



**CONSEJO
DENTISTAS**
ORGANIZACIÓN COLEGIAL
DE DENTISTAS
DE ESPAÑA

ANÁLISIS DEL RIESGO Y PREVALENCIA DE COVID

**EN PERSONAL
SANITARIO**



COVID-19



OCTUBRE 2020



CONSEJO GENERAL DE DENTISTAS
WWW.CONSEJODENTISTAS.ES



ÍNDICE

ÍNDICE.....	1
1. JUSTIFICACIÓN E INTRODUCCIÓN	2
2. OBJETIVO	3
3. VARIABLES CON RELACIÓN AL RIESGO DE INFECCION SARS-CoV-2 EN PERSONAL DENTAL	3
Eficacia del EPI (mascarilla FFP2):.....	5
Prevalencia de asintomáticos en la Comunidad:	5
Probabilidad de infección desde paciente asintomático:.....	6
4. PREVALENCIA DE COVID-19 EN PERSONAL SANITARIO	8
La situación específica en España.....	9
5. PREVALENCIA DE COVID-19 EN PERSONAL DENTAL	9
6. CONCLUSIONES.....	11
7. ANEXO	12
Estimación de riesgo de contacto con asintomático para personal dental por comunidad o ciudad autónoma (Actualizado 27 octubre 2020)	12



1. JUSTIFICACIÓN E INTRODUCCIÓN

La pandemia de la COVID-19 causada por el virus SARS-CoV-2 ha alcanzado ya, a fecha de 20 de octubre, a más de 41 millones de personas, originando 1.1 millones de fallecidos en el mundo¹. Después de una primera ola que se inició en febrero-marzo y que duró hasta mayo-junio, desde mediados del mes de septiembre asistimos a una segunda oleada en la mayoría de los países europeos. En la actualidad, se sabe que un porcentaje importante de pacientes son asintomáticos² y numerosos estudios muestran que estos asintomáticos contribuyen de manera importante a la expansión de la pandemia^{3,4,5}. Precisamente, a través de estos pacientes asintomáticos, el personal sanitario representa un importante grupo poblacional aún poco estudiado⁶.

El personal sanitario puede ver incrementado su riesgo de infección por SARS-CoV-2 debido a su contacto estrecho con pacientes infectados diagnosticados, pero también debido a la exposición con pacientes asintomáticos o con casos de infección subclínica.

Actualmente, no existe claridad acerca de la prevalencia de infección por SARS-CoV-2 entre el personal sanitario en general, y más concretamente entre los dentistas, información indispensable para reevaluar las medidas preventivas instauradas en los diferentes protocolos de actuación.^{7,8}

¹ Base de datos de la OMS. <https://covid19.who.int/> (consultada el 22 de octubre del 2020)

² Mahase E. COVID-19 has killed more people than SARS and MERS combined, despite lower case fatality rate. *BMJ*.2020;368.

³ Yu X, Yang R. COVID-19 transmission through asymptomatic carriers is a challenge to containment. *Influenza Other Respir Viruses*. 2020;14(4):474-475

⁴ Riediker M, Tsai D-H. Estimation of SARS-CoV-2 emissions from nonsymptomatic cases. *medRxiv*. 2020. Accessed July 8, 2020.

⁵ Oran DP, Topol EJ. Prevalence of Asymptomatic SARS-CoV-2 Infection. *Ann Intern Med*. 2020:M20-3012. Available in: <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M20-3012>

⁶ Kursumovic E, Lennane S, Cook TM. Deaths in healthcare workers due to COVID-19: the need for robust data and analysis. *Anaesthesia*. 2020;75(8):989-992.

⁷ Wang J, Zhou M, Liu F. Reasons for healthcare workers becoming infected with novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) in China. *J Hosp Infect*. 2020;105(1):100-101.

⁸ The Lancet. COVID-19: protecting health-care workers. *Lancet Lond Engl*. 2020;395(10228):922.



