto, la masticación, la deglución y el habla. Otros problemas asociados con la sequedad de la boca son las caries dentales, la desmineralización de los dientes, la sensibilidad dental y las infecciones bucales (130).

Anexo B: Guías de RNAO y Recursos Acordes con esta Guía

Los siguientes temas van en la misma línea que la presente Guía y las guías sugeridas por RNAO y los recursos de otras organizaciones.

TEMA	RECURSO(S)
Aprendizaje centrado en el paciente	<ul style="list-style-type: none"> Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Facilitating client centred learning [Internet]. Toronto (ON): RNAO; 2012. Available from: RNAO.ca/bpg/guidelines/facilitating-client-centred-learning
Delirio, demencia y depresión en adultos mayores	<ul style="list-style-type: none"> Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Delirium, dementia, and depression in older adults: assessment and care. 2nd ed. [Internet]. Toronto (ON): RNAO; 2016. Available from: RNAO.ca/bpg/guidelines/assessment-and-care-older-adults-delirium-dementia-and-depression
Ciencia de implantación, marco de implantación y recursos	<ul style="list-style-type: none"> Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Toolkit: implementation of best practice guidelines. 2nd ed. [Internet]. Toronto (ON): RNAO; 2012. Available from: RNAO.ca/bpg/resources/toolkit-implementation-best-practice-guidelines-second-edition Oral Health. In: Long-Term Care Best Practices Toolkit, 2nd edition [Internet]. Toronto (ON): Registered Nurses' Association of Ontario; c2018. Available from: http://ltctoolkit.RNAO.ca/resources/oral-health?page=1 Active Implementation Hub. I: The National Implementation Research Network [Internet]. [place unknown: publisher unknown]; 2013–2017. Available from: http://implementation.fpg.unc.edu/ Improvement frameworks getting started kit. In: Canadian Patient Safety Institute [Internet]. [place unknown]: Safer Healthcare Now!; c2015. Available from: http://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/ImprovementFramework/Pages/default.aspx Seminal Publications. In: Dissemination & Implementation Models in Health Research & Practice [Internet]. [place unknown]: The Center for Research in Implementation Science and Prevention; [date unknown]. Available from: http://dissemination-implementation.org/content/resources.aspx
Colaboración interprofesional	<ul style="list-style-type: none"> Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Developing and sustaining interprofessional health care: optimizing patients/clients, organizational, and system outcomes [Internet]. Toronto (ON): RNAO; 2013. Available from: RNAO.ca/bpg/guidelines/interprofessional-team-work-healthcare

TEMA	RECURSO(S)
<p>Otras guías sobre salud oral basadas en la evidencia</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Oral health for adults in care homes [Internet]. London (UK): NICE; 2018. Available from: https://www.nice.org.uk/guidance/ng48 ■ National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Oral health: local authorities and partners [Internet]. London (UK): NICE; 2015. Available from: https://www.nice.org.uk/guidance/ph55
<p>Cuidados para la prevención y control de la infección oral</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ College of Dental Hygienists of Ontario. Infection prevention and control (IPAC) guidelines [Internet]. [place unknown]: The College; 2018. Available from: http://www.cdho.org/docs/default-source/pdfs/reference/guidelines/cdho-ipac-guidelines.pdf
<p>Promoción de la salud oral</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Oral health promotion: general dental practice [Internet]. London (UK): NICE; 2015. Available from: https://www.nice.org.uk/guidance/ng30
<p>Cuidados centrados en la persona y la familia</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Person- and family-centred care [Internet]. Toronto (ON): RNAO; 2015. Available from: RNAO.ca/bpg/guidelines/person-and-family-centred-care
<p>Seguridad y efectividad de los recursos humanos</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Developing and sustaining safe, effective staffing and workload practices [Internet]. Toronto (ON): RNAO; 2017. Available from: RNAO.ca/bpg/guidelines/developing-and-sustaining-effective-staffing-and-workload-practices

Anexo C: Métodos de Desarrollo de la Guía

Este Anexo presenta una visión general de los métodos y el proceso de desarrollo de la guía de RNAO. RNAO se ha comprometido a garantizar que todas las Guías de buenas prácticas se basan en la mejor evidencia disponible. Se han implantado los métodos GRADE para ofrecer un marco de trabajo riguroso y para cumplir con los estándares internacionales de desarrollo de guías.

Ámbito de Aplicación de la Guía

El ámbito marca lo que cubre y lo que no cubre la guía de la RNAO (véase **Objetivos y ámbito de aplicación**). Para determinar dicho ámbito, el equipo de Investigación y Desarrollo de las Guías de buenas prácticas de RNAO siguió los siguientes pasos:

1. Revisar la GBP de RNAO *Oral Health: Nursing Assessment and Intervention* para comprender sus objetivos, ámbito de aplicación y recomendaciones (2).
2. Realizar una búsqueda de guías y un análisis de brechas. Dos metodólogas en desarrollo de guías (una de ellas la líder) buscaron en una lista definida de sitios web de guías y otros contenidos de interés publicados entre enero de 2012 y agosto de 2018. El objeto de la búsqueda de guías y el análisis de brechas era comprender mejor las guías ya existentes en el tema de salud oral para orientar el objetivo y ámbito de aplicación de esta GBP. La lista resultante se compiló a partir del conocimiento extraído de las páginas web de práctica basada en la evidencia y las recomendaciones de la literatura. Se pidió al panel de expertos de RNAO que sugirieran guías adicionales (**Figura 2**). Se puede encontrar información detallada acerca de la estrategia de búsqueda de las guías existentes, incluida la lista de páginas web de búsqueda y los criterios de inclusión en [RNAO.ca/bpg/guidelines/oral-health-supporting-adults-who-require-assistance-second-edition](https://www.rnao.ca/bpg/guidelines/oral-health-supporting-adults-who-require-assistance-second-edition).

Se revisaron las guías para identificar su contenido, aplicabilidad a la práctica enfermera, accesibilidad y calidad. Las dos metodólogas en desarrollo de guías evaluaron tres guías internacionales utilizando la herramienta AGREE II (131). Las guías con una puntuación de 6 o 7 (con una escala Likert sobre 7) se consideraron de calidad alta. Se consideró que las revisiones sistemáticas que respondían a las preguntas de investigación en las guías de calidad alta quedaban fuera del ámbito de esta guía.

Se evaluaron las siguientes guías:

- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Oral health for adults in care homes [Internet]. London (UK): NICE; 2016. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng48> (Calificación : 7 sobre 7. Esta guía se utilizó como recurso de apoyo en la presente GBP).
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Oral health: local authorities and partners [Internet]. London (UK): NICE; 2014. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ph55> (Calificación: 6 sobre 7. Esta guía se utilizó como recurso de apoyo en la presente GBP).
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Oral health promotion: general dental practice [Internet]. London (UK): NICE; 2015. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng30> (Calificación: 6 sobre 7. Esta guía se utilizó como recurso de apoyo en la presente GBP).

3. Se realizó una revisión de la literatura para determinar las intervenciones disponibles relacionadas con el cuidado oral en la población adulta.

4. Se llevaron a cabo seis entrevistas telefónicas con informantes clave, expertos en el área, incluyendo profesionales sanitarios de cuidados directos, investigadores y personas que habían vivido la experiencia, con el fin de comprender las necesidades de las enfermeras, los miembros del equipo interprofesional y de las personas que habían vivido la experiencia.
5. Se convocaron dos grupos de discusión telefónica para comprender las necesidades de las enfermeras, los miembros del equipo interprofesional y de las personas que habían vivido la experiencia.

Reunión del Panel de Expertos

RNAO aspira a la diversidad en la composición de un panel de expertos en consonancia con su Declaración Organizativa sobre Diversidad e Inclusión, que forma parte de la Misión y Valores de RNAO (134). RNAO también trata de que aquellas personas a las que afectan las recomendaciones de la guía, especialmente los cuidadores de las personas que han vivido estas experiencias, formen parte del panel de expertos.

RNAO localiza y selecciona a los miembros de un panel de expertos de diversas formas, incluyendo:

- búsqueda en la literatura para localizar investigadores en el área de interés;
- seguir las recomendaciones de informantes clave;
- remitirse a redes profesionales, como los grupos de interés de RNAO, la red Champions Network® y los Centros Comprometidos con la Excelencia en los Cuidados (Best Practice Spotlight Organizations®, BPSO®); y
- contactar con otras asociaciones de enfermería y profesionales sanitarios, asociaciones u organizaciones técnicas pertinentes al tema y con órganos de promoción y defensa de la salud.

Para esta Guía, el equipo de Investigación y Desarrollo de Guías de buenas prácticas de RNAO reunió un panel de expertos procedentes de la práctica enfermera, la administración, la investigación, la educación y las políticas de salud, así como otros miembros del equipo interprofesional, personas que habían vivido la experiencia y cuidadores que representan un amplio rango de sectores y áreas de práctica (véase el **Panel de expertos de RNAO**).

Este panel de expertos:

- aprobó el ámbito de aplicación de esta Guía;
- definió las preguntas de recomendación y sus resultados o desenlaces de interés para esta Guía;
- participó en un proceso de desarrollo consensuado para finalizar las recomendaciones;
- ofreció su opinión sobre el proyecto de esta Guía;
- participó en el desarrollo de los indicadores de evaluación; e
- identificó a las partes interesadas que revisarían el proyecto de la Guía antes de su publicación.

Las copresidentas del panel de expertos dirigieron, además, las siguientes actividades:

- Participar en las reuniones mensuales con los metodólogos en desarrollo de guías y la Coordinadora del Proyecto de Desarrollo de la Guía;
- organizar las reuniones de panel de expertos;
- proporcionar orientación en profundidad sobre temas clínicos y/o de investigación
- moderar y desempatar los procesos de votación, en caso necesario.

Conflicto de Intereses

En el contexto del desarrollo de las guías de buenas prácticas de RNAO, el término "conflicto de intereses" hace referencia a aquellas situaciones en las que las relaciones económicas, profesionales, intelectuales, personales, institucionales o de otro tipo, de un equipo o panel de expertos o un empleado de RNAO pueden comprometer su capacidad de llevar a cabo de forma independiente el trabajo necesario para el desarrollo de esta Guía. Todos los miembros del panel de expertos de RNAO realizaron antes de su participación en el desarrollo de la guía declaraciones de conflicto de interés que pudieran interpretarse como indicativas de un conflicto real, potencial o aparente, mediante un formulario estándar. Cada miembro del panel actualizó esta declaración en cada reunión presencial para el desarrollo de la Guía y anteriormente a la publicación de la misma. Todos y cada uno de los conflictos de interés declarados por los miembros del panel han sido revisados por el Equipo de Investigación y Desarrollo de las GBP de RNAO y por las copresidentas del panel de expertos. No se identificaron conflictos que supusieran una limitación. Se puede consultar información detallada al respecto en: [RNAO.ca/bpg/guidelines/oral-health-supporting-adults-who-require-assistance-second-edition](https://rnao.ca/bpg/guidelines/oral-health-supporting-adults-who-require-assistance-second-edition).

Identificación de Preguntas de Recomendación Prioritarias y Resultados o Desenlaces de Interés

RNAO desarrolló las preguntas de revisión sistemática en base al formato PICO (población, intervención, comparador, resultado).

En noviembre de 2017, el equipo de Investigación y Desarrollo de la Guía de buenas prácticas y el panel de expertos de RNAO acordaron en una reunión presencial las preguntas de recomendación prioritarias y los resultados para esta GBP. En la reunión se desarrolló una lista integral de preguntas de recomendación que la GBP podría abordar. Se basó en:

- el análisis de brechas de la Guía,
- la revisión de la literatura,
- las entrevistas con informantes clave y los grupos de discusión, y
- las discusiones del panel de expertos en la reunión presencial.

Esta lista exhaustiva de posibles preguntas de recomendación se presentó al panel de expertos para su votación. Cada miembro del panel pudo votar cuatro veces por las preguntas de recomendación que prefería. Las cuatro preguntas de recomendación que obtuvieron más votos se consideraron como las preguntas de recomendación finales. Las copresidentas del panel de expertos no participaron en la votación, ya que ejercían funciones de desempate en caso de que fuera necesario.

Tras el voto inicial— alineado con los estándares GRADE para la valoración y presentación de la evidencia — se identificaron los resultados y se priorizaron para cada pregunta de recomendación. En la reunión presencial, se desarrolló una lista integral de resultados para cada pregunta de recomendación, en base a:

- la revisión de la literatura,
- las entrevistas con informantes clave y los grupos de discusión, y
- la discusión del panel de expertos en la reunión presencial.

En base a la lista completa de resultados, se pidió al panel de expertos que ordenara la importancia relativa de cada resultado por pregunta de recomendación. Cada miembro del panel votó en línea de forma confidencial el orden de importancia. Se estimó que era viable tener un total de 12 resultados prioritarios en las cuatro preguntas de

recomendación. Las copresidentas del panel no participaron en la votación, ya que actuaron como coordinadoras. Se presentaron los resultados de la votación al panel de expertos y se definieron los resultados prioritarios por pregunta de recomendación tras un debate con moderador. Cada pregunta de recomendación proporcionó una pregunta de investigación PICO que guió la revisión sistemática. Las cuatro preguntas de recomendación - y sus respectivas preguntas PICO de investigación - se presentan a continuación.

Pregunta de recomendación 1: ¿Debería recomendarse un enfoque interprofesional del cuidado oral para mejorar los resultados para las personas, los proveedores de salud y los estudiantes?

Pregunta de investigación PICO 1:

Población: Adultos a partir de 18 años que precisan asistencia para la salud oral, profesionales de la salud y estudiantes.

Intervención: Abordaje asistencial interprofesional para el cuidado oral.

Comparación: Sin abordaje asistencial interprofesional para el cuidado oral (cuidado estándar).

Resultados: Estado de salud oral de la persona, frecuencia del cuidado oral, conocimiento y capacidad de los proveedores de salud y estudiantes para proporcionar cuidado oral*.

Pregunta de recomendación 2: ¿Debería recomendarse un protocolo de cuidado oral para mejorar los resultados de las personas y los proveedores de salud?***

Pregunta de investigación PICO 2:

Población: Adultos a partir de 18 años que precisan asistencia para la salud oral, profesionales de la salud.

Intervención: Protocolo de cuidados orales.

Comparación: Sin protocolo de cuidados orales.

Resultados: Aspiración***, neumonía asociada a la ventilación mecánica (VAP), neumonía adquirida en el hospital (HAP), conocimiento y confianza de los proveedores de salud en la capacidad de evaluar los cambios en el estado de la salud oral.

Pregunta de recomendación 3: ¿Qué estrategias o técnicas específicas deberían recomendarse para la prestación de cuidados orales a fin de mejorar los resultados de las personas?

Pregunta de investigación PICO 3:

Población: Adultos a partir de 18 años que precisan asistencia para la salud oral.

Intervención: Estrategias de cuidados o técnicas para el cuidado oral (es decir, habilidades).

Comparación: Sin estrategias de cuidados o técnicas (es decir, habilidades) para el cuidado oral o cuidados habituales.

Resultados: Estado de salud bucal de la persona, frecuencia del cuidado bucal.

Pregunta de recomendación 4: ¿Qué estrategias o técnicas específicas deberían recomendarse para la provisión de cuidados orales con el fin de mejorar los resultados para las personas con comportamiento complejo y los proveedores sanitarios?

Pregunta de investigación PICO 4:

Población: Adultos a partir de 18 años con comportamiento complejo (es decir, reactivos y desafiantes) y profesionales sanitarios.

Intervención: Estrategias de cuidados o técnicas (es decir, habilidades) para el cuidado oral.

Comparación: Sin estrategias de cuidados o técnicas para el cuidado oral o cuidados habituales.

Resultados: Estado de salud oral de la persona, frecuencia del cuidado oral, comportamientos reactivos de la persona, conocimiento y capacidad de los proveedores de salud para proporcionar cuidado oral.

