Uso de normas de bioseguridad en el consultorio

Use of bio-security norms in the clinic

• Elsa La Corte
Odontóloga adscrita a la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela

ABSTRACT

In dentistry, the control of infections must be practiced in thorough way, for the oral cavity keeps one of the biggest concentrations of microbes of the body. It has been calculated that a drop of saliva may have up to 600.000 bacteria. All the professional working in the oral health dentists, dentistry students, hygienists, cleaning staff, and laboratory technicians, are exposed to the presence of these microorganisms; in the same way, the patient attending the dental office is also at this risk, and because of this it is necessary to perform all the procedures that can minimize such risk

Resumen

En la práctica odontológica se debe mantener de manera meticulosa el control de infecciones, ya que la cavidad bucal presenta una de las mayores concentraciones microbianas del organismo. Se ha calculado que una gota de saliva puede contener hasta 600 000 bacterias. Todos los profesionales de la salud bucal, incluidos los odontólogos, estudiantes de odontología, higienistas, personal de limpieza y técnicos de laboratorio, se encuentran expuestos ante la presencia de estos microorganismos. De la misma manera, este riesgo es igual para el individuo que asiste a la consulta dental, razón por la cual es necesario poner el material contaminado en un lugar específico del consultorio odontológico.

Objetivo. Evaluar el cumplimiento de normas de bioseguridad por el personal de limpieza que labora en las salas de los posgrados de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela.

Métodos. El nivel de esta investigación es descriptivo. Lo que se desea es mostrar la situación de las salas clínicas en cuanto a normas de bioseguridad y control de infecciones. Se incluyó al personal de limpieza, constituido por nueve individuos. Los datos recopilados en este trabajo fueron procesados mediante el paquete estadístico SPSS 10.0 en su versión en español para sistemas operativos Windows.

Resultados. En el total del personal de limpieza de las diferentes salas clínicas de los diversos posgrados de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela, 55% (5/9) fue del género masculino, 55.6% estuvo vacunado contra la hepatitis B, la mayoría –88.9%– (8/9) no usaba tapaboca; sólo 55.66% (5/9) utilizaba guantes (tipo industrial) para realizar la limpieza y manipular los desechos. Cien por ciento (9/9) llevaba a cabo la desinfección de los pisos y superficies, 77.8% (7/9)

