

OCURRENCIA DE ACCIDENTES OCUPACIONALES Y CONDUCTA EN LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA

OCURRENCE OF OCCUPATIONAL ACCIDENTS AND CONDUCT IN THE DENTAL PRACTICE

Artênio José Isper Garbin¹
Andréia Antoniuk Presta²
Cléa Adas Saliba Garbin¹
Daniela Coelho Lima³

RESUMEN

El cirujano dentista está expuesto a un elevado número de enfermedades y accidentes ocupacionales. El objetivo del estudio fue evaluar la ocurrencia de accidentes ocupacionales y los comportamientos post accidentes adoptados por los cirujanos dentistas del municipio de Araçatuba, São Paulo, Brasil. Fue aplicado un cuestionario a 76 profesionales, de los cuales el 34,0% afirmó haber sufrido algún tipo de accidente. La mayoría ocurrió debido a las perforaciones cutáneas (84,6%) y lesiones oculares por fragmentos (30,8%). Sobre el momento de la ocurrencia del accidente, un 88,5% sucedió durante la atención, un 30,8% al comienzo y un 3,8% al terminar. Los principales agentes causales de las lesiones fueron agujas (36,9%) e instrumentales (36,9%). El lavado (23,1%) y la desinfección de las heridas (23,1%) fueron los comportamientos post accidentes más realizados por los profesionales. Se concluye que los cirujanos dentistas están constantemente expuestos a sufrir accidentes ocupacionales y adoptan comportamientos diversos.

Palabras clave: Salud, accidentes ocupacionales, prevención de accidentes, odontología.

ABSTRACT

The dentists are exposed to various diseases and occupational accidents. The objective of the study was to evaluate the prevalence of occupational accidents and behaviour post-accidents among the dentists of the district of Araçatuba, São Paulo, Brazil. It was applied a questionnaire to 76 professionals, and 34,0% of them affirmed to have suffered from some type of accident. Most of them occurred due to skin perforation (84,6%) and ocular injury by fragments (30,8%). About the moment of the occurrence of the accident, 88,5% took place during the attention, 30,8% at the beginning and 3,8% at the end. The main causes of the lesions were needles (36,9%) and instrumentals (36,9%). The cleaning (23,1%) and disinfected of the wounds (23,1%) were the most post-accidents behaviors realized by the professionals. It was concluded that a high number of the dentists are exposed to suffer occupational accidents and they adopt different behaviors post-accidents.

Key words: Health, occupational accidents, accident prevention, dentistry.

INTRODUCCIÓN

La ciencia viene sufriendo grandes transformaciones en las últimas décadas, principalmente en lo que se refiere al control de las enfermedades infecto contagiosas. Tal afirmación se concretizó, principalmente después del surgimiento del SIDA, en la década de los años 80 en Brasil. Ante el incremento del riesgo de contaminación cruzada de tal enfermedad, hubo una mayor preocupación de la categoría odontológica principalmente en la prevención de molestias infecciosas¹.

Chamberland y Bell² observaron que otras enfermedades, como la hepatitis (virus HBV), presentaban mayor riesgo a la contaminación que el HIV. Ante eso, diversos autores pasaron a dedicarse más a los estudios de esas afecciones, a fin de que la categoría odontológica fuera mejor orientada.

También con el interés de mantener la salud del profesional, del cirujano dentista y del equipo auxiliar, se preocupó con la confección de diversos medios de protección, siendo los equipos de protección individual (EPI) los más utilizados en la categoría odontológica³.

Definida como “vida segura” o “libre de peligros”, la bioseguridad trajo a la práctica odontológica la posibilidad de la promoción de la salud bucal con mayor seguridad⁴. Sin embargo, sabemos que el control de los ecosistemas microbianos en la práctica de la salud en general es una tarea compleja, que promueve una discusión más profunda acerca de aspectos clínicos, microbiológicos, culturales, socio-económicos, éticos, legales y políticos, cuando se pretende de hecho minimizar los riesgos de transmisión de microorganismos patogénicos, englobándose bacterias, hongos y virus⁵.