Además, se desconoce si las características clínicas y la evolución del cuadro en el personal sanitario pudiera ser diferente al de la población general, teniendo en cuenta que la teórica exposición podría conllevar una mayor carga viral y, por lo tanto, peor pronóstico.^{9,10}

2. OBJETIVO

Es objetivo del presente documento de revisión:

- 1) Analizar las variables descritas con relación al riesgo de infección por SARS-CoV-2 en el personal dental.
- 2) Analizar los datos disponibles de prevalencia de COVID-19 entre el personal sanitario en general.
- 3) Analizar los datos actualmente disponibles de prevalencia de COVID-19 en el colectivo de dentistas.

3. VARIABLES CON RELACIÓN AL RIESGO DE INFECCION SARS-CoV-2 EN PERSONAL DENTAL

El personal dental está sometido a unos riesgos inherentes debido a su contacto estrecho con los pacientes y a la generación de gotículas y aerosoles¹¹. La epidemia de VIH/SIDA en la década de los 80 creó una gran alarma entre los dentistas y aceleró la adopción de medidas de protección universales, reforzando una eficiente esterilización, lavado de manos y el uso de EPIs de manera rutinaria en los tratamientos dentales^{12,13}.

⁹ Yu X, Sun S, Shi Y, Wang H, Zhao R, Sheng J. SARS-CoV-2 viral load in sputum correlates with risk of COVID-19 progression. Crit Care. 2020;24(1):170.

¹⁰ Liu Y, Yan L-M, Wan L, Xiang T-X, Le A, Liu J-M, et al. Viral dynamics in mild and severe cases of COVID-19. Lancet Infect Dis. 2020;20(6):656-7.

¹¹ K. Harrel, J. Molinari, Aerosols and splatter in dentistry: a brief review of the literature and infection control implications, J. Am. Dent. Assoc. 135 (4) (2004) 429-437

¹² LG. DePaola, Managing the care of patients infected with bloodborne diseases, J.Am. Dent. Assoc. 134 (3) (2003) 350-358.

¹³ JA. Harte, Standard and transmission-based precautions: an update for dentistry, J. Am. Dent. Assoc. 141 (5) (2010) 572-581.



La utilización de EPIs básicos -uso habitual de mascarilla, guantes, gorros, bata y protección ocular- ampliamente expandida en las clínicas dentales, ha contribuido, sin duda, a crear espacios más seguros para el personal dental y sus pacientes desde hace muchos años¹⁴ y han ayudado, muy probablemente, a minimizar el riesgo de infección en las clínicas dentales durante la presente pandemia. Las cifras publicadas hasta el presente parecen mostrar un mayor grado de protección entre los dentistas comparativamente con las publicadas en el resto del personal sanitario, fundamentalmente, personal médico y de enfermería en todo el mundo^{15,16}. Sin embargo, este hecho no supone la ausencia de riesgos potenciales en el ámbito dental y la necesidad de modificar y adaptar la práctica clínica para mitigar estos riesgos^{17,18}.

Teniendo en cuenta que la ruta principal de transmisión de COVID-19 es a través de gotitas respiratorias y potencialmente de salpicaduras o aerosoles generados durante los tratamientos dentales, los riesgos de transmisión de COVID-19 al personal dental dependen de varios factores¹⁹: eficacia del EPI, específicamente, de las mascarillas FFP2 para prevenir la transmisión viral; prevalencia de casos asintomáticos en la comunidad local; tasa de transmisión de pacientes asintomáticos al personal en contacto estrecho; la probabilidad de que una infección adquirida de un paciente asintomático se vuelva sintomática; y la tasa de mortalidad por infección ajustada por edad de los pacientes sintomáticos COVID-19.

Se ha estimado¹⁹ la probabilidad de tener un contacto con un asintomático y de ser infectado por el mismo en la clínica dental, según varios parámetros:

- Eficacia del EPI (mascarilla FFP2).
- Prevalencia de pacientes asintomáticos existentes en la comunidad.
- Probabilidad de que el personal dental (con o sin EPI) se infecte tras el contacto con un paciente asintomático.

¹⁴J.A. Molinari, Dental infection control at the year 2000: accomplishment recognized, J. Am. Dent. Assoc. 130 (9) (1999) 1291–1298.