Bibliografía

1 Del Valle S. Normas de bioseguridad en el consultorio odontológico. *Acta Odontológica Venezolana* 2002,40(2):213-216.
2 Mc Carthy G. Risk of transmisión of viruses in the dental office. *J Can Dent Assoc* 2000; 66:554-557.
3 OPS. *La salud bucodental: repercusión del VIH/SIDA en la práctica odontológica*. Oficina Sanitaria Panamericana.
4 Papone V. Normas de bioseguridad en la práctica odontológica 2000. Ministerio de la Salud Pública. Facultad de Odontología. Universidad de la República Oriental del Uruguay. www.odon.edu.uy
5 Laskin D. La selección de los guantes apropiados para cirugía intraoral. *J Oral Maxillofac Surg* 1999,57:61.
6 CDC. *Recommended infection-control practices for dentistry*. MMWR 1986/35 (15); 237-242.
7 McCarthy GM. Universal precautions. *J Canad Dent Assocc* 2000;66: 556-557.
8 Canadian Dental Association. *Consideration infection control procedures*. Ottawa: Canadian Dental Association, march 1999.
9 ADA Council on Scientific Affairs and ADA Council on Dental Practice. Infecction Control Recommendation for the dental office and dental laboratory. *J AM Dent Assoc* 1996; 127: 672-680.
10 Tovar V, et al. Accidentes laborales y riesgo a contraer infección por virus de inmunodeficiencia humana y el virus de la hepatitis B y C en el consultorio odontológico. *Acta Odontológica Venezolana* 2004, 40 (3):218-224.
11 Tovar V, Montiel D. Estudio preliminar y exploratorio de los pacientes VIH/SIDA que acudieron al servicio de atención a pacientes con enfermedades infectocontagiosas años 1999-2000. *Act Odont Ven* 2003; 1:16.
12 *CDC inmunization of health-care workers: recommendations of the advisory comite on immunization practices and the hospital infection control practices advisory comite*. MMWR 1997;46 (no RR-18).
13 *CDC recommended infection-control practices for denyistry*. MMWR 1993;42 (no RR-8).
14 Troconis J. El control de infecciones en el laboratorio odontológico. *Acta Odontológica Venezolana* 2003, 41 (3).
15 Pumarola T, Fumarola J. Epidemiología y prevención de las enfermedades infecciosas en el ámbito odontológico. *Micrologia oral*. Cap. 37, 1ª Ed. Mc Graw-Hill Interamericana. México, 1997;531-542.
16 John M. Hepatitis B immunization and postimmunizacion serology. *J Canad Dent Assoc* 2000;66:551-552.
17 *CDC prevention and control of infections UIT hepatitis viruses in corretional setting*. MMWR 2003; 52 (no RR-1).
18 Toledano M, Osorio R. Procedimientos de infección y esterilización en la clínica dental ante un paciente con VIH. *Odontoestomatología y SIDA*. Cap. 19 ESPAXS. Publicaciones médicas. España, 2000;327-347.
19 Jaime GI. Control de infecciones en odontología. *Revista de la Academia Colombiana de Odontología Pediátrica* 2002. www.encolombia.com
20 Troconis J. Control del ambiente de los consultorios odontológicos: uso de gorro, máscara de larga cobertura, bata quirúrgica, dique de goma y guantes. *Acta Odontológica Venezolana* 2003,41(1):67-71.
21 Cottone J, Molinari J. State of the art infection control in dentistry. *JADA* 1991, vol. 123,33-41.
22 *CDC guidelines for infection control in dental health-care setting-2003*. MMWR 2003, vol. 52, no RR-17.
23 Domínguez G, Picasso M, Ramos J. *Bioseguridad en odontología*. Lima. www.odontomarketing.com/numeros%20anteriores/art50mayo2002.htm

RIXINA DOLOR DORIXINA DOLOR DORIXINA DOLOR DORIXINA DOLOR DORIXINA DOLOR DORIXINA DOLOR DORIXINA DOLOR DORIXINA DOLOR

desechaba adecuadamente el material contaminado, 88.9% (8/9) colocaba el material punzocortante en las bolsas de basura y 55.6% (5/9) limpiaba la escupidera apropiadamente.

Conclusiones. Es necesario que todo el equipo de salud que labora en el consultorio odontológico (odontólogos, higienistas de limpieza y técnicos) reciba entrenamiento sobre normas de bioseguridad y control de infecciones. El odontólogo debe realizar supervisiones periódicas para garantizar la aplicación de dichas normas y evitar de esta forma las infecciones cruzadas.

Palabras clave. Personal de limpieza, bioseguridad, control de infecciones.

Introducción

Los profesionales de la odontología y el personal que trabajan en el consultorio odontológico están expuestos a una gran variedad de microorganismos desde esporas, bacterias, hongos, virus y protozoarios que pueden encontrarse en la sangre y/o saliva de los pacientes. Cualquiera de estos microorganismos puede causar una enfermedad infectocontagiosa a través de pinchazos y/o salpicaduras producidas por el aerosol utilizado en la práctica dental y de una manera indirecta en el momento de limpiar el instrumental o eliminar los desechos.