¹ Profesores del Programa de Postgrado en Odontología Preventiva y Social, Facultad de Odontología de Araçatuba, Universidad Estadual Paulista (UNESP). Araçatuba, São Paulo, Brasil

² Alumna de Doctorado del Programa de Postgrado en Odontología Preventiva y Social, Facultad de Odontología de Araçatuba, Universidad Estadual Paulista (UNESP). Araçatuba, São Paulo, Brasil

³ Alumna de Maestría del Programa de Postgrado en Odontología Preventiva y Social, Facultad de Odontología de Araçatuba, Universidad Estadual Paulista (UNESP). Araçatuba, São Paulo, Brasil

Correspondencia:

Dra. Cléa Adas Saliba Garbin
Departamento de Odontología Infantil y Social
Universidad Estadual Paulista (UNESP)
Rua: José Bonifácio, 1193 – Caixa Postal: 341, Vila Mendonça
Araçatuba, São Paulo, Brasil, CEP:16015-050
E-mail: cgarbin@foa.unesp.br; escrevaprada7@yahoo.com.br

Pinheiro ⁶ afirmó que, en los servicios de asistencia odontológica, la contaminación ocurría principalmente por los accidentes perforo-cortantes, como, por ejemplo, las laceraciones accidentales con agujas y por los aerosoles contaminados con sangre y (o) saliva lanzados por los equipos de alta rotación.

Siendo así, ya que el cirujano dentista se encuentra constantemente expuesto a los riesgos, ocurrencia de accidentes y contaminaciones, el presente estudio buscó evaluar la ocurrencia de accidentes ocupacionales y el comportamiento post accidente realizados por los cirujanos dentistas de la ciudad de Araçatuba, São Paulo, Brasil.

MATERIAL Y MÉTODO

El estudio realizado fue de tipo descriptivo y de carácter exploratorio, y fue llevado a cabo por una investigación de campo, después de la aprobación por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Odontología de Araçatuba bajo el protocolo 2001/01714.

Formaron parte de la muestra 100 cirujanos dentistas inscritos en el Consejo Regional de Odontología de São Paulo (CRO/SP) en la ciudad de Araçatuba; sin embargo, sólo 76 profesionales accedieron a participar en el presente estudio. Del total, el 73,1% era del género femenino y el 26,9% masculino.

La recolección de los datos fue realizada por medio de un cuestionario auto aplicable, con preguntas abiertas y cerradas, previamente probado y validado después de un estudio piloto.

Las variables analizadas fueron: género, ocurrencia de accidentes ocupacionales, frecuencia de los accidentes, objetos responsables por el accidente y actitud post accidente.

Después de la recolección de los datos, los cuestionarios fueron codificados, transferidos y analizados

por medio del programa estadístico EpiInfo 6.04, de dominio público.

Posteriormente, algunos resultados serán expresados a través de tablas y figuras, a fin de que sean visualizados de forma clara y evidente.

RESULTADOS

De los cirujanos dentistas entrevistados (76), el 34,0% (26) había sufrido algún accidente en la práctica clínica; de éstos, el 73,0% eran mujeres y el 27,0% hombres.

En cuanto al número de accidentes ocurridos (32), la gran mayoría, el 84,6%, fue ocasionada por perforaciones cutáneas, lesiones oculares por fragmentos (30,8%), lesiones oculares por agentes químicos (7,7%) e irritaciones cutáneas (3,8%) (figura 1).

En cuanto a la frecuencia de ocurrencia de los accidentes, un 46,2% ocurrió una vez y un 50,0% más de una vez; apenas un cirujano dentista no respondió la pregunta. Los valores se presentan en el figura 2.

La mayoría de los accidentes ocurrió durante la atención (80,0%), el 30,8% después de la atención y el 3,8% en la fase inicial (figura 3).

Los profesionales entrevistados citaron como factores directamente relacionados con las lesiones: aguja (36,9%), instrumental (36,9%), fragmentos (8%) y otros objetos que presentaron los mismos valores, ilustrados en la tabla 1.

Los comportamientos post accidentes adoptados, con mayor frecuencia fueron el lavado y desinfección del local (23,1%), antisepsia o lavado (15,5%) y lavado y cambio de guantes (11,5%); tanto el lavado y asistencia al médico como sólo la asistencia al médico, presentaron el mismo valor (7,7%) mientras las otras actitudes se presentaron con un mismo valor y están descritas en la tabla 2.