- * No se encontró literatura sobre la experiencia de la persona con el resultado de la salud oral. No se eligió en su lugar un **resultado subrogado**^G, al considerar que había un número suficiente de resultados para la pregunta de recomendación 1. Se identificó este resultado como una brecha que debería explorarse en futuras investigaciones.
- ** El panel votó para que la pregunta de recomendación 2 fuera “¿Se debe utilizar un instrumento de valoración de la salud oral fiable, válido y predecible para mejorar los resultados en las personas?. Sin embargo, tras completar una búsqueda de la evidencia no se identificó literatura que permitiera responder a esta pregunta de recomendación. Tras consultar con las copresidentas del panel de expertos la pregunta de investigación se revisó y se formuló “¿Debe recomendarse un protocolo de cuidado oral para mejorar los resultados para las personas y los profesionales sanitarios?”. La intervención debía abordar un protocolo multicomponente que incluyera una herramienta de valoración de la salud oral como uno de los elementos del protocolo.
- *** El panel votó por la “aspiración” como un resultado prioritario para la pregunta de recomendación 2. Aunque la aspiración es un resultado potencial de unos cuidados orales inefectivos y/o infrecuentes, no se identificó como un resultado en la revisión sistemática. Tras reflexionar -y hacer una consulta a un consultor GRADE- se planteó que la aspiración puede ser difícil de medir y/o relacionar directamente con cuidados orales inefectivos y/o infrecuentes. De forma alternativa, algunos resultados prominentes en la literatura (probablemente debido a una medición más fácil y clara) incluían HAP y VAP. Estos dos resultados reemplazaron a la aspiración.

Recuperación Sistemática de la Evidencia

Las GBP de RNAO se basan en una revisión exhaustiva y sistemática de la literatura.

Para la presente GBP, el equipo de Investigación y Desarrollo de la Guía de buenas prácticas de RNAO y una documentalista especializada en ciencias de la salud desarrollaron una estrategia de búsqueda para cada una de las preguntas de investigación mencionadas. Se realizó una búsqueda de estudios de investigación relevantes publicados en inglés entre enero de 2012 y abril de 2018 en las siguientes bases de datos: Cumulative Index to Nursing and Allied Health (CINAHL), Medline, Medline in Process, Cochrane Central, Cochrane Database of Systematic Reviews y Embase.

La búsqueda para las revisiones sistemáticas se limitó a los últimos cinco años, con el fin de recuperar la evidencia más actualizada. Se incluyeron todos los diseños de estudios. Se pidió a los miembros del panel de expertos que revisasen sus bibliotecas personales para localizar artículos clave no recuperados mediante las estrategias de búsqueda anteriormente indicadas (véase **Anexo D**). Se puede consultar información detallada sobre la estrategia de búsqueda para la revisión sistemática, los criterios de inclusión y exclusión, y los términos de búsqueda en <https://RNAO.ca>.

Dos metodólogas en desarrollo de guías evaluaron todos los estudios de forma independiente para estimar su relevancia y elegibilidad según los criterios de inclusión y exclusión. Los posibles desacuerdos se resolvieron mediante **consenso**^G.

Todos los artículos incluidos se evaluaron de forma independiente para detectar si existía riesgo de sesgo por el diseño de estudio, para lo que se usaron herramientas validadas y fiables. Los **ensayos controlados aleatorizados**^G se evaluaron mediante el instrumento Risk of Bias 2.0 (135); los **estudios cuasi experimentales**^G se evaluaron con la herramienta ROBINS-I (136), y las revisiones sistemáticas con AMSTAR 2 (137). Dos revisores llegaron a un consenso en todas las puntuaciones mediante discusión.

Simultáneamente, se procedió a la extracción de datos de todos los estudios incluidos, que completaron ambos revisores. En total, se incluyeron 37 estudios en las cuatro revisiones sistemáticas.

En septiembre de 2019, un documentalista en ciencias de la salud realizó una búsqueda en la literatura actualizada con el objetivo de completar la información sobre **Valores y preferencias, Equidad en salud y Notas prácticas** de la sección **Discusión de la evidencia** de cada recomendación. Se buscó literatura y guías publicadas en inglés entre abril de 2018 y septiembre de 2019 en dos bases de datos (CINAHL y Medline). Se incluyeron resultados de tres estudios en la discusión de la evidencia (sección valores y preferencias) para las **Recomendaciones 2.0, 5.0 y 6.0**.

Determinación de la Certeza en la Evidencia

Certeza de la Evidencia

La certeza de la evidencia cuantitativa (es decir, hasta qué punto se puede confiar en que la estimación del efecto es verdadera) se determina mediante los métodos GRADE (12). Primero, la certeza de la evidencia se cuantifica para cada uno de los resultados o desenlaces prioritarios en todos los estudios (es decir, para un conjunto de evidencia) por pregunta de investigación (12). Este proceso comienza con el diseño del estudio y a continuación es necesario examinar cinco ámbitos -riesgo de sesgo, inconsistencia, imprecisión, evidencia indirecta y sesgo de publicación- para potencialmente **disminuir**^G la certeza de la evidencia para cada resultado. Véase la **Tabla 8** para consultar cada uno de estos criterios de certeza.

Tabla 8: Criterios de Certeza GRADE

CRITERIOS DE CERTEZA	DEFINICIÓN
Riesgo de sesgo	Limitaciones en el diseño del estudio y su ejecución que pueden sesgar los resultados del estudio. Se utilizan herramientas de evaluación de la calidad válidas y fiables para evaluar el riesgo de sesgo. Primero, el riesgo de sesgo se examina para cada estudio individual y luego se examina en todos los estudios para el resultado definido.
Inconsistencia	Diferencias no explicadas (heterogeneidad) en los resultados entre los distintos estudios. La inconsistencia se valora explorando la magnitud de la diferencia y las posibles explicaciones en la dirección y el tamaño de los efectos referidos en los estudios para un determinado resultado.
Evidencia indirecta	Variabilidad entre la investigación y la pregunta de revisión, y el contexto en el que sería aplicable la recomendación (aplicabilidad). Se deben valorar cuatro posibles fuentes: <ul style="list-style-type: none"> ■ diferencias en la población, ■ diferencias en la intervención, ■ diferencias en los resultados medidos, y ■ diferencias en los comparadores.
Imprecisión	Grado de incertidumbre respecto a la estimación del efecto. Suele tener relación con el tamaño muestral y el número de eventos. Se examina el tamaño muestral, el número de eventos y los intervalos de confianza de los estudios.
Sesgo de publicación	Publicación selectiva de los estudios según los resultados del estudio. Si existe una fuerte sospecha de sesgo de publicación, se considera la posibilidad de disminuir la calificación.

Fuente: Schunemann H, Brozek J, Guyatt G, et al., editors. Handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach [Internet]. [place unknown: publisher unknown]; 2013. Available from: <https://gdt.gradeapro.org/app/handbook/handbook.html#h.svwns6pm0f2>.

Después de la consideración inicial para rebajar la calificación de certeza de la evidencia cuantitativa, se valoran tres factores que permiten subir la calificación de la evidencia en estudios observacionales:

- **Magnitud grande del efecto:** Si el conjunto de la evidencia no ha disminuido su calificación por ninguno de los cinco criterios y la magnitud del efecto de la intervención es grande, se considera incrementar su calificación.
- **Gradiente dosis-respuesta:** Si el conjunto de la evidencia no ha disminuido su calificación por ninguno de los cinco criterios y existe un gradiente dosis-respuesta, se considera incrementar su calificación.
- **Efecto de confusión plausible:** Si el conjunto de la evidencia no ha disminuido su calificación por ninguno de los cinco criterios y todos los factores de confusión residuales resultarían en una subestimación del efecto del tratamiento, se considera incrementar su calificación (12).

GRADE clasifica la certeza global de la evidencia como alta, moderada, baja o muy baja. Véase la **Tabla 9** para consultar la definición de estas categorías.

En esta GBP, las dos metodólogas en desarrollo de guía evaluaron independientemente los cinco criterios de calidad GRADE para la posible disminución de la calificación y los tres criterios de calidad GRADE para el posible incremento de la calificación. Los posibles desacuerdos se resolvieron mediante consenso. A cada recomendación se le asignó una certeza global en la evidencia en base a dichas evaluaciones. La certeza de la evidencia asignada a cada recomendación se basó en la certeza de la evidencia de los resultados prioritarios en los estudios en los que se basaba la recomendación.

Tabla 9: Certeza de la Evidencia

CERTEZA DE LA EVIDENCIA GLOBAL	DEFINICIÓN
Alta	Estamos muy seguros de que el real se encuentra muy cercano al estimador del efecto.
Moderada	Tenemos una confianza moderada en el estimador del efecto: es probable que el efecto real se encuentre cercano al estimador del efecto, pero existe la posibilidad de que existan diferencias sustanciales.
Baja	Nuestra confianza en el estimador del efecto es limitada: el efecto real puede ser sustancialmente diferente al estimador del efecto.
Muy baja	Tenemos muy poca confianza en el estimador del efecto: es probable que el efecto real sea sustancialmente diferente del estimador del efecto.

Fuente: Reimpreso de: Schunemann H, Brozek J, Guyatt G, et al., editors. Handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach [Internet]. [place unknown: publisher unknown]; 2013. Available from: <https://gdt.gradepro.org/app/handbook/handbook.html#h.svwngs6pm0f2>. Reimpresión autorizada.

Resumen de la Evidencia

Los perfiles de evidencia GRADE se emplean para presentar decisiones sobre la certeza de la evidencia, así como información general sobre el conjunto de evidencia de la investigación, incluidos resultados estadísticos o narrativos clave (138). Los perfiles de evidencia resumen el conjunto de la evidencia en cada revisión sistemática para cada resultado o desenlace de interés, siendo desarrollados por las dos metodólogas del desarrollo de guías.

Se creó una tabla GRADE de perfil de evidencia para cada pregunta de recomendación de esta GBP. Los perfiles de evidencia para el conjunto de estudios cuantitativos presentan las decisiones tomadas por las dos metodólogas del desarrollo de guías sobre los cinco criterios de certeza GRADE para la disminución de la calificación, la población incluida en los estudios, los países en donde se realizaron los estudios, los resultados claves y juicios transparentes sobre la certeza que subyace en la evidencia de cada resultado (12). En esta GBP, no se realizó ningún metaanálisis; se sintetizaron los resultados de forma narrativa.

Puede acceder en línea a los perfiles de evidencia GRADE para cada revisión sistemática, organizados por resultado, en RNAO.ca/bpg/guidelines/oral-health-supporting-adults-who-require-assistance-second-edition.

Formulación de Recomendaciones

Marcos Evidencia-Decision

Los **marcos evidencia-decisión**⁶ recogen las recomendaciones propuestas y resumen todos los factores y las consideraciones necesarios según la evidencia disponible y el juicio del panel de expertos para formular recomendaciones. Estos marcos evidencia-decisión se emplean para garantizar que el panel de expertos tiene en cuenta todos los factores importantes necesarios para formular una recomendación (es decir, la certeza en la evidencia, los beneficios y daños, los valores y preferencias, y la equidad en salud) (12). Las metodólogas para el desarrollo de la guía prepararon el borrador de estos marcos con la evidencia disponible de las revisiones sistemáticas.

En el caso de esta GBP, los marcos evidencia-decisión incluían las siguientes áreas a tener en cuenta para cada posible recomendación del borrador (véase **Tabla 10**):

- Antecedentes sobre la magnitud del problema.
 - Incluye pregunta PICO y contexto general relacionado con la pregunta de investigación.
- Balance entre posibles beneficios y daños de una intervención.
- Certeza de la evidencia.
- Valores y preferencias.
- Equidad en salud.

Toma de Decisiones: Determinar la Dirección y la Fuerza de las Recomendaciones

Los miembros del panel de expertos recibieron los marcos evidencia-decisión para revisarlos antes de la celebración de una reunión presencial de dos días para determinar la dirección de las recomendaciones de la Guía (esto es, si la recomendación es a favor o en contra de una intervención) y la fuerza de las mismas (es decir, fuerte o condicional). Los miembros del panel de expertos también tuvieron acceso a los perfiles de evidencia completos y a la integridad de los artículos.

Con los marcos evidencia-decisión como documento de guía, los miembros del panel de expertos participaron en una votación en línea desde el 12 hasta el 27 de julio de 2018. Se les plantearon las siguientes preguntas para cada propuesta de recomendación:

- ¿Existe una importante incertidumbre o variabilidad sobre cuánto valoran las personas los principales resultados?
- ¿El equilibrio entre lo deseable y lo indeseable favorece la intervención o la comparación?
- ¿Cuál sería el impacto sobre la equidad en salud?

Se utilizaron escalas Likert para votar sobre cada factor (139). Los miembros del panel de expertos también pudieron aportar sus comentarios por escrito sobre cada uno de los criterios de evaluación.

Se calcularon los resultados de la votación en línea y se presentaron al panel de expertos en la reunión presencial celebrada los días 14 y 15 de agosto de 2018. Los resultados del voto en línea se utilizaron para ayudar a guiar la discusión para determinar la dirección y la fuerza de cada recomendación. Las copresidentas del panel de expertos y las colíderes del desarrollo de la guía coordinaron la reunión para discutir adecuadamente cada recomendación propuesta.

La decisión sobre la dirección y la fuerza de cada recomendación se determinó mediante discusión y voto de consenso del 70 por ciento. El proceso de votación fue moderado por las copresidentas del panel de expertos y las colíderes metodólogas para el desarrollo de la guía. Para determinar la fuerza de una recomendación, se pidió al panel de expertos que tuvieran en cuenta lo siguiente (**Tabla 10**):

- balance entre posibles beneficios y daños,
- certeza de la evidencia,
- valores y preferencias, y
- equidad en salud.

Tras la reunión personal, el Equipo de Investigación y Desarrollo de GBPs de RNAO elaboró una declaración de buenas prácticas para subrayar la importancia de valorar los antecedentes de salud oral de la persona, su estado actual y sus creencias y prácticas de higiene oral, incluyendo las habilidades de autocuidados. Se envió un cuestionario a los miembros del panel de expertos en el que se les pedía responder a cinco preguntas relativas a cada declaración:

1. ¿Esta declaración es clara y factible?
2. ¿Es realmente necesario el mensaje que transmite en cuanto a la práctica clínica real?
3. Tras considerar todos los resultados en salud relevantes y las posibles consecuencias posteriores, ¿la aplicación de esta declaración de buenas prácticas se traducirá en consecuencias positivas en términos netos?
4. ¿Recoger y resumir la evidencia es un mal uso del limitado tiempo y energía del panel de expertos de la guía?
5. ¿Hay una base bien documentada y clara que conecta la evidencia indirecta?

Doce de los 16 miembros del panel cumplieron el cuestionario. Estos fueron sus resultados:

- Para la primera pregunta, 11 de 12 participantes respondieron “sí”.
- Para la segunda pregunta, los 12 participantes respondieron “sí”.
- Para la tercera, la cuarta y la quinta pregunta, 11 de 12 participantes respondieron “sí”.

Debido al acuerdo en las respuestas entre el panel de expertos y las copresidentas de dicho panel, la declaración se incluyó como declaración de buenas prácticas.

Tabla 10: Consideraciones Clave para Determinar la Fuerza de las Recomendaciones

FACTOR	DEFINICIÓN	FUENTES
Beneficios y daños	<p>Potenciales resultados deseables y no deseables identificados en la literatura cuando se emplea la práctica recomendada.</p> <p>«Cuanto mayor es la diferencia entre efectos deseables y no deseables, más probable resulta que la recomendación sea fuerte. Cuanto menor es el gradiente, mayor es la probabilidad de que la recomendación sea condicional» (140).</p>	Incluye investigación exclusivamente de la revisión sistemática.
Certeza de la evidencia	<p>Las recomendaciones se formulan con distintos niveles de certeza; cuanto mayor es la certeza, más probable resulta que la recomendación sea fuerte (140).</p>	Incluye investigación exclusivamente de la revisión sistemática.
Valores y preferencias	<p>Valor o importancia relativa de los resultados en salud o las consecuencias de adoptar una determinada actuación clínica.</p> <p>«Cuantos más valores y preferencias varíen o mayor sea la incertidumbre en valores y preferencias, mayor será la probabilidad de que se formule una recomendación condicional» (140).</p>	Incluye evidencia de la revisión sistemática (cuando esté disponible) y de otras fuentes (como ideas del panel de expertos).
Equidad en salud	<p>Representa el impacto potencial de la intervención o práctica recomendadas en los resultados en salud o la calidad de la salud en distintas poblaciones (141).</p>	Incluye evidencia de la revisión sistemática (cuando esté disponible) y de otras fuentes (como ideas del panel de expertos).