Por otro lado, los microorganismos más comunes son virus como el de la influenza, hepatitis B (VHB), hepatitis C (VHC)< hepatitis simple (tipo I y II) y el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Existen otros virus que pueden ser transmitidos en el consultorio odontológico, entre ellos están la rubeola, varicela zoster, Epstein-barr, citomegalovirus, papiloma humano (VPH) y adenovirus. También se deben mencionar las bacterias como estafilococos, estreptococos y el *Mycobacterium tuberculosis*. El contagio puede establecerse por contacto directo con sangre, fluidos orales u otras secreciones, o por contacto indirecto con instrumentos, equipos y superficies ambientales contaminadas. Sin embargo, para que exista una infección se requiere que tres condiciones estén presentes (cadena de la infección):

1) Un huésped susceptible.
2) Un agente patógeno en número suficiente para producir la enfermedad.
3) Una puerta de entrada en el huésped.

A partir de 1978, gracias a la preocupación por la infección causada por el virus de la hepatitis B, la Asociación Dental Americana emitió las primeras directrices sobre el control de infecciones en la odontología, pero no fue sino hasta 1986 cuando el Centro de Control y Prevención de Enfermedades de Atlanta (CDC), en Estados Unidos de Norteamérica, da a conocer su primera declaración sobre precauciones universales, las cuales fueron introducidas para minimizar la transmisión de los patógenos que viven en la sangre de individuos infectados a trabajadores de la salud. Actualmente, el CDC ha establecido el uso de barreras protectoras, manejo del instrumental e indicaciones para la desinfección y esterilización del instrumental.

Las precauciones universales o de bioseguridad son particularmente relevantes en los procedimientos odontológicos, pues éstos pueden involucrar sangre y/o saliva contaminadas. Tales recomendaciones para el control de infecciones son de vital importancia para el odontólogo y el personal que trabaja en el consultorio odontológico. A partir de 1996, el CDC ha actualizado el protocolo para el control de infecciones y ha incluido un número mayor de precauciones universales para la prevención de transmisiones de patógenos que viven en la sangre, expandiendo así los principios de bioseguridad a todos los fluidos corporales para minimizar el riesgo de infección cruzada entre pacientes y trabajadores de la salud.

Así mismo, las normas de bioseguridad surgieron con el fin de controlar y prevenir la transmisión de enfermedades infectocontagiosas, las cuales cobraron mayor importancia con la aparición del VIH y que son todos aquellos principios, procedimientos y cuidados que se deben practicar al atender pacientes y/o manipular instrumental, equipos y espacios contaminados para evitar el riesgo de infección.

DORIXINA DOLOR DORIXINA DOLOR DORIXINA DOLOR DORIXINA DOLOR DORIXINA DOLOR DORIXINA DOLOR DORIXINA DOLOR DORIXINA DO

La bioseguridad debe entenderse como una doctrina de comportamientos encaminada a promover actitudes y conductas que reduzcan el riesgo del trabajador de la salud de adquirir infecciones en el medio laboral. Los principios de la bioseguridad se pueden resumir de la siguiente manera:

A) ***Universalidad:*** las medidas deben involucrar a todos los pacientes de todos los servicios, independientemente de si se conoce o no su serología. Todo el personal que labora en el ambiente odontológico debe prevenir la exposición de la piel y de las membranas mucosas a elementos contaminados.

B) ***Uso de barreras:*** es fundamental evitar la exposición directa a sangre y otros fluidos orgánicos potencialmente contaminados mediante la utilización de materiales adecuados que se interpongan al contacto de los mismos. El uso de estas barreras no descarta los accidentes laborales, pero sí disminuye el riesgo y las consecuencias de los mismos.

C) ***Medio de eliminación de material contaminado:*** comprende el conjunto de procedimientos mediante los cuales son depositados y eliminados sin riesgo los materiales utilizados en la atención de los pacientes.

