SERVICIO ANDALUZ DE SALUD
Consejería de Salud y Familias

SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES SOBRE COVID-19 EN LA ATENCIÓN DE SALUD BUCODENTAL HOSPITALARIA Y EN ATENCIÓN PRIMARIA

Abril 2020

Autores: (Orden alfabético)

- **José Antonio Coello Suanzes**. Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. Doctor en Odontología. Prof. Asociado de Odontología Preventiva y Comunitaria. Servicio de Cirugía Maxilofacial y Odontología del Hospital Universitario Virgen Macarena (Sevilla)

- **Alfonso García Palma**, Licenciado en Odontología y Diplomado en Enfermería. Dentista de Atención Primaria. Director de Unidad de Salud Bucodental de Aljarafe y Sevilla Norte. Servicio Andaluz de Salud.

- **Borja Gómez Vidal**, Licenciado en Odontología, Máster en Odontopediatría. Servicio de Cirugía Maxilofacial y Odontología del Hospital Universitario Virgen Macarena (Sevilla)

- **Emilio Lledó Villar**, Doctor en Medicina y Cirugía. Especialista en Estomatología. Servicio de Cirugía Maxilofacial y Odontología del Hospital Universitario Virgen Macarena (Sevilla)

- **Juan Antonio Márquez Rodríguez,** Licenciado en Odontología. Máster en Salud Pública Oral. Dentista de Atención Primaria. Director de la Unidad Clínica de Salud Bucodental intercentros de los Distritos Sanitarios Huelva-Costa y Condado-Campiña.

- **Fernando de Marco Pérez,** Licenciado en Medicina y Cirugía. Medicina Familiar. Especialista Estomatología. Dentista de Atención Primaria. Servicio Andaluz de Salud. Colaborador Investigador Instituto Biomedicina Sevilla.

- **Lucila Rodríguez-Armijo Sánchez**, Doctora en Medicina y Cirugía. Especialista en Estomatología. Dentista de Atención Primaria. Servicio Andaluz de Salud. Directora en funciones de la Unidad de Salud Bucodental del Distrito Sanitario Sevilla.

- **Manuel F. Vigo Martínez**, Doctor en Medicina y Cirugía. Especialista en Estomatología. Profesor Asociado Medicina Bucal. Universidad de Sevilla. Dentista de Atención Primaria. Distrito Sanitario Sevilla. Servicio Andaluz de Salud.

INTRODUCCIÓN

En diciembre de 2019 se observaron una serie de casos de neumonía en la ciudad de Wuham (República Popular China), donde se relacionó con una exposición conjunta de personas en un mercado de alimentos de consumo animal. El 7 de Enero de 2020, las autoridades chinas identificaron como agente patógeno un nuevo virus de la familia *Coronaviridae* denominándose posteriormente SARS-CoV-2. La OMS según consenso internacional denominó a esta nueva enfermedad COVID-19 (enfermedad infecciosa por coronavirus-19). La secuencia genética fue compartida por las autoridades chinas el 12 de enero de 2020. La OMS el 11 de marzo de 2020 fue reconocida COVID-19 como una pandemia global.

En la actualidad durante este período de pandemia, la actividad odontológica en los servicios de Atención Primaria, ha quedado reducida exclusivamente a la atención de las urgencias bucodentales en los gabinetes odontológicos, ya sea de forma presencial o por medio de la comunicación telefónica. Esta situación ha limitado la mayor parte de nuestra asistencia odontológica disminuyendo en un 90% nuestra práctica habitual, potenciado por la campaña de "Quédate en casa" y el consiguiente temor de contagio por parte de la población al acudir al centro sanitario. Por consiguiente, es fácil de prever que cuando cese el estado de alarma sanitaria y nos situemos en un período más favorable o de transición de la pandemia, se pueda observar un considerable aumento de consultas y patologías relacionadas con nuestra actividad odonto/estomatológica.

Desde el punto de vista epidemiológico podemos distinguir cuatro factores principales que determinan la transmisión del SARS-CoV-2:

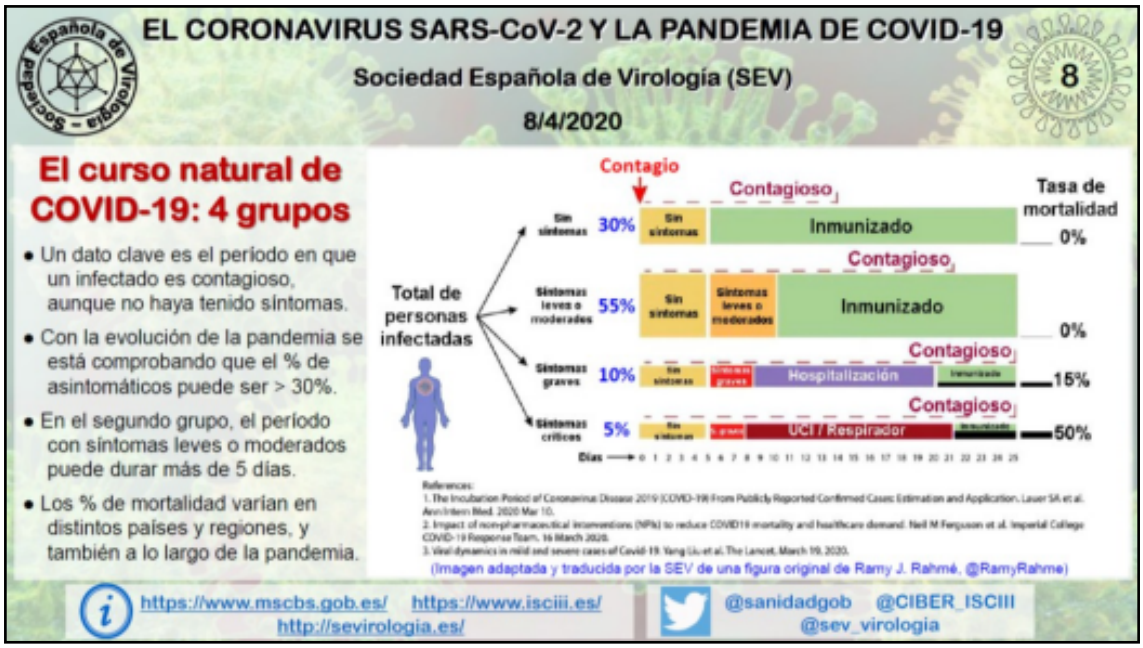
1. Población **susceptible**
2. Población **infectada**
3. Número de **contactos diarios**
4. **Probabilidad de contacto efectivo**

Relacionado con la **población susceptible,** por desconocerse la existencia de algún tipo de inmunidad previa frente al virus o de una vacuna posible, la totalidad de la población se

reconoce como expuesta. Por tanto en la actualidad las medidas encaminadas a combatir la pandemia por esta vía, no han sido posibles.

En cuanto a la estimación del número real de **población infectada**, existen dificultades intrínsecas al tratarse de una pandemia por una enfermedad infecciosa respiratoria. (Cuadro 1). Esta situación, junto con la saturación de los Servicios de Vigilancia Epidemiológica, ha conducido hacia una estrategia de vigilancia similar a la de la gripe: declaración individual de los casos graves confirmados (principalmente hospitalizados) y la propuesta de la utilización de las Redes de Médicos Vigías o Centinela.