Fuente: Adaptado por el panel de expertos de RNAO a partir de Schunemann H, Brozek J, Guyatt G, et al., editors. Handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach [Internet]. [place unknown: publisher unknown]; 2013. Available from: <https://gdt.gradeapro.org/app/handbook/handbook.html#h.svwngs6pm0f2>

Elaboración de la Guía

Las metodólogas del desarrollo de la guía redactaron el borrador de la presente Guía. El panel de expertos lo revisó y aportó sus comentarios por escrito. La GBP pasó entonces a ser revisada por las partes interesadas externas.

Revisión por las Partes Interesadas

Como parte del proceso de desarrollo de la guía, RNAO se compromete a recabar los puntos de vista de (a) enfermeras y otros profesionales sanitarios que representan diversos sectores sanitarios y funciones, (b) gestores y financiadores de los servicios de salud con conocimientos en la materia, y (c) asociaciones que sean parte interesada.

Los revisores de las partes interesadas para las GBP de RNAO se identifican de dos formas. En primer lugar, se hace un llamamiento mediante un anuncio público incluido en el sitio web de RNAO (RNAO.ca/bpg/get-involved/stakeholder). Después, el equipo de Investigación y Desarrollo de la RNAO y el panel de expertos identifican a instituciones e individuos con experiencia en el área de esta GBP, a los que se invita a contribuir en la revisión.

Los revisores de las partes interesadas son personas a título individual con experiencia en la materia de interés de la GBP o que pueden verse afectadas por la implantación de la misma. Dichos revisores pueden ser enfermeras y otros miembros del equipo interprofesionales, jefes de enfermería, gestores, investigadores expertos, formadores, estudiantes de enfermería o personas que han vivido la experiencia, así como sus familiares.

Se solicitó a dichos participantes que leyeran el proyecto de texto completo de la GBP y que contribuyeran a su revisión antes de la publicación. La información aportada por todos ellos se remitió a través de un cuestionario en línea. Se les plantearon las siguientes preguntas sobre cada recomendación:

- ¿Resulta clara esta recomendación?
- ¿Está usted de acuerdo con esta recomendación?
- ¿La discusión de la evidencia en el área es exhaustiva y respalda esta recomendación?

Además, se les plantearon las siguientes preguntas:

- ¿Tiene algún otro comentario o sugerencia sobre el apartado de antecedentes de la guía?
- ¿Está de acuerdo con la redacción de los conceptos clave y las definiciones que los acompañan?
- ¿Son adecuados los anexos y los recursos de apoyo que se incluyen en la guía?

Respecto a los indicadores de evaluación, se pregunta a las partes de interés:

- ¿Estos indicadores son relevantes en su entorno de práctica?
- ¿Tiene alguna sugerencia sobre otros indicadores y/o medidas?

El equipo de Investigación y Desarrollo de Guías de buenas prácticas de la RNAO recopiló las respuestas y resumió la información aportada. Junto con el panel de expertos, se revisaron las respuestas de los revisores de las partes interesadas. Se modificó el contenido de la GBP y sus recomendaciones antes de su publicación para reflejar la información.

Para esta GBP, el proceso de revisión de las partes de interés se completó del 29 de julio de 2019 al 28 de agosto de 2019, para lo que se contó con diversos puntos de vista (ver **Agradecimiento a los colaboradores**).

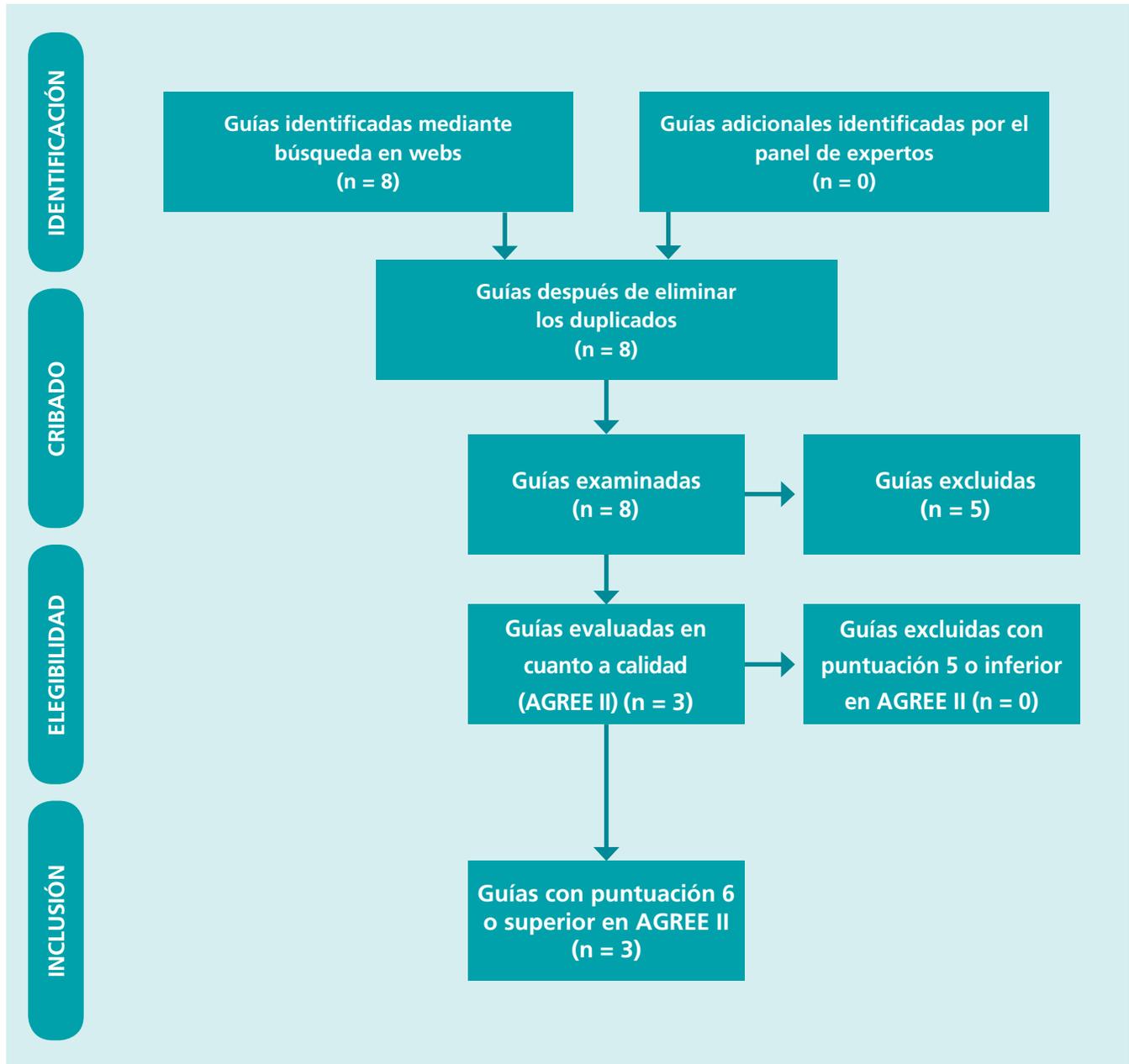
Proceso de Actualización de la Guía

RNAO se compromete a actualizar sus Guías de buenas prácticas de la siguiente manera:

1. Cada GBP será revisada por un panel de expertos en el área temática cada cinco años tras la publicación de la edición anterior.
2. El personal del Centro de Asuntos Internacionales y de Guías de buenas prácticas (IABPG, por sus siglas en inglés) de RNAO realizará regularmente un seguimiento de las nuevas revisiones sistemáticas, ensayos controlados aleatorizados y otra literatura relevante en el tema.
3. Basándose en ese seguimiento, se podrá recomendar un periodo de revisión anticipado para una GBP en particular. Se consultará a los miembros del panel original de expertos y a otros especialistas y expertos en la materia para ayudar a tomar la decisión de examinar y revisar la GBP de forma anticipada al plazo propuesto.
4. Tres meses antes de que finalice el plazo marcado, el personal del IABPG comienza a planificar la revisión mediante:
 - a. La recopilación de los comentarios recibidos y las dudas planteadas durante la implantación, incluyendo comentarios y experiencias de los centros designados como BPSOs® y otros centros de implantación en relación a sus experiencias.
 - b. La recopilación de nuevas guías de buenas prácticas clínicas en el campo de interés y la mejora del objetivo y el alcance.
 - c. El desarrollo de un plan de trabajo detallado con plazos y resultados para la elaboración de una nueva edición de la GBP.
 - d. Identificar con la ayuda de la CEO de RNAO los potenciales copresidentes del panel de expertos de las GBP.
 - e. La recopilación de una lista de especialistas y expertos en la materia para su potencial participación en el panel de expertos. Dicho panel estará compuesto por los miembros del panel de expertos original y otros nuevos.
5. Se difundirán las nuevas ediciones de la GBP basándose en las estructuras y en los procesos establecidos.

Anexo D: Diagramas PRISMA del Proceso de Búsqueda de Guías y Revisiones Sistemáticas

Figura 2: Diagrama de Flujo del Proceso de Revisión de Guías



Se consideró que las revisiones sistemáticas que respondieron a las preguntas de investigación en las guías consideradas de alta calidad existentes (puntuación de seis o más en AGREE II) quedaban fuera del alcance de esta Guía. En este caso, tres recibieron puntuaciones de 6 o superior en AGREE II.

Diagrama de flujo adaptado a partir de: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, et al. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *BMJ*. 2009;339:b2535. doi: 10.1136/bmj.b2535.

Figura 3: Diagrama de flujo del proceso de revisión de artículos para la Pregunta de recomendación nº 1

¿Debería recomendarse un enfoque interprofesional del cuidado oral para mejorar los resultados de las personas, los proveedores de salud y los estudiantes?

Resultados: Estado de salud oral de la persona, frecuencia del cuidado oral, conocimiento y capacidad de los proveedores de salud y estudiantes para proporcionar cuidado oral.

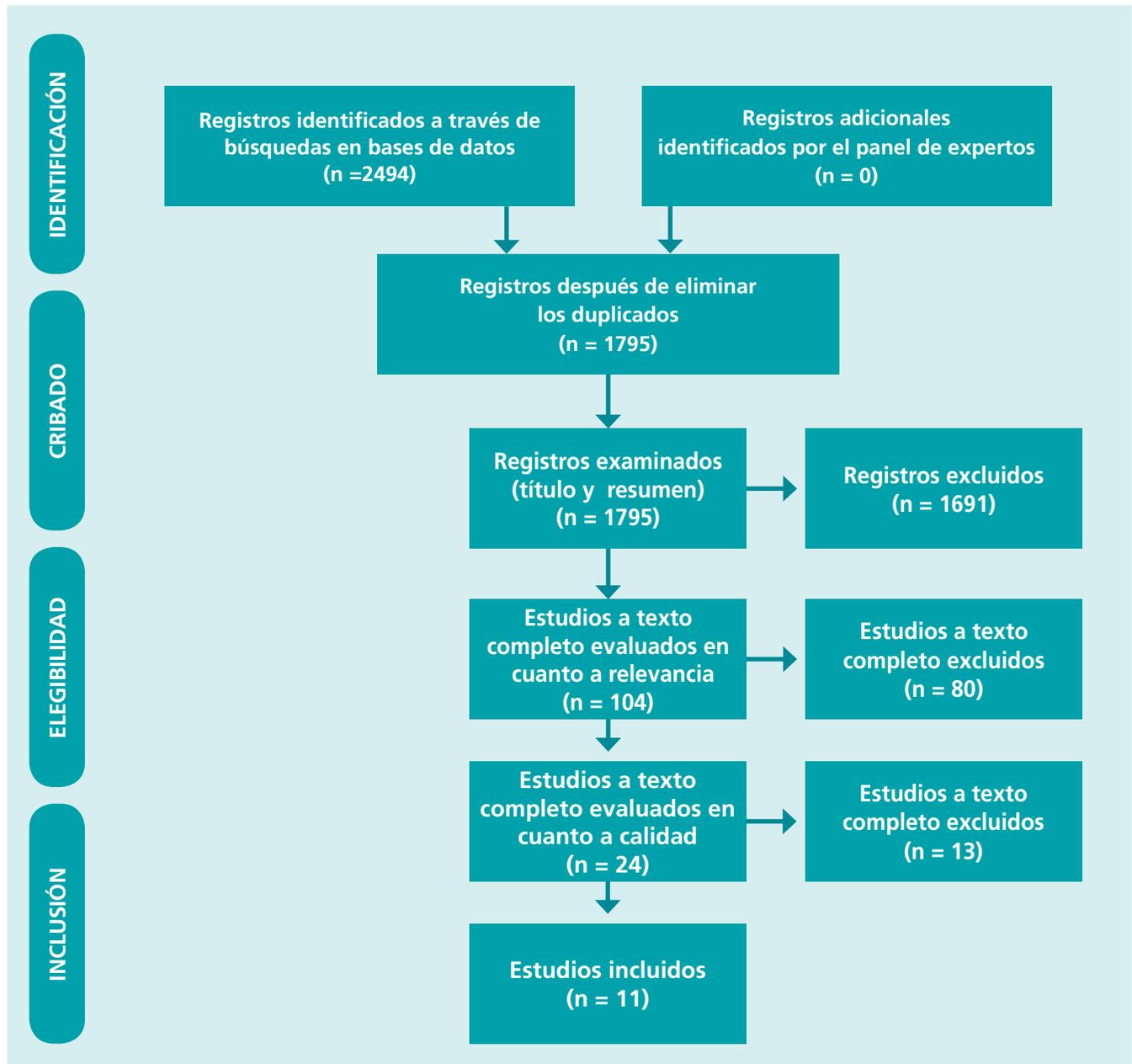
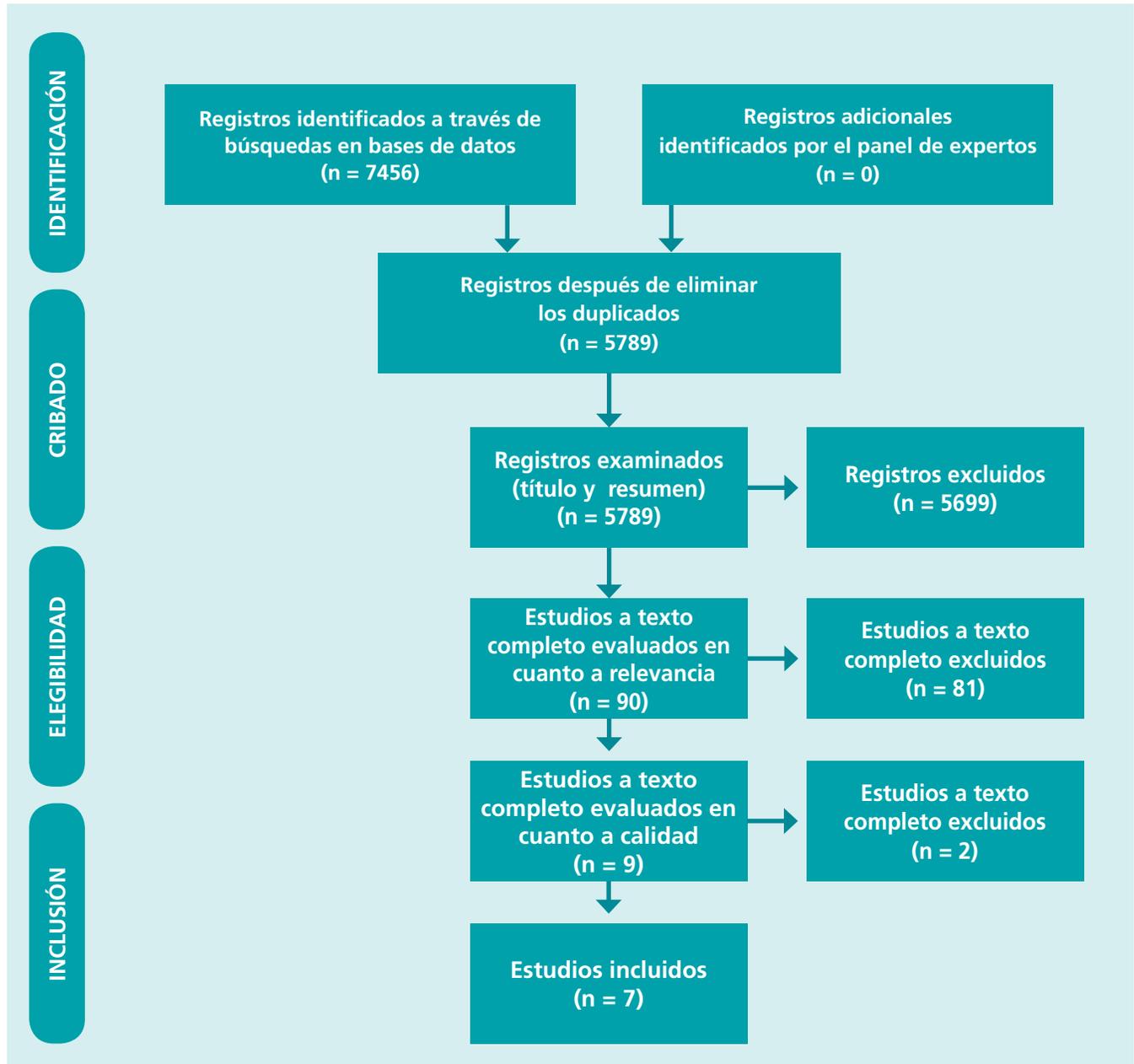


Diagrama de flujo adaptado de: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, et al. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *BMJ*. 2009;339:b2535. doi: 10.1136/bmj.b2535.