Hace nueve años se creó el Centro de Atención a Personas con VIH y otras Enfermedades Infectocontagiosas (CAPEI/UCV), centro multidisciplinario que forma parte de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela y brinda atención odontológica integral y especializada a personas que presentan enfermedades infectocontagiosas. Este organismo forma recursos humanos en el área de padecimientos infectocontagiosos (estudiantes de pregrado, posgrado e higienistas dentales), en odontología general, endodoncia, cirugía, medicina bucal, periodoncia, prótesis, odontología restauradora e infantil. Las medidas de bioseguridad y control de infecciones se basan en los siguientes puntos:

1. Inmunización del personal.
2. Barreras protectoras.
3. Lavado y cuidado de las manos.
4. Utilización racional del instrumental punzante.
5. Desinfección y esterilización del instrumental.
6. Limpieza y desinfección de superficies contaminadas.
7. Eliminación de desechos y material contaminado.

Inmunización del personal de salud

La hepatitis B es considerada una de las infecciones de mayor riesgo para los profesionales de la salud. Por esta razón, el CDC les recomienda, incluidos los odontólogos y su personal auxiliar, que dado que están expuestos a sangre o fluidos corporales contaminados con sangre, sean inmunizados contra el VHB. Se han establecido tres dosis: la segunda y la tercera a un mes y seis meses de la primera, respectivamente; sin embargo, para acelerar la inmunización se indica la segunda y la tercera al mes y dos meses de la primera, y una dosis adicional al año. La vacuna de la hepatitis B reduce a más de 95% la posibilidad de una infección frente a una exposición ocupacional con el VHB.

Barreras protectoras

Las salpicaduras de productos biológicos contaminados de origen bucal suponen un riesgo de contagio cuando entran en contacto con la mucosa conjuntival, o bien, el tejido cutáneo que presente solución de continuidad o procesos inflamatorios que faciliten la penetración de un posible agente microbiano a la dermis. El CDC y la ADA recomiendan emplear sistemáticamente diversas barreras biomecánicas como métodos de prevención. El uso de estas barreras se ha arraigado cada vez más en la conducta del odontólogo y de su personal auxiliar a través de diversas técnicas que comprenden la protección de los ojos, las manos, la boca y la nariz (utilización de guantes, tapaboca y máscara, entre otros).

Guantes. La principal vía de transmisión en las infecciones cruzadas son las manos; en ese sentido, el empleo de los guantes es una de las barreras mecánicas más eficaces. El personal de limpieza de las salas clínicas debe limpiar y desinfectar el instrumental y las superficies. Los guantes pueden ser desinfectados y reusados.

Tapaboca. El tapaboca o mascarilla protege principalmente la mucosa nasal y bucal e impide la penetración en el aparato respiratorio o digestivo de los dentritus, aerosoles y salpicaduras que se producen durante la limpieza del consultorio dental. El tapaboca protege de las posibles inhalaciones de las microgotas de

RIXINA DOLOR DORIXINA DOLOR DORIXINA DOLOR DORIXINA DOLOR DORIXINA DOLOR DORIXINA DOLOR DORIXINA DOLOR DORIXINA DOLOR

agua que están en el ambiente del consultorio producto de la formación de aerosoles al ponerse en contacto el agua con la saliva del paciente (la saliva es un medio contaminado) o por la inhalación de microgotas de sangre que se pueden generar en algunos procedimientos clínicos. El tapaboca también evita la inhalación de vapores de ciertas sustancias tóxicas, irritantes o alergenas que se hallan en el consultorio.

Protección ocular. Todo el equipo de salud odontológica debe utilizar protección ocular, ya que es la forma de prevenir traumas o infecciones a nivel ocular con salpicaduras, aerosoles o microgotas flotantes en el ambiente. Los ojos, por su limitada vascularidad y baja capacidad inmunitaria, son susceptibles de sufrir lesiones microscópicas. Los lentes protectores son insuficientes, pues no cubren por completo la cara del operador y personal auxiliar. Esto ha llevado a implantar un mecanismo de protección más seguro; se trata de la máscara, la cual debe sobrepasar por lo menos 8 cm por debajo del mentón y debe ser de plástico semirígido para impedir su deformación. La máscara tiene la ventaja de permitir el uso de los lentes correctores debajo de ésta. La utilización de la máscara no exime del empleo del tapaboca para la protección de aerosoles contaminados. Este tipo de elementos debe cumplir con las siguientes características: proporcionar protección periférica, poderse desinfectar, no distorsionar la visión, ser ligeros y resistentes.