Figura 1
Distribución porcentual de los cirujanos dentistas en cuanto al tipo de accidente, Araçatuba, SP, 2005

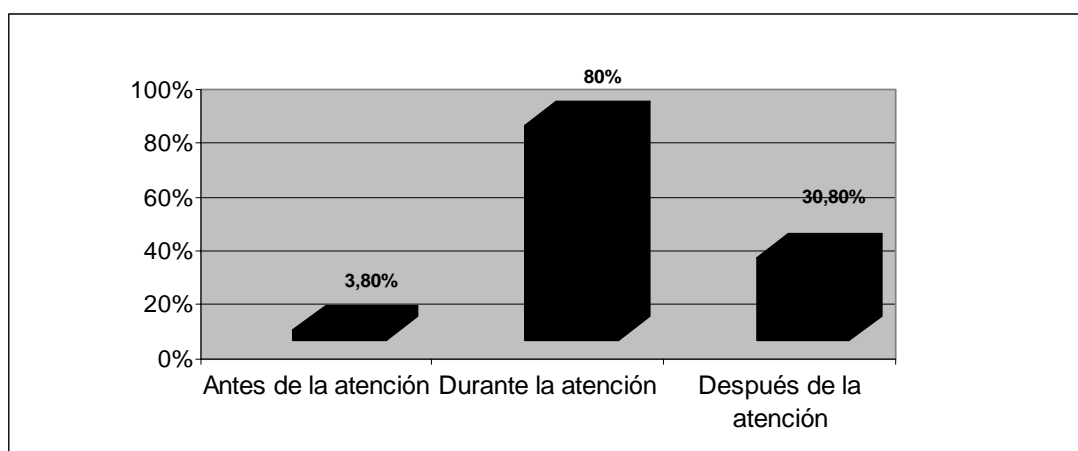


Figura 2

Distribución porcentual de los accidentes ocurridos con los cirujanos dentistas según el número de veces que los mismos ocurrieron. Araçatuba, SP, 2005

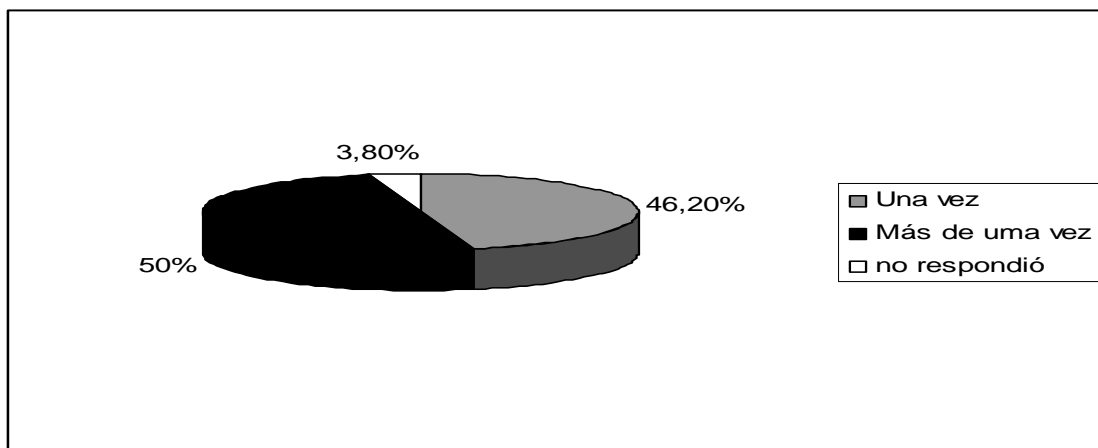


Figura 3

Distribución porcentual de los casos de accidentes con los cirujanos dentistas según el momento de la ocurrencia. Araçatuba, SP, 2005