Figura 4: Diagrama de Flujo del Proceso de Revisión de Artículos para la Pregunta de Recomendación n° 2

¿Debería recomendarse un protocolo de cuidado oral para mejorar los resultados de las personas y los proveedores de salud?

Resultados: Neumonía asociada a la ventilación mecánica (VAP), neumonía adquirida en el hospital (HAP), conocimiento y confianza de los proveedores de salud en la capacidad de evaluar los cambios en el estado de la salud oral.



ANEXOS

Diagrama de flujo adaptado de: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, et al. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *BMJ*. 2009;339:b2535. doi: 10.1136/bmj.b2535.

Figura 5: Diagrama de flujo del proceso de revisión de artículos para las Preguntas de recomendación n° 3 y n° 4

¿Qué estrategias o técnicas específicas deberían recomendarse para la prestación de cuidados orales a fin de mejorar los resultados de las personas con comportamiento complejo y los proveedores sanitarios?

Resultados para la pregunta de recomendación n° 3: Estado de salud oral de la persona, frecuencia del cuidado oral.

Resultados para la pregunta de recomendación n° 4: Estado de salud oral de la persona, frecuencia del cuidado oral, comportamientos receptivos de la persona, conocimiento y capacidad de los proveedores de salud para proporcionar cuidado oral

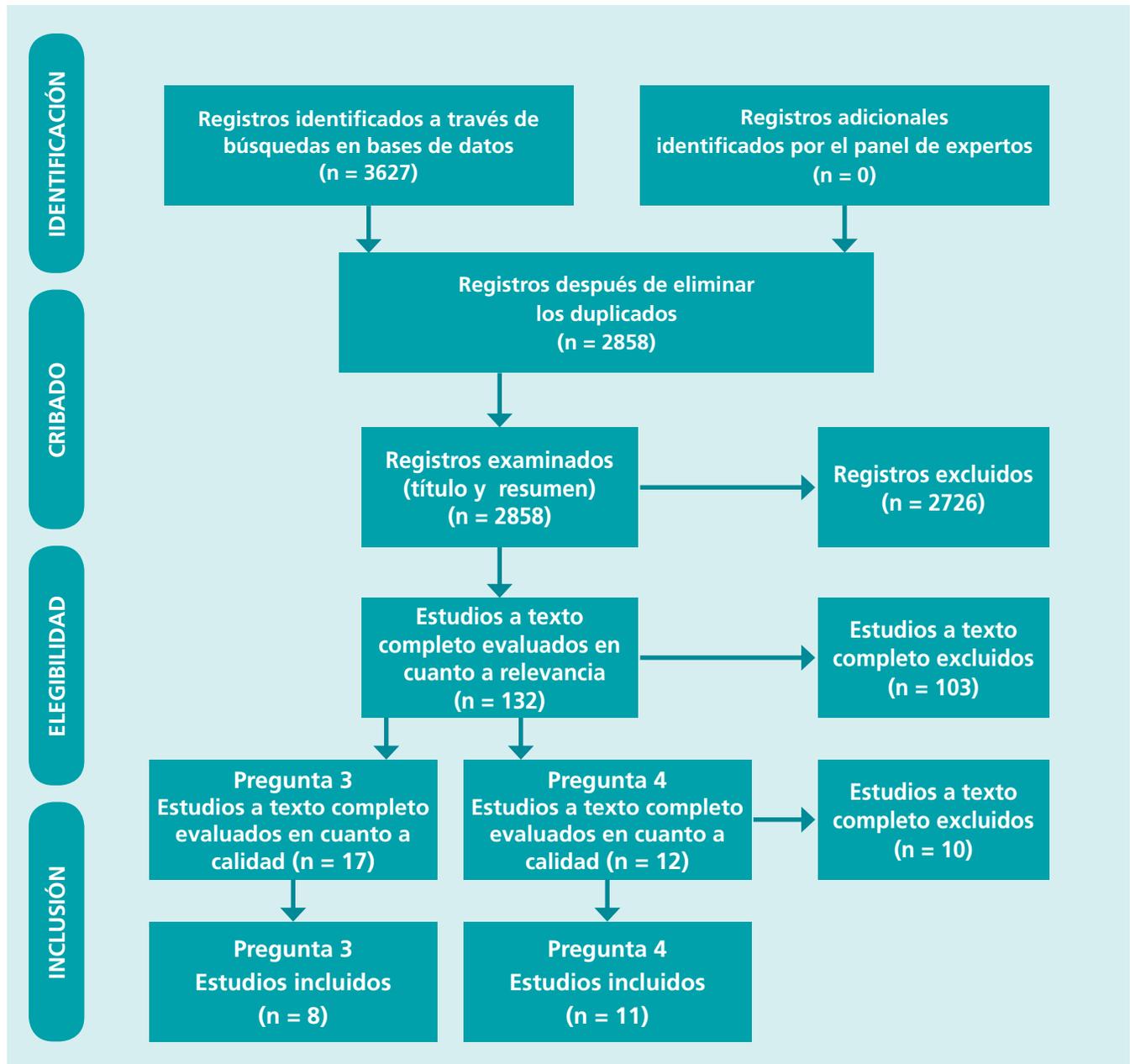


Diagrama de flujo adaptado de: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, et al. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *BMJ*. 2009;339:b2535. doi: 10.1136/bmj.b2535.

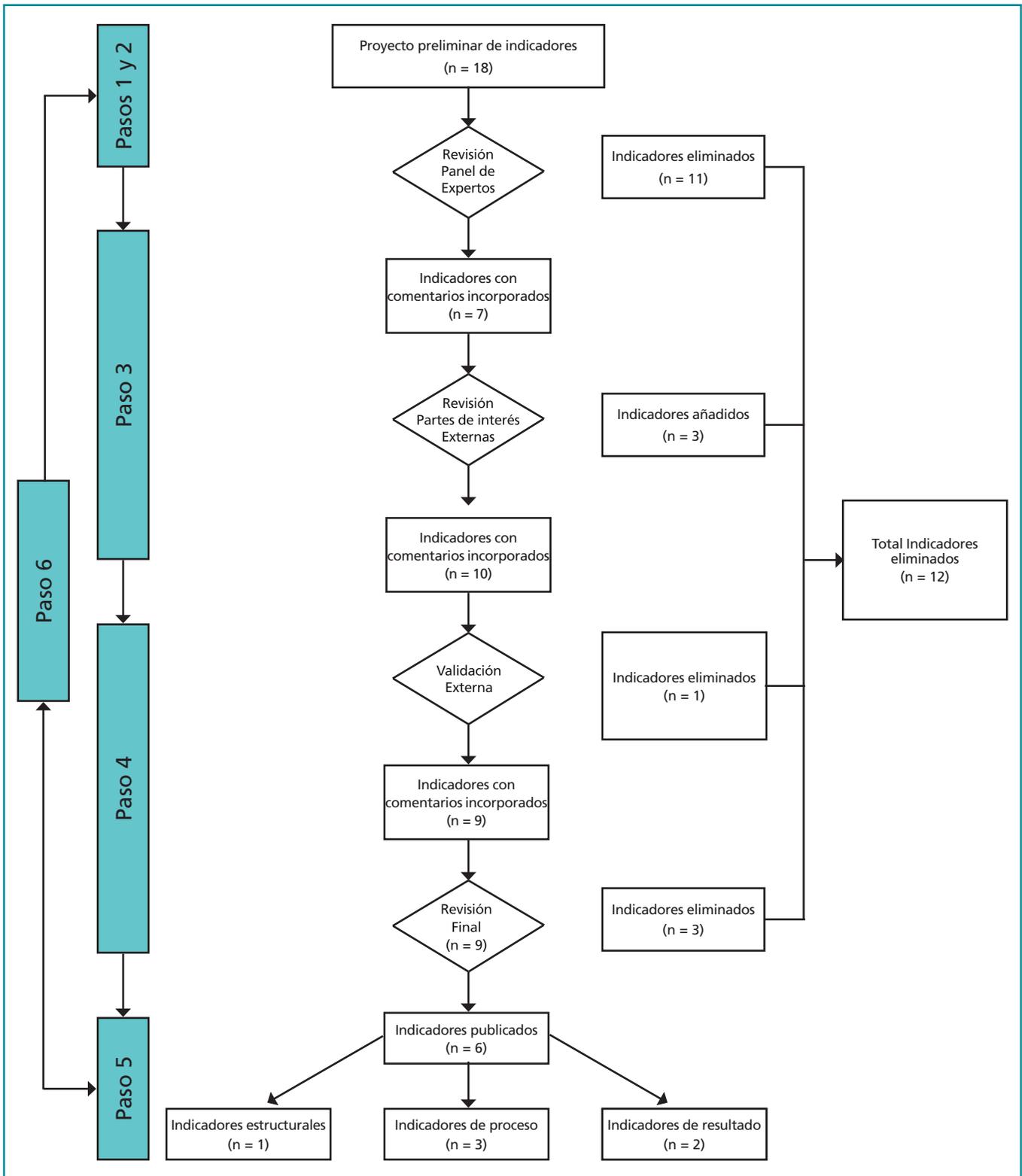
ANEXOS

Anexo E: Proceso de Desarrollo de Indicadores

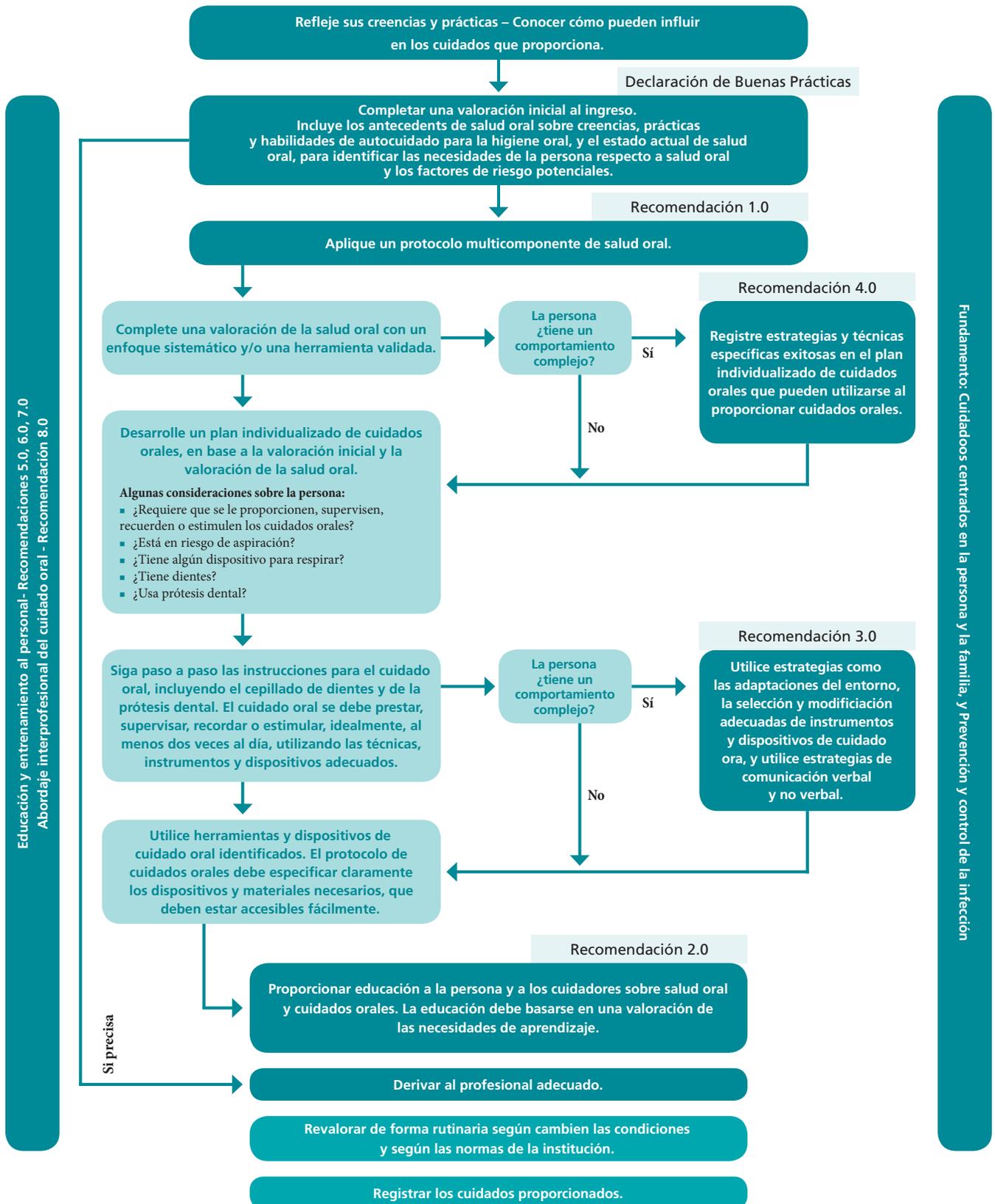
A continuación, se resumen los pasos seguidos por RNAO para desarrollar indicadores (véase la **Figura 6**).

1. Selección de guías: los indicadores se desarrollan para GBP centradas en las prioridades de los sistemas sanitarios, con especial énfasis en cubrir las lagunas en la medición al tiempo que se reduce la carga de trabajo derivada de los informes.
2. Extracción de recomendaciones: se revisan las recomendaciones para la práctica, los resultados generales de las GBP y los conjuntos de órdenes de las guías de buenas prácticas (BPG Order Sets™), si procede, para extraer las medidas potenciales para el desarrollo de indicadores.
3. Selección y desarrollo de indicadores: se seleccionan y desarrollan los indicadores mediante una metodología establecida, incluida la armonización con repositorios de datos externos y bibliotecas de datos de información sanitaria, y la consulta con exoertos.
4. Pruebas prácticas y validación: la **validez**^G aparente y de contenido de los indicadores propuestos se validan internamente y externamente a cargo de representantes de organizaciones nacionales e internacionales.
5. Implantación: los indicadores se publican en las tablas de Evaluación de la Guía (**Tablas 2, 3 y 4**), y se publican también diccionarios de datos en el sitio web de NQuIRE®.
6. Evaluación y valoración de la calidad de los datos: La evaluación y valoración de la calidad de los datos, así como la continua comunicación con los Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (BPSO©), garantizan la evolución orientada de los indicadores NQuIRE.

Figura 6: Diagrama de flujo de desarrollo de indicadores



Anexo F: Algoritmo para el Cuidado Oral



Anexo G: Historia de la Salud Oral — Ejemplos de Preguntas

Nota: Estas son las preguntas que se sugieren para ayudar a realizar un historial de salud oral. Esta no es una herramienta validada para la evaluación del historial de salud oral de una persona.

Preguntas de Muestra Sobre el Historial de Salud Oral al Ingreso

Creencias Sobre Salud Oral

¿Qué afirmación describe mejor sus creencias con respecto a sus dientes?