¹⁵ CDC COVID-19 Response Team, Characteristics of health care personnel with COVID-19 — United States, February 12–April 9, 2020, MMWR Morb. Mortal. Wkly. Rep. 69 (2020) 477–481, <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6915e6>.

¹⁶P. Kenny, 90,000 Healthcare Workers Infected with COVID-19, ICN, 2020.

¹⁷ MA. Ahmed, R. Jouhar, N. Ahmed, S. Adnan, M. Aftab, M.S. Zafar, Z. Khurshid, Fear and practice modifications among dentists to combat novel coronavirus disease(COVID-19) outbreak, Int. J. Environ. Res. Public Health 17 (8) (2020).

¹⁸ JF. Ren, L. Rasubala, H. Malmstrom, E. Eliav, Dental care and oral health under the clouds of COVID-19, JDR Clin. Trans. Res. (2020) 2380084420924385.

¹⁹ Yanfang Rena, Changyong Feng, Linda Rasubala, Hans Malmstroma, Eli Eliava. Risk for dental healthcare professionals during the COVID-19 global pandemic: An evidence-based assessment. J. of Dentistry 2020; 101:103434 DOI: 10.1016/j.jdent.2020.103434



Eficacia del EPI (mascarilla FFP2):

La revisión de los estudios observacionales disponibles que analizan la eficacia de la mascarilla FFP2 en personal sanitario (la mayoría realizados en ámbito hospitalario)^{20,21,22,23}, en cuanto a protección frente a pacientes asintomáticos, muestra una tasa de infección del 2.83% en los que no portaban la mascarilla y del 0.06% en aquellos que sí la llevaban.

Prevalencia de asintomáticos en la Comunidad:

Es uno de los parámetros de gran importancia en el asesoramiento del riesgo de exposición profesional en el ámbito dental, puesto que, a mayor prevalencia de los asintomáticos (incluyendo también a los denominados pre-sintomáticos, que desarrollarán clínica a los pocos días), mayor es el riesgo de exposición laboral. Este parámetro es dinámico y está muy influenciado por la variable edad (entre los pacientes de mayor edad, disminuye la prevalencia de asintomáticos). Los datos de RENAVE²⁴ sitúan una prevalencia promedio de asintomáticos en España del 47%. Sin embargo, y al igual que ocurre con la incidencia acumulada, esta cifra varía de manera considerable de una comunidad autónoma a otra (ver mapa).

²⁰ . Y Chen, A. Wang, B. Yi, K. Ding, H. Wang, J. Wang, H. Shi, S. Wang, G. Xu, The epidemiological characteristics of infection in close contacts of COVID-19 in Ningbo city, Chinese Journal of Epidemiology 41 (0) (2020) 0-0.

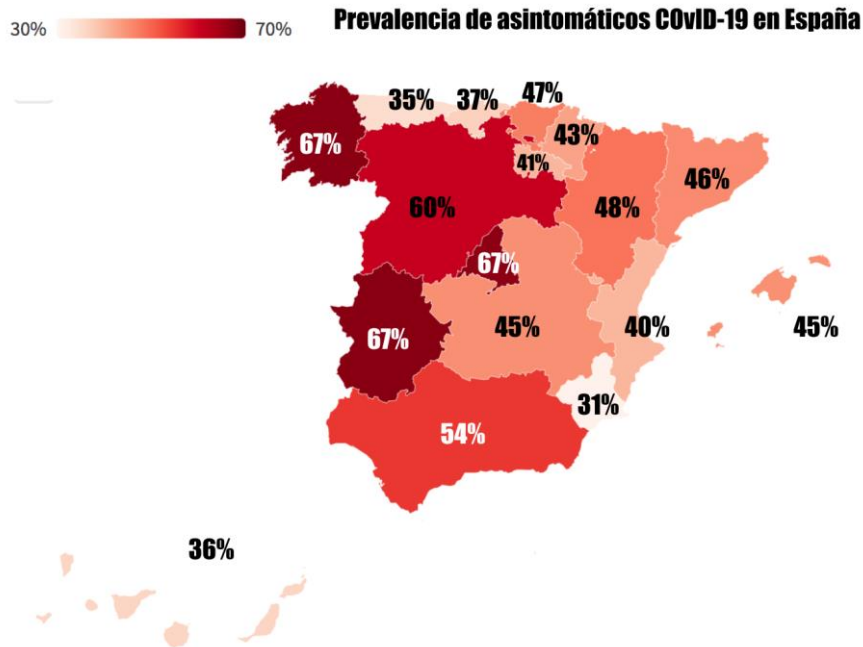
²¹ A. Heinzerling, M.J. Stuckey, T. Scheuer, K. Xu, K.M. Perkins, H. Resseger, S. Magill, J.R. Verani, S. Jain, M. Acosta, E. Epton, Transmission of COVID-19 to health care personnel during exposures to a hospitalized patient - Solano County, California, February 2020, MMWR Morb. Mortal. Wkly. Rep. 69 (15) (2020) 472-476.