A su vez, con el fin de incidir en los dos últimos factores señalados, las principales medidas de intervención de Salud Pública han estado dirigidas a reducir el número de **contactos diarios** y la **probabilidad de contacto efectivo** con personas infectadas.



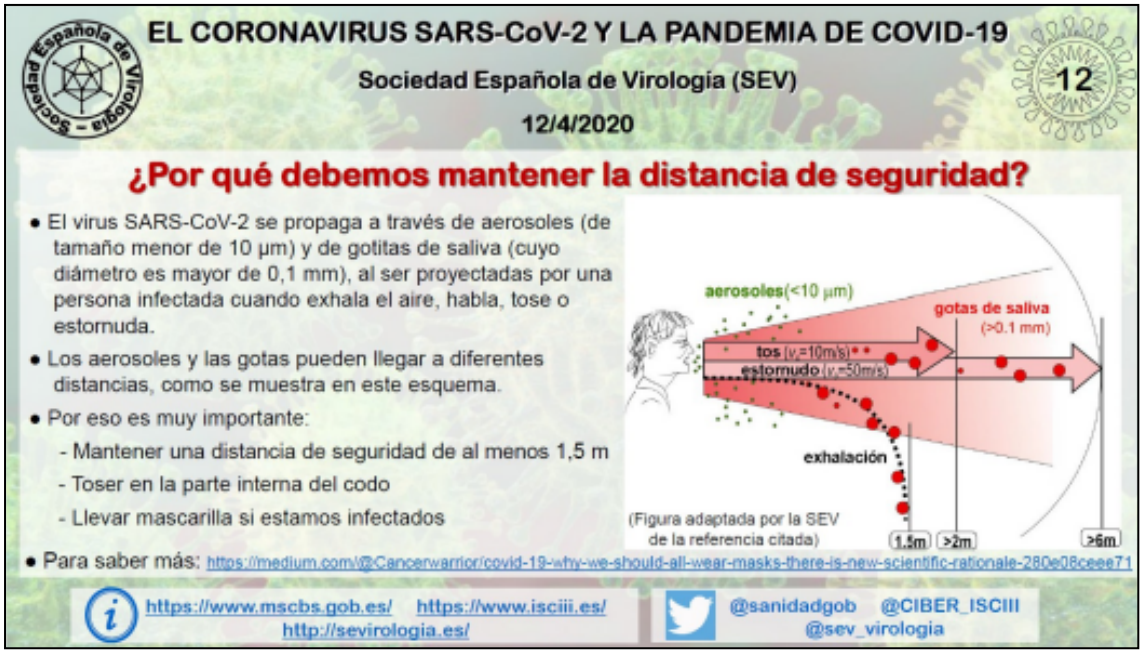
Cuadro 1. *Tomado de la sociedad española de virología (SEV). 2020.*

Desde la perspectiva odontológica en los servicios de Atención Primaria, esto se ha traducido en el cese de toda actividad normal, solo atendiendo las urgencias o consultas no demorables, potenciándose en la medida de lo posible, las consultas no presenciales (telefónica) aunque en determinadas ocasiones, la presencia física del profesional en el gabinete dental, era imprescindible, pero con una importante serie de limitaciones. Dentro de este contexto, es necesario prepararse paralelamente para el periodo posterior a la crisis creada por la pandemia, ya que como referimos al principio, la reducción de la actividad normal está siendo muy importante y una vez finalizado el estado de alarma sanitaria, será

necesario atender muchas consultas y tratamientos odontológicos, que por el momento, se está tratando parcialmente de forma farmacológica.

Si analizamos las vías de transmisión: Todos los estudios hasta la actualidad han confirmado las siguientes vías de transmisión:

- A través de gotículas respiratorias (gotas de Flügge) con el estornudo, la tos…
- Contacto directo: manos o fómites contaminados y posterior contacto con la mucosa (boca, nariz, ojos)
- Hipótesis reciente por medio de micropartículas durante el habla, pudiendo permanecer determinado tiempo suspendidas en el aire (Cuadro 2).
- Posibilidad mediante la vía fecal-oral.



Cuadro 2.- *Tomado de la sociedad española de virología (SEV). 2020.*

El contagio se produce de persona a persona y la permanencia del virus en las distintas superficies agrava ese efecto. El periodo de incubación promedio es de aproximadamente 5-6 días, aunque existe evidencia científica de que en algunos casos se ha prolongado hasta los 14 días. Hay que tener en cuenta que muchos pacientes son asintomáticos o presentan una sintomatología muy leve, dato especialmente relevante en niños a partir del año y medio hasta los 17 años.

Los pacientes infectados asintomáticos constituyen un problema muy importante para la propagación de la enfermedad. En la práctica dental y durante este periodo pandémico o inmediato posterior, debemos contar con la posibilidad de que cualquier persona, bien con síntomas o sin ellos, puede ser un transmisor potencial del virus.

MECANISMOS DE TRANSMISIÓN DEL VIRUS

Las rutas de transmisión comunes de este agente infeccioso incluyen transmisión directa (tos, estornudos e inhalación de gotas) y transmisión de contacto (contacto con oral, nasal, y mucosas oculares). Aunque las manifestaciones clínicas comunes de la nueva infección por coronavirus no incluyen síntomas oculares, el análisis de muestras conjuntivales de casos confirmados y casos sospechosos de COVID-19 sugieren que la transmisión no se limita al tracto respiratorio, y que la exposición de los ojos puede proporcionar una forma efectiva para que el virus ingrese al organismo. Igualmente todavía no se descarta la transmisión fecal pero deben hacerse más estudios que acrediten esta vía. La infección por estos patógenos, independientemente de la ruta de transmisión que sigan, requiere la presencia de una serie de condiciones comúnmente conocidas como "cadena de infección". En primer lugar debe existir un huésped susceptible que es el que va a ser infectado; el microorganismo patógeno ha de estar en cantidad y virulencia suficientes para poder causar la infección; y en último lugar debe haber una puerta de entrada que permita a este microorganismo ponerse en contacto con el huésped susceptible.

1. Modos directos
    a. Contacto directo: una persona puede transmitir el virus en contacto piel a piel o en contacto de superficies, suelo etc…
    b. Propagación por gotículas: los virus se encuentran en los aerosoles de tamaño intermedio, de 5 micras, que se producen al estornudar o toser conocidas como gotas de Pflügge. Son capaces de transmitirse hasta 2 metros de distancia.
2. Modos indirectos
    a. Contacto indirecto: en reservorios del virus

b. Transmisión por el aire: unidas al polvo o en gotículas suspendidas en el aire

