



RECOMENDACIONES SOBRE LAS MEDIDAS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y
PROCEDIMIENTOS CLÍNICOS ODONTOLÓGICOS EN CONTEXTO PANDEMIA
COVID-19. REVISIÓN CRÍTICA DE LA LITERATURA

Trabajo de Investigación
requisito para optar al
Título de Cirujano Dentista.

Alumnos: Pilar Cárdenas San Martín
Daniela Molina Conzué
Rolando Rivera Ponce

Docente Guía: Dr. Aníbal Navarro.
Cátedra de Prótesis Fija

Valparaíso- Chile
2022

Dedicatoria

La presente tesis la quiero dedicar a mis padres, que constantemente me apoyaron incondicionalmente a lo largo de la carrera, que sin ellos y sus consejos, no podría haber llegado a esta instancia de mis estudios; igualmente a mis hermanos, que siempre han tratado de comprenderme y sacarme una sonrisa en los momentos más difíciles. También se la dedico a mi tía favorita, a mi tío, a mi prima y primo, que siempre han estado para mí, pese a todo. Adicionalmente, a todos mis amigos y compañeros que estuvieron conmigo, con sus palabras de aliento y cariño que me han tenido.

Pilar Cárdenas San Martín

Me gustaría dedicar este trabajo a mi familia, sobre todo a mi mamá, papá y a mi abuelita por siempre estar presente, por su esfuerzo y apoyo en todo lo que han podido. A todos mis amigos y compañeros que conocí durante estos años y que llevaré para toda la vida, a mi personita especial que me ha entregado mucho cariño y contención en mis momentos más difíciles. Y a mi tía que me mira y da ánimos desde el cielo.

Daniela Molina Conzué

Quisiera dedicar el siguiente trabajo a todas las personas que estuvieron conmigo y me apoyaron durante este largo camino, a mi familia, en especial a mis padres y mi hermana, por su apoyo incondicional, comprensión y cariño, sin el cual no podría haber llegado donde estoy ahora. También a mis abuelitas, que en paz descansen, que siempre me animaron y alentaron a seguir adelante y llegar muy lejos. Asimismo, a todos mis amigos, compañeros y personas especiales que tuve la fortuna de conocer en estos años y con los que compartí tantos bonitos momentos y recuerdos.

Rolando Rivera Ponce

Agradecimientos

Como equipo de trabajo queremos agradecer a todas las personas que se vieron involucradas en el proceso de esta tesis. En primera instancia al Dr. Aníbal Navarro por acogernos como nuestro docente y poder guiarnos, apoyarnos y darnos ánimos durante el desarrollo de este trabajo.

A la Dra. Marjorie Borgeat por su buena gestión, comprensión, dedicación y todos los cambios positivos que trajo al módulo, dándonos la esperanza y la oportunidad de lograr terminar de forma satisfactoria este importante proceso.

Por otra parte, también queremos agradecer a la Psicóloga Edith Cueto por acompañarnos en un principio en la concepción de la idea inicial de este trabajo y de manera similar al Dr. Rodrigo Giacaman por su buena disposición y ayuda brindada. Y a su vez, agradecer a los docentes y funcionarios que de manera significativa participaron en este proceso.

Gracias a todos por las experiencias y momentos vividos.

Índice

	Pág.
Resumen	-
Introducción	1
Marco teórico	3
1. COVID-19	3
1.1 Origen	3
1.2 Vías de transmisión	4
1.3 Signos y Síntomas	6
1.4 Pruebas y exámenes de detección	8
1.5 Riesgo del dentista	9
1.6 Atención al paciente durante la pandemia COVID-19	10
2. Elementos de protección personal	10
2.1 Mascarillas	12
2.2 Pecheras	15
2.3 Pantallas faciales	15
2.4 Cubre calzados	15
2.5 Guantes	16
2.6 Limpieza y desinfección	16
2.7 Enjuagues bucales	16
Preguntas de investigación y objetivos	18
Materiales y métodos	19
Resultados	21
1. Síntesis de resultados	22
1.1 Medidas de protección personal usadas por el profesional odontológico en contexto de COVID-19.	22
1.1.1 Mascarillas	22
1.1.2 Protectores faciales y lentes	23
1.1.3 Batas y cubre calzados	24
1.1.4 Lavado de manos	24

1.2 Procedimientos odontológicos en la atención clínica en contexto COVID-19	25
1.2.1 Triage	25
1.2.2 Pacientes sospechosos o COVID+ con urgencia o emergencias	26
1.2.3 Pacientes sospechosos o COVID+ sin urgencia ni emergencia	27
1.2.4 Procedimientos generadores de aerosoles (PGA)	27
1.2.5 Procedimientos no generadores de aerosoles (PNGA)	28
1.3 Cambios realizados en la infraestructura y organización en las clínicas odontológicas	29
1.3.1 Sala de espera	29
1.3.2 Limpieza y desinfección	29
1.3.3 Ventilación	30
1.4 Etapas del procedimiento:	31
1.4.1 Enjuagues bucales antes del procedimiento	31
Discusión	33
Sugerencias	45
Conclusiones	46
Abreviaturas	48
Referencias bibliográficas	50
Anexos	-

Resumen

El SARS-CoV-2 fue detectado por primera vez en Wuhan, China en diciembre de 2019 y declarado como pandemia a comienzos de 2020 por la OMS. La vía de transmisión de este virus es principalmente respiratoria, mediante inhalación de aerosoles, por esto la odontológica se ha visto especialmente afectada.

Este estudio buscó identificar los cambios en las medidas de protección personal y procedimientos clínicos odontológicos en contexto de la pandemia COVID-19 desde mayo de 2020 hasta enero de 2022 a nivel nacional e internacional. Se utilizaron los motores de búsqueda PubMed, SciELO, Scopus, COCHRANE LIBRARY y LILACS, quedando veintinueve artículos luego de la aplicación de criterios de inclusión y exclusión.

Varios autores recomendaron el uso de mascarillas tanto quirúrgicas como filtrantes N95 o FFP2, dependiendo del tipo de procedimiento a realizar, con buena adaptación al rostro y sin deformación; uso de lentes y protectores faciales, batas y lavado de manos.

El triage fue considerado una medida preventiva esencial, especialmente el registro de temperatura, sintomatología clave y contacto con personas infectadas, permitiendo atención de pacientes SARS-CoV-2 con tratamiento dental urgente.

Para reducir la exposición, se dividieron los procedimientos en generadores y no generadores de aerosoles, minimizando los primeros y prefiriendo instrumental manual.

Se realizaron cambios en la sala de espera como distanciamiento físico, retiro de objetos no esenciales, ventilación preferentemente natural y entre pacientes, desinfección de superficies con hipoclorito de sodio al 0,1% o alcohol etílico al 62-71% y enjuague bucal con peróxido de hidrógeno o povidona yodada antes del procedimiento

Introducción

En los últimos años el mundo se ha visto enfrentado a uno de sus mayores desafíos de salud pública, la pandemia de COVID-19, producto de la infección por parte del SARS-CoV-2, siglas en inglés para el coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo severo. Un nuevo tipo de coronavirus responsable de la enfermedad denominada COVID-19 (1,2), cuyos orígenes fueron trazados a la ciudad de Wuhan, China en diciembre del 2019 (2), la transmisión de este nuevo virus es principalmente por vía respiratoria mediante tos, estornudos e inhalación de gotitas o aerosoles (2,3) debido a esto la práctica odontológica se ha visto especialmente afectada por el COVID-19 (4–6) ya que la labor del odontólogo implica largos periodos de tiempo en contacto cercano con los pacientes, en los que puede existir exposición a saliva, sangre y/o aerosoles de individuos infectados producto de los procedimientos inherentes de la profesión tales como el uso de jeringa triple, pieza de mano, scaler ultrasónico y otros instrumentos de alta velocidad (3,7,8). También hay que considerar posibles infecciones durante los procedimientos, tanto por pacientes COVID-19 positivos como aquellos que se encuentren asintomáticos o en la fase presintomática. Por este motivo todos los pacientes deberían ser considerados como potenciales transmisores del virus, requiriendo la adopción de las medidas de protección y de bioseguridad correspondientes. (9)

Debido a este alto nivel de exposición los odontólogos se encuentran entre los profesionales de la salud con mayor riesgo de contagio por SARS-CoV-2. (10)

Por estas razones anteriormente mencionadas, ha sido necesaria la elaboración de diversos y precisos protocolos, en base a la evidencia actualizada, acerca de nuevas medidas de atención en odontología en el contexto de COVID-19, con el objetivo de lograr clasificar los procedimientos odontológicos en base a los riesgos asociado a ellos, para así entregar un servicio más seguro y de calidad, tanto para el dentista, su equipo de trabajo y el paciente, minimizando el riesgo de contagio asociado a la atención odontológica. (11–14)

Lo cual conlleva a una modificación y actualización de los protocolos de atención odontológica a nivel mundial, donde cada país ha buscado mejorar y reforzar sus medidas de bioseguridad, todo esto con el fin de prevenir el contagio y evitar la propagación del COVID-19 (10,15). En Chile se han implementado cambios en el código sanitario, decretos, reglamentos y medidas parte del Plan de acción contra el COVID-19 del Ministerio de Salud, dentro de las que se encuentran “Lineamientos para la reducción de riesgos de transmisión y contagio en el retorno gradual de la atención odontológica en contexto de pandemia COVID-19”, “Orientaciones para atención odontológica en Fase IV COVID-19” y recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (13,14,16,17).

Por tanto, considerando esto, el objetivo principal de la presente revisión de la literatura es realizar una recopilación y revisión de diversos protocolos y recomendaciones para identificar los cambios que se han generado en la práctica odontológica producto de la pandemia COVID-19, tanto a nivel nacional e internacional, enfocándose en las modificaciones realizadas a las medidas y equipo de protección personal, a los distintos tipos de procedimientos odontológicos y a la infraestructura y organización del trabajo en las clínicas odontológicas.

Marco teórico

1. COVID-19

1.1 Origen

Los primeros casos de Coronavirus del Síndrome Respiratorio Agudo Severo o SARS-CoV por sus siglas en inglés, se registraron en China, en la provincia de Guangdong, entre los años 2002 y 2003. Alrededor de una década después, se aisló en Arabia Saudita el Coronavirus del Síndrome Respiratorio de Oriente Medio o MERS-CoV por sus siglas en inglés (Middle East respiratory syndrome-related coronavirus), causante de la enfermedad del mismo nombre (18,19).

Pese a que ambas epidemias se encuentran controladas, a finales de diciembre de 2019, en la ciudad China de Wuhan, en la provincia de Hubei, se identificaron una serie de casos de neumonía atípica de etiología desconocida, la presentación clínica era similar a la de una neumonía de tipo viral con síntomas como fiebre y tos seca, pero con imágenes radiográficas no compatibles con neumonías causadas por las bacterias o virus más comunes (19). También se descubrió que varios de estos pacientes iniciales tenían antecedentes de haber trabajado como distribuidores o vendedores en el mercado mayorista de mariscos de Huanan, en el cual se vendía una amplia variedad de animales salvajes vivos, tales como murciélagos, serpientes y pangolines (19,20).

A causa de este brote, el 31 de diciembre de 2019 las autoridades sanitarias de China alertaron a la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la aparición de esta neumonía atípica de origen desconocido, con la sospecha de una posible zoonosis (19).

A estos primeros casos se les tomó una variedad de muestras, siendo analizadas a través de la reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real (RT-PCR), dando como resultado el 9 de enero de 2020 en las muestras de líquido de lavado broncoalveolar del tracto respiratorio, la identificación de un nuevo Coronavirus, el que se denominó de manera preliminar como 2019-nCoV y que se atribuyó como agente causal de los casos de la neumonía atípica (19).

El 11 de febrero de 2020 el Comité internacional de Taxonomía de Virus (ICTV) anunció “Coronavirus 2 del Síndrome Respiratorio Agudo Severo” (SARS-CoV-2) como el nombre oficial del virus, ya que se encontraba relacionado genéticamente con el virus responsable del SARS de 2003, pero era un diferente tipo de Coronavirus, además la OMS indicó a través de un comunicado que el nombre oficial la enfermedad causada por este nuevo virus sería COVID-19, acrónimo derivado de los términos COrona Virus Disease y el año de identificación -19 (20–23).

En los meses posteriores a su aparición, este nuevo patógeno se propagó rápidamente alrededor del mundo, aumentando el número de casos y muertes. Igualmente, la evidencia respecto a su transmisión de persona a persona demostró que el virus es más contagioso que la influenza y el MERS-CoV-2. Por lo tanto, el 30 de enero de 2020 la OMS declaró al COVID-19 como una emergencia de salud mundial y para el 11 de marzo de 2020 se consideró como una pandemia (18,24–26), lo que significó que todos los países del mundo debían prepararse para la detección oportuna de casos importados y para la potencial transmisión autóctona de nuevos casos (27). A fecha de 30 de mayo de 2022 se han notificado 528.996.258 casos de COVID-19, incluidas 6.287.786 muertes a nivel mundial (28).

En Chile el primer caso de un paciente infectado por SARS-CoV-2 fue identificado el día 3 de marzo de 2020 en Talca, poco tiempo después y con el crecimiento exponencial del número de contagios, el 16 de marzo de 2020 se declaró Fase 4 del plan paso a paso y el cierre de todas las fronteras, marítimas, terrestres y aéreas del país (25,29,30).

Asimismo, tanto a nivel nacional como internacional se fueron estableciendo cuarentenas y diferentes medidas de prevención, con el objetivo de disminuir la transmisión del virus y resguardar a las poblaciones de un posible contagio.

Actualmente el total de casos activos en Chile es de 33.886 y 5.071 casos diarios (31).

1.2 Vías de transmisión

El SARS-CoV-2 es un betacoronavirus con un genoma de ARN monocatenario de sentido positivo. Perteneciente al subgénero Sarbecovirus y parte de la familia de Orthocoronavirinae (32,33).

Se denomina Coronavirus debido a su apariencia de corona de puntas, las cuales corresponden a las Glicoproteínas espiga distribuidas a través de toda su superficie viral al observarlas mediante microscopía electrónica (9,19,32).

Los CoV son agentes etiológicos comunes en varios animales y que han logrado transmitirse a humanos, estableciendo enfermedades zoonóticas, en el caso del SARS-CoV el reservorio intermediario fue la civeta y en el MERS-CoV los camellos dromedarios (18,32). Por otro lado, se descubrió que la secuencia del genoma del SARS-CoV-2 era >90 % idéntica a un coronavirus de murciélago RaTG13 (9).

Este último virus, utiliza la enzima convertidora de angiotensina 2 (ACE-2) como receptor específico para adherirse a las células del huésped. Esta enzima se encuentra presente en altas concentraciones en los pulmones, las células miocárdicas, los riñones, mucosa oral y lengua (34).

Las principales vías de transmisión en humanos del virus responsable del COVID-19, son por contacto directo y por vía aérea, mediante pequeñas partículas líquidas expulsadas por una persona infectada por la boca o la nariz al toser, estornudar, hablar, cantar o respirar (35–37). Estas partículas tienen diferentes tamaños, desde las más grandes, llamadas gotitas respiratorias de 5 a 10 μm de diámetro, hasta las más pequeñas o aerosoles menores de 5 μm , las cuales se propagan principalmente entre personas que están en estrecho contacto, es decir a menos de un metro de distancia (21,36–38).

Según los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) una persona puede infectarse esencialmente por tres formas:

- Al inhalar estando cerca de una persona infectada que exhala pequeñas gotitas y partículas respiratorias que contienen el virus (37).
- Al hacer que estas pequeñas gotitas y partículas respiratorias que contienen el virus se depositen sobre los ojos, nariz o boca, especialmente a través de salpicaduras y aspersiones como las generadas al toser o estornudar (37).
- Al tocarse los ojos, la nariz o la boca con las manos posterior a haber tocado una superficie contaminada con el virus, sin haberse lavado las manos (36,37).

