



## CARTAS AL EDITOR

## Perforaciones de los guantes durante procedimientos rutinarios del higienista dental en una consulta de atención primaria



### Glove perforations during routine dental hygienist procedures in a primary care setting

Sr. Editor:

La transmisión de microorganismos patógenos en el curso de procedimientos odontológicos conlleva la posibilidad de contraer enfermedades graves potencialmente transmisibles, como las hepatitis virales o la infección por VIH<sup>1</sup>. El riesgo aumenta cuando se realizan técnicas cruentas que provocan soluciones de continuidad en la mucosa oral, como las punciones con agujas contaminadas o las heridas ocasionadas por instrumental afilado<sup>2</sup>.

Los guantes son un método de barrera primordial, ya que pueden reducir hasta en un 50% el volumen de sangre transferido por una punción accidental<sup>3</sup>. La frecuencia de perforación de los guantes durante procedimientos odontológicos ha sido objeto de numerosos estudios, aunque hasta la fecha en ninguno de ellos se han analizado técnicas realizadas por el higienista dental y este constituye el objetivo primordial de este trabajo.

Entre septiembre y diciembre de 2015, reunimos un total de 200 pares de guantes de látex libres de polvo, no estériles, talla «S» (n= 400 guantes, Naturflex® Barnalmpart Médica SA, Cornellá de Llobregat, España) que habían sido utilizados en una Unidad de Salud Bucodental del Servicio Gallego de Salud (SERGAS) para efectuar alguno de los siguientes procedimientos: tartrectomías, sellado de fisuras, exámenes de salud oral/fluorización tópica o limpieza/embolsado de instrumentos dentales. Todos los

procedimientos fueron realizados por el mismo higienista dental con la técnica de guante único, de acuerdo con las normas de seguridad universales. Se utilizó una muestra control de 100 guantes de látex y de la misma marca comercial, para cuantificar las perforaciones secundarias a defectos de producción. Un único observador evaluó la integridad del guante utilizando la metodología de «sobrecarga de agua» descrita en la norma EN-455 y previamente aplicada por otros autores<sup>4</sup>.

En los guantes control no se detectaron perforaciones. En el grupo de estudio, se identificaron 12 perforaciones (3% de los guantes utilizados), 6 en la mano derecha y 6 en la izquierda. La distribución de las perforaciones según el tipo de procedimiento se muestra en la [tabla 1](#). En ningún caso se detectó más de una perforación en el curso de un único procedimiento (se observaron perforaciones en el 6% de los procedimientos efectuados).

Los dedos afectados en la mano derecha fueron el pulgar (n= 2) y el índice (n= 4). En el pulgar, una perforación se asoció con un sellado de fisuras y las otras dos con limpieza/embolsado de instrumental. Las perforaciones en el dedo índice ocurrieron durante el examen de la cavidad oral/fluorización tópica (n= 2) y durante una tartrectomía (n= 1).

En los guantes utilizados en la mano izquierda, se detectaron perforaciones en todos los dedos excepto el anular. Las tartrectomías causaron un total de 4 perforaciones, en los dedos pulgar, índice, medio y meñique. La limpieza/embolsado del instrumental ocasionó perforaciones en los dedos índice y pulgar.

No encontramos relaciones estadísticamente significativas entre las variables analizadas y la aparición de perforaciones, ni al analizar todos los guantes en conjunto ni distribuidos en subgrupos derecho e izquierdo.

La tasa de perforación del 6% del presente estudio fue similar a la de trabajos previos realizados entre odontólogos<sup>5</sup>, aunque esta varía ampliamente según la

**Tabla 1** Distribución de las perforaciones según el tipo y duración de los procedimientos

Procedimientos	N	Duración (media ± SD)	Perforaciones		
			Derecha	Izquierda	Total
Limpieza/embolsado instrumental	50	15 ± 0	1 (2%)	2 (4%)	3 (6%)
Exploración oral y fluorización tópica	50	8,98±2,29	3 (6%)	0 (0%)	3 (6%)
Tartrectomía	50	25,09±6,19	1 (2%)	4 (8%)	5 (10%)
Sellado de fisuras	50	19,55±5,76	1 (2%)	0,0%)	1 (2%)
Total	200	17,15±7,35	6 (3%)	6 (3%)	12 (6%)

técnica realizada, correspondiendo las más altas a los procedimientos endodónticos (44%)<sup>6</sup>.

Teniendo en cuenta las limitaciones de este estudio, los resultados sugieren que las perforaciones de los guantes producidas durante los procedimientos realizados por los higienistas dentales son impredecibles y que la ausencia de perforaciones macroscópicas no garantiza una protección completa, por lo que debe extremarse la concentración independientemente del tipo de técnica que se practique y valorar el empleo de doble guante al efectuar tartrectomías.