c. Vehículos: cualquier elemento que este contaminado

d. Vectores: animales que porten el virus

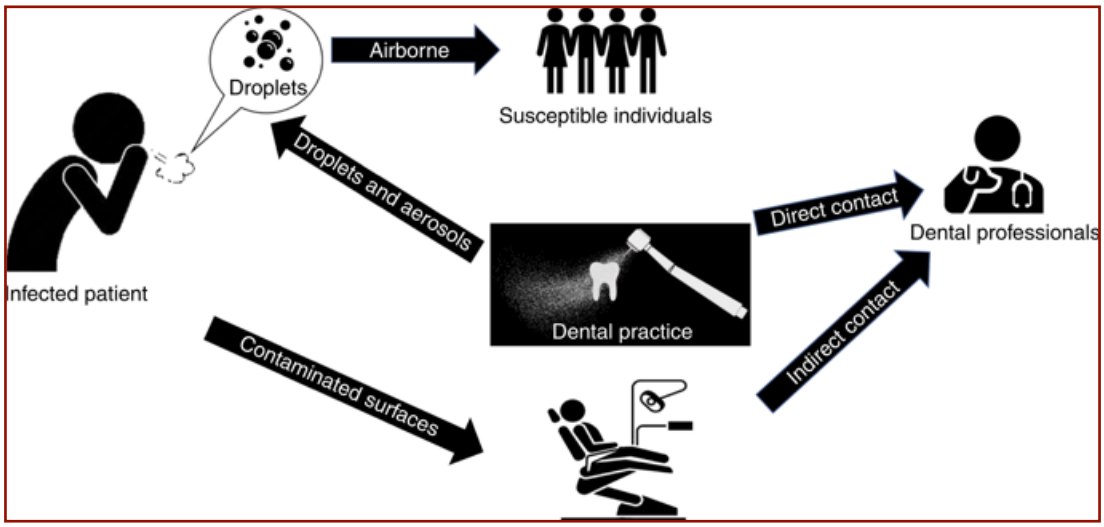


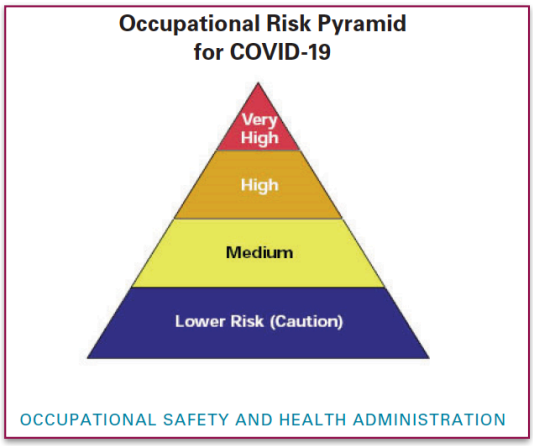
Ilustración sobre las rutas de transmisión del coronavirus en clínicas dentales y hospitales (Fuente: Peng X et Al. Transmisión routes of 2019-nCoV and controls in dental practice. Int J Oral Sci. 2020.

La permanencia del SARS-CoV-2 viable en superficies de cobre son 4 horas, cartón 24 horas, acero inoxidable 48 horas, y plástico 72 horas cuando se mantiene a 21º/23º grados centígrados y con 40% de humedad relativa. En otro estudio, a 22º grados centígrados y 60% de humedad, se deja de detectar el virus tras 3 horas sobre superficie de papel (de imprimir o pañuelo de papel), de 1 a 2 días cuando lo aplican sobre madera, ropa o vidrio y más de 4 días cuando se aplica sobre acero inoxidable, plástico, billetes de dinero y mascarillas quirúrgicas. Se ha determinado en aerosoles la viabilidad del virus durante tres horas, con una semivida media de 1,1 horas. Estos resultados son similares a los obtenidos con el SARS-CoV-1. Del mismo modo, se ha podido detectar también en algunas muestras de aire en dos hospitales de Wuhan, a diferentes concentraciones.

CLASIFICACIÓN DE RIESGOS DE TRANSMISIÓN DEL SARS-CoV-2 EN ODONTOLOGÍA

Los profesionales de la odontología en su práctica clínica habitual están expuestos a gran variedad de microorganismos. La aparición de este nuevo agente infeccioso (SARS-CoV-2) en diciembre de 2019, ha supuesto un reto para todos los profesionales de la salud oral en cuanto al control de la transmisión de la enfermedad. Los dentistas forman parte de un grupo de profesionales sanitarios que presentan unos de los mayores índices de exposición al virus, lo cual representa un alto riesgo de contagio personal además de favorecer la contaminación cruzada a los pacientes. Entre los factores implicados que pueden justificar estas premisas, podemos referir la exposición continua por su proximidad a la cavidad oral del paciente y su saliva, así como la producción de aerosoles por las terapéuticas realizadas tanto con ultrasonidos como con el instrumental rotatorio. Estudios recientes han comprobado que el virus puede fijarse y reproducirse en las células epiteliales de la mucosa lingual sirviendo esta misma como un reservorio y foco de infección de esta enfermedad. Esto nos lleva a poder realizar una clasificación de riesgo de transmisión según el tipo de procedimiento a realizar:

Intervenciones de alto riesgo:



Son consideradas intervenciones de mayor riesgo todas aquellas que generan aerosoles. Podemos incluir dentro de este grupo todo procedimiento terapéutico que requiera del uso de instrumental rotatorio o de ultrasonidos (exodoncias con odontosección, exodoncias de cordales que requieran ostectomías, tallados para prostodoncia, obturaciones, tratamientos implantológicos, tartrectomías, algunas fases de ortodoncia, retirada de brackets y pulidos, etc). Todos estos procedimientos requerirán una máxima protección.

Intervenciones de riesgo reducido:

Son consideradas intervenciones de menor riesgo todas aquellas en las que no se generan aerosoles aunque haya contacto con el paciente o con su saliva. Dentro de este grupo estarían incluidos la exploración clínica, la aplicación de flúor u otros procedimientos

preventivos que no requieran de spray de aire y agua, los procedimientos de ortodoncia (salvo retirada brackets y pulido), muchos procedimientos de prostodoncia (por ejemplo, toma de impresiones con materiales de impresión o digitales) o algunos actos quirúrgicos, como exodoncias simples al no generar aerosoles.

Intervenciones de riesgo muy reducido o bajo:

Son consideradas intervenciones de riesgo muy reducido, aquellas donde no haya contacto con el paciente ni con sus fluidos. Podemos incluir dentro de este grupo las consultas de telemedicina, renovación de medicación en tratamientos crónicos, derivaciones a otras especialidades o solicitud de pruebas diagnósticas.

Siguiendo esta clasificación se podrán determinar que tipos de equipos de protección frente al coronavirus serían necesarios (Cuadro 3)

Cuadro 3.- *Tomado del Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Cataluña. Autora Nuria Campo Barrau.*

DESCRIPCIÓN DE UN EQUIPO DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPI)

De acuerdo a lo establecido en el Real Decreto 773/1997, el equipo deberá estar certificado en base al Reglamento (UE) 2016/425 relativo a los equipos de protección individual, lo cual queda evidenciado por el marcado CE de conformidad.

Por otra parte, cuando productos como, por ejemplo, guantes o mascarillas, estén destinados a un uso médico con el fin de prevenir una enfermedad en el paciente, deben estar certificados como productos sanitarios (PS) de acuerdo a lo establecido en el Real Decreto 1591/2009, por el que se regulan los mismos.

Un mismo producto, para el que se requiera un doble fin, debe cumplir simultáneamente con ambas legislaciones. Es el caso de los guantes o mascarillas de uso dual.

De forma general, la recomendación es utilizar EPI desechables, o si no es así, que puedan desinfectarse después del uso, siguiendo las recomendaciones del fabricante.

Los EPI deben escogerse de tal manera que se garantice la máxima protección con la mínima molestia para el usuario y para ello es crítico escoger la talla, diseño o tamaño que se adapte adecuadamente al mismo.