Se debe considerar que la saliva juega un papel crucial en la transmisión de la infección, tanto por vía aérea como por contacto directo y que el virus además puede propagarse en espacios interiores mal ventilados y/o concurridos, donde se suelen pasar largos periodos de tiempo, debido a que los aerosoles permanecen suspendidos en el aire o viajan a distancias mayores a un metro (24,36).

1.3 Signos y Síntomas

Desde el comienzo de la pandemia la sintomatología ha afectado de diferente forma a las personas, variando desde asintomáticos o con síntomas leves que desarrollan una enfermedad respiratoria leve a moderada, recuperándose sin necesidad de hospitalización, hasta casos graves con atención hospitalaria, e incluso resultar en la muerte del afectado (19,39,40).

Los síntomas pueden aparecer de 2 a 14 días posterior a la exposición al virus y desaparecer de una persona infectada entre 5 ó 6 a 14 días luego del contagio(39,40). Entre los síntomas más comunes se encuentran la fiebre sobre 37.8 C°, tos seca, cansancio, dolores musculares y corporales, y pérdida del gusto o el olfato (Anosmia y Ageusia), siendo estos últimos síntomas de alerta para la presencia de COVID-19 (40,41).

Mientras que los menos comunes son dolor de garganta, cabeza, molestias generales, diarrea, náuseas y vómitos, congestión nasal y moqueo, irritación ocular, erupciones cutáneas o decoloración digital en manos o pies. En caso de que el cuadro clínico presente complicaciones, podría existir dificultad para respirar o falta de aire (disnea), pérdida del habla o movilidad, confusión y dolor en el pecho (39,40).

Además, las personas mayores con enfermedades sistémicas subyacentes, como diabetes, enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas y cáncer, tienen una mayor probabilidad de desarrollar una enfermedad de carácter grave, que puede llevar a la muerte del individuo (35).

Si bien el sistema respiratorio es el principal órgano blanco del virus, también puede afectar otros sistemas importantes como el tracto gastrointestinal, el hepatobiliar, cardiovascular, renal y el sistema nervioso central, estos efectos adversos pueden ser producto de, entre otras causas, la toxicidad viral directa, la lesión isquémica causada

por la vasculitis, la trombosis o la trombo inflamación, la desregulación inmunitaria y la desregulación del sistema renina angiotensina aldosterona (42).

Con el paso del tiempo, el virus ha ido evolucionando de manera progresiva, acumulando cambios en su código genético, siendo el agente patógeno actual significativamente diferente del virus original, estas mutaciones han resultado en la aparición de diferentes variantes a nivel mundial, lo cual ha influido en la epidemiología, capacidad de propagación, presentación clínica y gravedad del COVID-19 (43–45).

La OMS denomina a las distintas variantes del SARS-CoV-2 con letras del alfabeto griego según sus características y se han clasificado como variantes de bajo monitoreo (VBM), de interés (VOI), de preocupación (VOC) y de grandes consecuencias (VOHC) (44,46). Durante gran parte de 2021 la epidemiología mundial se caracterizaba por el predominio de la variante delta, considerándose una VOC, ya que en su momento se propagaba más fácilmente que cepas anteriores, y era la responsable de la mayoría de los casos y muertes alrededor del mundo. Sin embargo, el 14 de abril de 2022 fue degradada a VBM por el Grupo Interagencial del SARS-CoV-2 (SIG) del gobierno de los EE. UU. debido a una reducción significativa y sostenida en sus proporciones nacionales y regionales en el tiempo, por no representar un riesgo significativo para la salud pública en los Estados Unidos (44,45).

En la actualidad sólo la variante ómicron es clasificada como VOC, la que fue detectada por primera vez en muestras recolectadas los días 11 y 14 de noviembre de 2021, en Botsuana y Sudáfrica respectivamente, siendo notificada por la OMS como una nueva variante de SARS-CoV-2 el día 24 del mismo mes (47). Dentro de sus principales características se destaca que posee una mayor transmisibilidad, es decir, que se propaga con mayor facilidad que las variantes anteriores, incluyendo la variante delta, llegando al punto que cualquier persona infectada con esta variante, independiente de su estado de vacunación o la presencia o ausencia de sintomatología, podría potencialmente propagar el virus a otras personas (44,47).

Esta variante presenta un cuadro clínico con fiebre sobre 37,8°C, tos leve, estornudos, fatiga, dolores musculares o corporales, dolor de cabeza, de garganta, congestión o secreción nasal, náuseas o vómitos y diarrea (48). Es importante mencionar además que estos casos suelen ser más leves que en otras variantes, pese a esto, no se

pueden descartar instancias de personas que puedan desarrollar un cuadro más grave, necesitando hospitalización o incluso llegando al fallecimiento del afectado (47). Posterior a la infección por Coronavirus y a la subsecuente recuperación, algunos individuos pueden presentar efectos a largo plazo o secuelas producto de ésta, los que pueden durar semanas, meses o años. Según relata los CDC estas afecciones son más frecuentes en personas que padecieron casos graves a causa del SARS-CoV-2, pero incluso aquellas personas que no manifestaron síntomas o que presentaron cuadros más leves también podrían presentarlas (49).

Las manifestaciones clínicas persistentes más comunes son cansancio o fatiga que pueden interferir con la rutina diaria, síntomas que se agravan al realizar esfuerzo físico o mental, disnea, dolor o presión en el pecho, tos, sensación de palpitaciones o latido fuerte del corazón, fiebre, alteraciones del gusto u olfato, dificultad para pensar o concentrarse, dolor de cabeza, insomnio, artralgias, mialgias, sensación de hormigueo, mareos, anorexia, diarrea, dolor estomacal, sarpullido, cambios en el ciclo menstrual y alopecia (49,50).

Por otra parte, cabe mencionar que actualmente existen numerosas opciones de vacunas en el mercado para ayudar a combatir y prevenir la enfermedad del COVID-19. Estas vacunas, mediante diferentes mecanismos, estimulan al sistema inmunitario para producir anticuerpos neutralizantes contra el SARS-CoV-2 (51). Sin embargo, la generación de estos anticuerpos es un proceso que no es inmediato, por esta razón los individuos deberían seguir las medidas de seguridad correspondientes aunque estén vacunados(46). Hasta la fecha del 05 de junio de 2022 se han administrado más 1182 millones de dosis de vacunas, y más del 65,7 % de la población mundial ha recibido al menos una dosis de la vacuna (52).

1.4 Pruebas y exámenes de detección

Según los CDC, en la actualidad las pruebas existentes permiten detectar SARS-CoV-2, sus biomarcadores, anticuerpos generados a partir de la vacuna o después del contagio. Por consiguiente existen tanto exámenes virales como de anticuerpos (53).

En cuanto a la prueba viral, las muestras pueden ser tomadas a partir de la nariz o la boca, permitiendo detectar si el sujeto se encuentra infectado o no. Estas pueden ser de dos tipos, rápida o de laboratorio. Dentro de las pruebas rápidas que se realizan en cuestión de minutos podemos encontrar la de antígenos, ciertas pruebas NAAT (Nucleic Acid Amplification Test), las autopruebas que se pueden realizar desde el hogar, entre otras. Por otro lado, las pruebas de laboratorio pueden demorar días y dentro de ellas, se pueden hallar las pruebas RT-PCR y otras de tipo NAAT (53).

En lo que respecta a las pruebas de anticuerpos o serológicas, estas permiten detectar si se tuvo una infección por virus causante del COVID-19. Por tanto, no se utilizan para diagnosticar la infección en curso. En caso de los pacientes vacunados, puede o no dar resultado positivo (53).

1.5 Riesgo de los dentistas

Existen múltiples fuentes de contagio en la práctica clínica diaria, entre las cuales encontramos los fluidos del paciente, la contaminación de material y superficies, entre otras. Éstos pueden ser un potencial riesgo, tanto para el odontólogo, su asistente y el paciente (54). Además, la atención directa de pacientes COVID-19 positivos implica un mayor riesgo de infección que el descrito previamente (55).

Debido a esto, las formas de accionar en Odontología se dividieron en procedimientos generadores de aerosoles (PGA) y no generadores de aerosoles (PNGA) (54). Debido a la elevada generación de gotas y aerosoles potencialmente contaminados que conllevan a un elevado riesgo de exposición en la atención dental en diferentes procedimientos (55).

Dentro de los principales PGA identificados, se encuentra el uso de instrumental rotatorio, utilización de la jeringa triple (aire-agua), el uso de instrumental sónico y ultrasónico; y dentro de los menos citados, el uso de rotatorio de baja velocidad, la pieza de mano quirúrgica, pulido dental, radiografía intraoral y láseres (56). Por tanto, los PNGA implicarían acciones que no involucren estos procedimientos.

1.6 Atención al paciente durante la pandemia COVID-19

Una de las principales herramientas de prevención para la atención de pacientes dentro de la pandemia de COVID-19 ha sido el triage, el cual es definido por los CDC como “la ordenación y clasificación de pacientes o víctimas para determinar la prioridad de la necesidad y el lugar adecuado de tratamiento.” Durante un brote de cualquier enfermedad infecciosa, incluida la causada por el SARS-CoV-2, el triage es esencial para clasificar a los pacientes que probablemente estén infectados con el patógeno en cuestión (57).

El protocolo triage por la pandemia de COVID-19 no reemplaza al triage existente para pacientes que necesitan una atención de carácter urgente en odontología, pero permite al profesional sospechar de un posible paciente con COVID-19 que todavía pueda estar oculto (58).

A partir de esto, se dividieron las atenciones en urgencias y no urgencias. Estas últimas conllevan atenciones electivas que pueden ser aplazadas (13).

En cambio, las atenciones de urgencia son consideradas críticas, siendo en el caso de Chile patologías incorporadas en la Garantías Explícitas en Salud (GES) en el apartado de urgencias odontológicas ambulatorias. Además de los cuadros clínicos que pueden agudizarse en un breve periodo de tiempo (alrededor de 2 semanas), pacientes oncológicos, evaluaciones pre-quirúrgicas y toda condición clínica que lo amerite (13).

2. Elementos de protección personal

Según la definición del MINSAL el Equipo de Protección Personal o EPP es “el conjunto de elementos de equipamiento, componente de las precauciones estándares, destinados a proteger la piel y mucosas del operador (en este caso, personal de salud) en forma de barreras para evitar que se ponga en contacto con los agentes infecciosos o fluidos, fómites, superficies u otros componentes ambientales donde puedan encontrarse los agentes” (59).

Por otro lado, la Organización Internacional del Trabajo menciona que el objetivo de estos equipos es “proteger al usuario del riesgo de accidente o de efectos adversos para la salud” e incluso cuando en el lugar de trabajo se hayan aplicado controles

mecánicos y sistemas seguros, existe peligro de sufrir afecciones o efectos adversos en la salud, como por ejemplo en los pulmones al respirar aire contaminado, los ojos por presencia de partículas aéreas o por salpicaduras de líquidos corrosivos como hipoclorito de sodio, al igual que puede suceder en la piel, por lo que sería indispensable utilizar EPP para reducir estos riesgos (60).

Cabe mencionar que en el ámbito salud, el uso de estos EPPs comenzó a masificarse con la aparición del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en los años 80' y también por el virus de la hepatitis, principalmente hepatitis B (VHB), el mayor responsable de infecciones virales para el trabajador de la salud. Para esto se establecieron normas de protección conocidas como Precauciones Universales, actualmente denominadas Precauciones Estándar, con el fin de frenar contagios y brotes. Se incorporaron elementos de protección de uso rutinario (por ejemplo, uso de guantes de látex y mascarilla), normas de higiene personal, cuidados con manipulación de objetos corto-punzantes, esterilización y desinfección correcta de instrumentos y superficies, entre otras; que antes no se utilizaban en la atención clínica (61).

Estas precauciones consideran a todos los pacientes y sus fluidos corporales como potenciales focos de infección, y son utilizadas en todos los pacientes, incluidos los de COVID-19 (21). Estos deben de ser de un solo uso o desechables (11).

Respecto a la selección, utilización y manipulación del EPP se debe tener en consideración los siguientes aspectos:

- Al escoger productos se aconseja procurar que sean los adecuados y estén conforme a las normas establecidas (60).
- Para elegir el equipo dependerá de los procedimientos o atenciones a realizar, el tipo de personas a la que estarán expuestas, tiempo de exposición y posibles riesgos (60,62).
- Proporcionar formación y realizar entrenamiento teórico/práctico sobre las medidas de prevención, control y la colocación, uso y retiro del EPP (60,62).
- Las fallas en el uso, durante su retiro o manipulación pueden conducir a contaminación con fluidos y posible transmisión del virus (59).

2.1 Mascarillas

Las mascarillas son un dispositivo de barrera, que forma parte del equipo de protección personal, diseñada para cumplir dos propósitos fundamentales, el primero es proteger al aire del ambiente de la contaminación generada por la persona que la está usando conteniendo las gotitas respiratorias y las partículas que se diseminan al respirar, toser o estornudar; mientras que el segundo es proteger a este individuo de la exposición e inhalación de contaminantes ambientales a través de las vías respiratorias (9,63). Es considerada por los CDC como una herramienta de salud pública necesaria para prevenir la propagación del COVID-19, por lo que se aconseja usar preferiblemente una mascarilla que brinde la máxima protección con un ajuste correcto y que se pueda utilizar constantemente (64).

Existen diferentes tipos de mascarillas que pueden brindar distintos niveles de protección dependiendo de su material y de cómo se usan, sin embargo, más allá del producto que se escoja, se debe buscar una mascarilla que se ajuste bien al rostro sin dejar huecos en los bordes o alrededor de la nariz y que resulte cómoda (64).

A continuación, se abordarán dos tipos de mascarillas:

- Las mascarillas quirúrgicas o para procedimientos médicos son un producto sanitario desechable que puede conseguirse fácilmente y se caracterizan por ser “planas o que llevan pliegues; que se fijan a la cabeza mediante cintas que se sostienen de las orejas o rodean la cabeza” y poseen en general tres pliegues de material no tejido, además deben tener una varilla nasal y un buen ajuste en la nariz, la boca y el mentón para evitar fugas, evitando que se formen espacios a los lados de la cara o la nariz. Además, evitar utilizarlas cuando el material se encuentre sucio o húmedo, y en los casos que dificulte la respiración (9,64,65). Para garantizar un nivel de rendimiento constante, una gran capacidad de filtración, respirabilidad adecuada y en ocasiones la resistencia a la penetración por líquidos corporales, el diseño y desempeño de estas mascarillas se somete a ciertas pruebas mediante un conjunto normalizado de métodos como ASTM F2100, ASTM F3502, EN 1468 o su equivalente, siendo ASTM las siglas de American Society of Testing and Materials, entre otros, permitiendo su aprobación para su uso(64,65).



Figura 1. Mascarilla quirúrgica. (63)

- Mascarillas filtrantes están diseñadas para filtrar distintos niveles de partículas sólidas y aerosoles líquidos presentes en el medio ambiente impidiendo que sean inhaladas. Son compuestas, totalmente o en su mayoría por material filtrante, a través de su composición busca crear un sello facial y puede tener forma cónica, horizontal (pico-pato) y vertical. Algunas desventajas de este tipo de mascarilla es la menor comodidad, el vello facial y la deformidad facial que impiden el sellado correcto (11,63,65).

Dentro de estas mascarillas existen una gran variedad como las KN95, DL2, DL3, DS2, DS3, FFP2, FFP3, KN100, KP95, KP100, P2, P3, PFF2, PFF3, R95 (63,65).

La mascarilla KN95 tiene su origen en China, está compuesta por una tela médica no tejida de 5 capas y libre de látex, con una capacidad de filtración bacteriana, polvo y de partículas de 95%, además de presentar una vigencia de 5 años desde su producción (66,67).