## Bibliografía

1. Kohn WG, Harte JA, Malvitz DM, Collins AS, Cleveland JL, Eklund KJ, et al. Guidelines for infection control in dental health care settings-2003. *J. Am. Dent. Assoc.* 2004;135:33-47.
2. Laheij AM, Kistler JO, Belibasakis GN, Valimaa H, de Soet JJ. European Oral Microbiology Workshop (EOMW) 2011. Healthcare-associated viral and bacterial infections in dentistry. *Oral Microbiol.* 2012;4, pp10.3402.
3. Decontamination: Health Technical Memorandum 01-05 – Decontamination in primary care dental practices (2013 edition). [consultado 13 Ene 2017]. Disponible en: [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/170689/HTM\\_01-05\\_2013.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/170689/HTM_01-05_2013.pdf).
4. European Committee for Standardization. EN 455-1. Medical gloves for single use. Brussels: EuropeanCommitteeforStandardization; 2000.
5. Baggett FJ, Burke FJ, Wilson NH. An assessment of the incidence of punctures in gloves when worn for routine operative procedures. *Br Dent J.* 1993;174:412-6.
6. Brunton PA, Abidia R, Macfarlane TV, Wilson NH. An evaluation of powder-free gloves in general dental practice. *Prim. Dent. Care.* 2000;7:125-8.

María Esther Pérez-Serrano<sup>a</sup>, Márcio Diniz-Freitas<sup>b,\*</sup>, Javier Fernández-Feijoo<sup>b,c</sup> y Jacobo Limeres-Posse<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Unidad de Salud Bucodental, Servicio de Atención Primaria, Área de Gestión Integrada de Santiago de Compostela, Servicio Gallego de Salud (SERGAS), Ribeira, La Coruña, España

<sup>b</sup> Grupo de Investigación en Odontología Médico-Quirúrgica (OMEQUI), Instituto de Investigaciones Sanitarias de Santiago (IDIS), Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, A Coruña, España

<sup>c</sup> Unidad de Salud Bucodental, Servicio de Atención Primaria de Galeras, Área de Gestión Integrada de Santiago de Compostela, Servicio Gallego de Salud (SERGAS), Santiago de Compostela, A Coruña, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [marcio.diniz@usc.es](mailto:marcio.diniz@usc.es) (M. Diniz-Freitas).

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.04.007>  
0212-6567/

© 2017 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Situación laboral de los médicos de familia formados en la Unidad Docente de Alicante<sup>☆</sup>



### Employment situation of general practitioners trained in a teaching unit of Alicante (Spain)

Sr. Editor:

La especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) se reconoce, en España, desde 1978. La formación recibida permite al médico especialista en MFyC atender en los centros de salud, tanto a pacientes en consulta programada como a los que acuden con carácter de urgencia. Desde la incorporación de los primeros médicos de familia a la especialidad, el número de ellos que ha optado por desarrollar su labor profesional en puestos de trabajo distintos a la atención primaria ha ido en aumento<sup>1-4</sup>.

El objetivo del trabajo es describir la situación laboral de los médicos especialistas en MFyC que se han formado en la

Unidad Docente de Alicante (UDA), y conocer la evolución de las preferencias laborales de dichos especialistas.

La UDA contaba en mayo de 2016 con 9 hospitales docentes y 29 centros de salud docentes, con 141 tutores de MFyC. La muestra seleccionada eran los médicos de familia formados en la UDA entre 2012 y 2017, en total 323 médicos: 225 (69,7%) mujeres y 98 (30,3%) varones. Se les envió un *email* con el cuestionario y a las dos semanas un segundo *email* de recuerdo.

De las 323 encuestas enviadas, se recibieron 78 encuestas cumplimentadas (24%). En la [tabla 1](#) se recoge la situación laboral y profesional de los encuestados. El 97,4% de los médicos estaban trabajando. El 65,4% lo hacían en un centro de urgencias (el 38,5% en el punto de atención continuada, el 32,1% en las urgencias hospitalarias y el 1,3% en el servicio ambulatorio de medicina de urgencias), el 59,0% en la consulta de atención primaria y el 14,1% en una consulta de pediatría de atención primaria (los médicos podrían estar trabajando en varios centros). El 76,9% de los médicos en el momento de la encuesta poseían un empleo a jornada completa. Según el régimen de gestión de su actividad profesional, el 74,4% trabajaban en un centro público de gestión pública, el 24,3% en un centro público de gestión privada y el 10,2% ejercían en un centro de gestión privada. El 33,3% de los encuestados respondieron haber estado en el desempleo después de la finalización de la residencia. El período de tiempo transcurrido desde la finalización de la residencia

<sup>☆</sup> Este manuscrito es parte del Trabajo Fin de Máster del Máster Universitario en Medicina de Urgencias y Emergencias de la Universidad Miguel Hernández de Elche.