La correcta colocación de los EPI es fundamental para evitar posibles vías de entrada del agente biológico; igualmente importante es la retirada del equipo para evitar el contacto con zonas contaminadas y/o dispersión del agente infeccioso. A continuación, se describen los EPI que podrían ser necesarios, así como las características o aspectos de los mismos que pueden ser destacables en el entorno laboral que nos ocupa. (Cuadro 4)

Protección respiratoria

La protección respiratoria generalmente recomendada para el personal sanitario que pueda estar en contacto a menos de 2 metros con casos en investigación o confirmados, es una mascarilla autofiltrante tipo **FFP2** o media máscara provista con filtro contra partículas P2. La sociedad española de medicina de urgencias y emergencias sanitarias (SEMES), aconseja las de tipo **FFP3** cuando se realiza tratamientos con aerosoles. En caso de escasez de equipos de protección, el personal sanitario tendrá que valorar los riesgos y la procedencia de suspender el tratamiento previsto.

Los equipos de protección respiratoria deben quitarse en último lugar, tras la retirada de otros componentes como guantes, batas, etc.

Guantes de protección

Los guantes de protección deben cumplir con la norma UNE-EN ISO 374.5:2016.

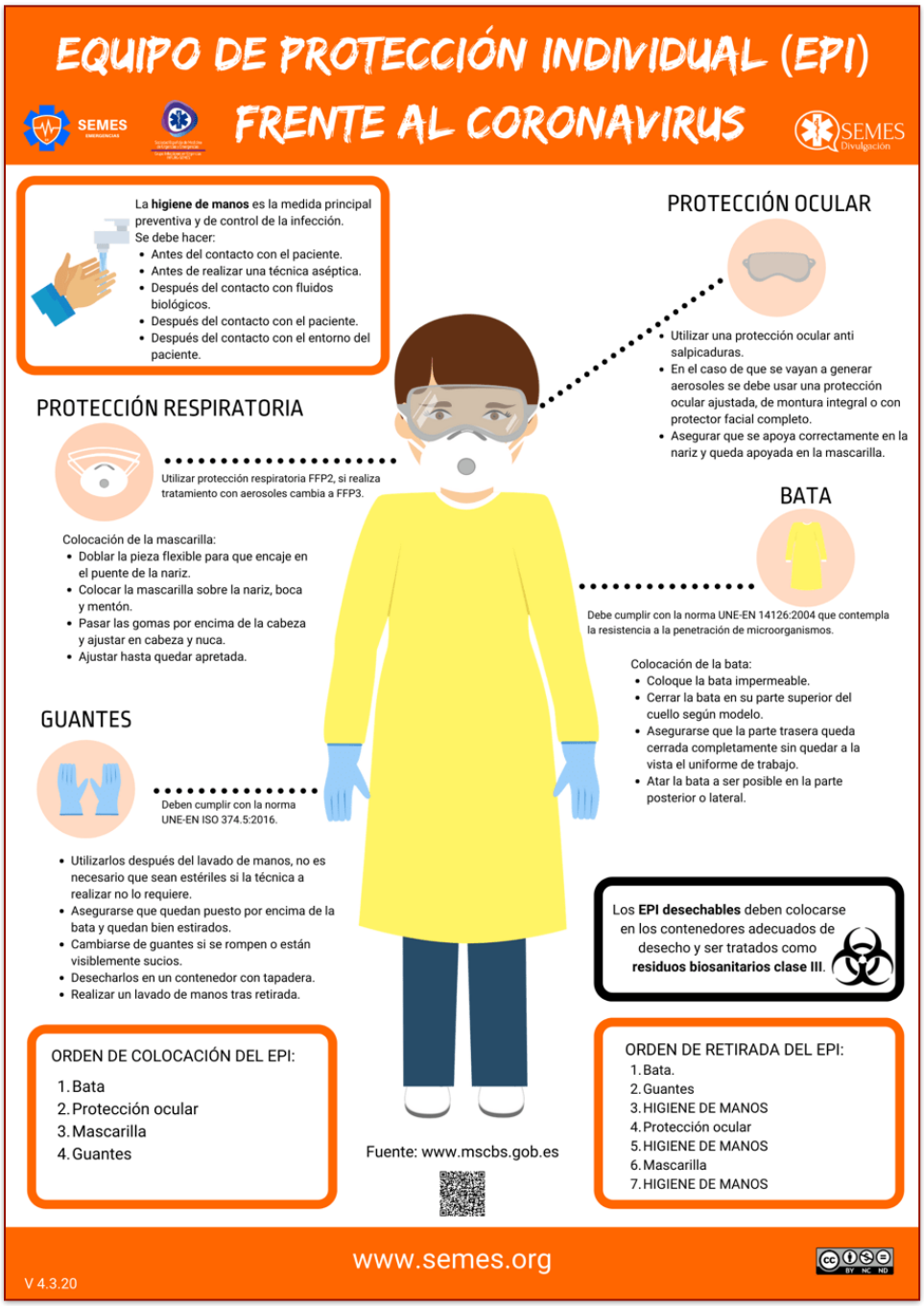
Ropa de protección

En lo relativo a la ropa, es necesaria la protección del uniforme del trabajador de posibles salpicaduras de fluidos biológicos o secreciones procedentes de la persona sintomática a la que examina o trata. Este tipo de prenda (EPI), debe cumplir con la norma UNE-EN 14126:2004 que contempla ensayos específicos de resistencia a la penetración de microorganismos. Puede ofrecer distintos niveles de hermeticidad tanto en su material como en su diseño, cubriendo parcialmente el cuerpo como batas, delantales, manguitos, polainas, etc., o el cuerpo completo. En la designación, se incluye el Tipo y la letra B (de Biológico). En caso de que sea necesario protección adicional en alguna zona, como cierta impermeabilidad, también puede recurrirse a delantales de protección química que cumplen con la norma UNE-EN 14605:2009, denominados Tipos PB [3] y PB [4] (PB procede de "Partial Body") que, aunque no sean específicamente de protección biológica, pueden ser adecuados para el uso de protección contra salpicaduras o para complementar una bata que no sea un EPI.

Es recomendable que la ropa de protección biológica sea desechable ya que presenta la ventaja de que al eliminarse se evitan fuentes de posible contagio, que pudieran aparecer en el caso de que la desinfección del equipo no se realizase correctamente. Se debe usar protección ocular cuando haya riesgo de contaminación de los ojos a partir de salpicaduras o gotas (por ejemplo: sangre, fluidos del cuerpo, secreciones y excreciones). Los protectores oculares certificados en base a la norma UNE-EN 166:2002 para la protección frente a líquidos pueden ser mediante gafas integrales frente a gotas o pantallas faciales para salpicaduras, en el caso de las gafas lo que se evalúa es la hermeticidad del protector o la zona de cobertura del mismo como en el caso de la pantalla facial.

Se recomienda siempre protección ocular durante los procedimientos de generación de aerosoles. Cuando sea necesario el uso conjunto de más de un equipo de protección individual, debe asegurarse la compatibilidad entre ellos, lo cual es particularmente

importante en el caso de la protección respiratoria y ocular simultánea, para que la hermeticidad de los mismos y por tanto su capacidad de proteger no se vea mermada.



Cuadro 4. *Tomado de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias Sanitarias*

¿CÓMO PONERSE LOS EPIs?