Figura 2. Mascarilla KN95. (67)

Homóloga a ésta, en EEUU se encuentra el respirador N95, aprobada por la NIOSH, al igual que la KN95 presenta una filtración de 95% contra aerosoles sólidos y líquidos que no contienen aceite, no contiene componentes a base de látex de caucho natural, pero podría presentar una válvula de polipropileno y poliisopreno (68).

Según los CDC, las instrucciones básicas para usar una mascarilla filtrante N95 consiste en lavarse las manos, inspeccionar la mascarilla para verificar si se encuentra dañada, sucia o húmeda, en caso de estarlo no se debe usar, se debe sostener el respirador en la mano con la varilla nasal en dirección a la punta de los dedos y colocarlo debajo del mentón con la varilla nasal en la parte superior y luego pasar la correa superior por encima de la cabeza y la inferior a la altura de la nuca, por debajo de la oreja, poner la punta de los dedos de ambas manos sobre la varilla nasal y presione en los dos lados para que se adapte a la forma de su nariz. Para garantizar la efectividad debe estar adherida herméticamente (69).



Figura 3. Respirador contra Partículas 3M™, 9822, N95. (68)

Por otro lado, las mascarillas filtrantes FFP2 son de origen europeo y a diferencia de sus homólogas, poseen una eficacia de filtración $\geq 94\%$ (partículas de hasta 0,6 micras). (70,71)



Figura 4. Mascarilla filtrante FFP2. (71)

2.2 Pecheras

Las pecheras al igual que las mascarillas son EPPs utilizados en el ámbito de la salud, para proteger al profesional del contacto con materiales potencialmente infecciosos y de la propagación de enfermedades (72,73).

También sirven para prevenir el traspaso de patógenos del usuario a pacientes vulnerables, como a pacientes con el sistema inmune debilitado o inmunocomprometidos (72,73).

Las pecheras pueden ser desechables o reutilizables. Deben contar con mangas largas, cubrir el cuerpo por delante y por detrás, desde el cuello hasta los muslos, amarrarse en el cuello o espalda, y ser de fácil colocación (72,73).

Todo profesional de la salud debe recibir formación sobre cómo ponerse y quitarse adecuadamente los EPP de forma segura (72,73).

2.3 Pantallas faciales

Las pantallas faciales son una de las opciones para la protección facial ante gotas y aerosoles con posibles patógenos. A pesar de que son más voluminosas que los lentes de protección ocular tienen la ventaja de proteger toda la cara de los posibles contaminantes (74).

Respecto al riesgo de exposición y la protección de las pantallas faciales usadas por trabajadores de salud luego de su uso en cirugías u otros procedimientos médicos y dentales generadores de aerosoles, se ha evidenciado que la mayoría de estas presentan salpicaduras de sangre u otros fluidos corporales, siendo esta contaminación usualmente desapercibida (74).

2.4 Cubre calzado:

El Ministerio de Salud de Chile describe el cubre calzado como un elemento de protección de características impermeables, antideslizante y desechable, el cual, de preferencia, debiese ser hasta la altura de los tobillos (75).

2.5 Guantes:

Los guantes son un tipo de equipo de protección personal que crea una barrera física entre los microbios potencialmente patógenos y las manos, por tanto, protegen contra infecciones tanto al personal de salud como al paciente. Éstos se deben utilizar siempre al momento de la atención, independientemente de que el paciente no presente ninguna enfermedad (76).

Esta barrera debe ajustarse adecuadamente a las manos, es decir, no deben ser de un tamaño superior o inferior por la posibilidad de desgarro o que no cumplan su función (76).

En la actualidad hay de tipo estéril o quirúrgicos, y su material puede estar compuesto de látex o nitrilo, este último utilizado para sujetos alérgicos al látex (76).

2.6 Limpieza y Desinfección

La limpieza de superficies inmediatas consiste en aplicar una fuerza mecánica (cepillado o frotado) utilizando agua y jabón, lo que retira y reduce la suciedad, los detritos y la materia orgánica, excepto ciertos tipos de microorganismos (77).

Es por lo anteriormente expuesto que, después de la limpieza se debe utilizar un desinfectante químico para destruir los microbios remanentes en la superficie, y para esto se considera el método, la concentración y el tiempo según las recomendaciones del fabricante. Dentro de los desinfectantes se encuentra el hipoclorito de sodio al 0,1% o 0,5% (según requerimientos) y el alcohol al 70% (77,78).

Es importante la utilización de los desinfectantes debido a que el SARS-CoV-2 posee una capa exterior de lípidos que es sensible a estos elementos (77).

2.7 Enjuagues bucales

Los colutorios son soluciones muy utilizadas para el enjuague bucal, especialmente antes de cirugías orales, debido a su capacidad para reducir el número de microorganismos en la cavidad oral y las unidades formadoras de colonias en los aerosoles dentales (79).

La Asociación Dental Americana (ADA) y el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) recomiendan el uso de colutorios antes de los procedimientos orales (79).

Entre los enjuagues bucales más utilizados contra el COVID-19 se encuentra el digluconato de clorhexidina (CHX), cloruro de cetilpiridinio (CPC), povidona yodada (PVP-I) y aceites esenciales (80).

Pregunta de investigación

¿Cuál es el impacto de la pandemia del COVID-19 en medidas de protección personal y procedimientos clínicos odontológicos desde mayo de 2020 hasta enero de 2022?

Problema de investigación

Desconocimiento acerca del impacto de la pandemia del COVID-19 en medidas de protección personal y procedimientos clínicos odontológicos desde mayo de 2020 hasta enero de 2022.

Objetivo general:

- Identificar los cambios en medidas de protección personal y procedimientos clínicos odontológicos en contexto de la pandemia COVID-19 desde mayo de 2020 hasta enero de 2022 a nivel nacional e internacional.

Objetivos específicos:

- Identificar las modificaciones en medidas y equipo de protección personal en el ámbito odontológico en el contexto de la pandemia de COVID-19.
- Describir las modificaciones implementadas en los distintos tipos de procedimientos odontológicos en la atención clínica.
- Identificar los cambios realizados a causa del COVID-19 en la infraestructura y organización del trabajo en las clínicas odontológicas.

Materiales y métodos

Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica el 3 de febrero de 2022 en los motores de búsqueda: PUBMED, SCIELO, SCOPUS, COCHRANE LIBRARY y LILACS. Para esto, se utilizaron las palabras claves: "COVID-19", "DENTISTRY" y "Personal Protective Equipment" con el conector booleano "AND" para asociar y limitar los resultados.

Motor de Búsqueda	Resultados
PUBMED	245
COCHRANE LIBRARY	2
SCIELO	5
SCOPUS	118
LILACS	19

Tabla I: Estrategia de búsqueda con palabras claves usadas en las bases de datos.

Selección de artículos

Para la selección de los artículos que son parte de la presente revisión crítica de la literatura, se realizó una revisión manual de títulos y resúmenes además se sometieron a los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

- Criterios de inclusión:
 - Revisiones sistemáticas, protocolos y guías.
 - Artículos en español e inglés.
 - Artículos publicados entre abril de 2020 y febrero de 2022.
 - Artículos relacionados con Odontología general.
- Criterios de exclusión:
 - Artículos no relacionados al tema de interés respecto a las palabras claves.

- Artículos no disponibles para su lectura.
- Artículos de opiniones de expertos y cartas al editor.
- Estudios experimentales
- Estudios de prevalencia (encuestas).
- Estudios relacionados a otras áreas de la salud (Ej. medicina, enfermería, etc.) o enfocados a una especialidad odontológica particular.
- Estudios que involucren a servicios de salud de las FF.AA. y seguridad y de orden público.
- Estudios relacionados al ámbito académico odontológico.
- Estudios exclusivos o que se enfoquen mayoritariamente en el ámbito psicológico.
- Estudios que se enfocaron exclusivamente en el impacto económico del COVID-19 en la odontología.

Resultados

La búsqueda bibliográfica en las diferentes bases arrojó un resultado total de 389 artículos. Para la gestión de las citas se utilizó el programa Zotero 5.0, con el cual además se eliminaron los artículos duplicados, obteniendo el conteo de 288 artículos, a partir de este número se realizó una revisión manual en base a los títulos y resúmenes por parte de los investigadores, resultando en 129 artículos. Posterior a este filtrado, se evaluaron manualmente los textos completos en relación a los parámetros de elegibilidad, quedando 48 artículos. Estos fueron sometidos a los criterios de inclusión y exclusión, excluyendo 19 artículos, dando un total de 29 estudios para revisión crítica de la literatura.

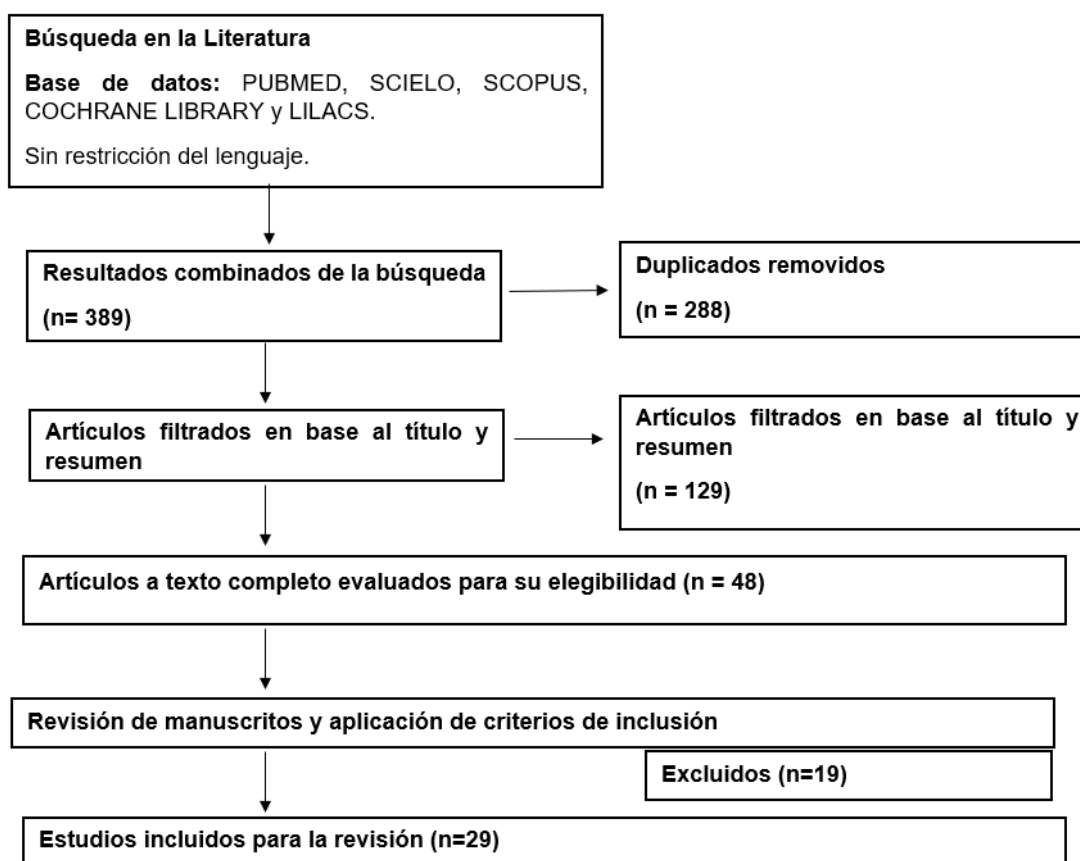


Figura 5. PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis). Flujograma de selección de búsqueda de artículos científicos.

Se ocuparán los siguientes tópicos para la síntesis de resultados:

- Autor/año.
- Tipo de estudio.
- Puntos claves del artículo.
- Recomendaciones/resultados principales

Síntesis de resultados

En base a los 29 artículos obtenidos de la búsqueda bibliográfica, ubicados entre los años 2020 al 2022, se analizó las recomendaciones/resultados principales (ver Tabla II. Principales resultados por estudio) en relación con los siguientes criterios:

1.1 Medidas de protección personal usadas por el profesional odontológico en contexto de COVID-19:

Entre las medidas de protección personal usadas al momento de atender pacientes en la contingencia actual de COVID-19 se encontraron los EPP como mascarillas, protectores faciales, gafas protectoras, batas y cubre calzados, los cuales constituyen una de las principales formas para reducir la propagación y el contagio con el SARS-CoV-2 con los que cuentan los profesionales odontológicos (86). A continuación, se analizó la información encontrada sobre los EPPs antes descritos:

1.1.1 Mascarillas

Catorce de los veintinueve artículos (ver Tabla II-A) recomendaron tanto las mascarillas N95, FFP2 o FFP3 o modelos superiores para la atención de pacientes odontológicos en la situación actual de la pandemia de COVID-19 (9,18,24,26,38,43,54,83,84,86,87,90,93,97). Otros seis artículos recomendaron únicamente a las mascarillas N95 sin precisar alternativas equivalentes (21,35,81,92,94,96). Mientras que sólo tres de los artículos recomendaron solo la mascarilla FFP3 como principal alternativa (22,85,89).

En tanto en 10 artículos se recomendó el uso de la mascarilla quirúrgica en conjunto con protector facial para realizar PNGA, como una alternativa a las N95/FFP2 o FFP3

en caso de disponibilidad limitada o como un complemento usándose sobre estas últimas (18,21,24,43,83,87,89–91,93). Cinco autores recomendaron de manera específica las mascarillas FFP2/N95 o una protección superior para los PGA (38,91,93,94,96). Por otro lado, cuatro autores sólo mencionaron mascarillas quirúrgicas o no especificaron estándares de las mascarillas (8,25,82,88).

Tres autores indicaron de manera explícita que las mascarillas deben ser cambiadas y eliminadas después de atender a cada paciente, también en el caso de dañarse, mojarse o deformarse, ya que esto afecta en lograr un sellado efectivo con el rostro. (43,81,96). De manera similar, se aconsejó en uno de los artículos que antes de usar las mascarillas N95/ FFP2 o superiores estas deben ser sometidas a pruebas de ajuste, ya que un ajuste inadecuado puede provocar una exposición involuntaria a los aerosoles (96).

En cuanto a la longevidad de uso de las mascarillas un autor indicó que las mascarillas quirúrgicas deben considerarse desechables y no superar el tiempo quirúrgico medio de 2 horas (24). En cambio, las mascarillas N95 pueden usarse durante un máximo de 6 horas, lo cual es similar a las directrices de los CDC (96). Sin embargo, otro autor afirmó que las mascarillas de respiración se pueden utilizar durante más tiempo (hasta 8 horas de uso continuo) y ofrecen una protección 10 veces mejor que las mascarillas quirúrgicas (83).

1.1.2 Protectores faciales y lentes

En dieciséis de los artículos (ver Tabla II-A) se recomendó el uso tanto de lentes/gafas de protección como protectores faciales (8,9,18,24,25,38,43,54,81–83,89,91–93,97). En 7 artículos solo se mencionaron los protectores faciales (18,21,22,26,86,90,94) y en 3 solo gafas/lentes protectores (85,87,96). Además, se relató en 4 artículos que tanto los protectores faciales como lentes/gafas deben proporcionar protección tanto frontal como lateral, cubriendo la mayor cantidad de superficie posible, de manera envolvente, dificultando así el ingreso de gotitas de aerosoles (24,26,43,93). También es mencionado por 5 autores el uso complementario de protector facial en conjunto con mascarilla quirúrgica en PNGA en casos de escasez o falta de insumos como N95/FFP2 o FFP3 (18,21,89,90,94).

1.1.3 Batas y cubre calzados

El uso de batas desechables de manga larga resistentes al agua y gorros para la cabeza o cubiertas para el cabello es recomendado (ver Tabla II-A) por ocho artículos (9,18,25,38,43,81,96,97), en cambio nueve artículos recomendaron el uso adicional de un cubre calzado impermeable a los fluidos, junto a las batas y gorros antes mencionados (8,54,83–85,87,88,90,91). Por otro lado, solo un artículo explícitamente no recomendó el uso de cubre calzados y sugirió usar calzados impermeables a los fluidos en lugar de estos (43). Mientras que cinco artículos solo hacen mención del uso de bata desechable impermeable (22,26,89,92,93). Por último, en 1 artículo se recomendó el uso de las batas desechables al atender a cualquier paciente, tanto para casos en los que hayan PGA como para los casos que no tengan PNGA (93).