²² Q. Wang, X. Huang, Y. Bai, X. Wang, H. Wang, X. Hu, F. Wang, X. Wang, J. Chen, Q. Chen, X. Jiang, H. Zhao, Epidemiological characteristics of COVID-19 in medical staff members of neurosurgery departments in Hubei province: a multicentre descriptive study, medRxiv (2020) 2020.04.20.20064899.

²³ X. Wang, Z. Pan, Z. Cheng, Association between 2019-nCoV transmission and N95 respirator use, J. Hosp. Infect. 105 (1) (2020) 104-105.

²⁴ RENAVE. Red nacional de Vigilancia Epidemiológica. Situación de COVID-19 en España.

Mapa de la prevalencia de asintomáticos COVID-19 por comunidades autónomas.



Probabilidad de infección desde paciente asintomático:

No existen estudios a la fecha sobre la contagiosidad al personal sanitario desde un paciente asintomático. Los cálculos de riesgo se han realizado extrapolando los datos de transmisión en el ámbito familiar y social, aun siendo conscientes los autores de que el riesgo real en ámbitos sanitarios debe ser menor^{20,25}. Un extenso estudio²⁰ analiza el seguimiento de 2.147 contactos estrechos de 187 pacientes COVID-19 confirmados (157 sintomáticos y 30 asintomáticos). De estos 2.147 contactos estrechos, se infectaron 132 sujetos. De estos, 126 fueron de los 2.001 contactos de sintomáticos, y los otros 6 de los 146 contactos con asintomáticos. Esto significa que la tasa de infección fue del 6.3% desde pacientes sintomáticos y del 4.1% desde pacientes asintomáticos. Asimismo, un importante estudio realizado en Italia²⁶ muestra que la infección desde un asintomático en el 75% de las veces origina un cuadro asintomático (en el 25% el cuadro es sintomático).

²⁵ EN. Perencevich, DJ. Diekema, M.B. Edmond, Moving personal protective equipment into the community: face shields and containment of COVID-19, *Jama* 323 (22) (2020) 2252–2253.

²⁶ E. Lavezzo, E. Franchin, C. Ciavarella, G. Cuomo-Dannenburg, L. Barzon, C. Del Vecchio, L. Rossi, R. Manganelli, A. Loregian, N. Navarin, D. Abate, M. Sciro, S. Merigliano, E. Decanale, M.C. Vanuzzo, F. Saluzzo, F. Onelia, M. Pacenti, S. Parisi, G. Carretta, D. Donato, L. Flor, S. Cocchio, G. Masi, A. Sperduti, L. Cattarino, R. Salvador, K.A.M. Gaythorpe, A.R. Brazzale, S. Toppo, M. Trevisan, V. Baldo, C.A. Donnelly, N.M. Ferguson, I. Dorigatti, A. Crisanti, Suppression of COVID-19 outbreak in the municipality of Vo, Italy, *medRxiv* (2020) 2020.04.17.20053157.



En la *tabla 1* se exponen los valores de los parámetros utilizados en la estimación del riesgo.