1. HIGIENE DE MANOS

* Lavarse bien las manos con agua y jabón (mínimo 40 segundos) y proceder a desinfección con solución o gel hidroalcohólico

2. BATA DE PROTECCIÓN

* Colocarse la bata
* La bata debe cubrir:
  - desde cuello hasta rodillas
  - brazos y antebrazos hasta muñecas
* ★ Amarrar en cuello y cintura

3. MASCARILLA

* Colocarse la mascarilla
* Apretar y ajustar a nivel de nariz
* Ajustarla bien debajo del mentón

4. COMPROBACIÓN DE AJUSTE

* Comprobar el ajuste
* Comprobar que está bien sellada

5. PROTECCIÓN OCULAR

* Colocarse la protección ocular
* Ajustar bien gafas o visera

6. GORRO

* Recogerse el pelo
* Colocarse el gorro

7. GUANTES

* Friccionarse bien las manos con solución o gel hidroalcohólico
* Colocarse los guantes cubriendo la bata a nivel de las muñecas

* **Mantener las manos lejos de la cara**
* **Evite tocar superficies**
* **Todo EPIs deteriorado o mojado debe cambiarse**

CONSEJO DENTISTAS
ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE DENTISTAS DE ESPAÑA

Cuadro 5. *Tomado del Consejo de Dentistas de España*

¿CÓMO QUITARSE LOS EPIs?

Existen muchos protocolos para retirar los EPIs sin contaminar las mucosas. Esta etapa es de alto riesgo de contaminación y requiere de gran atención.

1. BATA DE PROTECCIÓN

Retirar la bata procurando no tocar la ropa de debajo

2. GUANTES

* El exterior del guante está contaminado
* Retirar un primer guante sin tocar parte exterior
* Mantener el guante retirado en la otra mano y retirar el segundo guante

3. HIGIENE DE MANOS

Friccionarse bien las manos con solución o gel hidroalcohólico (20-30 segundos)

4. PROTECCIÓN OCULAR

Retirar las gafas sujetándolas de las patillas

5. GORRO

Retirar el gorro por la parte de atrás

6. MASCARILLA

Retirar la mascarilla aflojando la sujeción por la parte de atrás

7. HIGIENE DE MANOS

* Lavarse bien manos con agua y jabón (mínimo 40 segundos
* Friccionarse bien las manos con solución o gel hidroalcohólico (20-30 segundos)

* **Tirar los EPIs en contenedor apropiado**
* **Lavar y desinfectar las gafas y volver a usar solución hidroalcohólica**

CONSEJO DENTISTAS
ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE DENTISTAS DE ESPAÑA

Cuadro 6. *Tomado del Consejo de Dentistas de España*

Medidas higiénicas generales: lavado de manos y desinfección con gel hidroalcohólico

Desde el principio de la pandemia, se viene insistiendo en la enorme relevancia que tiene un adecuado lavado de manos con agua y jabón, seguido de una desinfección con un gel o solución hidroalcohólica. En los cuadros 7 y 8 se repasa la secuencia de ambos procedimientos según las recomendaciones de la OMS.

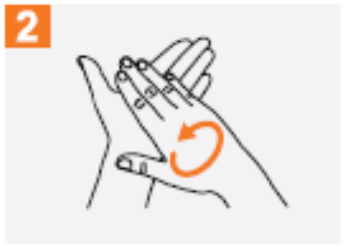
Cuadro 7. OMS 2010

¿Cómo desinfectarse las manos?

¡Desinféctese las manos por higiene! Lávese las manos solo cuando estén visiblemente sucias

Duración de todo el procedimiento: 20-30 segundos

Deposite en la palma de la mano una dosis de producto suficiente para cubrir todas las superficies;



Frótese las palmas de las manos entre sí;

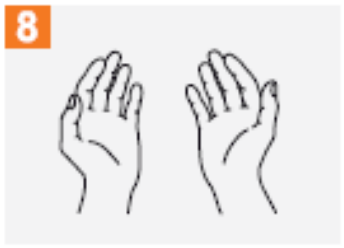
Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa;

Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados;

Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos;

Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa;

Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa;



Una vez secas, sus manos son seguras.

Organización Mundial de la Salud | Seguridad del Paciente
UNA ALIANZA MUNDIAL PARA UNA ATENCIÓN MÁS SEGURA

SAVE LIVES
Clean Your Hands

La Organización Mundial de la Salud ha tomado todas las precauciones razonables para comprobar la información contenida en este documento. Sin embargo, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ya sea expresa o implícita. Compete al lector la responsabilidad de la interpretación y del uso del material. La Organización Mundial de la Salud no podrá ser considerada responsable de los daños que pudiera ocasionar su utilización.
La OMS agradece a los Hospitales Universitarios de Ginebra (HUG), en particular a los miembros del Programa de Control de Infecciones, su participación activa en la realización de este material.

Organización Mundial de la Salud, Octubre 2010

Cuadro 8. OMS 2010

ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO

En la fase de transición hacia la normalidad y atendiendo a las recomendaciones del Consejo General de Odontólogos de España, deberemos de diferenciar tres fases en los tratamientos de los pacientes:

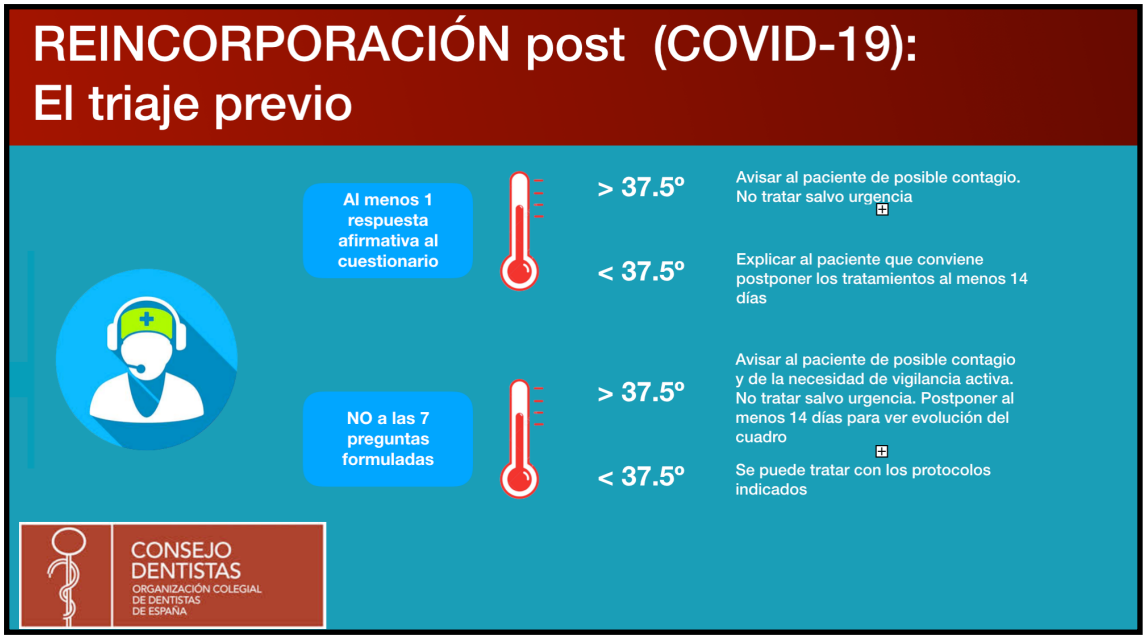
1. Antes de los cuidados
2. Durante los cuidados
3. Después de los cuidados