1.1.4 Lavado de manos

La higiene regular de las manos mediante el lavado de manos con agua y jabón es una de las medidas más frecuentes y destacadas sugeridas por la OMS para limitar la propagación del coronavirus (35). En seis de los artículos (ver Tabla II-A) se mencionó o recomendó el lavado de manos antes y después de los procedimientos dentales y de cualquier contacto con el paciente (18,43,54,81–83), en cambio en cinco de los artículos se recomendó los llamados “cinco momentos de la higiene de manos” (2 antes y 3 después) antes del examen del paciente, antes de los procedimientos dentales, después de tocar al paciente, después de tocar el entorno y el equipo sin desinfección, y después de tocar la mucosa oral, la piel o heridas dañadas, sangre y otros fluidos corporales (8,25,88,89,96).

En lo que respecta a las soluciones para lavarse las manos seis artículos recomendaron el lavado de manos con agua y jabón, por un tiempo de 60 segundos aproximadamente, seguido de una limpieza adicional con soluciones a base de alcohol, entre 20 a 60 segundos (82,83,85–88). Uno de los artículos recomendó que en situaciones en las que no haya agua y jabón disponibles, se realice la higiene de manos con un desinfectante para manos a base de alcohol (ABHR) que contenga etanol (80 % v/v) o isopropanol. (75 % v/v.) (21). Solo en uno de los artículos se

mencionó una alternativa a las soluciones de alcohol, recomendando implementar el lavado de manos con agua y jabón de CHX por parte del personal odontológico y pacientes (87).

1.2 Procedimientos odontológicos en la atención clínica en contexto COVID-19:

1.2.1 Triage

Seis de los artículos (ver Tabla II-B) mencionaron y consideraron al triage odontológico, tanto antes de llegar a la consulta dental, como una medida preventiva esencial para la evaluación inicial del nivel de riesgo de los pacientes en el contexto actual de COVID-19 (8,18,24,85,91,93).

Con respecto al triage telefónico o por correo electrónico once artículos recomendaron preguntar por fiebre ($>38\text{ }^{\circ}\text{C}$), pérdida del olfato o del gusto, vómitos, algún trastorno gastrointestinal (diarrea), síntomas respiratorios como dolor de garganta, tos o dificultad para respirar que hayan ocurrido durante los últimos 14 días; si han estado en contacto con caso(s) confirmado(s) de COVID-19 sin protección adecuada en los últimos 14 días, o si ha viajado al extranjero o zonas de alto riesgo en los últimos 14 días (8,18,54,81,83,85–87,91,93,94). En caso de una respuesta positiva a cualquiera de las preguntas enumeradas, el tratamiento dental debería posponerse al menos durante 14 días y aconsejar al paciente que se ponga en cuarentena en su hogar (81,88,91). Los pacientes que se han recuperado de COVID-19 pueden recibir tratamiento 30 días después de la remisión de los síntomas (24,87).

El tele-triage se considera útil porque minimiza el riesgo de exposición y propagación en la comunidad, ya que durante este los pacientes se comunican por teléfono (91).

En cuanto al triage en la consulta dental propiamente nueve artículos recomendaron que se debe solicitar una historia clínica detallada a los pacientes y de sus familiares cuando llegue a la clínica dental, tal como contacto con personas infectadas por COVID-19, antecedentes de fiebre $>38\text{ }^{\circ}\text{C}$, síntoma respiratorio u otros signos y síntomas asociados al COVID-19, además de historial de viajes en los últimos 14 días, de manera similar al triage realizado por vía telefónica/correo electrónico (8,21,22,24,35,81,82,87,92). Dos de los artículos incluso sugirieron dedicar una

habitación o zona aislada especial para la realización del triage presencial antes del ingreso a la clínica propiamente tal (81,88).

Trece artículos mencionaron la importancia de un control y registro riguroso de la temperatura corporal tanto del paciente como de cualquier acompañante (si estos estuvieran presentes) que visiten la consulta dental en primera instancia, se recomendó que la temperatura se mida con un termómetro portátil infrarrojo sin contacto (8,22,24,25,35,54,81–84,87,88,92).

Un artículo también indicó que, además de realizar nuevamente el triage en la recepción y registrar temperatura del paciente, también se debe firmar un consentimiento informado escrito donde se consigna la condición de salud del paciente y el tipo atención odontológica va a recibir en contexto de pandemia SARS CoV-2 (87). El odontólogo idealmente no debería tratar sujetos infectados por COVID-19. Se debería evitar el tratamiento odontológico de pacientes que acuden a la consulta dental con síntomas sospechosos de COVID-19 (81).

Sin embargo, se pueden hacer excepciones en el caso de pacientes con urgencias odontológicas (82).

1.2.2 Pacientes sospechosos o COVID+ con urgencia o emergencias

Cuatro artículos (ver Tabla II-B) mencionaron que en caso de pacientes dentales que tengan síntomas de COVID-19, que hayan dado positivo en la prueba del SARS-CoV-2 o que hayan estado expuestos a personas con COVID-19 y que a su vez necesiten tratamiento dental urgente, para aliviar dolor o que no se puede posponer ni reprogramar se les puede dar prioridad de atención como paciente de alto riesgo y programar una visita (82,85,87,95,96).

En cambio, en un artículo se postuló que la atención dental de emergencia para pacientes con síntomas de COVID-19, con contacto con personas infectadas con COVID-19 o que hayan viajado a regiones con un alto número de casos de COVID-19 en los últimos 14 días se podía posponer por dos semanas, considerando en su lugar un manejo farmacológico del dolor o infección (8).

En otro artículo sugirió que al tener un paciente confirmado, posible o sospechoso de COVID-19, que requiera de un tratamiento de urgencia la mejor opción es trasladarlo

y tratarlo en un hospital por personal de salud debidamente capacitado (85).

Cuatro de los artículos recomendaron que, el tratamiento de los pacientes con COVID-19 idealmente debería realizarse al final de la jornada, en una sala AIIR, (Aislamiento de infecciones transmitidas por aire), salas de aislamiento con filtros de aire de partículas de alta eficiencia (HEPA) o en salas de presión negativa y con un manejo multidisciplinario (38,87,90,96). Otros 3 artículos mencionaron la importancia de evitar la propagación de aerosoles en el aire en estas circunstancias, por lo que el personal odontológico debería restringir los PGA y el uso de instrumental rotatorio y ultrasónicos en la medida de lo posible, recomendando utilizar dique de goma dental y minimizando el tiempo de intervención para reducir el riesgo de transmisión de aerosoles cargados de virus (85,90,95).

De manera similar tres artículos aconsejaron que tanto los clínicos como los asistentes dentales deben usar un EPP completo para reducir la propagación de aerosoles, estos EPPs consisten en mascarillas N95/FFP2 o FFP3 o superior, con un ajuste adecuado, gafas protectoras, pantallas faciales, batas protectoras y guantes(38,85,90). Luego de la intervención el personal también deberá auto chequearse durante un periodo de 14 días para detectar cualquier síntoma respiratorio, con un control de la temperatura dos veces al día (96).

1.2.3 Pacientes sospechosos o COVID+ sin urgencia ni emergencia

En lo que respecta a la atención odontológica de pacientes sospechosos o COVID +, pero sin una urgencia o emergencia odontológica actual, 2 autores recomendaban (ver Tabla II-B) que si estos pacientes no presentaban dolor debiesen esperar hasta el final de sus periodos de aislamiento/cuarentena y de su etapa de contagio, para poder realizar un tratamiento electivo, es decir, 10 días después de la aparición de los síntomas, o 20 días en casos de síntomas graves, o dos pruebas de PCR negativas administradas en un plazo de 24 horas (87,92,95).

1.2.4 Procedimientos generadores de aerosoles (PGA)

Siete autores indicaban (ver Tabla II-C) que en casos en los que haya PGA se deben considerar los siguientes EPP: Mascarilla FFP2/N95 o una protección superior con

ajuste adecuados, guantes, gafas protectoras, protectores faciales y bata impermeable de manga larga (21,38,86,91–93,96).

Otros autores recomendaron además que los procedimientos dentales que generen aerosoles se deberían planificar para el final de la jornada laboral de la clínica, en salas aisladas, separadas y adecuadamente ventiladas o en salas de presión negativa presurizadas (cuando esté disponible) y evitar las salas sin ventanas (o con las ventanas permanentemente cerradas) a menos que estén dotadas de ventilación mecánica de extracción que introduzca aire fresco a la sala (21,54,82,83,89,92).

Trece artículos sugirieron que para reducir la generación de aerosoles o gotitas se debe minimizar el uso de instrumental que los generen tales como jeringas de tres vías, dispositivos ultrasónicos, scalers y piezas de mano de alta velocidad (turbinas) y preferir el instrumental manual o rotatorio de baja velocidad; fomentar el desbridamiento manual en lugar de la limpieza ultrasónica y el uso de impresión digital con escáner intraoral para evitar el uso de materiales de impresión; además de usar dique de goma, eyectores de saliva de gran volumen (HVE) e instrumental rotatorio con válvula anti-retorno (9,18,21,22,24,35,38,82,84,87–89,92).

Adicionalmente dos autores recomendaron que, en la atención de pacientes con procedimientos generadores de aerosol, se debería preferir la odontología a cuatro manos, acompañada con enjuagues bucales previos al procedimiento (por ejemplo, peróxido de hidrógeno o povidona yodada), uso de inserciones ultrasónicas de pulverización focalizada; y desinfección de las líneas de agua de la unidad dental tanto por medios químicos como no químicos (21,92).

1.2.5 Procedimientos no generadores de aerosoles (PNGA)

En el caso de los procedimientos no generadores de aerosoles para pacientes COVID negativo los autores de cuatro artículos (ver Tabla II-C) recomendaron el uso de una mascarilla quirúrgica junto a protectores faciales (21,24,91,93). Sin embargo en otro artículo los autores mencionaron que 21 países europeos aconsejaban el uso de mascarilla quirúrgica en PNGA, mientras que en otros 8 países se recomendaba el uso de mascarilla FFP2/N95 o una protección mayor si estuviera disponible (93). Otro autor también recomendó que los tratamientos dentales con PNGA deben programarse para

la primera franja horaria de la mañana o la tarde (82).

1.3 Cambios realizados en la infraestructura y organización en las clínicas odontológicas:

1.3.1 Sala de espera

Del total de artículos, sólo diez mencionaron cambios en la sala de espera (ver Tabla II-D), en relación a esto, seis artículos recomendaron retirar todos los objetos decorativos, revistas, dispensadores de agua, folletos, juguetes y cualquier otro artículo no esencial que pueda ser manipulado por varias personas (54,82,83,85–87). En cinco artículos mencionaron la organización del mobiliario (distancia entre las sillas, uso señaléticas en el suelo, sillas y otros mobiliarios) para mantener idealmente el distanciamiento físico de 1.5 metros (82,84,86,87,89).

Se recomendó por dos estudios dejar en la sala de espera los objetos potencialmente infectados como chaqueta, bolso, teléfono, etc (18,83).

De acuerdo con dos artículos, se puede publicar pictogramas desarrollados por las entidades de salud locales o nacionales con respecto al lavado de manos y la higiene de las manos (82,84).

Cada uno de los siguientes cambios fueron mencionados solamente por un artículo:

- Implementar una sala/clínica aislada para la evaluación del paciente (81).
- Mantener un dosificador con solución antiséptica a base de alcohol en el área de recepción (82).
- Puede haber una alfombra empapada en una solución desinfectante a la entrada del consultorio dental o se puede proporcionar cubre calzados (82).
- La sala de espera debe tener acceso a lavado de manos para los pacientes y sus acompañantes con dispensadores de solución en base a alcohol gel (87).

1.3.2 Limpieza y desinfección

Respecto a este tópico (ver Tabla II-D) se consideró la limpieza/desinfección tanto de los EPP (si corresponde) como de las superficies del centro de trabajo dental; donde solo 25 estudios del total (86,20%) se refirieron a este contenido.

Solo seis artículos se refirieron a la desinfección del EPP reutilizable (8,9,21,25,83,89), de estos solo cuatro mencionaron que se debía realizar con alcohol etílico al 70% (9,21,83,89). Mientras que solo un estudio sugirió que se debía adicionar una limpieza con agua y jabón (9).

Mientras que, para desinfectar superficies, catorce artículos mencionaron que ésta se debía realizar con hipoclorito de sodio (8,9,21,24,25,43,54,82,83,85–87,89), diez artículos recomendaron una concentración al 0,1% (8,9,24,25,43,83,85,86,89,96), dos señalaron una concentración al 0,5% (21,54) y solo un recomendó que la concentración puede ir entre los intervalos 0,1-0,5% (82).

Por otro lado, doce estudios mencionaron el uso de alcohol y sólo un autor no especificó el tipo de alcohol, pero su porcentaje debía ser mayor a 60% (24). Nueve artículos recomendaron el uso de alcohol etílico (9,24,25,43,54,83,86,89,90), seis aconsejaron su concentración de 62-71% (9,24,43,54,86,89), dos indicaron su concentración al 70% (25,82) y solo uno sugirió su concentración del 78-95% (90). Por otra parte, dos autores señalaron el uso de alcohol isopropílico al 70% (8,83) y solo uno indica el uso de propanol de 62-71% (54).

También se recomendó el uso de peróxido de hidrógeno, donde tres estudios indicaron que su concentración debía ser al 0,5% (24,86,96) y solo uno señaló que podía ser en un intervalo 0,5-1% (82).

Adicionalmente, sólo dos estudios señalaron el uso de povidona yodada, donde un autor indicó su concentración al 7,5% (96) y el otro, 0,23-7,5% (90).

Finalmente, señalar que tres estudios mencionaron el uso de ozono (24,83,86), uno el uso de lámpara ultravioleta (86), y sólo un estudio mencionó como métodos de desinfección la clorhexidina al 0,05%, el cloroxilenol al 0,05% y el cloruro de benzalcoino al 0,1% (96).

1.3.3 Ventilación

Según diecisiete artículos se debe mantener una ventilación constante y adecuada del box dental, para esto, se aconsejó diferentes mecanismos de ventilación (ver tabla II-D):

- De forma natural, abriendo las ventanas (82,91,92).

- Uso de filtros/limpiadores de aire y sistemas de ventilación (22,83,93).
- Sistema de purificación de aire (9).
- Cumplir idealmente con medidas de ventilación (sistema de presión negativa o presencia de ventana) (25).
- Disponer de rejillas de ventilación en la zona de recepción y rejillas de aire de retorno en la zona de espera que extraigan el aire limpio de la recepción a la zona de espera (91).
- Uso de la ventilación local de escape para captar y eliminar los aerosoles creados durante el tratamiento (26).

En base a dos artículos se recomendó ventilar el box dental durante cinco a quince minutos cuando se realizaron procedimientos no generadores de aerosol y quince a sesenta minutos en procedimientos generadores de aerosol (9,25). Además, según tres artículos era obligatorio realizar un cambio de aire completo después de cada intervención, es decir entre paciente y paciente (9,25,85). Dos estudios sugieren evitar el uso de aire acondicionado (25,92).

Se mencionó en un artículo que la ventilación adecuada corresponde a 60 L/s/paciente para habitaciones con ventilación normal (89).

Seis artículos no especificaron un método para lograr una ventilación efectiva (8,43,54,87–89) y doce artículos no mencionan recomendaciones en relación a la ventilación (18,21,24,26,35,38,81,84,86,95–97).

1.4 Etapas del procedimiento:

En la tabla II-E se realizó un resumen de las diferentes etapas del procedimiento (antes, durante y posterior a la atención) y recomendaciones para el personal.