Parámetro	Valor estimado
Prevalencia de casos asintomáticos en la comunidad ^a	5.4%
Tasa de transmisión comunitaria desde asintomático	4.1%
Tasa de transmisión a personal dental con EPI desde asintomático	0.06%
Tasa de transmisión a personal dental sin EPI desde asintomático ^b	4.1%

^a: se ha considerado una tasa de positividad por PCR del 11.5% para el conjunto nacional (septiembre 2020) de los cuales el 47% serían asintomáticos

https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actualizacion_216_COVID-19.pdf

^b: se ha estimado idéntico riesgo que para transmisión comunitaria al no estar disponibles datos específicos en personal sanitario

En la *tabla 2* se exponen los datos de la estimación del riesgo en clínica dental en España, en base a los datos actuales (finales octubre 2020).

Tabla 2. Estimación del riesgo para personal dental en España.

Parámetro evaluado	Nº de pacientes vistos/día		
	n=6	n=8	n=10
Probabilidad de tener un contacto en clínica con un paciente asintomático	0,28 1:357	0.36 1:278	0.43 1:232
Probabilidad de infectarse desde un paciente asintomático sin llevar EPI	0.013 1:7690	0.017 1:5890	0.022 1: 4550
Probabilidad de infectarse desde un paciente asintomático llevando EPI	0.00013 1:544.000	0.00017 1:416.000	0.00022 1:322.000

Sin embargo, y si bien estos datos pueden ser de interés informativo, hay que tener en cuenta varias limitaciones que condicionan los resultados:

- La prevalencia real de asintomáticos en la comunidad es un dato dinámico, además de poder llegar a ser muy variable de una localidad a otra (por ejemplo, el 67% de los casos son asintomáticos en Extremadura o en la Comunidad de Madrid, mientras que en la Región de Murcia son el 31%). Ver anexo al final del documento.
- La escasez de estudios de riesgo de transmisión publicados en el ámbito dental (la mayoría proceden de ámbitos hospitalarios).



- El tipo de tratamientos realizados en la clínica (peores resultados para actividades que generan aerosoles).
- El tiempo de exposición con el paciente y la ventilación del área clínica.
- El uso adecuado de los EPIs recomendados.
- La edad del paciente (cuanto más joven, mayor probabilidad de que sea asintomático).

Por todo ello y sin bien los datos internacionales no parecen apuntar a que el riesgo de infección por COVID-19 en el ámbito laboral dental sea elevado, deben mantenerse y reforzarse todas las medidas y protocolos recomendados al objeto de minimizar este riesgo posible.

4. PREVALENCIA DE COVID-19 EN PERSONAL SANITARIO

El personal sanitario (PS) presenta un mayor riesgo de infección de COVID-19 debido a su mayor exposición y puede contribuir a la diseminación de infección en las instituciones sanitarias. Un reciente estudio realizado en Estados Unidos y en el Reino Unido estima que el riesgo para el PS es de 3.4 veces mayor que para la población general²⁷. El problema de este riesgo aumentado no solamente afecta al PS y a sus familias, sino que, como se ha comprobado en varios países, puede llegar a suponer un grave problema para el sistema sanitario debido a las innumerables bajas laborales.

Pocos países europeos reportan datos específicos referentes a su PS, como rutina de información epidemiológica. Estos son los datos disponibles en la actualidad²⁸ sobre el porcentaje de casos de COVID-19 que representa el PS sobre el total de casos en la población:

- Francia 2.2% (abril-junio 2020)
- Grecia: 7.5% (junio 2020)
- Alemania: 3.12% (julio 2020)
- Italia: 11% (mayo 2020)
- Portugal: 11.8% (mayo 2020)
- Polonia: 17% (abril 2020)

²⁷ Nguyen LH, Drew DA, Joshi AD, Guo C-G, Ma W, Mehta RS, et al. Risk of COVID-19 among frontline healthcare workers and the general community: a prospective cohort study. medRxiv. 2020:2020.04.29.20084111.

²⁸ ECDC. Epidemiology of COVID-19. <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/latest-evidence/epidemiology> (july 2020).