ANTES DE LOS CUIDADOS

Cuestionario al paciente al pedir cita (triaje telefónico)

En las primeras fases de reincorporación se continúa aconsejando realizar un triaje previo telefónico cuando el paciente llame para solicitar una cita. Si se presenta directamente en la clínica para solicitar la cita (no deseable) se procederá de idéntica manera. Este proceso nos permite seleccionar, a través de un cuestionario sencillo, qué pacientes pueden a priori presentar mayores riesgos y adoptar el protocolo convenido. Debe investigarse por teléfono la presencia de alguno o algunos de los siguientes síntomas: temperatura por encima 37,5ºC, tos seca, dolor faríngeo, congestión nasal, fatiga, dolor de cabeza, mialgia, hipogeusia, anosmia, diarrea y molestias digestivas o malestar general. La presencia de estos signos o síntomas con temperatura elevada, debe llevar a advertir al paciente de un posible contagio para que lo comunique de inmediato a su médico. Ante la presencia de signos, aún con temperatura normal, indicar al paciente que es preferible demorar los tratamientos hasta transcurridos 14 días al menos desde la desaparición de los mismos (salvo urgencias que deben ser atendidas) y recomendar al paciente que acuda a su médico de familia para que valore su diagnóstico definitivo. Se procederá de idéntica manera con los pacientes que acudan a la clínica directamente explicándoles claramente las razones de estas medidas.

- **¿Tiene fiebre o la ha tenido en los últimos 14 días (temperatura > 37, 5º)?**
- **¿Ha tenido tos o cualquier otro signo respiratorio en los últimos 14 días?**
- **¿Ha tenido o tiene diarrea u otras molestias digestivas en los últimos 14 días?**
- **¿Tiene o ha tenido sensación de mucho cansancio o malestar en los últimos 14 días?**
- **¿Ha notado una pérdida del sentido del gusto o del olfato en los últimos 14 días?**
- **¿Ha estado en contacto o conviviendo con alguna persona sospechosa o confirmada de coronavirus?**
- **¿Ha pasado la enfermedad del COVID-19?**
- **En caso de haber pasado la enfermedad, ¿sigue usted en cuarentena?**



Instrucciones al paciente antes de venir a clínica (acompañantes, puntualidad, vestimenta)

El paciente en caso de darle cita, debe ser informado sobre varios extremos:

- Debe acudir a la clínica sólo sin acompañante (a no ser que se trate de un menor o persona con necesidad de ayuda, en cuyo caso se aceptará a un único acompañante).
- Debe retirarse pulseras, collares o pendientes al haberse demostrado que el coronavirus permanece sobre superficies metálicas durante días
- Debe llegar a la hora pactada (no mucho antes para evitar esperas innecesarias)
- Debe saber que, al llegar a la clínica se le dará una serie de instrucciones y se le pedirá que se frote las manos con un gel hidroalcohólico durante 20 segundos.
- Debe conocer que, en el hipotético caso de cruzarse con otro paciente en la consulta, debe mantener una distancia de al menos 2 metros.

DURANTE LOS CUIDADOS

Antes de que pase el paciente al gabinete odontológico:

- ✓ Planificar de antemano en la medida de lo posible, lo que se le vaya a realizar al paciente. Esta planificación permite organizar el material e instrumental estrictamente necesario, así como preparar el EPI necesario.
- ✓ Colocarse el EPI.
- ✓ No tener a la vista material o instrumental que no se vaya a utilizar. Tenerlos bien guardados en cajoneras cerradas para evitar posible contaminación viral cruzada.

- ✓ Limitar al máximo aparatología y material encima de los muebles para facilitar la posterior limpieza y desinfección de superficies.
- ✓ La colocación de film plástico o de aluminio en determinadas áreas (las consideradas de mayor riesgo de salpicadura o aerosoles) puede ser de utilidad. Todas las zonas de contacto habitual del equipo (agarradera de lámpara del sillón, asa de bandeja del equipo, zona de botones del equipo, etc.) deberán cubrirse con film plástico (o papel de aluminio) entre paciente y paciente.
- ✓ El trabajo a 4 manos puede facilitar el control de la infección.
- ✓ Se recomienda colocar cubrezapatos desechables al paciente justo antes de pisar el área clínica.

Cuando pase el paciente al gabinete odontológico

- ✓ Nada más pasar, la puerta de la clínica debe cerrarse para evitar la difusión viral que pueda producirse durante los tratamientos.
- ✓ Se le pedirá que se desinfecte las manos con gel hidroalcohólico o que se coloque guantes de nitrilo, antes de sentarse en el sillón y que no toque nada.
- ✓ Antes de iniciar cualquier procedimiento, colocarle un babero plástico impermeable.
- ✓ En aquellas intervenciones que generen aerosoles (idealmente siempre), colocarle protección ocular.
- ✓ Antes de proceder a cualquier examen o tratamiento intraoral, se recomienda que utilice un colutorio durante 30 segundos al objeto de disminuir la carga viral. Se recuerda que algunos estudios han mostrado que la clorhexidina podría no ser útil para este virus por lo que es preferible recurrir a un colutorio de peróxido de hidrógeno al 1%, povidona iodada al 0,2% o cetilpiridinio.
- ✓ Es conveniente el uso de aspiración de alto flujo al objeto de disminuir la carga viral generada por aerosoles. Cubrir con funda desechable la manguera del aspirador. El aspirador debe estar lo más cerca posible de la zona en la que se esté trabajando para minimizar la contaminación y la generación de aerosoles.
- ✓ Siempre que sea posible, evitar el uso de la jeringa aire-agua por generar aerosoles. Es preferible secar con gasa.
- ✓ El uso del dique de goma es imprescindible en cualquier maniobra operatoria al reducir de manera muy considerable el riesgo de contaminación viral.

- ✓ En caso de recurrir a aparatología rotatoria, es muy conveniente el uso de fundas desechables, amén de la necesaria esterilización entre un paciente y otro.
- ✓ La lámpara de polimerización, y en definitiva todo aparato que vaya a estar en contacto directo con la boca del paciente, deben asimismo protegerse con una funda desechable.
- ✓ En caso de necesitar radiografía, son preferibles las extraorales a las intraorales. No olvidar proceder a una minuciosa desinfección previa del aparato radiológico y a colocar la debida protección con funda desechable en los dispositivos en contacto con la boca del paciente.
- ✓ En caso de requerir suturas, son preferibles las reabsorbibles.

DESPUÉS DE LOS CUIDADOS

Entre pacientes

Protocolo de limpieza y desinfección del gabinete

- ✓ Después de finalizado el tratamiento, se retirará el par de guantes externo (contaminado) y todo el instrumental será llevado al área de desinfección y esterilización, portando siempre el EPI (incluyendo par de guantes interno limpio).
- ✓ Todas las protecciones que hayamos colocado (film plástico o de aluminio), babero, paños y todo el demás material contaminado (sin olvidar par de guantes externo contaminado) serán llevados al área establecida y depositados en un contenedor de tapa dura y apertura con pedal. Contendrá una bolsa de plástico que, una vez llena se cerrará y se introducirá en una segunda bolsa para su desecho, la cual una vez cerrada, se depositará en el contenedor de fracción resto de su entidad local.
- ✓ Se procederá a una minuciosa limpieza y desinfección de superficies y zonas de contacto con el paciente (especial cuidado a los apoyabrazos y apoyacabeza del sillón dental, zona de escupidera, zona de aspiración, bandeja porta instrumental del

sillón, asa de lámpara del sillón, botones de movimientos del sillón si son manuales, teléfono, etc.).