1.4.1 Enjuagues bucales antes del procedimiento

Respecto al enjuague, veintiséis de veintinueve estudios lo recomendaron previamente al procedimiento. De los cuales veinte mencionaron el uso de povidona yodada (8,9,21,22,24–26,35,38,43,54,82,83,86–90,93,97); donde trece lo indicaron en concentraciones al 0,2% (8,9,21,24,25,35,82,86–90,97), mientras que los otros lo recomendaban en concentraciones de 0,5-1% (26), 0,1% (43) y 1-2,3% (83).

Por otro lado, dieciocho estudios señalaban también como opción el uso de peróxido de hidrógeno (8,9,21,24–26,35,38,43,54,82,83,86,89–91,93,97). Dentro de los cuales, doce artículos indicaban su concentración al 1% (8,9,21,24–26,43,54,82,89,91,97), tres estudios señalaban su concentración 1-1,5% (83,90,93) y dos artículos planteaban su concentración de 0,5-1% (35,86).

También, se recomendó enjuagues en base a cloruro de cetilpiridinio. Lo indicaron seis estudios (9,26,38,83,84,93), en concentraciones de 0,005% (9) y 0,05-0,1% (26,83), y en combinación con gluconato de clorhexidina (93).

Adicionalmente, cinco estudios mencionaron el uso de enjuague de gluconato de clorhexidina (26,81,84,86,87) al 0,2% (86) y 0,12% (26,87). Sin embargo, siete artículos planteaban que era inefectivo contra el virus COVID-19 (8,9,25,85,89,91,93). Finalmente se indicó que algunos estudios también aconsejaron enjuagues en base a alcohol (18), aceites esenciales (84,86). Por otro lado, los pacientes pediátricos que no se pueden enjuagar, se debería usar rollos de algodón (21).

Discusión

Esta revisión crítica de la literatura incluye 29 artículos, en donde existen diferentes metodologías de investigación, incluso habiendo algunos que no la mencionan, existiendo una falta de estandarización en la estructura de los documentos.

Además, al tratarse de un tema de contingencia nacional e internacional, se pudo encontrar una gran variabilidad de información y estudios que están en constante desarrollo y evolución en base a la nueva evidencia del virus SARS-CoV-2, resultando en una heterogeneidad en algunos tópicos y diferencias entre los autores, pese a esto la mayoría de los estudios siguen una misma línea de trabajo citando a instituciones y organizaciones sanitarias.

Respecto a las medidas de protección personal usadas por el profesional odontológico en contexto de COVID-19, existe una gran variedad de recomendaciones en relación al tipo de mascarillas a usar por parte del odontólogo durante la atención clínica para limitar la propagación del Coronavirus y así proteger tanto al personal como a los pacientes. Con anterioridad a este evento, la PAHO (98) y los CDC (99), basaban sus sugerencias en las precauciones estándar, las cuales recomiendan el uso de mascarilla sin especificar el tipo.

En base a la evidencia, la principal tendencia a recomendar es la utilización de mascarillas N95, FFP2, FFP3 o modelos similares, debido a su diseño, el cual permite una alta tasa de filtración de partículas (partículas sólidas de 0,075 micrómetros) otorgando un alto grado de seguridad y la protección necesaria para reducir el riesgo de enfermedades infecciosas transmitidas por aire como es el COVID-19, sobre todo en el caso del odontólogo al encontrarse en contacto directo con la boca y el tracto respiratorio del paciente y al estar constantemente expuesto a aerosoles producidas por instrumental rotatorio o ultrasónico en los tratamientos dentales. (9,18,21,24,43,54,65,83–85,87,90,93).

En el año 2020, la Organización mundial de la salud (OMS) se encontraba reuniendo datos de investigaciones sobre la eficacia del uso de las diferentes mascarillas, debido a que en ciertos estudios recopilados por ellos, se indicaba una mayor disminución del riesgo de infección con las mascarillas filtrantes N95 sobre las quirúrgicas, pero estos

presentaban una serie de limitaciones procedimentales, mientras que en algunos metanálisis de revisiones sistemáticas se ha dado a conocer que no hay un riesgo bajo estadísticamente significativo de enfermedades respiratorias sintomáticas al comparar los diferentes tipos (65).

No obstante, la OMS en sus recomendaciones sobre el uso de mascarillas en el contexto de la COVID-19, menciona la mayor capacidad de filtración de las N95 sobre las quirúrgicas y a su vez recomienda que en PGA y cuando se preste atención directa a pacientes con Coronavirus se utilicen mascarillas filtrantes (65).

Para comienzos de 2022 los Centros para el Control y la prevención de Enfermedades (CDC) señala que “Los productos de telas de trama abierta son los que ofrecen menor protección, los productos de tejido fino en capas ofrecen más protección, las mascarillas quirúrgicas desechables bien ajustadas y las KN95 ofrecen incluso mayor protección, y las mascarillas de respiración bien ajustadas aprobadas por el NIOSH (incluidas las N95) son las que brindan el máximo nivel de protección” (64).

Siendo ambos tipos efectivos para reducir la transmisión del SARS-CoV-2, siempre y cuando se usen de manera correcta (ofreciendo un buen ajuste al rostro sin que queden huecos en los bordes ni alrededores de la nariz y cubriendo ésta y la boca) y constantemente (64).

Pese a esto, varios autores proponen otras alternativas al uso de la mascarilla N95. Tallarico M, et al. menciona la utilización de mascarilla quirúrgica en conjunto con un protector facial totalmente cubierto, mientras que Melo P, et al. en el año 2020 no especifica el tipo de respirador y sólo nombra la mascarilla quirúrgica, la cual según los estudios analizados por Villani F, et al. entregan una menor protección a la transmisión aérea de bacterias y patógenos virales, debido a que su principal limitación se basa en un mal ajuste a la cara y por ende la posibilidad de aspiración de aerosoles (18,54,82).

En diversos estudios se recalca una diferencia entre el tipo de mascarilla a usar en procedimientos generadores de aerosoles y no generadores, en el primero al utilizar un instrumental rotatorio o ultrasónico se generará una mayor cantidad de gotitas y aerosoles suspendidos en el aire, lo que requiere un mayor nivel de protección para el odontólogo, por este motivo tanto Aylwin I, et al. como Falahchai M, et al., mencionan

que en estos casos lo recomendable es utilizar una mascarilla quirúrgica sobre una N95 o FFP3 y en la atención donde no exista una generación de aerosoles se deberá usar una mascarilla quirúrgica, la que debe ir acompañada por un protector facial. Esta recomendación además se encuentra respaldada por las indicaciones dadas por la OMS, las orientaciones y normativas entregadas a nivel del Ministerio de Salud en Chile y por Asociación Chilena de Enseñanza de Odontología (ACHEO) respectivamente (13,65,87,89,100).

En cuanto al uso y duración de estas mascarillas existe una gran contradicción entre la literatura revisada, ya que varios artículos fueron desarrollados durante el año 2020, por lo que se menciona que en condiciones de desabastecimiento, escasez y altos costos de las mascarillas es recomendable el uso prolongado de ellas, excediendo la vida útil indicada por los fabricantes y las normas sugeridas por la OMS de 6 horas (26,43,65). Hay algunos autores que en las situaciones mencionadas anteriormente entregan como opción la reutilización de las mascarillas, variando la cantidad de veces entre los autores; Mateos MV, et al. indica que las mascarillas FFP2/FFP3 pueden guardarse para ser reutilizadas no más de 5 jornadas, mientras que Sigua E, et al. sugiere limitarla de tres a cinco veces. Incluso Villani F, et al. relata que las mascarillas FFP2 o N95 pueden esterilizarse mediante varias técnicas, como el vapor de peróxido de hidrógeno, calor seco o calor húmedo (9,43,54).

Por otro lado, Falahchai M, et al. no recomienda la reutilización ni el uso prolongado de las mascarillas, al igual que Checchi V, et al. considerando a la mascarilla como un elemento de protección desechable y su uso no debe superar las dos horas (24,89).

A pesar de esto, todos los autores consideran importante la utilización de una mascarilla, siendo una medida implementada en la atención odontológica hace muchos años, reforzándose durante la pandemia y manteniéndose en la actualidad implementando opciones de alto grado de filtración.

Antes del surgimiento del COVID-19 la Organización Panamericana de Salud (PAHO) recomendaba el uso de protección ocular (visor o gafas) y en casos donde hubiese secreciones o fluidos en el paciente, el uso de protector facial (98). Al igual que lo que algunos autores plantean actualmente (13,24,54,82,84,85,100).

En las investigaciones revisadas, indican el uso conjunto de lentes protectores en combinación con la visera facial (8,9,21,25,43,54,81–84,87,89,91,97,101,102), mientras que en algunos pocos, solo el uso de visera (22,24,26,43,86).

En tanto, en procedimientos no generadores de aerosoles se sugiere el uso de mascarilla quirúrgica junto con el protector facial (18,21,90). Sin embargo, pese a que haya diferencias, todos los estudios apuntan al uso de protección ocular en la atención odontológica.

Anteriormente según la PAHO, en el ámbito de las batas y el cubre calzado, se recomendaba el uso de bata para la atención clínica (98). Actualmente, catorce (uno de ellos es de la literatura gris,4) de los estudios sugieren el uso de batas desechables o descartables (9,18,22,25,26,38,43,81,89,92,93,96,97,100). Por otra parte, otros autores recomiendan batas de tela que se utilicen tanto en PGA y PNGA (103), mientras que otros, el uso de bata impermeable (13,101).

En relación a los cubre calzados, éstos no eran mencionados antes de la pandemia ni por la PAHO, los CDC o la University of Saskatchewan (College of Dentistry) en la atención Odontológica (98,99,103). En el presente no se recomienda el uso de cubre calzados propiamente tal, sino que de calzado impermeable; esto mencionado por nueve artículos.

Respecto a la higiene de manos, no ha habido cambios en la técnica, y los autores plantean que el lavado de manos debe realizarse con agua y jabón (13,18,21,22,25,82,83,85–88,96,100) al igual que anteriormente señalaba la PAHO y los CDC (98,99).

Antes se planteaba que si las manos no estaban visiblemente sucias se podía utilizar desinfectante a base de alcohol (en caso de procedimientos quirúrgicos no está permitido) (99). Lo cual contrasta con la recomendación actual, la cual plantea que la desinfección de éstas no reemplaza el lavado de manos, a excepción de un autor, que plantea las mismas recomendaciones antiguas (100).

En relación a los momentos en los cuales se debe realizar el lavado de manos, la Organización Panamericana de Salud, propone que éste debe ser realizado 1) Antes y después de cualquier contacto directo con pacientes y entre pacientes, se usen o no guantes, 2) Inmediatamente después de quitarse los guantes, 3) Antes de manipular

un dispositivo invasivo, 4) Después de tocar sangre, fluidos orgánicos, secreciones, excreciones, piel lesionada y elementos contaminados, aunque se estén usando guantes, 5) Durante atención de pacientes, al moverse de un sitio contaminado a uno no contaminado del cuerpo del paciente 6) Después del contacto con objetos inanimados en los alrededores inmediatos del paciente (98). Mientras que los CDC, indican que además debe ser realizado cuando las manos estén visiblemente sucias, después de tratar a cada paciente, inmediatamente antes de colocarse los guantes y después de quitarse todo el EPP (99). Lo cual es similar a la literatura actual, en la cual se recomienda los llamados “cinco momentos de la higiene de manos” (8,25,88,89,96,101,102).

Respecto al tiempo que debe durar el lavado de manos, la PAHO indica que éste debe ser realizado entre 40-60 segundos, lo cual es similar a lo que los autores plantean actualmente, que es entre 20-60 segundos (82,83,85–88,103). Mientras que los CDC plantean que debe tener una duración entre 1-2 minutos después del contacto con el paciente (104).

Finalmente hay que mencionar que uno de los autores recomienda que en situaciones en las que no haya los elementos de higiene disponibles, éste se realice con un desinfectante para manos a base de alcohol (21) lo que igualmente proponen los CDC (104).

Respecto al triage odontológico, tanto de manera previa como al momento de llegar a la cita dental, se considera por varios de los autores una estrategia de prevención esencial para realizar una evaluación preliminar del nivel de riesgo que posee cada paciente en la pandemia actual de COVID-19 (8,18,24,85,91,93).

Este triage se puede dividir en 2 tipos, el tele-triage, ya sea por teléfono, correo electrónico u otros medios digitales, y el triage presencial al momento de llegar a la atención en la clínica odontológica.

En relación al primer tipo, los autores indican preguntas sobre los signos y síntomas más habituales, acerca del estado febril del paciente ($>38^{\circ}\text{C}$), pérdida temporal del sentido del gusto y olfato, problemas gastrointestinales (vómitos y/o diarrea) y problemas respiratorios (dolor de garganta, tos, dificultades para respirar) en los últimos 14 días, ya que estos son los síntomas más comunes y característicos de la

infección con COVID-19. Aparte de esto, recomiendan preguntar si el paciente estuvo en contacto con casos confirmados de COVID-19 sin una protección adecuada (distanciamiento, uso de mascarilla, etc.) o si volvió en los últimos 14 días del extranjero o de una zona de alto riesgo de contagio (8,18,54,81,83,85–87,91,93,94).

Según tres autores la principal recomendación en caso de responder de manera afirmativa a alguna de estas preguntas es la suspensión y el reagendamiento del tratamiento odontológico, a lo menos por 14 días o hasta que el paciente termine con su periodo de cuarentena correspondiente (81,88,91).

A diferencia de lo anteriormente mencionado, Checchi et al. y Aylwin-Miranda et al. recomiendan que pacientes que se hayan recuperado de la infección con COVID-19 pueden recibir su atención odontológica correspondiente 30 días luego de la remisión de los síntomas o del fin del periodo de cuarentena respectivamente (24,87).

Kumar et al. indica que la principal ventaja de este triage remoto es la disminución del riesgo de exposición y diseminación del virus, tanto en la consulta dental como en la comunidad en general, ya que se evita el contacto directo con posibles casos positivos de COVID-19 (91).

Por otro lado, en el caso del triage presencial al momento de arribar a la consulta odontológica varios de los artículos recomiendan pedir al paciente una historia clínica minuciosa, además de preguntar tanto al paciente como a sus acompañantes si han estado en presencia cercana a personas con diagnóstico positivo de COVID-19, historial de viajes en los últimos 14 días, además de signos y síntomas como fiebre $>38^{\circ}\text{C}$, dificultades respiratorias, entre otros comúnmente asociados al COVID-19, similar al triage realizado de manera remota como una forma de confirmar y corroborar lo pesquisado de manera inicial (8,21,22,24,35,81,82,87,92).

Aparte de estas medidas ya mencionadas Tarakji B, et al. y Patil S, et al. recomiendan incluso tener una sala o lugar aislado dedicado para realizar el triage presencial (81,88).

Numerosos autores recalcan la importancia de una medición precisa y efectiva de la temperatura corporal, ya sea la del paciente como la de sus posibles acompañantes, y para esto se recomienda el uso de termómetros infrarrojos portátiles sin contacto. (8,22,24,25,35,54,81–84,87,88,92).

Aylwin-Miranda, et al. también recomienda que, en conjunto al triage presencial y el registro de temperatura, se debe firmar un consentimiento informado escrito en donde se estipule el estado de salud del paciente y el tipo de tratamiento odontológico que ha de recibir, en contexto de la pandemia de SARS-CoV-2 (87).

Tarakji B et al. sugiere que idealmente se debería evitar el tratamiento odontológico de pacientes con sospechas de estar infectados con COVID-19, a no ser que se trate de un procedimiento de urgencia (81).

En cuanto a los pacientes con sospecha o con confirmación de infección con SARS-CoV-2, o que hayan sido contacto estrecho de un caso confirmado de COVID-19, pero que a su vez presenten una urgencia de carácter odontológico, varios artículos coinciden en que se puede dar prioridad a su atención como un paciente de alto riesgo (82,85,87,95,96).