Gorro. Se recomienda que el odontólogo y su personal auxiliar usen gorro en el lugar de trabajo, ya que existe clara evidencia de la contaminación del cabello y el cuero cabelludo con el aerosol o microgotas de saliva producidos durante la práctica dental. Además, evita la caída de algún cabello en la boca del paciente. El gorro puede ser de tela o de material desechable, sin embargo, en cualquiera de los casos debe ser eliminado después de terminadas las labores.

Bata. Su finalidad es evitar la contaminación de la ropa normal durante la limpieza del consultorio. La bata ideal es aquella elaborada con material impermeable o de algodón poliéster, de manga larga, con puños elásticos, cuello redondeado y de corte alto, sin bolsillos, ni pliegues, ni dobleces que permitan la retención de material contaminado; debe abarcar hasta el tercio medio de la pierna. Las batas deben ser cambiadas diariamente o cuando se vea sucia o contaminada por fluidos, y no debe utilizarse fuera del ambiente de trabajo.

Calzado. Debe ser cómodo, cerrado y de corte alto, no debe tener ninguna parte del pie expuesta al medio ambiente y debe ser de uso único, es decir, sólo para estar dentro de las instalaciones de la labor odontológica.

Lavado de las manos

La piel intacta y saludable provee la mejor protección contra los microorganismos. En la piel de los trabajadores de la salud se pueden encontrar microorganismos residentes y transitorios. La flora residente o saprófita se halla en la capa superficial de la piel y tiene poca virulencia. En cambio, la flora transitoria es aquella que se adquiere al entrar en contacto con pacientes con enfermedades infectocontagiosas. El lavado adecuado de las manos podrá remover o inhibir a ambas poblaciones de microorganismos, sin embargo, la flora transitoria es removida más fácilmente por los jabones, y la flora residente es mucho más lábil a los antisépticos.

El lavado de las manos es el procedimiento más importante para reducir la cantidad de microorganismos presentes en la piel y uñas, por lo tanto, se ha convertido en el método de prevención por excelencia. Todos los trabajadores del equipo de salud odontológica deben lavarse las manos antes y después de realizar sus labores, antes y después de colocarse los guantes, después de tocar cualquier objeto inanimado susceptible a la contaminación con sangre, saliva o secreciones respiratorias provenientes de algún paciente.

La zona que se halla por debajo de las uñas puede albergar microorganismos y sangre residuales hasta por un periodo de cinco días cuando no se utilizan sistemáticamente los guantes, es por ello que durante el lavado de las manos se debe poner atención especial al área por debajo de las uñas y la cutícula. Para la higiene de las manos en procedimientos no invasivos es adecuado el uso de agua y jabón común, aunque se pueden emplear igualmente antimicrobianos (como hexaclorofeno al 3%), cloruro de benzalcónico o yodopovidina al 0.75%. En ambos casos es recomendable el lavado con agua fría, ya que ésta provoca el cierre de los poros de las manos. La presentación líquida

RIXINA DOLOR DORIXINA DOLOR DORIXINA DOLOR DORIXINA DOLOR DORIXINA DOLOR DORIXINA DOLOR DORIXINA DOLOR DORIXINA DOLOR

de los jabones es la más segura, pues la presentación sólida o en barra puede favorecer el crecimiento bacteriano y las infecciones cruzadas.

Cuidado de las manos

Cuando la piel está irritada, sus propiedades como elemento de barrera natural se ven comprometidas, lo cual la hace más susceptible a la penetración de cuerpos extraños de cualquier índole. En consecuencia, los integrantes del equipo odontológico que presenten lesiones exudativas o cualquier tipo de dermatitis en las manos, no deben exponerse directamente a los fluidos del paciente. No obstante, cualquier corte o abrasión debe ser cubierto con algún adhesivo o similar antes de la colocación de los guantes.