- ✓ Los productos de limpieza y desinfección habituales en la clínica son eficaces frente al coronavirus. Se recomienda la limpieza y desinfección con el producto utilizado habitualmente para superficies o con una solución de hipoclorito sódico al 0,1% (30 ml de lejía común por litro de agua). Usar una bayeta desechable o compresa no estéril. Se procede a frotar/friccionar las superficies, repartiendo bien el producto por la superficie a tratar, desde las zonas más limpias a las más sucias. No pasar dos veces por la misma zona con la misma cara de la compresa o bayeta. Dejar actuar al menos un par de minutos.

Ventilación

Se ha comprobado que es conveniente airear el espacio clínico después de cada paciente durante un tiempo de entre 5-10 minutos. Durante la aireación no deben producirse corrientes de aire (cerrar puerta del gabinete).

Desinfección del material

Para la desinfección se seguirá la sistemática habitual de la consulta: son útiles los compuestos fenólicos, ácido peracético, o el hipoclorito de sodio al 10%, entre otros.

Desinfección de la protección ocular

Las gafas y pantallas de protección deben desinfectarse entre pacientes; para ello depositar las gafas en la bandeja desechable y rociar con alcohol de 70º o sumergir en agua con lejía (25ml lejía al 5% en 1 litro de agua). En caso de pantalla, depositar en bandeja desechable, rociarla con alcohol al 70º.

Esterilización del material

El coronavirus no resiste altas temperaturas por lo que las técnicas de esterilización deben ser las habituales

AGENDAS Y ORGANIZACIÓN

Durante la fase de transición, nos vamos a encontrar con una población que va a demandar los tratamientos odontológicos que se demoraron en el estado de alerta sanitaria, pero tal

como hemos referido en anteriores apartados, existen hasta un 30% de personas asintomáticas que pueden trasmitir la enfermedad, sin ni siquiera saberlo y aunque se haga un cribado telefónico, van a pasar ese filtro, por lo que es necesario mantener las medidas anteriormente descritas, lo que condiciona un cambio crítico en nuestra forma de atender a la población en cuanto a los recursos materiales y humanos necesarios. Proponemos:

- ✓ Cribado telefónico por parte del dentista, tal y como se viene realizando hasta ahora, de tal forma que el dentista pueda realizar una valoración somera, tratamiento si procede y asignación de cita para tratamiento.
- ✓ Citas de 30 minutos por paciente, esto unido al cribado telefónico, posibilita la asignación de 10 citas por dentista y turno de trabajo.
- ✓ Trabajo a 4 manos siempre, la unidad básica estará constituida por Dentista y Auxiliar de Enfermería.
- ✓ Es crítica la dotación suficiente de EPIs, básicos, intermedios y máximos para el equipo de Salud Bucodental

Análisis de Cartera de Servicios

Nuestra Cartera de Servicios del Sistema Andaluz de Salud se divide en "Actividades", existiendo 5 apartados y cuya última revisión ha sido efectuada en febrero de 2020. Relacionando con cada actividad, analizamos el riesgo implícito de cada una y la protección específica necesaria. Resultando:

1. **Actividades de promoción y prevención de la Salud Bucodental**

	Población diana	Actividades generales	Actividades específicas	Riesgo de contagio	EPI	Observaciones
Actividades de promoción y prevención de la salud bucodental	Escolares matriculados en 1º de educación primaria	Hábito del cepillado dental con dentífrico fluorado al menos una vez al día.	Técnicas de higiene oral.	BAJO	NINGUNO	Sería conveniente potenciar medios telemáticos
			Medidas dietéticas.	BAJO	NINGUNO	
		Captación de escolares de riesgo mediante	Detección de escolares de alto riesgo de caries, enfermedad periodontal y maloclusiones.	REDUCIDO	BÁSICO	Debido al riesgo potencial de infección cruzada, no se aconsejan las revisiones escolares hasta normalizar del todo la situación
			Detección de escolares con discapacidad.	REDUCIDO	BÁSICO	
			Detección de escolares de alto riesgo social.	REDUCIDO	BÁSICO	
			Detección de escolares con enfermedades de base, en los que un tratamiento bucodental agresivo suponga un riesgo añadido para la salud.	REDUCIDO	BÁSICO	

Tabla 1

2. Actividades dirigidas a la población general:

	Población diana	Actividades generales	Actividades específicas	Riesgo de contagio	EPI	Observaciones
Actividades dirigidas a la población general	Población general.	Cirugía oral	Exodoncia simple	REDUCIDO	MEDIO	
			Exodoncias complejas.	ALTO	MÁXIMO	
			Exodoncias múltiples.	ALTO	MÁXIMO	Es preferible exodoncia simple, siempre que sea posible
			Exodoncia de dientes semi-incluidos.	ALTO	MÁXIMO	
			Exodoncia de mesiodens y supernumerarios semierupcionados.	ALTO	MÁXIMO	
			Regularización de rebordes óseos y alveoloplastias.	ALTO	MÁXIMO	
			Frenectomía.	ALTO	MÁXIMO	
			Tratamiento de osteoflemones, pulpitis agudas, celulitis cervicofaciales.	BAJO	BÁSICO	

Tabla 2

3. Actividades dirigidas a la población de 6 a 15 años

	Población diana	Actividades generales	Actividades específicas	Riesgo de contagio	EPI	Observaciones
Actividades dirigidas a la población de 6 a 15 años	Decreto 521/2019, de 23 de julio, por el que se regula la prestación dental a las personas de 6 a 15 años protegidas por el Sistema Sanitario Público de Andalucía	Asistencia dental básica	Revisión anual	REDUCIDO	BÁSICO	Como norma general y debido a la posibilidad de infección cruzada, habría que valorar en cada caso la relación coste beneficio y en la medida de lo posible demorarestas actividades hasta la normalización de la stuación. Siempre y cuando la patología presenta no tenga riesgos evidentes de complicaciones.
			Sellado de fisuras o fosas en las piezas permanentes, en los siguientes casos	ALTO	MÁXIMO	
			Obturaciones	ALTO	MÁXIMO	
			Tratamientos pulpares y exodoncias en piezas permanentes	ALTO	MÁXIMO	
			Exodoncias en piezas temporales	REDUCIDO	MEDIO	
			Tartrectomías	ALTO	MÁXIMO	
			Atender a cualquier urgencia dental y recibir los cuidados y tratamientos precisos	BAJO	BÁSICO	
		Tratamientos especiales	Apicoformación	ALTO	MÁXIMO	
			Corona completa de metal noble-porcelana	ALTO	MÁXIMO	
			Corona completa de porcelana	ALTO	MÁXIMO	
			Corona provisional de acrílico	ALTO	MÁXIMO	
			Endodoncia	ALTO	MÁXIMO	
			Extracción de un supernumerario	ALTO	MÁXIMO	
			Ferulización del grupo anterior	ALTO	MÁXIMO	
			Gran reconstrucción	ALTO	MÁXIMO	
			Muñón metálico colado unirradicular	ALTO	MÁXIMO	
			Perno prefabricado intrarradicular	ALTO	MÁXIMO	
			Mantenedor de espacio	ALTO	MÁXIMO	
			Reconstrucción	ALTO	MÁXIMO	
			Recubrimiento pulpar directo	ALTO	MÁXIMO	
			Reimplante dentario	ALTO	MÁXIMO	
			Sutura de tejidos blandos	REDUCIDO	MEDIO	
		Asistencia dental en situaciones especiales	Las personas beneficiarias incluidas en el ámbito de aplicación de esta norma, cuyas discapacidades físicas, sensoriales, psíquicas o intelectuales, no permitan valorar la extensión o gravedad de su patología bucodental o presenten dificultad para su diagnóstico o tratamiento, serán atendidas por personas profesionales del SSPA.	ALTO	MÁXIMO	
			Los casos de maloclusión severa en personas intervenidas de fisura palatina, labio leporino o malformaciones esqueléticas serán atendidos en centros del SSPA.	ALTO	MÁXIMO	