Por otro lado, Mahdi S.S, et al. sugiere que en casos de emergencias odontológicas de pacientes con síntomas de Coronavirus o contacto estrecho con casos confirmados de infección con SARS-CoV-2 es recomendable postergar la atención por dos semanas e indicar un manejo farmacológico del dolor o la infección (8).

Amato A, et al. recomienda que en estos casos se debería optar por el traslado y tratamiento en un centro asistencial con personal de salud correspondiente calificado (85).

De manera similar a lo discutido anteriormente varios autores mencionan que el tratamiento de estos pacientes positivos de SARS-CoV-2 debería ser preferentemente al término de la jornada clínica, en boxes especializados como AIIR o con filtros HEPA, o cubículos de presión negativa y en todos los casos con un manejo multidisciplinario. (38,87,90,96).

En lo que concierne a las recomendaciones de la atención de pacientes COVID-19 Amato, et al., Gurzawska-Comis, et al. y Hartig, et al. mencionan la importancia de prevenir la producción y dispersión de aerosoles, por lo que se recomienda una restricción del uso de instrumental generador de aerosoles, hacer uso de dique de goma y procurar rapidez en los tiempos clínicos para lograr sesiones más cortas y, de esta forma, minimizar el riesgo de transmisión del virus (85,90,95).

Respecto al uso de EPP en varios artículos aconsejan que para disminuir el riesgo de transmisión del virus en estas situaciones, tanto clínicos como asistentes deben hacer uso de su EPP completo, constituido por mascarillas N95/FFP2 o un nivel superior ajustadas de manera adecuada, pantalla facial, guantes, gafas y batas protectoras. (28,35,43) Tay J, et al. sugiere que una vez terminada la intervención el personal que participa en esta deberá realizar como medidas de precaución auto chequeos por síntomas respiratorios por los siguientes 14 días y controles de temperatura 2 veces al día (96).

En la atención de pacientes con sospecha o con confirmación de infección con SARS-CoV-2 o que hayan sido contacto estrecho de un caso confirmado de COVID-19, pero que a su vez, no presenten una urgencia de carácter odontológico, tanto Aylwin-Miranda, et al. , Pereira L, et al. y Hartig M, et al. recomiendan que, en casos en los que no haya dolor, el tratamiento de estos pacientes será postergado hasta finalizado el respectivo periodo de cuarentena, pudiéndose realizar tratamiento electivo 10 días posteriores a la aparición de los síntomas o 20 días en instancias de síntomas graves o luego de realizar 2 testeos PCR con resultado negativo en un intervalo de 24 horas (87,92,95).

En casos de tratamientos que impliquen realizar procedimientos generadores de aerosoles o PGA numerosos estudios coinciden en una serie similar de EPPs, mascarillas ya sea FFP2/2/N95 o superior, con un buen ajuste, guantes de látex/nitrilo, gafas protectoras, pantalla facial y una bata impermeable de manga larga (21,38,86,91–93,96).

Por otra parte, otros autores también recomiendan que las acciones clínicas con PGA deben ser agendadas para el final del itinerario clínico, en cubículos/boxs con un aislamiento, distanciamiento y ventilación de aire adecuados, o en salas equipadas con sistema de presión negativa, de hallarse disponibles, y en lo posible abstenerse de usar boxs sin ventanas a excepción que tengan sistemas de ventilación artificial (21,54,82,83,89,92).

En contraste, numerosos artículos hacen mención de recomendaciones para reducir la generación de aerosoles en el box dental, para lograr esto se sugiere reducir al

mínimo la utilización de instrumental ultrasónico, rotatorio de alta velocidad y jeringas triples, siendo las principales responsables de la producción excesiva de gotitas en suspensión, y en cambio favorecer el uso ya sea de instrumental de desbridamiento manual, rotatorio de baja velocidad o el uso de goma de dique durante los procedimientos, cuando sea posible (9,18,21,22,24,35,38,82,84,87–89,92).

Algunos autores también recomiendan otras estrategias para reducir la cantidad de aerosoles producidos como son el uso de medios de impresión digitales con escáner intraoral, eyectores de saliva de alto volumen (HVE) o instrumental rotatorio con válvulas o sistemas anti-retorno (8,9,21,54,89).

De manera adicional Aldahlawi S, et al. y Pereira L, et al. ahondan más en diferentes medidas de prevención en PGA, recomendando la atención de paciente a 4 manos, junto con enjuagues bucales desinfectantes previos al procedimiento, uso de inserciones ultrasónicas de pulverización focalizada; e incluso la desinfección del suministro de agua que alimenta la unidad dental, ya sea con medios químicos o no químicos (21,92).

Por el contrario, en casos de tratamientos que no impliquen realizar procedimientos generadores de aerosoles o PNGA en los pacientes, varios autores recomiendan el uso de mascarilla quirúrgica en conjunto con el protector facial (21,24,91,93).

Pese a esto, Becker K, et al, menciona que en los protocolos de numerosos países europeos se aconseja el uso de mascarilla quirúrgica en PNGA, mientras que en otros se recomienda el uso de mascarillas FFP2/N95 o superior si se encontrara disponible (93).

En lo que respecta al agendamiento de PNGA, Melo P, et al. sugiere que estos deberían idealmente programarse en los primeros horarios, ya sea de la jornada de la mañana como de la tarde (82).

En relación con los cambios realizados en la infraestructura y organización en las clínicas odontológicas, en primer lugar, en las modificaciones en la sala de espera los autores que mencionan este apartado se centran en otorgar un espacio seguro a los pacientes, disminuyendo la probabilidad de contagio y facilitando la desinfección de las superficies, considerando que la sala de espera es un lugar en donde el paciente permanecerá un tiempo hasta ser atendido (18,54,81–87,89).

Para cumplir estos objetivos, la mayor parte de los autores, como Aylwin I, et al. recomiendan retirar objetos no esenciales que pudieran ser manipulados por varios pacientes, incluyendo revistas, folletos y juguetes, entre otros. A su vez Tallarico M, et al, sugiere que antes de entrar el paciente al box dental deje en la sala de espera objetos considerados potencialmente infectados como el teléfono, chaqueta, etc (18,87).

Al ser un espacio cerrado, se procura que en su interior se encuentren la menor cantidad de personas y se mantenga un distanciamiento físico seguro entre pacientes, dentro de la información revisada en los artículos existe una variación en cuanto a la cifra de esta medida, ya que Melo P, et al. indica mantener las sillas separadas 2 metros, mientras que Aylwin I, et al., en el 2021 indica una distancia de 1.5 metros (82,87).

Por otro lado, se puede observar está misma diferencia entre las orientaciones entregadas al comienzo de la pandemia por el MINSAL y la ACHEO, indicando en la primera mantener una distancia de 2 metros y la segunda de colocar una señalética en el piso de aproximadamente 1.5 metros (13,100).

Actualmente la OMS considera una distancia óptima de al menos 1 metro y a su vez recalca que cuanto mayor distancia se mantenga en espacios cerrados es mejor (101). De acuerdo a la PAHO “todos los individuos (incluidos pacientes y visitas) deben cumplir con las prácticas de control de la infección en los entornos de atención de la salud”, siendo una de las medidas más efectivas el lavado de manos, por lo que Aylwin I, et al. y Melo P, et al., se refieren a que dentro de la sala de espera tanto los pacientes como sus acompañantes tengan acceso a dispensadores con solución antiséptica en base a alcohol para higienizar sus manos previos a la atención, además este último autor menciona también el uso de una solución desinfectante para los zapatos o entregar un cubre calzado, medida incorporada en el Protocolo de bioseguridad para el cirujano dentista durante y post pandemia de COVID-19 del colegio Odontológico del Perú, pero no en las orientaciones dadas por el MINSAL ni la ACHEO (13,82,87,98,100,102).

Antes de la pandemia, los CDC indicaba que para la limpieza ambiental se recomendaban desinfectantes hospitalarios registrados por la EPA o detergentes/desinfectantes etiquetados para el uso en centros de atención médica, no se especificaron exactamente qué componentes a utilizar (99).

En cambio, actualmente, la limpieza y desinfección del EPP reutilizable y de superficies dentro del box dental y de espacios comunes, es una de las recomendaciones más mencionadas por los autores y una de las más diferentes entre ellos, principalmente debido al tipo de desinfectante y la concentración óptima para usar. De igual forma, Checchi V, et al., AL-Omiri M, et al y Czajkowska S, et al., indican la opción de utilizar equipos de ozono como método de desinfección, pero Mateos Moreno MV, et al. no aconseja su uso de este como desinfectante ambiental del SARS-Cov-2 debido a la alta concentración que necesita para alcanzar un nivel de virucida, lo que conlleva a aumentar su potencial tóxico y ser un riesgo para las personas (9,24,83,86).

No obstante, varios autores como Villani F, et al. mencionan dentro de sus alternativas de desinfección, el uso de hipoclorito de sodio en concentraciones entre 0,1% y alcohol etílico con una concentración de 62-71%. La ACHEO a mediados de 2020 recomendó el uso de alcohol etílico al 70% (54,100).

En contexto de la pandemia COVID-19, Amato A, et al. en conjunto con otros autores consideran de suma importancia mantener una ventilación constante del box dental y renovar el aire posterior a la atención clínica y entre pacientes, debido a la capacidad del virus SARS-COV-2 de mantenerse un tiempo suspendido en el aire. Para esto se proponen diferentes mecanismos desde abrir las ventanas hasta la utilización de sistemas de purificación del aire y de ventilación (85).

Mateos Moreno MV, et al. y Cruzat G, et al. recomiendan que en en procedimientos generadores de aerosol exista una ventilación de quince a sesenta minutos y en no generadores de cinco a quince minutos (9,25).

La gran mayoría de los estudios indican que previo a la atención los pacientes deben utilizar un enjuague bucal, existiendo diferencias entre ellos respecto a la opción más efectiva contra el coronavirus, en relación con esto, las principales recomendaciones se centran en el uso de la povidona yodada en concentraciones al 0,2%, el peróxido

de hidrógeno al 1%, enjuagues en base a cloruro de cetilpiridinio al 0,005% o 0,05-0,1% (8,9,21,24–26,35,38,43,54,82–84,86–91,93,97).

Algunos autores como Czajkowska S, et al. incluyen el uso de clorehexidina al 2%, mientras que Amato A, et al. en el 2020 sugiere que este enjuagatorio sería inefectivo contra el virus, y menciona que al momento de realizar su estudio no habían ensayos que evalúen la real eficacia in vivo y que en las pautas para el diagnóstico y tratamiento de la neumonía por el nuevo coronavirus (quinta edición) publicadas por la Comisión Nacional de Salud de la República Popular China no indicaban los enjuagues a base de Clorhexidina (85,86).

Por su lado, el Ministerio de Salud de Chile recomienda implementar previo a la atención el uso de peróxido de hidrógeno al 1% por 30 segundos (13).

Sugerencias

La principal recomendación es que se necesitan más estudios en el futuro, respecto a este tema y que incluyan las nuevas medidas y recomendaciones que se han propuesto en el último tiempo a causa de la evolución del virus SARS-CoV-2 y de la aparición de nuevas variantes, además se considera importante incluir el tema de las vacunas como una medida preventiva para evitar y reducir el riesgo de contagio de COVID-19 y los efectos que ha generado en la atención dental.

Por tanto, resulta de suma importancia ir actualizando la información y complementar a las normativas emitidas por las autoridades sanitarias nacionales e internacionales, incluida la Organización Mundial de la Salud.

Conclusión

Basado en la presente revisión crítica de la literatura se concluyó que se han implementado nuevas medidas de protección personal y cambios en los procedimientos clínicos odontológicos en el contexto de la pandemia COVID-19 tanto a nivel nacional como internacional con el fin de disminuir la transmisión por el virus SARS-CoV-2 y lograr un ambiente seguro.

Se recomendó el uso de mascarillas quirúrgicas y filtrantes como la N95, KN95 y la FFP2 para la atención odontológica debido a su capacidad de filtración, considerándose estas últimas con mayor filtración de partículas. Además se realizó una diferenciación en su utilización, considerándose en procedimientos generadores de aerosoles el uso complementario de ambas mascarillas. Pese a esto se recalcó la importancia del ajuste, adaptación al rostro, evitar deformaciones o manipulaciones erróneas y el tiempo de uso para lograr una correcta protección.

En cuanto al triage odontológico se concluyó que se trataba de una herramienta fundamental para la atención en el contexto de COVID-19, permitiendo la categorización y priorización de los pacientes de acuerdo a la sintomatología y las necesidades de tratamiento de cada uno, junto a los protocolos de medidas de protección personal a utilizar con cada caso.

Es por esto, que actualmente en Odontología se dividieron los procedimientos en generadores y no generadores de aerosoles, dependiendo de la acción, el instrumental a utilizar, con el fin de disminuir el riesgo de exposición al SARS-CoV-2 por parte del odontólogo y sus pacientes.

Respecto a la implementación del enjuague bucal, éste se utilizó para disminuir la carga viral y bacteriana del paciente y a su vez reducir la transmisión del COVID-19. El componente activo del enjuague va en vía de cuál es más efectivo para el propósito mencionado anteriormente, siendo más beneficiosos los que incluyen peróxido de hidrógeno o povidona yodada.

Muchas de estas medidas han ido cambiando con el transcurso del tiempo, dado que cada vez se ha ido descubriendo más información acerca del virus y su presentación

clínica, por esta razón se deben ir actualizando constantemente los protocolos y las nuevas recomendaciones que vayan surgiendo.

Finalmente hay que mencionar que este estudio presenta como anexo un resumen a modo de protocolo sobre recomendaciones para la atención dental que buscan brindar un lugar de trabajo seguro durante este periodo ante este nuevo virus. Pero este manuscrito no corresponde a un estándar en la atención o a una regulación oficial, ni crea obligaciones legales.

Abreviaturas

- **ABHR:** Desinfectante para manos a base de alcohol.
- **ACE-2:** Enzima convertidora de angiotensina 2
- **ADA:** Asociación Dental Americana
- **AIIR:** Aislamiento de infecciones transmitidas por aire
- **ASTM:** American Society of Testing and Materials
- **COVID-19:** acrónimo del inglés coronavirus disease 2019 (enfermedad por coronavirus).
- **CBCT:** Tomografía computerizada de haz cónico (Cone Beam Computed Tomography)
- **CDC:** Centers for Disease Control.
- **CHX:** Clorhexidina.
- **CPC:** Cloruro de Cetilpiridinio.
- **EPP:** Equipo de Protección Personal
- **EPA:** Agencia de Protección Ambiental de Estados Unidos
- **FFP:** Filtering Face Piece
- **FDA:** Federación Dental Americana
- **HVE:** Evacuadores de alto volumen (High Volume Evacuator)
- **HEPA:** High Efficiency Particulate Air
- **ICTV:** Comité internacional de Taxonomía de Virus
- **O2:** Peróxido de Hidrógeno.
- **OMS:** Organización Mundial de la salud
- **NAAT:** Nucleic Acid Amplification Test
- **PGA:** Procedimiento Generador de Aerosoles
- **PNGA:** Procedimiento No Generador de Aerosoles
- **PY:** Povidona Yodada
- **RT-PCR:** Reacción en cadena de la polimerasa.
- **SARS-CoV-2:** Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2
- **SIG:** Grupo Interagencial del SARS-CoV-2
- **VBM:** Variantes de bajo monitoreo

- **VIH:** Virus de Inmunodeficiencia Humana
- **VHB:** Virus Hepatitis B
- **VOI:** Variante de interés
- **VOC:** Variante de preocupación
- **VOHC:** Variante de grandes consecuencias

Referencias Bibliográficas

1. Lai CC, Shih TP, Ko WC, Tang HJ, Hsueh PR. Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and coronavirus disease-2019 (COVID-19): The epidemic and the challenges. *International Journal of Antimicrobial Agents*. 2020 Mar;55(3):105924.
2. Singhal T. A Review of Coronavirus Disease-2019 (COVID-19). *The Indian Journal of Pediatrics*. 2020 Apr 13;87(4):281–6.
3. Innes N, Johnson IG, Al-Yaseen W, Harris R, Jones R, KC S, et al. A systematic review of droplet and aerosol generation in dentistry. *Journal of Dentistry*. 2021 Feb;105:103556.
4. World Health Organization. Transmission of SARS-CoV-2: implications for infection prevention precautions. 2020.
5. Guiñez-Coelho M, Guiñez-Coelho M. Impact of COVID-19 (SARS-CoV-2) Worldwide, Implications and Preventive Measures in Dental Practice and its Psychological Consequences on Patients. *International journal of odontostomatology [Internet]*. 2020 Sep [cited 2022 Jul 11];14(3):271–8. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2020000300271&lng=en&nrm=iso&tling=en
6. Bakaeen LG, Masri R, AlTarawneh S, Garcia LT, AlHadidi A, Khamis AH, et al. Dentists' knowledge, attitudes, and professional behavior toward the COVID-19 pandemic. *The Journal of the American Dental Association*. 2021 Jan;152(1):16–24.
7. Izzetti R, Nisi M, Gabriele M, Graziani F. COVID-19 Transmission in Dental Practice: Brief Review of Preventive Measures in Italy. *Journal of Dental Research*. 2020 Aug 17;99(9):1030–8.
8. Mahdi SS, Ahmed Z, Allana R, Peretti A, Amenta F, Nadeem Bijle M, et al. Pivoting Dental Practice Management during the COVID-19 Pandemic—A Systematic Review. *Medicina (B Aires)*. 2020 Nov 25;56(12):644.
9. Mateos Moreno MV, Lenguas Silva AL, Pastor Ramos V, García Ávila I, García Vázquez MT, García Vicent G, et al. [Odontología en entorno COVID-19.