- Espero que, con el cuidado adecuado, mis dientes me durarán toda la vida.
- No es un gran problema si pierdo mis dientes; la mayoría de la gente lo hace cuando envejece.
- Si pierdo mis dientes, siempre puedo conseguir una prótesis dental.

En una escala del 1 al 5, ¿dónde pondría la importancia de su salud oral?



Prácticas Personales

1. ¿Sus dientes son naturales? ¿Tiene prótesis dental? ¿Tiene coronas?

Si el paciente tiene prótesis dental:

- ¿Tiene prótesis dental parcial o completa?
- ¿Se ajustan correctamente?
- ¿Cuánto tiempo hace que tiene la prótesis dental que está usando actualmente?

2. ¿Tiene alguna dificultad para realizar su cuidado oral?

3. ¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes al día?

4. ¿Qué tipo de cepillo de dientes utiliza?

5. ¿Qué tipo de pasta de dientes utiliza?

6. ¿Con qué frecuencia reemplaza su cepillo de dientes?

7. ¿Utiliza enjuague bucal o algún tipo de enjuague?

8. ¿Utiliza el hilo dental con regularidad?

9. ¿Ha usado productos que contienen tabaco (p.ej., cigarrillos, cigarros, pipas o tabaco de mascar) en los últimos seis meses? Si es así, ¿con qué frecuencia usa estos productos cada día?

10. ¿Toma bebidas con cafeína?

11. ¿Con qué frecuencia visita al dentista?

12. ¿Cuándo fue su última visita al dentista?

13. ¿Le molesta ir al dentista?

14. ¿Tiene dificultades para masticar o tragar?

15. ¿Hay algo más que haga para mantener su boca sana?

Estado Actual de la Salud Oral

1. ¿Está experimentando actualmente algún problema en su boca?

2. ¿Sus dientes son sensibles al calor o al frío?

3. ¿Está tomando actualmente algún medicamento?

Fuente: Adaptado y actualizado en 2019 por el panel de expertos de RNAO a partir de: Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Oral health: nursing assessment and intervention. Toronto (ON): RNAO; 2008.

Historia de salud oral al ingreso (para residentes en centros de larga estancia)

Nombre: _____
Fecha: _____

A. Detalles de los antecedentes del historial dental

PREGUNTAS	SÍ	NO
¿Ha ido al dentista en el último año?		
¿Quiere seguir visitando a su dentista?		
En caso afirmativo, ¿quién es su dentista? Nombre:		
Dirección:		
Teléfono:		
Residente/ persona con poderes que realizará las citas:		
En caso negativo, información sobre servicios dentales externos dada al residente/ persona con poderes-tutor legal:		
Residente/ persona con poderes- tutor legal firma el consentimiento para servicios externos de salud dental:		
PRÓTESIS DENTAL		
¿Cuánto tiempo tiene su prótesis dental?		
¿Le han revisado su prótesis dental en el último año?		
Marca de la prótesis		
Indique el tipo (s)	<input type="checkbox"/> superior completa <input type="checkbox"/> inferior completa <input type="checkbox"/> superior parcial <input type="checkbox"/> inferior parcial	
¿Algún otro dispositivo de reparación?	<input type="checkbox"/> coronas <input type="checkbox"/> implantes <input type="checkbox"/> puente <input type="checkbox"/> otro	

B. Nivel de Cuidado Oral Preferido (señale uno)

<input type="checkbox"/> Cuidados orales mínimos – el cuidado oral es una prioridad baja, puede no querer cuidado diario. Visita a un profesional solo si lo necesita <input type="checkbox"/> Cuidados orales de confort – mantener el estado dental actual – medidas de cuidado oral diarias. Visita a un profesional según precise <input type="checkbox"/> Cuidados orales máximos – el cuidado oral es una prioridad – proporcionar buenos cuidados orales al menos dos veces al día y visita a un profesional regularmente

C. Preferencias de salud oral del residente

¿Con qué frecuencia desea recibir cuidados orales?	
¿Qué productos quiere usar para el cuidado oral?	<input type="checkbox"/> cepillo de dientes <input type="checkbox"/> cepillo eléctrico <input type="checkbox"/> enjuagues bucales <input type="checkbox"/> Otros: _____
¿Cuándo prefiere realizar sus cuidados orales?	<p>Mañana:</p> <input type="checkbox"/> Al levantarme/con los cuidados de la mañana <input type="checkbox"/> Después de desayunar <input type="checkbox"/> Después del almuerzo <input type="checkbox"/> Otro: _____ <p>Tarde:</p> <input type="checkbox"/> Después de cenar <input type="checkbox"/> Antes de ir a la cama <input type="checkbox"/> Otro: _____

D. Valoración de la Salud Oral del Residente

Use la herramienta estándar de valoración de salud oral de su residencia para completar el examen del estado de salud oral (Ejemplo: Oral Health Assessment Tool (OHAT))

Fuente: Reimpreso de: MacDonald I, Woodbeck H, Peachman-Faust T, et al. Oral health history and preferences tool. Toronto (ON): Registered Nurses' Association of Ontario Oral Care Community of Practice; 2016 – updated 2019. Retrieved from <https://ltctoolkit.rnao.ca/node/2136>. Reimpreso con autorización.

Anexo H: Factores de Riesgo de Enfermedad Dental y Salud Oral Deficiente

La tabla siguiente no es una lista exhaustiva de factores de riesgo de enfermedad oral y salud oral deficiente; sino que es una selección de los identificados en la literatura.

Tabla 11: Factores de Riesgo

TIPO DE FACTOR DE RIESGO	FACTORES DE RIESGO ESPECÍFICOS	REFERENCIA QUE LO SUSTENTA
Biológico	<ul style="list-style-type: none"> ■ edad ■ enfermedades como diabetes, enfermedad de Parkinson y osteoporosis ■ hereditarios ■ cambios hormonales ■ fragilidad ■ antecedentes médicos ■ producción reducida de saliva 	<p>Ordre des Hygienists Dentaires du Québec (OHDQ). Oral health: an investment in your quality of life [Internet]. Montreal (QC): OHDQ; 2010. Available from: http://www.ohdq.com/docs/default-source/mois-sante/msbd2010brochoralhealthinvestmentqualitylife.pdf?sfvrsn=0</p>
Comportamiento	<ul style="list-style-type: none"> ■ consumo de alcohol y drogas ilícitas ■ apretar o rechinar los dientes ■ dieta rica en azúcares libres ■ comer alimentos blandos que se adhieren a los dientes y son ricos en azúcar y carbohidratos ■ higiene oral inadecuada ■ visitas infrecuentes a la clínica dental ■ consumo escaso de agua ■ respiración por la boca ■ uso de tabaco 	<p>Oral health. In: World Health Organization (WHO) [Internet]. 24 September 2018. Geneva (CH): WHO; c2018. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/oral-health</p>

TIPO DE FACTOR DE RIESGO	FACTORES DE RIESGO ESPECÍFICOS	REFERENCIA QUE LO SUSTENTA
Entorno o situación	<ul style="list-style-type: none"> ■ quimioterapia ■ bajo nivel educativo y/o conocimientos sobre la importancia de los cuidados orales y el impacto de una higiene deficiente ■ falta de integración en los cuidados médicos ■ agua no fluorada ■ radioterapia ■ destreza manual reducida ■ efectos secundarios de algunos medicamentos ■ estrés y/o ansiedad 	<p>Ordre des Hygienists Dentaires du Québec (OHDQ). Oral health: an investment in your quality of life [Internet]. Montreal (QC): OHDQ; 2010. Available from: http://www.ohdq.com/docs/default-source/mois-sante/msbd2010brochoralhealthinvestmentqualitylife.pdf?sfvrsn=0</p> <p>College of Dental Hygienists of Ontario (CDHO). Review of oral health services in Ontario: final report [Internet]. Toronto (ON): CDHO; 2014. Available from: https://www.cdho.org/docs/default-source/pdfs/oral-health-rpt/review-of-oral-health-services-in-ontario-(full-report).pdf?sfvrsn=eb8b85a0_6</p>
Determinantes sociales	<ul style="list-style-type: none"> ■ coste del tratamiento dental ■ educación ■ falta de acceso a cuidados dentales y/o cuidados médicos (p.ej., incapacidad para viajar o conducir, o lejanía de las clínicas dentales) ■ estatus socioeconómico bajo (ingresos, nivel de ocupación y educación) 	<p>Oral health. In: World Health Organization (WHO) [Internet]. 24 September 2018. Geneva (CH): WHO; c2018. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/oral-health</p> <p>Canadian Dental Association (CDA). The state of oral health in Canada [Internet]. Ottawa (ON): CDA; 2017. Available from: https://www.cda-adc.ca/stateoforalhealth/files/TheStateofOralHealthinCanada.pdf</p> <p>College of Dental Hygienists of Ontario (CDHO). Review of oral health services in Ontario: final report [Internet]. Toronto (ON): CDHO; 2014. Available from: https://www.cdho.org/docs/default-source/pdfs/oral-health-rpt/review-of-oral-health-services-in-ontario-(full-report).pdf?sfvrsn=eb8b85a0_6</p>

Anexo I: Herramientas de Valoración de Salud Oral

La tabla siguiente no es una lista exhaustiva de herramientas de valoración. Presenta herramientas identificadas en la revisión sistemática y las guías evaluadas con AGREE II o por el panel de expertos o las opiniones de revisores externos. La inclusión de las herramientas en esta lista no implica la aprobación de RNAO. Remítase a la **Recomendación 1.0** y la discusión de la evidencia para los aspectos a tener en cuenta al seleccionar y usar las herramientas. Es importante seleccionar una herramienta adecuada para su uso en su entorno de práctica. Algunas herramientas deben ser validadas solo en entornos específicos. Se incluye una zona para marcar en la columna derecha cuando se pueden encontrar estudios de validación.

Tabla 12: Herramientas de Valoración de Salud Oral

HERRAMIENTA	DESCRIPCIÓN	FUENTE/SITIO WEB	ESTUDIOS DE VALIDACIÓN LOCALIZADOS
Beck Oral Assessment Scale (BOAS)	No validada	Ames NJ, Sulima P, Yates JM, et al. Effects of systematic oral care in critically ill patients: a multicenter study. <i>Am J Crit Care.</i> 2011;20(5):e103-14.	
Beside Oral Exam (BOE)	No validada	Prendergast V, Kleiman C, King M. The Bedside Oral Exam and the Barrow Oral Care Protocol: translating evidence-based oral care into practice. <i>Intensive Crit Care Nurs.</i> 2013;29(5):282-90.	
Brief Oral Health Status (BOHSE)	Validada y diseñada para su uso en cuidados de larga duración, con y sin discapacidad cognitiva	Kayser-Jones J, Bird WF, Paul SM, et al. An instrument to assess the oral health status of nursing home residents. <i>Gerontologist.</i> 1995;35(6):814-24.	✓
Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI)	Validada en ancianos residentes en centros de larga estancia	Ergül S, Akar GC. Reliability and validity of the Geriatric Oral Health Assessment Index in Turkey. <i>J Gerontol Nurs.</i> 2008;34(9):33-9.	✓

HERRAMIENTA	DESCRIPCIÓN	FUENTE/SITIO WEB	ESTUDIOS DE VALIDACIÓN LOCALIZADOS
Mucosal-Plaque Index (MPS)	Validada en una institución para personas mayores con discapacidad mental	Henriksen BM, Ambjørnsen E, Axéll TE. Evaluation of a mucosal-plaque index (MPS) designed to assess oral care in groups of older adults. <i>Spec Care Dentist</i> . 1999;19(4):154-7.	✓
Oral Assessment Guide (OAG)	Validada en pacientes con radioterapia en la zona de cabeza y cuello	Knöös M, Ostman, M. Oral Assessment Guide—test of reliability and validity for patients receiving radiotherapy to the head and neck region. <i>Eur J Cancer Care (Engl)</i> . 2010;19(1):53-60.	✓
Oral Health Assessment Tool (OHAT)	Validada en 21 residencias	Chalmers JM, King PL, Spencer AJ, et al. The Oral Health Assessment Tool—validity and reliability. <i>Aust Dent J</i> . 2005;50(3):191-9.	✓
Revised Oral Assessment Guide (ROAG)	Validada para su uso por profesionales de la salud comunitaria entrenados	Ribeiro MT, Ferreira RC, Vargas AM, et al. Validity and reproducibility of the Revised Oral Assessment Guide applied by community health workers. <i>Gerodontology</i> . 2014;31(2):101-10.	✓
The Holistic and Reliable Oral Assessment Tool (THROAT)	Validadas en pacientes mayores enfermos hospitalizados	Dickinson H, Watkins C, Leathley M. The development of the THROAT: The Holistic and Reliable Oral Assessment Tool. <i>Clinical Effectiveness in Nursing</i> . 2001;5(3):104-10.	✓

Anexo J: Ejemplos de Instrumentos de Evaluación de Salud Oral

A continuación, se presentan dos ejemplos de instrumentos de evaluación de la salud oral validados que pueden utilizarse en la práctica. El primero es la Herramienta de Evaluación de la Salud Oral (OHAT), y el segundo es la Herramienta de Evaluación Oral Holística y Fiable (THROAT).

Ejemplo 1: Herramientas de Evaluación de la Salud Oral (OHAT)

Residente: _____		Fecha: ___/___/___		
Completado por: _____				
Puntuaciones - Puede marcar con un círculo las palabras individuales, así como dar una puntuación en cada categoría (* si están anotados 1 o 2 para cualquier categoría, por favor organícese para que un dentista examine al residente)				
Categoría	0 = saludable	1 = cambios*	2 = no saludables*	Puntuación TOTAL
Labios	lisos, rosados, húmedos	secos, agrietados o rojos en las esquinas	hinchazón o bulto, zona blanca/roja/ulcerada; sangrado/ulcerado en las esquinas	
Lengua	normal, húmeda, áspera, con manchas rosadas	fisurada, roja, con capas rojas y/o blancas	área roja y/o blanca, ulcerada, hinchada	
Las encías y los tejidos	rosados, húmedos, lisos, no sangran	secos, brillantes, ásperos, rojos, hinchados, un punto de dolor/ úlcera debajo de la prótesis dental	hinchada, sangrado, úlceras, manchas blancas/rojas, enrojecimiento generalizado debajo de la prótesis dental	
Saliva	saliva acuosa y de flujo libre	tejidos secos y pegajosos, poca saliva presente, el residente piensa que tiene la boca seca	tejidos secos y rojos, muy poca/ sin saliva presente, la saliva es espesa, el residente piensa que tiene la boca seca	
Dientes naturales Sí/No	no tiene dientes/ raíces cariados o rotos	1-3 Dientes/raíces cariados o rotos o dientes muy gastados	4 + dientes/raíces cariados o rotos, o dientes muy gastados, o menos de 4 dientes	
Prótesis dental Sí/No	no hay áreas o dientes rotos, prótesis con desgaste natural e identificada	prótesis dental solo usadas por 1-2 horas al día, prótesis dentales sin identificar o sueltas	más de 1 área rota/dientes, dentadura que falta o no se usa, suelta y necesita dentadura adhesiva, o sin identificación	
Limpieza oral	limpia y sin partículas de alimentos o sarro en la boca o prótesis dental	partículas de alimentos/ sarro/ placa en 1-2 áreas de la boca o en pequeñas áreas de la prótesis dental o halitosis (mal aliento)	partículas de alimentos/ sarro/placa en la mayoría de las áreas de la boca o en la mayoría de la prótesis o halitosis grave (mal aliento)	
Dolor dental	ningún signo de comportamiento, verbal o físico de dolor dental	signos verbales y/o de comportamiento de dolor como poner caras, labios cortados, no comer, agresividad	signos de dolor físico de agresión (hinchazón de la mejilla o la encía, dientes rotos, úlceras), así como signos verbales y/o signos de comportamiento (poner caras, no comer, agresividad)	

<input type="checkbox"/> Organizar para que el residente se haga un examen dental por un dentista <input type="checkbox"/> El residente y/o la familia/tutor se niega a recibir tratamiento dental <input type="checkbox"/> Completar el plan de cuidado de higiene oral y comenzar las intervenciones de cuidado de higiene oral para el residente <input type="checkbox"/> Revisa la salud oral de este residente de nuevo: FECHA: ___/___/___	Puntuación TOTAL: 16
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------

Fuente: Chalmers, J., King, P., Spencer, A., Wright, F., & Carter, K. (2005). The oral health assessment tool – validity and reliability. *Australian Dental Journal*, 50(3), 191-199. Reimpreso con autorización.