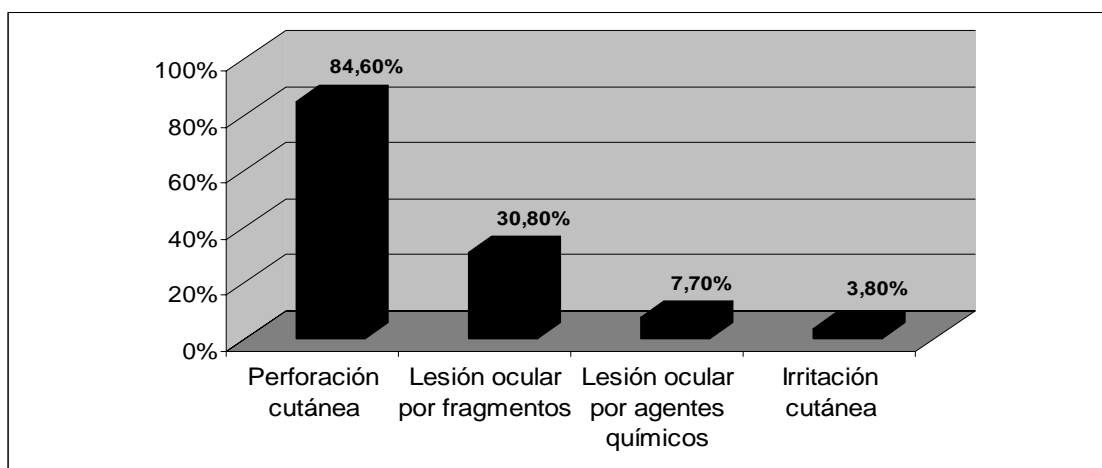


Tabla 1

Distribución de los accidentes ocupacionales con cirujanos dentistas según los factores directamente relacionados con las lesiones. Araçatuba, SP, 2005

| Objetos | n | % |
|--------------------|-----------|--------------|
| Aguja | 14 | 36,9 |
| Instrumental | 14 | 36,9 |
| Fragmentos | 3 | 8,0 |
| Láminas de bisturí | 1 | 2,6 |
| Ácido | 1 | 2,6 |
| Broca | 1 | 2,6 |
| Lima | 1 | 2,6 |
| Banda | 1 | 2,6 |
| Fórceps | 1 | 2,6 |
| Piedra montada | 1 | 2,6 |
| Total | 38 | 100,0 |

Tabla 2

Distribución porcentual en cuanto al comportamiento post accidente adoptado por los cirujanos dentistas. Araçatuba, SP, 2005

| Actitud post accidente | n | % |
|---------------------------------|-----------|--------------|
| Antisepsia | 4 | 15,5 |
| Apretar la herida y pasar dakin | 1 | 3,8 |
| Lavado | 4 | 15,5 |
| Lavado y desinfección | 6 | 23,1 |
| Lavado y apretar la herida | 1 | 3,8 |
| Lavado y buscar médico | 2 | 7,7 |
| Lavado y cambio de guantes | 3 | 11,5 |
| Buscar médico | 2 | 7,7 |
| Cambio de guantes | 1 | 3,8 |
| Usar gafas de protección | 1 | 3,8 |
| No respondió | 1 | 3,8 |
| Total | 26 | 100,0 |

DISCUSIÓN

La bioseguridad es conceptualizada como el conjunto de acciones que visan la prevención, minimización o eliminación de los riesgos inherentes a las actividades de investigación, producción, enseñanza, desarrollo tecnológico y prestación de servicios, riesgos que pueden comprometer la salud del hombre o la calidad de trabajo desarrollado⁷.

Por medio de tal definición, el presente trabajo encontró diversos inconvenientes como, por ejemplo, el elevado número de profesionales accidentados con instrumentales perforo-cortantes (34,0%). Dentro de ese valor, se observó que un 73,0% era del género femenino. El alto por ciento de ese grupo, en las últimas décadas, se debe a la inclusión de la mujer en el mercado de trabajo y, en este caso, en la categoría odontológica⁸.