- Adaptación de las Unidades de Salud Bucodental en los centros de salud de la Comunidad de Madrid.]. *Revista Española de Salud Pública*. 2020 Nov 12;94.
10. Banakar M, Bagheri Lankarani K, Jafarpour D, Moayedi S, Banakar MH, MohammadSadeghi A. COVID-19 transmission risk and protective protocols in dentistry: a systematic review. *BMC Oral Health*. 2020;20(1):275.
 11. Bizzoca ME, Campisi G, Io Muzio L. Covid-19 Pandemic: What Changes for Dentists and Oral Medicine Experts? A Narrative Review and Novel Approaches to Infection Containment. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020 May 27;17(11):3793.
 12. Peng X, Xu X, Li Y, Cheng L, Zhou X, Ren B. Transmission routes of 2019-nCoV and controls in dental practice. *International Journal of Oral Science*. 2020 Dec 3;12(1):9.
 13. MINSAL. Orientaciones para atención odontológica en fase IV COVID-19. Santiago; 2020 Mar.
 14. Comité de Expertos COVID-19. RECOMENDACIONES PARA LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA FRENTE A LA PANDEMIA POR COVID-19/ SARS CoV-2 . Santiago; 2020 Oct.
 15. Barragán Ordoñez AE, Valencia Duche NP, Medina Benítez PG, Quiñonez Vanegas JD, Yanangómez Merizalde YM. Protocolos de atención odontológica ante la nueva realidad por COVID-19. *RECIAMUC*. 2021 Jan 30;5(1):211–22.
 16. World Health Organization. Considerations for the provision of essential oral health services in the context of COVID-19. Geneva; 2020 Aug.
 17. MINSAL. Lineamientos para la reducción de riesgos de transmisión y contagio en el retorno gradual de la atención odontológica en contexto de pandemia COVID-19. Santiago; 2020 Apr.
 18. Tallarico M, Cicciù M, Lumbau AI, Meloni SM. Coronavirus Disease 2019 Coexistence in the Daily Practice. *European Journal of Dentistry*. 2020 Dec 15;14(S 01):S171–6.
 19. Mojica-Crespo R, Morales-Crespo MM. Pandemia COVID-19, la nueva emergencia sanitaria de preocupación internacional: una revisión. *Medicina de Familia SEMERGEN*. 2020 Aug;46:65–77.

20. Dar-Odeh N, Babkair H, Abu-Hammad S, Borzangy S, Abu-Hammad A, Abu-Hammad O. COVID-19: Present and Future Challenges for Dental Practice. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020 Apr 30;17(9):3151.
21. Aldahlawi SA, Afifi IK. COVID-19 in Dental Practice: Transmission Risk, Infection Control Challenge, and Clinical Implications. *The Open Dentistry Journal*. 2020 Jul 21;14(1):348–54.
22. Raj A, Shetty NJ, Pradhan S. Coronavirus and dentistry – fighting the pandemic. *HIV & AIDS Review*. 2020;19(4):217–21.
23. World Health Organization. Intervención del Director General de la OMS en la conferencia de prensa sobre el 2019-nCoV del 11 de febrero de 2020. 2020.
24. Checchi V, Bellini P, Bencivenni D, Consolo U. COVID-19 Dentistry-Related Aspects: A Literature Overview. *International Dental Journal*. 2021 Feb;71(1):21–6.
25. Cruzat Villalobos G, Barrera G. F, Fuenzalida LF. SARS-CoV-2 en atención odontológica: vías de transmisión y sus consideraciones en la práctica clínica. *Revista médica de Chile*. 2020 Sep;148(9):1302–6.
26. Alanya-Ricalde JA, Llanos-Carazas MY, Acurio-Medina S. Revisión de los aspectos éticos y criterios de bioseguridad en odontología en el contexto de la pandemia por COVID-19. *Odontología Sanmarquina*. 2021 Jul 1;24(3):255–60.
27. Alpuche-Aranda CM. Infecciones emergentes el gran reto de la salud global: Covid-19. *Salud Pública de México*. 2020 Feb 28;62(2, Mar-Abr):123.
28. World Health Organization. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. 2022.
29. CNN. Cronología del COVID-19: Todos los hitos claves en Chile y el mundo desde el 31/12/19. 2020.
30. World Health Organization. COVID-19: cronología de la actuación de la OMS. 2020.
31. Gobierno de Chile. Situación Nacional de COVID-19 en Chile. 2022.
32. Oliva Marín JE. SARS-CoV-2: origen, estructura, replicación y patogénesis. *Alerta, Revista científica del Instituto Nacional de Salud*. 2020 Apr 30;3(2).

33. Schoeman D, Fielding BC. Coronavirus envelope protein: current knowledge. *Virology Journal*. 2019 Dec 27;16(1):69.
34. Pastrian-Soto G. Presencia y Expresión del Receptor ACE2 (Target de SARS-CoV-2) en Tejidos Humanos y Cavidad Oral. Posibles Rutas de Infección en Órganos Orales. *International journal of odontostomatology*. 2020 Dec;14(4):501–7.
35. Suttagul K, Sirichitra V. COVID-19 Pandemic in ASEAN Region and Implication in Dentistry. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*. 2020 Oct 26;8(T1):465–70.
36. World Health Organization. Preguntas y respuestas sobre la transmisión de la COVID-19. 2021.
37. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Cómo se propaga el COVID-19 . 2021.
38. Romero Tapia P, Marin Aliaga JE, Sedano Balbín G. Bioseguridad en la atención odontológica a partir de la pandemia COVID-19: un análisis global de las nuevas medidas. *Odontología Sanmarquina*. 2021 Feb 15;24(1):53–9.
39. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Síntomas del COVID-19. 2022.
40. World Health Organization. Coronavirus. 2022.
41. Struyf T, Deeks JJ, Dinnes J, Takwoingi Y, Davenport C, Leeflang MM, et al. Signs and symptoms to determine if a patient presenting in primary care or hospital outpatient settings has COVID-19. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2021 Feb 23;2021(3).
42. Cascella M, Rajnik M, Aleem A, Dulebohn SC, di Napoli R. Features, Evaluation, and Treatment of Coronavirus (COVID-19). 2022.
43. Sigua-Rodríguez EA, Bernal-Pérez JL, Lanata-Flores AG, Sánchez-Romero C, Rodríguez-Chessa J, Haidar ZS, et al. COVID-19 y la Odontología: una Revisión de las Recomendaciones y Perspectivas para Latinoamérica. *International journal of odontostomatology*. 2020 Sep;14(3):299–309.
44. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Clasificaciones y definiciones de las variantes del SARS-CoV-2. 2022.

45. Organización Panamericana de la Salud. Variantes del SARS-COV-2 (COVID-19) - Preguntas frecuentes. 2022.
46. Islam S, Islam T, Islam MdR. New Coronavirus Variants are Creating More Challenges to Global Healthcare System: A Brief Report on the Current Knowledge. *Clinical Pathology*. 2022 Jan 3;15:2632010X2210755.
47. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Variante ómicron: lo que debe saber. 2022.
48. Chile Atiende. Coronavirus (COVID-19) / Crees que estás enfermo. 2022.
49. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Afecciones persistentes al COVID-19 y afecciones posteriores al COVID-19. 2022.
50. Peramo-Álvarez FP, López-Zúñiga MÁ, López-Ruz MÁ. Secuelas médicas de la COVID-19. *Medicina Clínica*. 2021 Oct;157(8):388–94.
51. Aleem A, Akbar Samad AB, Slenker AK. Emerging Variants of SARS-CoV-2 And Novel Therapeutics Against Coronavirus (COVID-19). 2022.
52. Hannah Ritchie Edouard Mathieu LRGACGEOOJHBMDBMR. Coronavirus (COVID-19) Vaccinations. 2022.
53. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Pruebas de detección del COVID-19: información importante. 2022.
54. Villani FA, Aiuto R, Paglia L, Re D. COVID-19 and Dentistry: Prevention in Dental Practice, a Literature Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020 Jun 26;17(12):4609.
55. Martínez-Camus DC, Yévenes-Huaiquino SR. Atención Dental Durante la Pandemia COVID-19. *International journal of odontostomatology*. 2020 Sep;14(3):288–95.
56. Clarkson J RCRDRCAMM. Aerosol Generating Procedures and their Mitigation in International Dental Guidance Documents - A Rapid Review. 2020 Jul.
57. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Standard Operating Procedure (SOP) for Triage of Suspected COVID-19 Patients in non-US Healthcare Settings: Early Identification and Prevention of Transmission during Triage. 2021.

58. Goswami M, Chawla S. Time to restart: A comparative compilation of triage recommendations in dentistry during the Covid -19 pandemic. *Journal of Oral Biology and Craniofacial Research*. 2020 Oct;10(4):374–84.
59. Gobierno de Chile. PROTOCOLO DE USO DE EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL EN LA PREVENCIÓN DE TRANSMISIÓN COVID19 – SARS-CoV-2 (PRECAUCIONES ADICIONALES DE TRANSMISIÓN POR GOTITAS Y CONTACTO). 2020. p. 1–11.
60. Organización Internacional del Trabajo. Equipos de protección personal. 2022.
61. Morelos Ramírez R, Ramírez Pérez M, Sánchez Dorantes G, Chavarín Rivera C, Meléndez-Herrada E. El trabajador de la salud y el riesgo de enfermedades infecciosas adquiridas. Las precauciones estándar y de bioseguridad. *Rev Fac Med*. 2014 Aug;57(4):34–42.
62. Gobierno de Panamá. USO DEL EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) PARA LA ATENCIÓN DE CASOS SOSPECHOSOS O CONFIRMADOS POR COVID-19. 2020. p. 1–10.
63. Osakidetza. Guía Informativa 23: Mascarillas. 2022.
64. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Tipos de mascarillas y respiradores. 2022.
65. World Health Organization. Recomendaciones sobre el uso de mascarillas en el contexto de la COVID-19. 2020. p. 1–18.
66. Biomed. Ficha técnica. 2022. p. 1.
67. Sanity. Mascarilla KN95. 2022. p. 1.
68. 3M. Hoja de especificaciones técnicas. 2022. p. 1–2.
69. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Cómo usar su respirador N95. 2022.
70. AB MEDICA GROUP. Ficha técnica. 2022. p. 1.
71. EUROSANEX. Ficha de datos técnicos, mascarilla FFP2. 2022. p. 1.
72. FDA. Medical Gowns. 2021.
73. Government of Canada. Personal protective equipment against COVID-19: Medical gowns. 2020.

74. Lindsley WG, Noti JD, Blachere FM, Szalajda J v., Beezhold DH. Efficacy of Face Shields Against Cough Aerosol Droplets from a Cough Simulator. *Journal of Occupational and Environmental Hygiene*. 2014 Aug 3;11(8):509–18.
75. MINSAL. PROTOCOLO PRELIMINAR DE USO DE EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL EN LA PREVENCIÓN DE TRANSMISIÓN DE VIRUS DEL ÉBOLA. 2014 Aug.
76. Biblioteca Nacional de Medicina. Uso de guantes en el hospital. EE.UU.; 2022 Jan.
77. World Health Organization. Limpieza y desinfección de las superficies del entorno inmediato en el marco de la COVID-19. 2020 May.
78. World Health Organization. Los servicios esenciales de salud bucodental en el contexto marco de la COVID-19. 2020 Aug.
79. Vergara-Buenaventura A, Castro-Ruiz C. Use of mouthwashes against COVID-19 in dentistry. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2020 Oct;58(8):924–7.
80. Mezarina Mendoza JPI, Trelles Ubillús BP, Salcedo Bolívar GT, Castañeda Palacios RDP, Herrera Lopez PSG, Padilla Rodríguez DA, et al. Antiviral effect of mouthwashes against SARS-COV-2: A systematic review. *The Saudi Dental Journal*. 2022 Mar;34(3):167–93.
81. Bassel Tarakji, Mohammad Zakaria Nassani, Faisal Mehzen Alali, Abdulwahab A. Abuderman. COVID-19 Guidelines to Protect Healthcare Workers at Hospitals and Dental Professionals at Dental Office. *Ethiopian Journal of Health Sciences*. 2020 Nov 1;30(6):1037–42.
82. Melo P, Manarte-Monteiro P, Veiga N, de Almeida AB, Mesquita P. COVID-19 Management in Clinical Dental Care Part III: Patients and the Dental Office. *International Dental Journal*. 2021 Jun;71(3):271–7.
83. Al-Omiri MK, Al-Shayyab MH, al Nazeh AA, Alraheem IA, Malkawi ZA, Alomiri AK, et al. COVID-19 and Dentistry: An Updated Overview of Dental Perspectives and a Recommended Protocol for Dental Care and Emergency Dental Treatment. *J Contemp Dent Pract*. 2021 May 1;22(5):572–86.

84. Lewandowska M, Partyka M, Romanowska P, Saczuk K, Lukomska-Szymanska M. Impact of the COVID-19 pandemic on the dental service: A narrative review. *Dental and Medical Problems*. 2021 Dec 31;58(4):539–44.
85. Amato A, Caggiano M, Amato M, Moccia G, Capunzo M, de Caro F. Infection Control in Dental Practice During the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020 Jul 2;17(13):4769.
86. Czajkowska S, Potempa N, Rupa-Matysek J, Surdacka A. Preventing the suspension of dental clinics by minimizing the risk of SARS-CoV-2 transmission during dental treatment. *Dental and Medical Problems*. 2021 Sep 30;58(3):397–403.
87. Aylwin-Miranda I, Richaud-Hiza C, Moreno-Yañez Y. Guía para el Trabajo Clínico en Odontología Durante Pandemia por SARS-CoV-2, en el Hospital Clínico Dra. Eloísa Díaz. *International journal of odontostomatology*. 2021 Mar;15(1):51–8.
88. Patil S, Moafa IH, Bhandi S, Jafer MA, Khan SS, Khan S, et al. Dental care and personal protective measures for dentists and non-dental health care workers. *Disease-a-Month*. 2020 Sep;66(9):101056.
89. Falahchai M, Babae Hemmati Y, Hasanzade M. Dental care management during the COVID-19 outbreak. *Special Care in Dentistry*. 2020 Nov 19;40(6):539–48.
90. Gurzawska-Comis K, Becker K, Brunello G, Gurzawska A, Schwarz F. Recommendations for Dental Care during COVID-19 Pandemic. *Journal of Clinical Medicine*. 2020 Jun 12;9(6):1833.
91. Kumar G, Gugnani N, Rabea D, Odeh R, Rehman F, Mabrouk R. Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 and Dentistry: A summative review of guidelines issued by national health authorities. *Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry*. 2021;39(2):120.
92. Pereira LJ, Murata RM, Pardi V, Mattos FF. Streamlining the dental care during COVID-19 pandemic: updated clinical recommendations and infection control management framework. *Brazilian Oral Research*. 2021;35.