Ejemplo 2: Herramienta de Evaluación Oral Holística y Fiable (THROAT)

Categoría	No normal				Puntuación TOTAL	Comentarios
	Normal: puntuación 0	Leve: puntuación 1	Moderado: puntuación 2	Grave: puntuación 3		
Labios	Lisos/rosados	Secos/no agrietados	Secos/agrietados	Ulcerados/lagas/sangrados		
Dientes	Limpios	Película de placa localizada sobre los dientes	Película de placa sobre los dientes en la mayoría de las áreas	Depósitos visibles de placa en y entre los dientes		
Prótesis dental	Limpia	Película de placa localizada sobre los dientes	Película de placa sobre los dientes de la mayoría de las áreas	Depósitos visibles de placa en y entre los dientes		
Encías/gingival	Rosa coralino/húmedo	Inflamación leve/ leve enrojecimiento/ leve hinchazón	Inflamación moderada/ enrojecimiento/ hinchazón/ glaseado	Inflamación grave/ marcado enrojecimiento/ hinchazón/ ulceración/ sangrado		
Membranas mucosas	Rosa coralino/húmedo	Inflamación leve/ leve enrojecimiento/ leve hinchazón	Inflamación moderada/ enrojecimiento/ hinchazón/ glaseado	Inflamación grave/ marcado enrojecimiento/ hinchazón/ ulceración/ sangrado		
Paladar	Rosa coralino/húmedo	Inflamación leve/ leve enrojecimiento/ leve hinchazón	Inflamación moderada/ enrojecimiento/ hinchazón/ glaseado	Inflamación grave/ marcado enrojecimiento/ hinchazón/ ulceración/ sangrado		
Legua	Rosa/húmeda/sin recubrimiento	Recubrimiento leve	Recubrimiento/grietas/úlceras pequeñas	Recubrimiento grueso/ descolorido/ ampollas/ ulceraciones/ grietas/ sangrado		
Saliva	Consistencia acuosa	Ligero espesamiento	Espesa y filamentosa	Sin saliva		

Fuente: Dickinson, H., Watkins, C., & Leathley, M. (2001). The development of the THROAT: the holistic and reliable oral assessment tool. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 5(3), 104-110. Reimpreso con permiso.

Anexo K: Ejemplos de Planes de Cuidados Orales

A continuación, se muestran planes de cuidados desarrollados para facilitar la comunicación en relación a las necesidades de cuidados orales de las personas.

Ejemplo 1: Plan de cuidados de higiene oral para cuidados de larga estancia

Plan de cuidados de higiene oral para cuidados de larga estancia					Residente:
Nivel de asistencia requerido <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Alguna asistencia <input type="checkbox"/> Completamente dependiente					Fecha:
Valoración de los dientes naturales y los tejidos: <i>(por favor, haga un círculo)</i>	Superior	Sí	No	Punta radicular presente	Intervenciones de cuidados de higiene oral: <i>(compruebe todos los que son aplicables e indique la frecuencia según sea necesaria)</i>
	Inferior	Sí	No	Punta radicular presente	
	General	Indique cualquier otro hallazgo en la gráfica inferior:			
					<input type="checkbox"/> Cepillo normal de mango largo <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m. <input type="checkbox"/> Uso de técnica de cepillado 2 <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m. <input type="checkbox"/> Cepillo dental de succión <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m. <input type="checkbox"/> Pasta fluorada habitual <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m. <input type="checkbox"/> No usa pasta de dientes <input type="checkbox"/> Cepillos interproximales/hilo dental/ cepillo monopenacho <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m. <input type="checkbox"/> Productos para la boca seca _____ <input type="checkbox"/> Otros:
Valoración de la prótesis dental: <i>(por favor, haga un círculo)</i>	Superior	Completa	Parcial	No gastada	No prótesis
	Inferior	Completa	Parcial	No gastada	No prótesis
		Nombre en la prótesis:		Sí	No
		Nombre en la prótesis:		Sí	No
Barreras habituales para el cuidado oral y tratamiento dental: <i>(marque todas las que se aplican)</i>	<input type="checkbox"/> Olvida realizar higiene oral <input type="checkbox"/> No recuerda cómo realizar el cuidado oral <input type="checkbox"/> Rechaza higiene oral <input type="checkbox"/> No quiere abrir la boca <input type="checkbox"/> Muerde el cepillo <input type="checkbox"/> No puede o no sigue las indicaciones <input type="checkbox"/> No puede tragar adecuadamente (disfagia) <input type="checkbox"/> No puede enjuagarse o escupir <input type="checkbox"/> Traga la pasta de dientes o los líquidos			<input type="checkbox"/> Conductas de respuesta: <input type="checkbox"/> Empuja <input type="checkbox"/> Pega <input type="checkbox"/> Gira la cabeza <input type="checkbox"/> Muerde <input type="checkbox"/> Escupe <input type="checkbox"/> Maldice <input type="checkbox"/> Otros _____ <input type="checkbox"/> Rechina / mastica constantemente <input type="checkbox"/> No quiere quitarse la prótesis por la noche <input type="checkbox"/> Dificultad para ponerse o quitarse la prótesis	
				<input type="checkbox"/> Cabeza mira hacia abajo <input type="checkbox"/> Cabeza en constante movimiento <input type="checkbox"/> Destreza o problemas en las manos / artritis <input type="checkbox"/> Puede realizar algún cuidado oral pero no todos <input type="checkbox"/> Cansado, dormido o atención deficiente <input type="checkbox"/> Necesita ayuda económica para el tratamiento dental <input type="checkbox"/> Otros: _____ Cumplimentado por:	

Fuente: Basado en: Central South Best Practice Coordinators in Long-Term Care Initiative. Oral hygiene care plan for long term care [Internet]. Oakville (ON): Halton Region's Health Department; 2007. Modified from Chalmers 2004. Reimpreso con autorización.

Ejemplo 2: Plan de Cuidados de Salud Oral

Plan de Cuidados de Salud Oral

Fecha valoración salud oral: _____ Fecha revisión salud oral: _____

Consideraciones sobre los cuidados de salud oral

Problemas: Dificultad tragar Dificultad mover la cabeza Dificultad abrir la boca Miedo al contacto
 Reforzar Sujetar Distracción (actividad / juego) Rescate
 Otros: _____

Actividades Diarias de Higiene Oral

	Por la mañana	Después de comer	Por la noche
Dientes naturales:			
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Limpiar dientes, encías y lengua	<input type="checkbox"/> Enjuague bucal con agua <input type="checkbox"/> Producto antibacteriano (dientes y encías)	<input type="checkbox"/> Limpiar dientes, encías y lengua
Limpiado por:			
<input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Supervisado <input type="checkbox"/> Asistencia			
Cambiar el cepillo: (cada 3 meses)			
Fecha: _____			
Prótesis:			
<input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Inferior	<input type="checkbox"/> Limpiar dientes, encías y lengua <input type="checkbox"/> Cepillar dentadura	<input type="checkbox"/> Enjuague bucal con agua <input type="checkbox"/> Enjuagar la prótesis <input type="checkbox"/> Productos antibacterianos (encías)	<input type="checkbox"/> Limpiar dientes, encías y lengua <input type="checkbox"/> Limpiar la prótesis con jabón suave <input type="checkbox"/> Quitar prótesis durante la noche <input type="checkbox"/> Poner prótesis en agua caliente
Colocada / quitada por:			
<input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Asistencia			
Limpiado por:			Desinfectar prótesis: (Semanal)
<input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Supervisado <input type="checkbox"/> Asistencia			

Ayudas para la Higiene Oral:

Cepillado suave Cambiar el cepillo Sujetar el cepillo Cepillar la dentadura Aerosol (etiquetado)

Productos de Salud Oral:

Jabón suave (dentadura) _____ Producto antibacteriano _____ Sustituto de saliva _____
 Crema labial _____ Pasta fluorada (5000 ppm) _____

Instrucciones adicionales para el cuidado oral:

Gel antifúngico _____ Adhesivo dentadura _____
 Cepillo interproximal Rascador de lengua Aseo normal salino de la boca

Comentarios

Comprobar diariamente, registrar y derivar a la enfermera si:

- Dificultad respiratoria • Sangrado de encías • Ampollas, erosión, grietas labiales • Cualquier recubrimiento o cambio de color en la lengua
- Boca o encías irritadas • Úlceras bucales • Inflamación de cara o boca • Dentadura dañada / pérdida
- Dificultad para comer • Rechaza cuidado oral • Dentadura sin el nombre • Excesivo residuo de comida en la boca
- Dientes rotos

Firmado: _____ Fecha: _____

Fuente: Reimpreso de: Lewis A, Fricker A. Better oral health in residential care. Professional portfolio: oral health care planning guidelines. Adelaide (AU): South Australian Dental Service; [date unknown]. Available from: https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/fa2b610047d74c29a03da5fc651ee2b2/BOHRC_Professional_Portfolio_OHC_Planning_Guidelines%5B1%5D.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-fa2b610047d74c29a03da5fc651ee2b2-IDQMZBE. Reimpreso con autorización.

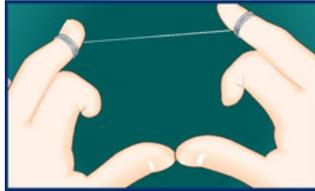
Anexo L: Técnicas de Cepillado de Dientes

A continuación, se muestran diagramas que señalan cómo usar el hilo dental y el cepillo dental.

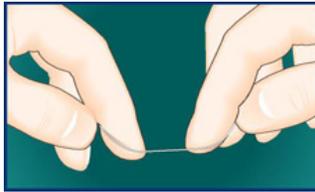
Cómo usar el hilo dental en los dientes

PASO 1

Coja una cantidad de hilo igual a la distancia desde su mano hasta su hombro.



Enróllelo alrededor de sus dedos índice y medio, dejando aproximadamente 2,5 cm. entre sus dedos.



PASO 2

Deslice el hilo entre sus dientes y enróllelo en forma de "C" alrededor de la base del diente y suavemente en la línea de las encías. Limpie el diente desde la base hasta la punta dos o tres veces.



PASO 3

Asegúrese de pasar el hilo por ambos lados de cada diente. No olvide la parte posterior de los últimos molares. Utilice una nueva sección del hilo según tenga o arrastre partículas. Tras el uso, enrolle el hilo en una bola fina y tírelo a la basura. No deseche nunca el hilo en el lavabo.

PASO 4

Cepílese los dientes después de usar el hilo – es el método más efectivo para prevenir el deterioro dental y la enfermedad de las encías.



Fuente: Reimpreso de: Flossing & Brushing. In: The Canadian Dental Association (CDA) [Internet]. Ottawa (ON): CDA; c2019. Available from: http://www.cda-adc.ca/en/oral_health/cfyt/dental_care/flossing_brushing.asp. Reimpresión autorizada

Cómo cepillar los dientes

PASO 1

Cepille los dientes con un ángulo de 45 grados. Dirija las cerdas hacia donde se encuentran los dientes y las encías. Aplique un movimiento suave, circular, de masaje, hacia arriba y abajo. No restriegue. La retracción visible de las encías con frecuencia es el resultado de años de cepillado demasiado fuerte.



PASO 2

Limpie cada superficie de cada diente: la superficie de masticación, el lado del carrillo y el de la lengua.

PASO 3

No acelere el cepillado. Un cepillado riguroso debe llevar al menos dos o tres minutos. Intente adecuar el ritmo por sí mismo.



PASO 4

Cambie el patrón habitual de cepillado. Muchas personas se cepillan los dientes siempre de la misma manera. Esto implica que olvida las mismas zonas siempre. Intente cambiar su patrón habitual.



PASO 5

Use un cepillo blando con cerdas redondeadas. El cepillo adecuado limpia mejor. Elija la forma y el tamaño que mejor le permitan alcanzar todas las partes posteriores de los dientes. Existen muchos tipos de cepillo, por tanto, pregunte al dentista cuál cree que es mejor para usted. La Asociación Dental Canadiense (CDA) recomienda que cambie de cepillo cada tres meses.

Anexo M: Cuidado de la Prótesis Dental

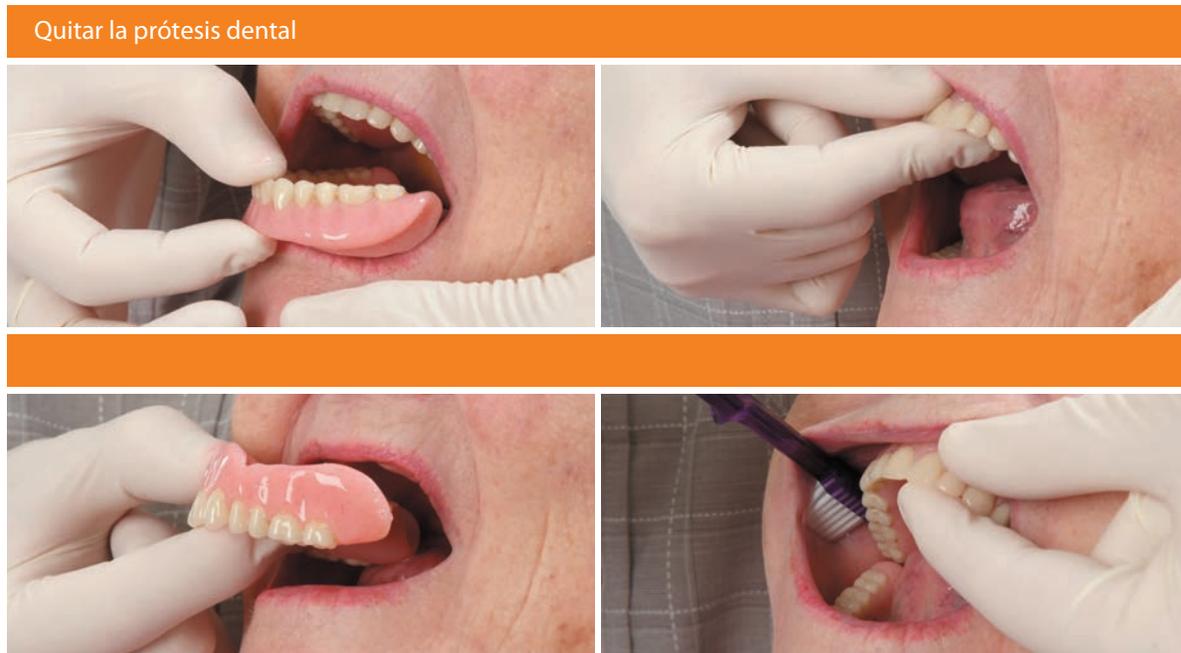
Según la Asociación de Higienistas Dentales de Ontario (ODHA) y la Asociación de Protésicos Dentales de Ontario (DAO), la vida útil de las prótesis dentales es de entre cinco y siete años, siempre y cuando se les dé el cuidado adecuado (142).

Según la ODHA, el cuidado de la prótesis dental debe incluir los siguientes pasos:

- Utilice un cepillo de cerdas suaves para prótesis dentales y pasta dental específica o agua tibia y jabón suave para cepillar las prótesis dentales después de las comidas para eliminar los restos, las manchas y la placa.
- Coloque una toalla o un plato con agua sobre el fregadero o la superficie del mostrador al retirar, limpiar o colocarse las prótesis dentales para evitar que se rompan si se caen accidentalmente.
- Evite el uso de pasta de dientes u otros limpiadores abrasivos para evitar rasguños o daños en la prótesis dental.
- Evite hacer gárgaras o tragar los limpiadores de prótesis dentales, ya que son tóxicos.
- Cepille las encías, la lengua y el paladar diariamente antes de colocar la prótesis dental.
- Evite usar la prótesis dental mientras duerme para que las encías puedan descansar.
- Deje la prótesis dental en remojo en agua o en una solución de limpieza específica cuando no se esté usando la prótesis dental.
- Use agua tibia para enjuagar la prótesis dental una vez retirada de la solución de remojo. Evite el agua caliente.
- Haga que sólo un profesional dental intente ajustar o reparar la prótesis dental; de lo contrario, podría causar más daño a la prótesis dental y/o causar lesiones en la boca.
- Mantenga las prótesis dentales alejadas de los niños y las mascotas para evitar que se dañen.
- No envuelva las prótesis dentales en un producto de papel (p.ej., papel de seda o toalla de papel) porque pueden ser desechadas accidentalmente.
- Consulte a un profesional dental si las prótesis dentales se aflojan, se astillan, se agrietan o se rompen, o si causan irritación en la boca (142).