Se dispone de una revisión sistemática y metaanálisis²⁹ realizada entre marzo y julio del 2020 a escala internacional. De los 46 estudios incluidos, 31 se llevaron a cabo en países europeos, 9 en Estados Unidos y Canadá, y 6 en países asiáticos. La prevalencia global de COVID-19 en personal sanitario, medida a través de confirmación RT-PCR fue del 11%. El 48% de los infectados se corresponde con personal de enfermería, el 25% con personal médico y el 27% con otro tipo de personal (auxiliares, celadores, conductores ambulancia, etc.). La prevalencia global medida con test de anticuerpos fue del 7% (28 estudios independientes). El estudio muestra que el 40% de los casos fueron asintomáticos o con sintomatología muy leve. El 5% desarrolló una forma severa de COVID-19 y la mortalidad fue del 0.5% entre el personal sanitario.

La situación específica en España

Como es bien conocido, nuestro país no ha sido una excepción en cuanto a mayor riesgo de contagio en el personal sanitario. A fecha 10 de mayo del 2020, de los 250.273 casos de COVID-19 confirmados en España, 40.961 se correspondían con personal sanitario (16.4%). Hasta esa fecha, el 10.5% del personal afectado requirió de hospitalización, el 1.1% fue admitido en UCI y el 0.1% falleció³⁰.

Desde el 11 de mayo hasta el 14 de octubre se han detectado 16.351 nuevos casos entre el personal sanitario, de modo que, de manera global, el personal sanitario agrupa en torno al 7-8% del total de casos en España.³¹

5. PREVALENCIA DE COVID-19 EN PERSONAL DENTAL

Así como la información relativa a prevalencia de COVID-19 entre el personal sanitario global es relativamente abundante, desgraciadamente a fecha de hoy no ocurre lo mismo en cuanto a la prevalencia específica entre el personal dental. Los datos son sumamente escasos en la actualidad, aunque diversas Organizaciones Dentales Internacionales, así como el CED (Consejo Europeo de Dentistas) están en una fase de recopilación de datos declarados en los respectivos países. Asimismo, en estos momentos, los CDC junto a la OMS

²⁹ Rojas I, Echevarria LE, Muka T. COVID-19 in Healthcare Workers: A Living Systematic Review and Meta-analysis of Prevalence, Risk Factors, Clinical Characteristics, and Outcomes. American Journal of Epidemiology; sep 2020. DOI: 10.1093/aje/kwaa191

³⁰ RENAVE. Análisis de los casos de COVID-19 en personal sanitario notificados a la RENAVE hasta el 10 de mayo en España

³¹ Ministerio de Sanidad de España. Comunicación 15 octubre 2020.



están llevando a cabo un amplio estudio de prevalencia de COVID-19 en personal dental en diferentes países del mundo, con tasas de prevalencia variables³².

En la siguiente tabla 3 se sintetiza la información disponible hasta el momento en relación con prevalencia de COVID-19 en personal dental³³⁻³⁹.

Tabla 3. Resumen de estudios de prevalencia COVID-19 en personal dental

País	Tipo información	Tamaño muestral	Prevalencia	Fuente
Estados Unidos	Encuesta a dentistas	2195	0,9% (PCR)	Ref 33
Italia	Estudio en clínicas dentales públicas	ND	0,9% (PCR)	Ref 34
Austria	Base de datos dentistas	ND	1% (PCR)	Ref 35
Finlandia	Base de datos dentistas	ND	No COVID-19 detectado	Ref 35
Portugal	Encuesta a dentistas	ND	0,5% (método?)	Ref 35
Países Bajos	Encuesta personal sanitario (incluye dentistas)	ND	0,9% (PCR)	Ref 36
China	Hospital Dental Universitario Wuhan	1098	0.8% (PCR)	Ref 37
España	Encuesta a dentistas (mayo 2020)	1738	1,4% (PCR) 1,6% (test rápidos)	Ref 38
España	Encuesta a dentistas (septiembre 2020)	2200	1,6% (PCR)	Ref 39

³² Campus G et al. Study Protocol for an Online Questionnaire Survey on Symptoms/Signs, Protective Measures, Level of Awareness and Perception Regarding COVID-19 Outbreak among Dentists. A Global Survey. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2020, 17, 5598; doi:10.3390/ijerph17155598

³³ Estrich CG et al. Estimating COVID-19 prevalence and infection control practices among US dentists. *JADA*; oct 2020 (en prensa)