Tabla 3

4. Asistencia bucodental a personas con discapacidad

	Población diana	Actividades generales	Actividades específicas	Riesgo de contagio	EPI	Observaciones
Asistencia bucodental a personas con discapacidad	Personas con discapacidad, cuya severidad le impida la colaboración en la exploración y tratamiento en la asistencia dental, requiriendo por ello de sedación profunda o anestesia general, y cuyo aseguramiento corresponda al Sistema Sanitario Público de Andalucía		Todas las prestaciones de asistencia dental a la población general.			Igual riesgos que en población general
			Además se incluyen las prestaciones a la población de 6 a 15 años.			Igual riesgos que en población de 6 a 15 años

Tabla 4

5. Actividades dirigidas a embarazadas

	Población diana	Actividades generales	Actividades específicas	Riesgo de contagio	EPI	Observaciones
Actividades dirigidas a las embarazadas	Embarazadas	Actividades de promoción, prevención y asistencia bucodental que se presta a toda gestante que lo precise, debido a los cambios orales que se producen en la gestación normal	Promoción de la higiene dental y adquisición de dieta sana no cariogénica.	REDUCIDO	BÁSICO	Como norma general, convendría posponer la continuidad del programa hasta normalizar la situación
			Exploración bucodental preventiva en el primer trimestre de gestación siguiendo el modelo de la OMS.	REDUCIDO	BÁSICO	
			Uso de flúor y de clorhexidina en sus distintas formas y presentaciones.	REDUCIDO	BÁSICO	
			Exodoncias	REDUCIDO	MEDIO	
			Tartrectomías, y otras medidas terapéuticas.	ALTO	MÁXIMO	

Tabla 5

La asistencia bucodental en la comunidad es mayoritariamente desarrollada en los centros de Salud de Atención Primaria, aunque también existen personas que por especiales condicionantes o estado de salud general, hacen aconsejable el tratamiento en un medio hospitalario, este tipo de pacientes que denominaremos *pacientes frágiles* tienen un denominador común y es la mayor complejidad en sus tratamientos, ocasionado por su patología de base, existencia de comorbilidades o grado de colaboración.

Conclusiones

- Nos encontramos en un escenario donde existe una gran cantidad de población de la cual desconocemos su estado de inmunidad y que potencialmente pueden padecer COVID-2

- Los tratamientos dentales, por las características de proximidad y la posibilidad de generar aerosoles deben ser considerados de alto o de reducido riesgo, en una gran mayoría de los casos, por lo tanto los profesionales deben disponer los equipos de protección individual (EPI) necesarios y acordes para el tratamiento de los mismos.

- Se desaconseja mantener el programa de embarazadas o en todo caso, evitar la realización de procedimientos como las tartrectomías

- El programa PADA, provisionalmente hasta que no se controle la Pandemia, debería limitarse a intervenciones no demorables, así como actuaciones donde se minimice en lo posible el riesgo de infección y/o contaminación cruzada. Siempre se debería valorar individualmente cada situación.

- Es necesario adaptar todas las agendas de Atención Primaria, con objeto de prevenir la contaminación cruzada, con un tiempo para cada paciente de 30 minutos y un máximo de 10 pacientes al día. En Odontología Hospitalaria, y debido a la mayor complejidad de los pacientes tratados, se recomienda un máximo de 5 pacientes/día.

- Una vez asignada una cita, por seguridad de los pacientes, esta no puede ser atrasada ni adelantada.

- La consulta previa telefónica es una herramienta fundamental para hacer el triaje de cada paciente.

Bibliografía

1. Plan estratégico de acción para el periodo posterior a la crisis creada por el COVID-19. Consejo de Dentistas de España. Abril 2020.

2. Mohammad S Razai, Katja Doerholt, Shamez Ladhani, Pippa Oakeshott. Coronavirus disease 2019 (covid-19): a guide for UK GPs. BMJ 2020;368:m800 doi: 10.1136/bmj.m800

3. Guidance on Preparing Workplaces for COVID-19. U.S. Department of LaborOccupational Safety and Health Administration. https://www.osha.gov/SLTC/covid-19/

4. El coronavirus SARS-CoV-2 y la Pandemia COVID-19. Sociedad Española de Virología. Abril 2020.

5. Meng L, Hua F and Biang Z. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): Emerging and Future Challenges for Dental and Oral Medicine. Journal Dental Research. https://doi.org/10.1177/0022034520914246

6. Pérez-Then E. Nuevo coronavirus 2019-ncov: impacto en salud global.Ciencia y Salud 2020; 4(1, enero-abril): 5-9. DOI: https://doi.org/10.22206/cysa.2020.v4i1.pp5-9

7. Kampf, G. Todt, D. Pfaender, Steinmann, E. Persistence of coronaviruses on inanimate surfaces and their inactivation with biocidal agents. Journal of Hospital Infection 104 (2020) 246-251.

8. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el trabajo. https://www.insst.es/-/acceso-gratuito-a-las-normas-une-sobre-epi-y-productos-sanitarios-relevantes

9. Howard, J. Huang, A. Li, Z. Tufekci and cols. Mascarillas contra COVID-19: Una revisión de evidencia. Preprints 2020 , 2020040203 (doi: 10.20944 / preprints202004.0203.v1).

10. Sabino-Silva R, Jardim ACG, Siqueira WL. Coronavirus COVID-19 impacts to dentistry and potential salivary diagnosis. Clin Oral Investig. 2020 Feb 20. doi: 10.1007/s00784-020-03248-x.

11. Bernd SK, Hoffmann C. Covid Reference Ed. Esp 2020.1. https://covidreference.com/

12. Peng X., Xu X., LI Y., Cheng L., Zhou X. and Ren B.: “Transmission routes of 2019-nCoV and controls in dental practice.” Int J Oral Sci. 2020; 12(9):1-6

13. Hao Xu , Liang Zhong , Jiaxin Deng , Jiakuan Peng, Hongxia Dan , Xin Zeng , Taiwen Li1 and Qianming Chen. High expression of ACE2 receptor of 2019-nCoV on the epithelial cells of oral mucosa. International Journal of Oral Science (2020) 12:8. https://doi.org/10.1038/s41368-020-0074-x