Figuras 7-13 (abajo) muestran visualmente cómo cuidar la prótesis.

Figura 7: Quitar la prótesis dental



Antes de empezar, pida al paciente que tome un sorbo de agua para humedecer la boca.

Anime al paciente a quitarse su propia prótesis dental.

Si el paciente requiere ayuda, es más fácil sacar la prótesis inferior primero sosteniendo los dientes frontales inferiores con el pulgar y el índice y levantándolos.

Para retirar la prótesis superior, rompa el sellado sujetando los dientes delanteros con los dedos pulgar e índice y moviendo la dentadura de arriba a abajo hasta que la parte posterior se desprenda.

Retire la prótesis en un ángulo lateral.

Si no puede romper el sellado, utilice un cepillo de dientes para empujar con cuidado el lado de la prótesis hacia la parte posterior de la boca hasta que esta se afloje y pueda extraerse fácilmente.

Figura 8: Quitar la prótesis dental parcial



Antes de empezar, pida al paciente que tome un sorbo de agua para humedecer la boca.

Anime al paciente a quitarse su propia prótesis dental parcial.

Si el paciente requiere ayuda, coloque las puntas de los dedos debajo de los ganchos que se agarran a los dientes naturales y empuje con cuidado.

Agarre suavemente la parte plástica de la prótesis y sáquela de la boca del paciente, teniendo cuidado de no doblar los ganchos metálicos.

Figura 9: Cómo cepillarse las encías, la lengua y los dientes con una prótesis dental parcial



Usa un cepillo de dientes suave para cepillar las encías mañana y noche. Esto eliminará la placa dental, cualquier partícula de comida y estimulará las encías.

Pídale al paciente que saque la lengua y la cepille cuidadosamente de atrás hacia adelante.

No vaya muy atrás ya que causará que el paciente se atragante.

Para los pacientes que usan prótesis dentales parciales, preste especial atención a los dientes que soportan los ganchos de la prótesis. Asegúrese de que todas las superficies de los dientes individuales se limpien (por fuera, lado de mordida e interior) con pasta de dientes con flúor.

Figura 10: Limpieza de prótesis dentales



Técnica de limpieza

Limpie la prótesis dental sobre un fregadero con un cuenco lleno de agua o coloque un paño de limpieza en la base del fregadero para proteger la prótesis dental de la rotura si se cae.

Utilice un cepillo para prótesis dentales y jabón líquido suave o pasta para prótesis para limpiar todas sus superficies.

No utilice pasta de dientes normal, ya que puede ser abrasiva y con el tiempo rayará la prótesis. Una prótesis rascada puede ser una fuente de irritación y aumentar el riesgo de infecciones por hongos.

Apoye la prótesis mientras la limpia ya que puede romperse muy fácilmente si se cae.

Sujetar una prótesis inferior de extremo a extremo puede aplicar fuerza y hacer que esta se rompa.

Figura 11: Limpieza de la prótesis inferior



Agarre la prótesis inferior entre el pulgar y la base del dedo índice para una sujeción estable.

Cepille todas las superficies para eliminar la placa dental y cualquier adhesivo de la prótesis.

Si la prótesis ha sido revestida con un forro de cojín suave, use un cepillo de dientes suave para limpiarla con cuidado.

Figura 12: Limpieza de la prótesis superior



Apoye la prótesis superior entre el pulgar y los dedos para una sujeción estable.
Cepille todas las superficies para eliminar la placa dental y cualquier adhesivo de la dentadura.

Si la prótesis ha sido revestida con un forro de cojín suave, use un cepillo de dientes suave para limpiarla suavemente.

Figura 13: Limpieza de la prótesis dental parcial



Use un cepillo de dientes suave para limpiar los ganchos de metal.

Cepille suavemente alrededor de los ganchos de metal, teniendo cuidado de no doblarlos o moverlos ya que esto afectará el ajuste de la prótesis.

Fuente: Reimpreso de: Lewis A, Manuel E. Better oral health in home care: care of dentures. Adelaide (AU): South Australia Dental Services; 2014. Co-published by the Central Adelaide Local Health Network. Reimpresión autorizada.

Anexo N: Productos y Herramientas para el Cuidado Oral

La tabla siguiente no es una lista exhaustiva de productos y herramientas, sino una selección de los que se han identificado en la literatura. La inclusión en esta lista no constituye una aprobación por parte de RNAO.

Tabla 13: Productos y herramientas para el cuidado oral

PRODUCTO O HERRAMIENTA	PRODUCTO O HERRAMIENTA	COMENTARIOS
Normales	<ul style="list-style-type: none"> Un ensayo controlado aleatorizado encontró que el cepillado dental no era más efectivo que un hisopo de espuma para prevenir la VAP en pacientes con ventilación mecánica de la UCI (166). En un estudio no aleatorizado con pacientes con ventilación mecánica se comprobó que la efectividad de un cepillo dental y un hisopo de espuma era igual en cuanto a su capacidad para eliminar la placa y disminuir la inflamación gingival (167). Sin embargo, en otro estudio del mismo tipo, en pacientes en centros de larga estancia se comprobó que los cepillos de dientes eran más efectivos que los hisopos de espuma para la salud oral en general (168). Aunque es débil, la evidencia indica que un enjuague bucal con solución salina puede ser más efectivo que un hisopo de solución salina para reducir la VAP en los pacientes que están gravemente enfermos (150). 	<ul style="list-style-type: none"> Los hisopos de espuma pueden ser útiles para humedecer los tejidos y eliminar los residuos de alimentos acumulados. Se puede utilizar un cepillo de dientes ultra suave en las encías sensibles en lugar de un hisopo de espuma. PRECAUCIÓN: Los hisopos de espuma han sido prohibidos en algunas áreas. Se produjeron dos incidentes críticos en los que el pañillo y el extremo de la esponja se separaron y se alojaron en la garganta del paciente, presentando un riesgo de peligro de asfixia (169).
Hisopos de espuma	<ul style="list-style-type: none"> NO use hisopos de glicerina de limón. Una revisión de la literatura encontró tres estudios que recomendaban no usar glicerina de limón debido a las propiedades ácidas que pueden erosionar el esmalte dental e irritar la mucosa oral, lo que eventualmente puede causar sequedad en la boca (es decir, xerostomía) (170). 	
	De glicerina de limón	
	Cepillo interdientales / interproximales	<ul style="list-style-type: none"> Tienen una cabeza pequeña, cónica o cilíndrica, y vienen en una gama variada de anchuras para adaptarse al espacio interdental (178). Más fáciles de usar que el hilo dental porque requiere menos destreza y motivación (178). Comparado con el cepillado solo, la limpieza con cepillo convencional e interdental disminuye la gingivitis y la placa después de un mes (178). La calidad de la evidencia fue considerada muy baja. Comparado con el cepillado y el hilo dental, la limpieza con cepillo convencional e interdental redujo la gingivitis al mes, basado en evidencia de baja calidad (pero no a los tres meses) (178). La evidencia fue insuficiente para sugerir un beneficio del cepillado interdental o del hilo dental respecto a la disminución de la placa a los tres meses (178).
Limpieza interproximal		

PRODUCTO O HERRAMIENTA	USO Y EVIDENCIA	COMENTARIOS
<p>Hilo dental</p> <p>Limpieza interproximal</p>	<ul style="list-style-type: none"> El hilo dental elimina la placa dental y las bacterias en áreas de la cavidad oral que con el cepillo no se pueden alcanzar. La CDA recomienda usar hilo dental al menos una vez al día y cepillar los dientes tras usar el hilo para prevenir la caída de dientes y la enfermedad en las encías (143). Se observó reducción en la gingivitis al mes, tres y seis meses, cuando los participantes usaban el hilo y cepillado de dientes, comparado con aquellos que solo cepillaban sus dientes (179). Junto con el cepillado de dientes, el uso de hilo dental se puede asociar con una disminución de la placa al mes y los tres meses; sin embargo, la evidencia no es fiable (179). 	
<p>Bicarbonato de sodio y agua salada</p>	<p>Se utiliza para la mucositis, las llagas en la boca y/o los dolores de garganta causados por la quimioterapia y la radiación (153).</p> <ul style="list-style-type: none"> Alivia las llagas y previene la infección. 	<ul style="list-style-type: none"> Puede adquirirse sin receta médica.
<p>Cloruro de cetipiridinio (por ejemplo, Crest® Pro-Health™) (compuesto de amonio cuaternario)</p> <p>Enjuagues orales</p>	<p>Cloruro de cetipiridinio</p> <ul style="list-style-type: none"> Contiene agentes antimicrobianos de amplio espectro para mejorar la salud gingival. Es efectivo contra la placa y la gingivitis; sin embargo, no es tan efectivo como la clorhexidina o los aceites esenciales para reducir el biofilm y la inflamación gingival (154). En un ensayo controlado aleatorizado doble ciego se comprobó que los participantes que se enjuagaban con un enjuague que contenía cloruro de cetipiridinio tenían una progresión más lenta de la inflamación gingival que los que utilizaban agua (155). En comparación con la visita basal, se encontró que un enjuague bucal sin alcohol que contiene cloruro de cetipiridinio disminuye la placa y la gingivitis después de tres y seis meses, y fue más eficaz para controlar la placa y la gingivitis que el enjuague bucal de control que sólo contenía fluoruro de sodio (156). 	<ul style="list-style-type: none"> Requiere receta médica. La CHX y la mortalidad: en un metaanálisis⁶ realizado por Klompas et al., se observó un aumento no significativo de la mortalidad en pacientes con cirugía no cardíaca que recibieron atención oral con CHX (159). En un estudio retrospectivo, Klompas et al. concluyeron que el cuidado oral con CHX parecía estar asociado con la mortalidad por ventilación mecánica (160). Un metaanálisis de Price y otros determinó que entre los pacientes ingresados en la UCI general había una mayor tasa de mortalidad en los pacientes que recibían atención oral con CHX (161).
<p>Chlorhexidina (CHX)</p>	<p>Antiséptico de amplio espectro que se encuentra en enjuagues bucales, geles, aerosoles y barnices, utilizado para matar bacterias Gram-positivas y Gram-negativas, hongos y levaduras.</p> <ul style="list-style-type: none"> Como parte del cuidado de la higiene oral, la CHX típicamente sigue a la limpieza mecánica de los dientes. En forma líquida, la dosis óptima tiende a ser 10mL de la solución al 0,2% o 15mL de la solución al 0,12%, dos veces al día. Los tiempos de enjuague efectivos y aceptados son de 30 segundos. Hubo una gran reducción de la acumulación de placa y una disminución moderada de la gingivitis con el cepillado dental y los enjuagues bucales con CHX de las cuatro a las seis semanas y a los seis meses (157). No hubo evidencia de que una concentración de enjuague bucal de CHX (es decir, 0,1%, 0,12% o 0,2%) sea mejor que otra (157). Sin embargo, los resultados preliminares de un ensayo clínico en curso en 13 unidades de cuidados intensivos (UCI) de Europa sugieren que los enjuagues de CHX al 2% pueden estar asociados con la aparición de lesiones bucales dolorosas (158). Los efectos secundarios incluyen la tinción dental, la acumulación de sarro, la alteración temporal del gusto y el daño temporal del revestimiento de la boca (157). El uso de CHX (gel o enjuague bucal) puede disminuir el riesgo de infecciones de las vías respiratorias inferiores en pacientes de cirugía cardiovascular gravemente enfermos (159). 	

PRODUCTO O HERRAMIENTA	USO Y EVIDENCIA	COMENTARIOS
Compuestos de aceites esenciales (por ejemplo, Listerine®) con o sin alcohol	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pueden reducir el biofilm, la inflamación gingival y el crecimiento de la placa. ■ Los enjuagues bucales con aceites esenciales, con o sin alcohol, se asocian con reducciones significativas de la gingivitis y la placa en comparación con la higiene oral mecánica únicamente (162). ■ Los enjuagues bucales con aceites esenciales que no contienen alcohol demuestran el mismo efecto inhibidor sobre el recrecimiento de la placa que un aceite esencial con alcohol (163). 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Puede adquirirse sin receta médica.
Enjuagues bucales con flúor	<ul style="list-style-type: none"> ■ Reducen las caries y ayudan a reparar las caries tempranas haciendo más fuerte el esmalte dental (72). ■ Están destinados a las personas con una alta tasa de caries o con un alto riesgo de caries (72) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Se pueden adquirir sin receta o con receta médica. ■ El enjuague más común está compuesto de fluoruro de sodio.
Povidona yodada	<ul style="list-style-type: none"> ■ Enjuague bucal antiséptico utilizado en la prevención y el tratamiento de afecciones dentales generales. ■ Puede utilizarse como parte de la rutina de cuidado de la higiene oral haciendo gárgaras durante 30 segundos con 10-15mL de enjuague bucal diluido o sin diluir, seguido de un enjuague de la boca (164). ■ El enjuague bucal con povidona yodada puede ser más efectivo que un enjuague bucal con solución salina para reducir la incidencia de la VAP, aunque la calidad de la evidencia es débil (150). 	
Agua salada	<ul style="list-style-type: none"> ■ Puede utilizarse para el dolor de boca, encías o garganta, o para aquellos que se han sometido a un procedimiento dental. ■ Ayuda a la curación suave y no irritante debido a que es isotónica (es decir, tiene la misma concentración de sales y agua que el cuerpo) (165). 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Para preparar: añadir ½ una cucharadita de sal a una taza de agua tibia.
Succiones orales (p.ej., Yankauer)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Un catéter de aspiración rígido y plástico que tiene un gran orificio que puede ser cubierto por el pulgar para iniciar la succión, y orificios más pequeños en la punta por donde entran las secreciones y las materias extrañas. ■ El dispositivo elimina las secreciones mucosas y los materiales extraños para mantener la vía respiratoria y mejorar la oxigenación (181). 	
Nistatina	<ul style="list-style-type: none"> ■ Antimicótico tópico que normalmente se recomienda como un agente de primera línea para la candidiasis oral sin complicaciones. También es una profilaxis de la candidiasis oral y sistémica para los pacientes que están inmunocomprometidos (180). ■ Disponible en suspensión oral, crema tópica o pastilla oral. ■ La dosis común recomendada para la nistatina tópica es de 200000 a 600000 UI cuatro veces al día, con un tratamiento que varía de una a dos semanas a cuatro semanas. ■ Un metaanálisis demostró que las pastillas de nistatina eran significativamente más efectivas que el placebo para los pacientes con estomatitis de prótesis dental (180). 	