Frente al elevado número de accidentes ocurridos durante el ejercicio de las actividades clínicas, innumerables medidas de protección fueron establecidas. El uso de equipos de protección individual (EPI) es una de las medidas bastante utilizada por el cirujano dentista y recomendada por el Ministerio de la Salud del Brasil. Ésos tienen como finalidad reducir la exposición del profesional a las secreciones sangrientas o fluidos corporales, más allá de orientar en cuanto a los cuidados específicos sobre la manipulación y el descarte de materiales perforo-cortantes contaminados por material orgánico⁹. Observamos que el 84,6% de los profesionales entrevistados se había accidentado con instrumentos perforo-cortantes, pudiendo, futuramente, tener como consecuencia el comprometimiento de la salud del profesional y, concomitantemente, el de la de su paciente. Según Presta et al¹⁰, el alto índice de accidentes ocurre en función de varios factores como: falta de atención, prisa, estrés, nerviosismo, exceso de fuerza, movimiento del paciente y otros. Ya Resende et al¹¹ constataron como un problema el bajo uso del EPI de acuerdo con la norma de precaución patrón.

Con relación al tiempo de ocurrencia de los accidentes, constatamos que un 88,5%, ocurrió durante la práctica odontológica, causando, entonces, un aumento del riesgo de material biológico y, consecuentemente, el peligro de contaminación. En cuanto a la periodicidad de ocurrencia de los accidentes, el 46,2% ocurrió apenas una vez, y el 50,0% más de una vez. Apenas un profesional no respondió la pregunta que se refiere a este asunto.

Los profesionales entrevistados presentaron como factores directamente involucrados con las lesiones: agujas (36,9%), instrumentales (36,9%) y fragmentos (8%); el 2,6% citaron objetos como láminas de bisturí, ácido, broca, lima, banda, fórceps y piedra montada.

Presta et al¹⁰ también observaron resultados semejantes en trabajos realizados con académicos de Odontología.

Delante de los innumerables comportamientos post accidente realizados por los clínicos se encuentran:

lavado y desinfección del local (23,1%), antisepsia o lavado (15,5%), lavado y cambio de guantes (11,5%), lavado y búsqueda de un médico o sólo búsqueda del médico (estos últimos presentaron el mismo valor - 7,7%), entre otros. Se puede comprobar el desconocimiento profesional en cuanto a la conducta correcta en caso de que ocurran accidentes con exposición a materiales biológicos. Según Johnson y Olshan¹², la situación de accidente ocupacional con un instrumento perforo-cortante necesita ser difundida, en vista de que el riesgo de contaminación en los profesionales de salud es muy subestimado.

Ningún cirujano dentista afirmó haberse realizado pruebas de serología para enfermedades infectocontagiosas o la terapia antirretroviral tras la ocurrencia de accidentes durante la práctica clínica.

Ante eso, es importante orientar a los profesionales de salud la importancia de esas medidas, pues, según varios estudios anteriores¹³⁻¹⁵, hay un aumento del riesgo de contaminación accidental después de una exposición percutánea con material contaminado con sangre, siendo de un 0,3% para el HIV, del 4 al 10% para el virus de la hepatitis C¹⁶, y hasta de un 30 a un 40% para el virus de la hepatitis B¹⁷.

El Ministerio de la Salud, a fin de dar respaldo a tales incoherencias, editó un manual de orientaciones, elucidando los cuidados locales en el área expuesta, recomendaciones específicas para inmunización contra el tétano y medidas de quimioprofilaxis y acompañamiento sorológico para la hepatitis y el HIV¹⁸.

La adopción de un conjunto de medidas mínimas de seguridad debe ser realizada de forma indiscriminada a todos los pacientes y en todos los tipos de tratamientos¹⁹. Si tales medidas fueren ignoradas, el equipo de salud podrá actuar como vector en la propagación de infecciones, colocando en riesgo la comunidad y a sí mismo²⁰. Por eso, cabe al profesional de salud estar siempre atento durante la ejecución de los procedimientos clínicos, pues su desatención puede ocasionar en el futuro serios problemas.