Las cremas evanescentes para las manos, hidratantes, lubricantes o emolientes de la piel se recomiendan para aliviar la resequedad producida por el lavado de manos frecuente y evitar la dispersión de los microbios de la piel al medio ambiente. Una zona importante es la cutícula, la cual al recortarse o eliminarse totalmente se puede convertir en una puerta de entrada para hongos, virus y bacterias, por lo que es fundamental prepararla por lo menos 48 horas antes de acudir al lugar de trabajo con el fin de que el tejido epitelial se regenere.

Limpieza y desinfección de superficies contaminadas

Las superficies del consultorio odontológico se contaminan fácilmente a través de salpicaduras generadas por el aerosol producido durante los tratamientos odontológicos. Dependiendo de la naturaleza de los patógenos y de las características del ambiente, como temperatura y humedad, estos agentes pueden sobrevivir en las superficies por periodos desde pocos minutos a varias semanas e, inclusive, meses.

El contacto con superficies contaminadas puede contaminar directamente las manos. Algunos autores señalan que estas salpicaduras pueden afectar el área del antebrazo del operador, la región del cuello y del pecho del paciente, por lo que se recomienda la utilización de la alta succión en los procedimientos que involucren producción de aerosoles.

La eficiencia de la desinfección depende principalmente de establecer un protocolo para el uso del producto seleccionado y la aplicación de éste regular y correctamente. Las superficies deben ser desinfectadas después del tratamiento de cada paciente y al final del trabajo diario. Para desinfectar las zonas contaminadas con sangre o fluidos corporales, se recomienda proceder con guantes industriales, colocando primero el papel y/u otro material absorbente y descontaminar luego con una solución desinfectante de nivel alto o intermedio.

Si la cantidad de sangre o material fuera mucha, se puede verter primero la solución de desinfectante de alto nivel, dejar actuar por 10 minutos y proceder luego al lavado. Para este tipo de contaminación no es conveniente el uso de alcohol, ya que se evapora rápidamente y coagula los residuos orgánicos sin penetrar en ellos. Se deben limpiar y desinfectar paredes, pisos, estantes y la unidad diariamente con una solución de desinfectante de nivel intermedio. Se ha comprobado que existe acumulación de microbios en las líneas de agua de las unidades, especialmente en la noche y en los fines de semana. Por dicha razón, se aconseja que al comenzar el día se deje fluir el agua durante varios minutos en todas las posibles salidas (no sólo en la pieza de alta velocidad). La escupidera debe desinfectarse entre paciente y paciente con la misma solución desinfectante. Así mismo, se deben hacer funcionar los eyectores con esta solución una vez finalizada la consulta para descontaminar la parte interna de las cañerías.

Eliminación de desechos y material contaminado

Resulta obligatorio denunciar y velar por la correcta eliminación de residuos, los cuales incluyen aquellos que contienen una elevada cantidad de gérmenes capaces de transmitir o generar enfermedades contagiosas que representen un riesgo sanitario o causar contaminación del aire o del agua. El material punzante desechable como agujas, cartuchos de anestesia, hojas de bisturí y otros, deben ser colocados en envases resistentes a perforaciones, de paredes rígidas, de boca angosta para evitar su fácil salida al exterior, de amplia capacidad, de material compatible con la incineración y debe estar ubicado cerca del área de trabajo. Luego de llenadas las tres cuartas partes de la capacidad del envase, se obturará la boca del mismo y se eliminará.

Es conveniente descontaminar las gasas, algodones y otros elementos contaminados con sangre o saliva

que sean desechables, no punzantes o cortantes en una solución de hipoclorito de sodio al 2% antes de ser puestos en bolsas resistentes, impermeables y debidamente rotuladas. El instrumental desechable como conos y cepillos de profilaxis, eyectores de saliva, puntas de alta succión y protectores de jeringas de aire/agua deben emplearse en un solo paciente y ser eliminados, ya que no están diseñados para limpiarse, desinfectarse o esterilizarse.

