

HOJA INFORMATIVA

Infección por COVID-19 en el consultorio dental

Los resultados preliminares sugieren que los dentistas podrían estar expuestos a un menor riesgo que otros profesionales sanitarios

Desde el inicio de la pandemia provocada por la COVID-19, los consultorios dentales de muchos países se han visto forzados a cerrar sus puertas periódicamente y han sufrido restricciones por el riesgo de posible transmisión del SARS-CoV-2. Las restricciones que han impedido el acceso a la atención dental han tenido consecuencias negativas para la salud bucodental, ya que han provocado que no se pudiera prestar atención preventiva y se retrasaran intervenciones^{1,2}. Además, ha habido otros efectos graves, como el no detectar, o hacerlo tarde, cánceres de boca^{3,4}, así como el hecho de recetar una mayor cantidad de antibióticos y analgésicos de manera inapropiada^{5,6}.

Comprender el riesgo de infección que hay en los consultorios dentales es importante para poder tomar decisiones, ahora y en el futuro, sobre las restricciones y los cierres de consultorios a partir de esos datos. Con este objetivo en mente, la FDI está recopilando datos de países de todo el mundo para evaluar la tasa de infección por COVID-19 entre los profesionales dentales.

Comparación de las tasas de infección entre dentistas y otros profesionales sanitarios

A continuación se presentan datos preliminares, obtenidos mediante encuestas a asociaciones dentales nacionales y búsqueda bibliográfica, que muestran las tasas de infección entre dentistas en cinco países distintos. Estos datos se comparan con las tasas de infección generales de otros profesionales sanitarios, a excepción de dentistas y otros profesionales de la salud bucodental, durante el mismo período de tiempo.

País	Tasa de infección entre dentistas (por cada 10 000)	Tasa de infección entre profesionales sanitarios (por cada 10 000)	Fecha de notificación
Brasil	81,4	181,7	5/7/2020
Colombia	60	76,9 – 96,0 (a)	24/7/2020
Portugal	18,3	360,7	6/5/2020
España	304,9	922,9	19/6/2020
Estados Unidos	91,1	117,9	12/6/2020

(a) Intervalo de infección entre trabajadores sanitarios a raíz de una estimación que usa la proporción de casos totales en distintos momentos durante la pandemia



¿Qué nos indican todos estos datos?

Estos son datos preliminares, y los datos de tasas de infección entre los profesionales sanitarios deben interpretarse con cautela, ya que es posible que algunas profesiones del ámbito de la salud hayan interrumpido su actividad en determinados períodos de tiempo durante la pandemia y que se hayan usado distintos sistemas de notificación de datos. Sin embargo, los datos apuntan a que la infección por COVID-19 en consultorios dentales puede ser menos probable que en otros entornos de atención de la salud. Puede haber varios motivos que expliquen esta situación. Para empezar, es poco probable que las personas con síntomas de COVID-19 acudan al dentista^{7,8} y, además, en muchos países se toman medidas para reducir este riesgo, tales como cuestionarios de cribado previos al tratamiento⁹. Antes de la pandemia, los profesionales de la salud bucodental ya utilizaban equipos de protección individual (EPI) de alto nivel; esto, sumado al fortalecimiento de las recomendaciones sobre el uso de EPI en muchos países al principio de la pandemia, también puede reducir el riesgo de infección en los consultorios dentales.

Es necesario seguir investigando para comprender mejor estas tasas de infección y las diferencias que hay entre dentistas y otros profesionales sanitarios, así como entre países. Por su parte, la FDI continúa recopilando datos de más países, y en los próximos meses publicará los resultados completos del trabajo desempeñado.

Referencias bibliográficas

1. Hopcraft M, Farmer G. Impact of COVID-19 on the provision of paediatric dental care: Analysis of the Australian Child Dental Benefits Schedule. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2020; Epub ahead of print. Available from: <https://doi.org/10.1111/cdoe.12611>.
2. Okike I, Reid A, Woonsam K, Dickenson A. COVID-19 and the impact on child dental services in the UK. *BMJ Paediatr Open*. 2021;5(1):e000853. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmjpo-2020-000853>.
3. Al-Maweri SA, Halboub E, Warnakulasuriya S. Impact of COVID-19 on the early detection of oral cancer: A special emphasis on high risk populations. *Oral Oncol*. 2020;106. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2020.104760>.
4. da Cunha AR, Antunes JLF, Martins MD, Petti S, Hugo FN. The impact of the COVID-19 pandemic on hospitalizations for oral and oropharyngeal cancer in Brazil. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2021; Epub ahead of print. Available from: <https://doi.org/10.1111/cdoe.12632>.
5. Shah S, Wordley V, Thompson W. How did COVID-19 impact on dental antibiotic prescribing across England? *Br Dent J*. 2020;229(9):601-604. Available from: <https://doi.org/10.1038/s41415-020-2336-6>.
6. Palmer NOA, Seoudi N. The effect of SARS-CoV-2 on the prescribing of antimicrobials and analgesics by NHS general dental practitioners in England. *Br Dent J*. 2021. Available from: <https://doi.org/10.1038/s41415-020-2595-2>.
7. Ren Y, Feng C, Rasubala L, Malmstrom H, Eliav E. Risk for dental healthcare professionals during the COVID-19 global pandemic: An evidence-based assessment. *J Dent*. 2020;101- Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jdent.2020.103434>.
8. Nardone M, Cordone A, Petti S. Occupational COVID-19 risk to dental staff working in a public dental unit in the outbreak epicenter. *Oral Dis*. 2020;00:1–13. Available from: <https://doi.org/10.1111/odi.13632>.
9. Clarkson J, Ramsey C, Aceves M, Brazzelli M, Colloc T, Dave M, et al. Recommendations for there-opening of dental services: a rapid review of international sources. COVID-19 Dental Services Evidence Review (CoDER) Working Group; 2020. Available from: https://oralhealth.cochrane.org/sites/oralhealth.cochrane.org/files/public/uploads/covid19_dental_review_16_may_2020_up_date.pdf.