³⁴ Nardone M, Cordone A, Peeti S. Occupational COVID-19 risk to dental staff working in a public dental unit in the outbreak epicentre. *Oral Diseases*. 2020; 00:1–13. DOI: 10.1111/odi.13632

³⁵ CED. Survey 19th. COVID-19 Overview of national measures affecting dentists in CED countries

³⁶ Kluytmans-van den Bergh MF et al. Prevalence and Clinical Presentation of Health Care Workers With Symptoms of Coronavirus Disease 2019 in 2 Dutch Hospitals During an Early Phase of the Pandemic. *JAMA Network Open*. 2020;3(5):e209673. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.9673

³⁷ Meng L, Hua F, Bian Z. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): Emerging and Future Challenges for Dental and Oral Medicine. *J. Dent Res*, 2020; DOI: 10.1177/0022034520914246 journals.sagepub.com/home/jdr

³⁸ Consejo General de Dentistas de España. <https://www.consejodentistas.es/comunicacion/actualidad-consejo/notas-de-prensa-consejo/item/1822-9-de-cada-10-dentistas-se-ha-reincorporado-a-su-actividad-de-forma-habitual-durante-la-fase-de-desescalada-por-la-covid-19.html>

³⁹ Consejo General de Dentistas de España. <https://www.consejodentistas.es/comunicacion/actualidad-consejo/notas-de-prensa-consejo/item/1854-la-prevalencia-de-covid-19-entre-los-dentistas-espanoles-es-mas-baja-que-en-la-poblacion-general.html>



6. CONCLUSIONES

Según la información disponible hasta el momento, se deduce que:

- 1) El riesgo de infección COVID-19 parece ser más bajo para el personal dental, comparativamente al descrito para el resto del personal sanitario.
- 2) El riesgo de infección COVID-19 entre el personal dental no parece ser superior al de la población general. Más bien, los escasos datos disponibles apuntan a que el riesgo de contagio en el ámbito laboral dental podría ser inferior al encontrado en población general.
- 3) Probablemente, las medidas de protección que los dentistas venían adoptando desde hace años, entre otros motivos, por la escasa distancia profesional existente con el paciente y la aparición de la epidemia VIH/SIDA, están permitiendo que el ejercicio profesional dental sea razonablemente seguro.
- 4) No obstante, el riesgo no es nulo y deben seguirse las recomendaciones y protocolos emanados de las diferentes instituciones nacionales.



7. ANEXO

Estimación de riesgo de contacto con asintomático para personal dental por comunidad o ciudad autónoma (Actualizado 27 octubre 2020)

COMUNIDAD	RIESGO DE CONTACTO CON ASINTOMÁTICO	1/nº pacientes vistos
ANDALUCIA	0.53	1: 189
ARAGÓN	0.59	1: 169
ASTURIAS	0.18	1: 555
BALEARES	0.23	1: 435
CANARIAS	0.11	1: 909
CANTABRIA	0.26	1: 384
CASTILLA-LEÓN	0.64	1: 156
CASTILLA-LA MANCHA	0.47	1: 213
CATALUÑA	0.39	1: 256
CEUTA	0.78	1: 128
EXTREMADURA	0.51	1: 196
GALICIA	0.36	1: 278
MADRID	0.46	1: 217
MELILLA	0.71	1: 141
MURCIA	0.35	1: 286
NAVARRA	0.42	1: 238
PAÍS VASCO	0.27	1: 370
LA RIOJA	0.23	1: 435
COM.VALENCIANA	0.39	1: 256

Como puede observarse, con las cifras actuales de COVID-19 (finales octubre 2020) el menor riesgo de contacto con un paciente asintomático en consulta dental se localiza en Canarias (probabilidad de 1 contacto de cada 909 pacientes atendidos) detectándose el mayor riesgo para las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla (1 contacto cada 130-140 pacientes atendidos).

CONSEJO GENERAL DE DENTISTAS



Calle Alcalá 79, 2º
28009 Madrid



914 264 410



info@consejodentistas.es
www.consejodentistas.es



**CONSEJO
DENTISTAS**

ORGANIZACIÓN COLEGIAL
DE DENTISTAS
DE ESPAÑA