La basura –como los guantes, tapaboca, papeles absorbentes, cubiertas que pudieran estar contaminadas con fluidos corporales– debe manejarse cuidadosamente con guantes industriales y ser colocada en bolsas plásticas gruesas, impermeables y selladas para minimizar el contacto humano. De igual modo, antes de su eliminación, puede desinfectarse en un autoclave. Los desperdicios semejantes a la basura doméstica común pueden ponerse junto con la basura habitual de la consulta en bolsas de plástico cerradas y resistentes.

Método

El nivel de esta investigación es descriptivo porque lo que se desea es descubrir la situación de las clínicas en cuanto a lo que el personal que allí labora conoce acerca de las normas de bioseguridad y control de infecciones, y si éstas se aplican totalmente al realizar la limpieza de las salas. Se incluyó al total de los trabajadores de limpieza de dichas salas (nueve personas). Los datos recopilados en este trabajo fueron procesados con el paquete estadístico SPSS 10.0 en su versión en español para sistemas operativos Windows y el programa de cálculo minitab.

Resultados

Del total del personal de limpieza de las salas clínicas de los diferentes posgrados de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela, se encontró que 55% (5/9) era masculino y 45% (4/9), femenino.

Preparación previa y uso de barreras protectoras

Respecto a la vacuna de la hepatitis B, 55.6% (5/9) estaban vacunados, en tanto que 44.4% (4/9) no lo estaban. En cuanto a la variable de barreras, se observó que el tapaboca fue usado por 11.1% (1/9), y 88.9% (8/9) no lo hizo. El empleo de guantes para hacer la limpieza y manipulación de la basura fue el siguiente: 55.6% (5/9) utilizó algún tipo de guantes y 44.4% (4/9) llevó a cabo sus tareas sin guantes; el tipo de guantes elegido fue el industrial. Para la manipulación de la basura, 11.1% (1/9) empleó guantes y 44.4% (4/9) no protegió sus manos; el resto del personal (4/9) no realizó la manipulación de la basura.

Control de infecciones

Cien por ciento del personal de limpieza desinfecta las superficies y pisos con una solución desinfectante. En cuanto a la variable de desecho de material contaminado, 77.8% (7/9) lo elimina adecuadamente y 22.2% (2/9) no lo hace así. El material punzocortante utilizado es colocado en envases destinados para tal fin por 11.1% (1/9), mientras que 88.9% (8/9) lo desecha directamente en la basura. La limpieza de la escupidera es efectuada por 55.6% (5/9), pero 44.4% (4/9) no cumple con esta norma. Quienes la limpian lo hacen con solución desinfectante y con un cepillo especial para ello.

Conclusión

Es necesario que el equipo de salud que se desempeña en el consultorio odontológico (odontólogo, higienista, personal de limpieza y técnico) reciba entrenamiento sobre la aplicación de las normas de bioseguridad y control de infección, con lo cual se reducirá el riesgo de transmisión de infecciones durante los procedimientos odontológicos. El cumplimiento de dichas normas debe ser supervisado periódicamente por el odontólogo para garantizar su ejecución y así evitar infecciones cruzadas. ★

Estimado odontólogo, agradecemos que nos haga saber sus dudas, comentarios y/o sugerencias. Si desea recibir de manera electrónica esta publicación, envíe un mail a: *dr.erosa@salud.gob.mx* • *revodonto@salud.gob.mx*

Consulte la *Revista Mexicana de Odontología Clínica* en:
• www.intramed.net
• www.latindex.unam.mx
• www.imbiomed.com

RIXINA DOLOR DORIXINA DOLOR DORIXINA DOLOR DORIXINA DOLOR DORIXINA DOLOR DORIXINA DOLOR DORIXINA DOLOR DORIXINA DOLOR