PRODUCTO O HERRAMIENTA	USO Y EVIDENCIA	COMENTARIOS
<p>Sustitutos de la saliva y humectantes</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Lubricantes orales para aliviar el malestar, humedecer la mucosa oral y lubricar el tejido oral (171). ■ Sustitutos antimicrobianos que simulan la saliva humana y sus propiedades protectoras (171). ■ Estimulantes de la saliva para promover la producción de saliva en pacientes que tienen una función mínima de las glándulas salivales (p.ej., goma de mascar sin azúcar, pastillas o medicamentos) (171). ■ En un ensayo controlado aleatorizado se comprobó que los geles humectantes aumentan de forma efectiva los niveles de hidratación en la boca (172). ■ Un aumento de los niveles de humedad de la lengua puede haber inhibido la adhesión de las bacterias a la lengua; por lo tanto, puede disminuir el riesgo de que una persona desarrolle neumonía debido a la aspiración de bacterias (172). ■ Los autores de una revisión sistemática Cochrane no encontraron evidencia suficiente para determinar que el uso de estimulantes de la saliva (es decir, pastillas de pilocarpina o gel de fisostigmina) o sustitutos de la saliva fueran efectivos para tratar los síntomas de la sequedad bucal (es decir, la xerostomía) (173). 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Entre los ejemplos de productos hidratantes cabe mencionar el enjuague Biotène y el gel de equilibrio oral
<p>Limpiadores de lengua</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Una herramienta para limpiar la lengua, empezando por la parte posterior y avanzando hasta la punta de la lengua (174). ■ No hay evidencia que sugiera que el uso de un raspador de lengua para limpiar la lengua previene el mal aliento (174). 	
<p>Manual</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Eliminación de la placa dental por medios mecánicos. ■ Se recomiendan cerdas suaves y redondeadas y una suave presión para disminuir la abrasión gingival (143). ■ Los cepillos de dientes de varios niveles o los de cerdas anguladas son más efectivos para la eliminación de la placa que los de cerdas de corte plano (144). 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Reemplace el cepillo de dientes cada tres o cuatro meses, o con mayor frecuencia si se produce el enmarañamiento o el deshilachado de las cerdas (145). ■ Un estudio demostró que el desgaste del cepillo de dientes varía mucho entre las personas; por lo tanto, la edad del cepillo de dientes puede no ser una buena indicación de cuándo debe ser reemplazado. En cambio, una medida mejor es la separación de las cerdas (146). ■ Los cepillos de dientes también deben ser reemplazados después de una enfermedad respiratoria y/o gástrica. ■ Después de usarlos, enjuague el cepillo y séquelo al aire.
<p>Eléctricos</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ El movimiento manual del cepillado de dientes es simulado por los movimientos laterales y rotatorios del cabezal del cepillo, que incluyen: oscilación, contra-oscilación, circular, ultrasónico e iónico (147). ■ Este método de cepillado puede ser más fácil de usar para las personas con problemas de destreza o las que tienen un dispositivo dental (148). ■ No se encontró ninguna relación entre el traumatismo de los tejidos y los cepillos de dientes eléctricos frente a los manuales (147). ■ Se observa una reducción estadísticamente significativa de la placa y la gingivitis tanto a corto plazo (uno a tres meses) como a largo plazo (más de tres meses) con el uso del cepillado dental eléctrico en comparación con el cepillado manual (147). ■ No hubo evidencia que sugiriera que un tipo de cepillo de dientes eléctrico es mejor que otro para reducir la placa y la gingivitis (149). ■ No hubo evidencia suficiente para sugerir que un cepillo de dientes eléctrico tiene un mayor efecto que un cepillo de dientes manual en la reducción de la incidencia de VAP en pacientes gravemente enfermos (150). 	<ul style="list-style-type: none"> ■ En un estudio, los cuidadores informaron de que los cepillos de dientes eléctricos consumen menos tiempo que los manuales, y que eran más fáciles de usar o no eran diferentes de los cepillos de dientes manuales (151). ■ Algunos cuidadores también informaron de que los residentes consideraban que el cepillo de dientes eléctrico era demasiado ruidoso y que se quejaban de la vibración (151).
<p>Cepillo de dientes</p>		

PRODUCTO O HERRAMIENTA	USO Y EVIDENCIA	COMENTARIOS
<p>Cepillo de dientes</p> <p>Succión</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Los cepillos de dientes de succión son dispositivos con un cabezal especial reutilizable. Se utilizan junto con una máquina de succión. Esto permite el cepillado y la succión simultánea de los desechos, la placa y los fluidos en la cavidad oral. ■ Estos cepillos pueden ser más fáciles de usar para las personas con problemas de deglución (es decir, disfagia) y/o para las que tienen problemas para escupir. ■ En un ensayo controlado aleatorizado realizado por Yakiwchuk et al., hubo mejoras no significativas en la incidencia de neumonía cuando se utilizó un cepillo de dientes de succión en comparación con un cepillo de dientes manual (152). 	
<p>Pasta de dientes con flúor</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ La principal intervención no profesional para prevenir las caries es el cepillado regular de los dientes con pasta de dientes con flúor (175). ■ Aunque se dispone de muchas concentraciones diferentes de pasta dental con flúor, la concentración típica es de 1000-1500 ppm (175). ■ Existe una gran evidencia de que la pasta dental que contiene 1000-1250 ppm de flúor es más beneficiosa para prevenir las caries que la pasta dental sin flúor (175). ■ Existe incertidumbre sobre los efectos de las diferentes concentraciones de flúor (175). ■ La pasta de dientes que contiene flúor más triclosán (un agente antibacteriano) y copolímero (un agente añadido para disminuir la cantidad de triclosán que se elimina con la saliva o el enjuague) ha demostrado ser más efectiva para reducir la placa, la gingivitis, el sangrado de las encías y la caries dental que la pasta de dientes con sólo flúor añadido (176). 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Unos pocos estudios evaluaron los efectos adversos de la pasta dental fluorada; encontraron un daño mínimo de los tejidos y de tinción dental (175). ■ Es importante señalar que los profesionales de la salud oral pueden recomendar concentraciones más altas de flúor para quienes corren un riesgo alto de desarrollar caries. ■ La CDA tiene una declaración de posición con respecto al flúor; la pasta dental con flúor y los enjuagues bucales con flúor. Se puede encontrar en: https://www.cda-adc.ca/en/about/position_statements/fluoride/ (72).
<p>Pastas de dientes</p> <p>Pasta de dientes sin espuma (por ejemplo, Sensodyne, BioXtra y Biotene)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Especialmente recomendada para las personas que tienen dificultades para tragar o las que no pueden escupir, ya que pueden encontrar que la espuma de otras pastas de dientes es difícil de tolerar (177). ■ No es necesario enjuagar la boca después del cepillado; los restos pueden eliminarse con un paño húmedo (177). 	

Anexo O: Estrategias de Comunicación

La **Tabla 14** destaca estrategias de comunicación que pueden usarse durante los cuidados orales con personas con comportamiento complejo.

Tabla 14: Estrategias de Comunicación

ESTRATEGIA	DEFINICIÓN	EJEMPLO
ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN PARA APROXIMARSE A LA PERSONA		
Saludar a la persona	Saludar a la persona en el contacto inicial	“Buenos días, Sr. X, ¿cómo se encuentra?”
Elogiar a la persona	Elogiar al residente, crear una buena relación o reconocer a la persona	“Hoy tiene buen aspecto”
ESTRATEGIAS VERBALES DURANTE EL CUIDADO ORAL		
Propuesta	Orientación, pregunta o instrucciones	“Por favor, abra el grifo”
Repetición	Repetir exactamente parte o las instrucciones previas completas.	“Abra el grifo, gire el grifo”
Introducir la tarea	Al inicio del cuidado oral, indicar al residente que le van a cepillar los dientes	“Ahora vamos a cepillarle los dientes”
Explicación de las acciones	Explicar a la persona qué van a hacer en cada paso de la tarea	“Ahora voy a ayudarle a abrir el grifo”
Usar el nombre de la persona	Dirigirse a la persona por su nombre o apellido durante los pasos del cuidado oral para atraer su atención	“Sr. X, aquí está el cepillo de dientes”
Negociación	Diálogo entre el profesional sanitario o el cuidador y la persona, para alcanzar un acuerdo sobre los cuidados orales	“De acuerdo, cuando acabemos el cepillado le traeré una taza de té”

ESTRATEGIA	DEFINICIÓN	EJEMPLO
Comentarios de ánimo	Felicitar verbalmente, reafirmar, optimismo, dirigido a la persona mientras participa en la tarea	“Está hacienda un buen trabajo!”
ESTRATEGIAS NO VERBALES DURANTE LOS CUIDADOS ORALES		
Acercar objetos a la persona	Proporcionar objetos al residente, como un recordatorio táctil a la persona	Acercar la toalla a la persona
Contacto para guiar	Utilizar contacto físico para guiar al residente en los pasos de la tarea	Guiar la mano de la persona hacia el cepillo de dientes
Contacto para reafirmar	Utilizar el contacto para indicar el apoyo o la reafirmación durante un paso de una tarea	Tocar el hombro de la persona
Contacto para la atención	Utilizar el contacto para atraer la atención del residente cuando la persona está distraída	Tocar la mano de la persona para indicar que es el momento de empezar a cepillarse los dientes
Demostración	Mostrar, mediante acciones, cómo realizar un paso de una tarea	Demostrar cómo cepillarse los dientes
Señalar	Indicar visualmente la dirección de un objeto necesario para un paso de la tarea	Señalar la ubicación de la pasta de dientes

Fuente: Reimpreso de: Wilson R, Rochon E, Mihailidis A, et al. Quantitative analysis of formal caregivers’ use of communication strategies while assisting individuals with moderate and severe Alzheimer’s disease during oral care. *J Commun Disord.* 2013;46(3):249-63. Reimpreso con autorización.

Anexo P: Estrategias para Reducir las Amenazas

La siguiente lista incluye estrategias de reducción de amenazas que pueden utilizarse durante la prestación de cuidados orales a personas con comportamiento complejo. Las estrategias de reducción de las amenazas son técnicas de comportamiento diseñadas para minimizar el enfrentamiento o la respuesta de huida de la persona ante el miedo y/o el estrés (8). No es una lista exhaustiva, sino que proporciona sugerencias sobre estrategias identificadas en la literatura.

Estrategias para Reducir Amenazas:

- Comience una conversación social con la persona antes de pedirle que comience el cuidado de la boca.
- Aproxímese a la persona al nivel o por debajo del nivel de los ojos para establecer contacto. Presente un semblante tranquilo y agradable.
- Aproxímese a la persona de forma suave y sonría durante la interacción.
- Proporcione los cuidados en un ambiente tranquilo con pocos ruidos o distracciones en el entorno.
- Comience el cuidado de la boca, y luego deje que la persona complete la tarea.
- Use gestos para indicar los pasos del cuidado de la boca.
- Haga peticiones cortas, de un solo paso. Puede realizarlo combinado con gestos.
- Anime a la persona a participar en el autocuidado, dejando que complete el cuidado bucal a su modo.
- Utilice el contacto suave para reafirmar a la persona.
- Use un método “mano sobre mano”, de modo que la persona coloque sus manos encima de las manos del profesional (o el profesional pone las manos encima de las manos de la persona) para guiar el cuidado bucal.
- Si la persona comienza comportamientos resistentes al cuidado, use técnicas de distracción (p.ej., cantar, hablar o pedirle que alcance un objeto)
- Si el comportamiento resistente al cuidado aumenta y las estrategias de reducción de amenazas no parecen funcionar, debe intervenir otro profesional para sustituir al primero (8, 42, 183).

Anexo Q: Descripción de la Herramienta

Las GBP sólo pueden implantarse con éxito si la planificación, los recursos, los apoyos institucionales y administrativos son los adecuados y se cuenta con los medios precisos. Con el fin de promover una implantación exitosa, un panel de enfermeras expertas de RNAO, investigadores y gestores han desarrollado la *Herramienta de implantación de guías de buenas prácticas, Segunda Edición* (1). Esta *Herramienta* se basa en la evidencia disponible, las perspectivas teóricas y el consenso. Recomendamos su uso de cara a la implantación de cualquier guía de buenas prácticas clínicas en una institución de salud.

La *Herramienta* proporciona unas directrices paso a paso para las personas y los grupos encargados de planificar, coordinar y facilitar la implantación de la guía. Estos pasos reflejan un proceso que es dinámico e iterativo en lugar de lineal. Por lo tanto, en cada fase es fundamental preparar las siguientes y reflexionar sobre las anteriores.

En concreto, la *Herramienta* se ocupa de los siguientes pasos clave, como se ilustra en el Marco del Conocimiento a la Acción (111):

1. Identificar el problema: identificar, revisar, seleccionar el conocimiento (p.ej., GBP).
2. Adaptar el conocimiento al contexto local:
 - Evaluar barreras y facilitadores para el uso del conocimiento
 - Identificar recursos.
3. Seleccionar, adaptar e implantar las intervenciones.
4. Monitorizar el uso del conocimiento.
5. Evaluar los resultados.
6. Mantener el uso del conocimiento.

La implantación de las GBP para lograr cambios satisfactorios en la práctica y un impacto clínico positivo es una tarea compleja. La *Herramienta* constituye un recurso fundamental para gestionar este proceso. Se puede descargar en: [RNAO.ca/bpg/resources/toolkit-implementation-best-practice-guidelines-second-edition](https://rnao.ca/bpg/resources/toolkit-implementation-best-practice-guidelines-second-edition)

Apoyos



13 de septiembre, 2019

Dr. Doris Grinspun, RN, MSN, PhD, LLD (hon), Dr (hc), FAAN, O.NT.
Chief Executive Officer
Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO)
158 Pearl Street, Toronto, Ontario M5H 1L3

Estimada Dra. Grinspun,

La Asociación de higienistas dentales de Canadá (CDHA, por sus siglas en inglés), se complace de dar su apoyo a la segunda edición de la Guía de Buenas Prácticas de la RNAO Salud Oral: Apoyo a los adultos que requieren asistencia.

La necesidad de una buena salud oral sigue a medida que la persona envejece, tiene enfermedades crónicas o va a vivir a una residencia. Muchos adultos que dependen de otros para los cuidados tienen una higiene oral deficiente y tasas elevadas de enfermedad oral. Estas enfermedades orales prevenibles con frecuencia resultan en procedimientos de urgencia costosos y se asocian a complicaciones de salud más serias.

La CDHA agradece el abordaje interprofesional en la provisión de cuidados, la identificación de la formación en cuidados orales para profesionales de la salud y cuidadores, las estrategias y herramientas que ayudan en la implantación y la identificación de oportunidades de investigación futura. Estamos convencidos de que la Guía ayudará a las enfermeras y a otros miembros del equipo interprofesional en la mejora de la salud oral de adultos que dependen de otros para los cuidados.

CDHA le felicita por su liderazgo al desarrollar este importante trabajo.

Sinceramente,

Ondina Love, CAE
Chief Executive Officer

THE CANADIAN DENTAL HYGIENISTS ASSOCIATION
L'ASSOCIATION CANADIENNE DES HYGIÉNISTES DENTAIRES

1122 Wellington St W, Ottawa, ON K1Y 2Y7 Tel. 613-224-5515 Fax 613-224-7283
info@cdha.ca Toll Free 1-800-267-5235 www.cdha.ca



Ontario Dental Association
4 New Street, Toronto, Ontario M5R 1P6
Tel 416-922-3900 Fax 416-922-9005

31 de octubre, 2019

Dr. Doris Grinspun, RN, MSN, PhD, LLD (hon), Dr (hc), FAAN, O.N.T.
Chief Executive Officer
Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO)
158 Pearl Street, Toronto, Ontario M5H 1L3

Guía de Buenas Prácticas de Salud Oral,

Estimada Dra. Grinspun,

En la reunión del comité de directores de la Asociación Dental de Ontario (ODA, por sus siglas en inglés), el 17 y 18 de octubre, se trató sobre la Guía de Buenas Prácticas de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO) Salud Oral: Apoyo a los adultos que requieren asistencia, Segunda edición.

Como asociación voluntaria de profesionales, que representa a los dentistas de Ontario y defiende una salud oral accesible y sostenible, la ODA se complace de la atención que RNAO continúa prestando a este tema, y de tener la oportunidad de revisar, tener en cuenta y comentar respecto a esta importante herramienta que ayudará a que los profesionales de la salud atiendan mejor a sus pacientes. Apreciamos que se haya tenoido en cuenta nuestras opiniones.

Como señaló el Dr. Sanjukta Mohanta en su carta de 29 de agosto de 2019, la ODA da la bienvenida a iniciativas que fortalecen la colaboración entre partes interesadas. Como líderes de los equipos de cuidados de la salud oral, los dentistas de Ontario valoran la colaboración continua con RNAO para defender y educar sobre la importancia de la salud oral en los centros de larga estancia.

La historia de RNAO, en cuanto a reconocimiento de la importancia de la salud oral, y su impacto en los cuidados orales en la salud sistémica es encomiable.

Tengo el placer de ofrecer nuestro apoyo a la revisión de la Guía de Buenas Prácticas de RNAO.

Sinceramente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Kim Hansen", written over a light grey rectangular background.

Dr. Kim Hansen
Chair, Board of Directors and President

ia BPG

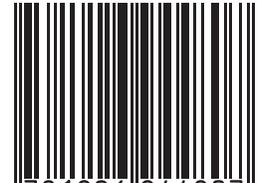
INTERNATIONAL
AFFAIRS & BEST PRACTICE
GUIDELINES

TRANSFORMING
NURSING THROUGH
KNOWLEDGE

Guía de Buenas Prácticas

Este Proyecto está financiado por el Gobierno de Ontario.

ISBN 978-1-926944-80-7



9 781926 944807



Registered Nurses' Association of Ontario
L'Association des infirmières et infirmiers
autorisés de l'Ontario



Ontario