Con base en los resultados del presente estudio, se puede observar una alta ocurrencia de accidentes en la práctica odontológica, además de una falta de criterios en los comportamientos post accidentes adoptados. Así, cabe al profesional de salud, específicamente al odontólogo, adoptar medidas correctas a fin de que él no se haga víctima del propio trabajo, ya que está constantemente corriendo peligro y expuesto a los riesgos en la práctica odontológica. Por eso, es nuestro deber alertar y concienciar a esos profesionales de la salud acerca de los futuros problemas que pueden ser ocasionados en un corto intervalo de tiempo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gonçalves ACS, Travassos DV, Silva M. Biossegurança do exercício da odontologia. *RPG Rev Pos-Grad* 1996;3(3):242-5.

2. Chamberland ME, Bell DM. HIV transmission from health care worker to patient: What is the risk? *Ann Intern Med* 1992;116(10):871-2.
3. Center for disease control. Guidelines for prevention of Human Immunodeficiency Virus and Hepatitis B Virus to health care and public-safety works. *Morbidity and Mortality. Weekly Report* 1989;38(6):3-37.
4. Alves-Rezende MCR, Lorenzato F. Avaliação dos procedimentos de prevenção dos riscos biológicos por cirurgiões-dentistas. *Rev Assoc Paul Cir Dent* 2000;54(6):446- 54.
5. Medeiros UV, Souza MIC, Bastos LF. Odontologia do trabalho: riscos ocupacionais do cirurgião-dentista. *Rev Bras Odont* 2003;60(4):277-80.
6. Pinheiro JT, Aguiar CM, Santos VF. Estudo do comportamento do paciente frente à indumentária do cirurgião-dentista. *Rev Bras Odont* 2002;59(1):57-60.
7. Arruda AKB, Vilar CD, Souto LDP, Oliveira MFJ, Silva EM. Estudo das medidas de biossegurança nos serviços odontológicos municipais de Natal –RN. *Rev ABO Nac* 2002;10(2):165-8.
8. Saliba NA, Moimaz SAS, Vilela RM, Blanco MB. Mulher na Odontologia – uma análise quantitativa. *Rev Bras Odont* 2002;59(6):400-2.
9. Chagas IJ, Herdy AC, Araújo WC, Chagas MS, Orives JLB. Biossegurança: Análise e melhoria de processo em acidentes biológicos. *JBC J Bras. Clin Odontol. Integr.* 2004;8(44):140-3.
10. Presta AA, Garbin CAS, Garbin AJI, Saliba O. Avaliação da ocorrência de doenças e acidentes ocupacionais entre acadêmicos de odontologia. *Rev Fac Odontol Univ Passo Fundo* 2004;9(1): 113-7.
11. Resende VLS, Pordeus IA, Teixeira R, Devita RL, Rosa-Silva RT. Prevalência do uso do EPI e acidentes com instrumentos perfurocortantes entre cirurgiões-dentistas de Belo Horizonte. *Proceedings of the 22 annual Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica meetings, september, v.19; Águas de Lindóia, São Paulo. São Paulo: SBPqO, Anais Brazilian Oral Research; 2005. p. 51.*
12. Johnson M, Olshan J. *Possível milagre.* São Paulo: Companhia das Letras; 1997. p. 316.
13. Zuckerman AJ. Occupation exposure to Hepatite B virus and human immunodeficiency virus: a comparative risk analysis. *Am J Infect Control* 1995;23(5):286-9.
14. Henry K, Campbell S. Needlestick/ sharps injuries and HIV exposure among health care workers. *Minn Med* 1995;78(11):41-4.
15. Bell DM. Occupational risk of human imunodeficiency vírus infection in healthcareworkers: na overview. *Am J Med* 1997;102(19):9-15.
16. Puro V, Petrosillo N, Hipólito G. Risk of hepatitis C seroconversion after occupational exposures in health care workers. *Am J Infect Control* 1995;23(5):273-7.
17. Hepatite por vírus B. *Rev Pediatric Mod* 1995; 31(5):847-60.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de condutas exposição ocupacional a material biológico: hepatite e HIV. Brasília: Ministerio da Saúde; 1999. p. 20.
19. Sued AM, Porcel MI. Cómo actuar frente a un accidente punzo-cortante. *Cir Argent Odont* 2004;31(191):5-6.
20. Schaefer ME. Infection control dealing with the special patient. *Art Scie Dent* 1998;22(8):20-2.

Recibido: 31 de mayo de 2006

Aprobado: 7 de junio de 2007