93. Becker K, Gurzawska-Comis K, Brunello G, Klinge B. Summary of European guidelines on infection control and prevention during COVID-19 pandemic. *Clinical Oral Implants Research*. 2021 Oct 12;32(S21):353–81.
94. Brondani M, Cua D, Maragha T, Shayanfar M, Mathu-Muju K, von Bergmann H, et al. A Pan-Canadian narrative review on the protocols for reopening dental services during the COVID-19 pandemic. *BMC Oral Health*. 2020 Dec 2;20(1):352.
95. Hartig M, Stephens C, Foster A, Fontes D, Kinzel M, García-Godoy F. Stopping the COVID-19 pandemic in dental offices: A review of SARS-CoV-2 transmission and cross-infection prevention. *Experimental Biology and Medicine*. 2021 Nov 3;246(22):2381–90.
96. Tay JRH, Ng E, Ong MMA, Sim C, Tan K, Seneviratne CJ. A Risk-Based Approach to the COVID-19 Pandemic: The Experience in National Dental Centre Singapore. *Frontiers in Medicine*. 2020 Nov 20;7.
97. Bordea IR, Xhajanka E, Candrea S, Bran S, Onișor F, Inchingolo AD, et al. Coronavirus (SARS-CoV-2) Pandemic: Future Challenges for Dental Practitioners. *Microorganisms*. 2020 Oct 31;8(11):1704.
98. World Health Organization, Organización Panamericana de la Salud. Precauciones estándares en la atención de la salud, ayuda memoria. 2022. p. 1–2.
99. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Resumen de “Prácticas para la prevención de enfermedades en entornos odontológicos: Expectativas básicas para la atención segura.” 2017. p. 1–44.
100. Escobar J. *NORMATIVA DE ATENCIÓN CONTINGENCIA COVID-19 ACHEO*. 2020 Jun.
101. Thomé G, Bernardes S, Guandalini S. *MANUAL DE BUENAS PRÁCTICAS EN BIOSEGURIDAD PARA AMBIENTES ODONTOLÓGICOS*. 2020 Mar.
102. Colegio Odontológico del Perú. *PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD PARA EL CIRUJANO DENTISTA DURANTE Y POST PANDEMIA COVID-19*. 2020. p. 1–54.

103. College of Dentistry. College of Dentistry COVID-19 Pandemic Management Strategy. 2022; 20AD Mar.
104. Centers for Disease Control and Prevention. Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings: Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. Atlanta; 2002 Oct.

Anexo 7: Protocolo de atención odontológica

Consideraciones previas a la atención dental

Con el objetivo de minimizar los riesgos de transmisión del virus en la clínica dental se deberán seguir las siguientes recomendaciones y cambios en la práctica odontológica:

- Se solicita al paciente asistir sólo y no asistir acompañado, en este caso el acompañante tendrá que esperar afuera a excepción que se una persona necesaria para la visita, como por ejemplo un tutor legal en caso de un paciente pediátrico o en el caso de alguien dependiente (1–10).
- Para evitar el contacto de los pacientes en la sala de espera, se deben espaciar las citas de atención y los tiempos de espera deben ser cortos, se recomienda un máximo de 20 min(7). Por este mismo motivo, hay que limitar el número diario de pacientes al mínimo y permitir 15 minutos entre citas para la preparación del personal y la clínica (3–5,11).
- Además, siempre que sea posible, proporcione múltiples servicios en cada visita, para evitar visitas adicionales del paciente al consultorio dental (2,6,12).
- Se puede pedir a los pacientes que esperen en su vehículo, si es posible, o cerca de la clínica dental, y avisarles por teléfono o mensaje cuando sea su turno (12,13).
- Hay que instruir al paciente respecto al:
 - Uso de una mascarilla que cubra la boca y la nariz al toser o estornudar, en todo momento de la clínica (1–3,5,9,14–16), además de guantes y protección para los ojos en la sala de espera (4). Idealmente debe ser una mascarilla quirúrgica, de no ser posible, se acepta una mascarilla de paso (7).
 - A su llegada realizar un lavado con agua y jabón o desinfectar las manos con una solución antiséptica a base de alcohol (2,7,16,17).
 - Asistir al control odontológico con su higiene oral previamente realizada en su hogar (7).
 - Evitar llevar accesorios y ropa innecesaria (objetos potencialmente infecciosos). En caso de asistir con ellos, se pueden dejar en la sala de

espera o considerar algún lugar establecido para que el paciente pueda dejar sus pertenencias. Se aconseja disponer de una bolsa plástica grande para que el paciente pueda colocar sus pertenencias y así mantenerlas cerca de él (3,7).

- Pagar con tarjeta de crédito o débito, preferiblemente con la opción de contacto (17).
- Respetar una distancia de 2 metros con otros pacientes en la sala de espera (2–4,16,17).
- El paciente debe limpiar sus pies con paño desinfectante con una solución de hipoclorito o amonio cuaternario y luego secarlos en la alfombra puesta a continuación (7) o puede haber una alfombra empapada en una solución desinfectante a la entrada (2).
- Se debe limpiar y desinfectar con frecuencia las áreas compartidas como son la recepción, sala de espera, baño, ascensor, sillas, suelo, escritorios y pomos de las puertas; con desinfectantes de grado hospitalario, incluidos los productos a base de amonio cuaternario, fenol y alcohol, como el hipoclorito de sodio al 0,1 % o el alcohol isopropílico al 70 % (4,7,17).
- Retirar de la sala de espera todos los objetos decorativos como folletos, revistas y cualquier otro artículo no esencial que pueda ser manipulado por varias personas (2,6,12,13,17).
- Mantener un dosificador con solución antiséptica a base de alcohol en el área de recepción para limpiarse las manos (6).
- Se puede hacer entrega a los pacientes de guantes, mascarillas, batas, gorros y cubrecalzados antes de ingresar al área principal de la clínica (3).
- Las sillas de la sala de espera deberán estar separadas al menos 2 metros. (24,28,30) y usar la menor cantidad de estas (6).
- Publicar pictogramas desarrollados por las entidades de salud locales o nacionales con respecto al lavado de manos y la higiene de las manos (2).
- Las zonas comunes incluida la sala de espera y el box dental deben ser ventilados preferiblemente de forma natural (2).
- Las visitas sin PGA deben programarse para el primer horario de la mañana o

la tarde, mientras que las visitas con PGA deben programarse para la última franja de la mañana o la tarde (2).

- Cerrar las puertas exteriores de la clínica en todo momento para controlar el flujo de pacientes (3).
- Para los pacientes con edad avanzada o con múltiples enfermedades sistémicas crónicas es preferible programar las citas temprano en un día laboral para estos pacientes (2,16,18).
- En adultos mayores con enfermedades pre-existentes se recomienda una consulta inicial a través de una llamada telefónica, videollamada o mediante uso de la tele odontología, evitando así que estos pacientes salgan de sus casas innecesariamente (17).

Clasificación de los pacientes-Evaluación y detección del paciente a su llegada:

- Todos los pacientes dentales deben ser considerados como posiblemente infectados (2,15,19,20).
- Es obligatorio realizar una evaluación meticulosa del paciente previo a su atención. (27) El primer paso es contactar de forma remota (por teléfono o electrónicamente) a todos los pacientes programados para la atención y mediante una encuesta se evaluará el nivel de riesgo de los pacientes (1,2,4,7–10,21). Se deben incluir preguntas respecto a:
 - Historial médico, motivo de consulta, para evaluar la necesidad de tratamiento dental de emergencia/urgente (7,11).
 - Pacientes vulnerables (>65 años y/o pacientes con enfermedad cardiovascular, diabetes, asma o trastorno respiratorio, cáncer, trastorno autoinmune, inmunosupresión, trasplante de órganos, embarazo) deben posponer la terapia si es posible (1,2,4).
 - Tos severa, dificultad para respirar, fiebre u otros síntomas preocupantes (1,2,4,12,13).
 - Contacto con caso(s) confirmado(s) de COVID-19 en los últimos 14 días (1,2,4,12,13).
 - Cuarentena o aislamiento por sospecha o conclamación de COVID-19

((1,2,4,13).

- Cualquier otra razón conocida que pueda exponer a los pacientes a un alto riesgo de propagación de la infección (1,4).
- Si el paciente requiere tratamiento de emergencia/urgencia y no se sospecha que tenga COVID-19 ni se recuperó de COVID-19, se programará una cita dental (11).
- Se sugiere cancelar la cita a los pacientes que no tengan una evaluación previa a la atención, para evitar el contacto y prevenir futuros contagios (11).
- Al llegar a la clínica, se pedirá al paciente que se desinfecte las manos con un desinfectante a base de alcohol, se tomará la temperatura corporal con un termómetro sin contacto (2–4,11–14,18,19,21–23) o cámaras infrarrojas con sensores térmicos (11).
- Se debe proporcionar una mascarilla al paciente si no la usa, solicitarle respetar el distanciamiento físico y recordarle las medidas de protección y seguridad vigentes en el consultorio como por ejemplo uso de pañuelo al toser o estornudar y desecharlo en un basurero de tapa cerrada inmediatamente después de su uso (2,11).
- Repetir la encuesta utilizada durante el triage telefónico, para determinar si el paciente tuvo algún síntoma de COVID-19 (tos, fiebre, estornudos persistentes y dificultad para respirar), si ha estado en contacto con algún paciente positivo para COVID-19, preguntar respecto a su historial de viajes recientes (10,11,14,17–19,21–24). A partir de las respuestas del paciente y de su temperatura, se clasifican en:
 - “Sí” a cualquiera de las preguntas de la encuesta y que tengan una temperatura corporal de $>37,5$ °C deben ser confinados a su hogar u hospitalizados (3,11,19,22).

En caso de que sea un tratamiento electivo y no haya dolor, se retrasarán los procedimientos por un tiempo mayor a 2 semanas o 30 días después del período de cuarentena en caso de ser confirmados COVID positivo (3,7,11,13,14,18,24).

Si corresponde a una emergencia o urgencia impostergable, en primera

instancia se debe tratar de resolver o mitigar el problema de forma remota (2,4,16,24), si no se puede realizar, se sugiere coordinar una atención clínica y en lo posible realizarse en una sala AIIR o en salas de presión negativa con un mínimo de 12 cambios de aire por hora o al menos 160 L/s por paciente y con un manejo multidisciplinario (2,4,7,16).

- “Sí” a cualquiera de las preguntas de la encuesta y que tengan una temperatura corporal de $<37,5$ °C no deben recibir tratamiento durante al menos 14 días (11,18,19,22).
- Los pacientes que respondieron “No” a las preguntas de la encuesta y que tienen una temperatura corporal de $<37,5$ °C pueden ser atendidos de manera inmediata, realizando tratamientos de urgencia odontológica y electivos, minimizando procedimientos que generen aerosoles (PGA) (12,19). Si el paciente pertenece al grupo de alto riesgo de morbilidad/ mortalidad se realizan solo tratamientos de urgencias o emergencia odontológica impostergables (7,11,22).
- Si los pacientes respondieron “No” a las preguntas y demuestran en la sala de espera o antes de que comience la atención tener algún síntoma o su temperatura dio $>$ a $37,5$ °C se debe informar que se les considera un caso potencial de COVID-19 pospondrá su cita en 14 días (2,13,23,24).
- Los pacientes que se han recuperado de COVID-19 pueden considerarse sanos (11). Y pueden recibir tratamiento si han estado 14-30 días asintomáticos (7,19).
- Los pacientes con sospecha de COVID-19 deben permanecer en un área de espera separada y bien ventilada manteniendo la distancia física del resto de personas (14).
- En casos de urgencia, el manejo farmacológico (antibióticos y/o analgésicos) puede ser una alternativa en los casos infectados por COVID-19 (14). Se recomienda no recetar Ibuprofeno en estos pacientes (15).
- Se debe realizar seguimiento por teléfono o videoconferencia (1,12,14).
- Se desaconseja el tratamiento dental de rutina en una etapa temprana de la infección y se debe instar a los pacientes a que se pongan en cuarentena o se aislen (12).

Preparación del paciente:

- Para reducir la carga viral en la boca, se recomienda que previo a los procedimientos clínicos el paciente utilice un enjuague bucal que contenga povidona yodada al 0,2 % o peróxido de hidrógeno al 0,5 - 1 % durante 30 segundos (2,4,5,7-9,14,15,17-20,25), o 1 minuto (3), también se pueden usar colutorios a base alcohol durante 3 minutos (1). Está recomendación se debe enfatizar en pacientes COVID-19 positivos (17).
- Otro enjuague bucal que se recomienda es el cloruro de cetilpiridinio al 0,05% - 0,1% (26).
- La clorhexidina, que se usa comúnmente como enjuague bucal en la práctica dental, ha demostrado no ser efectiva para eliminar al SARS-CoV-2 (4,5,11,16,18,20,22).
- El paciente debe firmar un consentimiento informado, el cual además de mencionar el posible riesgo de contaminación cruzada a la que está siendo expuesto (7).

Preparación del personal auxiliar y profesional:

- La higiene de manos, es una de las medidas más frecuentes para limitar la propagación del coronavirus, está consiste en un lavado de manos con agua y jabón durante 20 segundos (15,21) a 60 segundos (3,16). Seguida de la aplicación de un producto que contenga 70-90% de alcohol (6,23).
- En situaciones en las que no hay agua y jabón disponibles, se utiliza la higiene de manos con un desinfectante para manos a base de alcohol que contiene 80% de etanol o 75% isopropanol (15,21).
- Se han sugerido diferentes pautas de higiene de manos, en donde algunos autores recomiendan un lavado antes y después de cualquier procedimiento dental (13,18), mientras que otros proponen una pauta de higiene frecuente de 5 momentos (2,4,11,21-23,27):
 - (1) antes de tocar a un paciente.
 - (2) antes de realizar procedimientos limpios/asépticos.

(3) después de un riesgo de exposición a fluidos corporales.

(4) después de tocar a un paciente.

(5) después de tocar el entorno del paciente.

- También se recomienda realizarse antes y después de remover los EPP (2,3,17).
- Los odontólogos deben evitar tocarse la nariz, la boca y los ojos en los procedimientos, hasta que sea seguro hacerlo (1,18,21,23).
- Los pacientes confirmados/sospechosos de COVID-19 no deben ser atendidos por personal de riesgo, incluidas embarazadas y los cuidadores con problemas médicos que soporten problemas inmunológicos, hipertensión, diabetes, enfermedades cardiovasculares, pulmonares, renales o hepáticas (3).
- La secretaria debe usar el mismo EPP que el operador dental, limitado a mascarilla y guantes, siempre manteniendo el distanciamiento físico (1).
- Es necesario que el personal se someta a pruebas periódicas, ya que alguien libre de COVID-19, vacunado y/o con anticuerpos contra el virus SARS-CoV-2 es más práctico para tratar casos confirmados o potenciales de COVID-19, además de esta forma entrega una atención segura y previene la transmisión del virus. Por tanto debe haber disponibilidad de una prueba serológica capaz de medir la cantidad de anticuerpos contra COVID-19 para ser realizada regularmente (3).
- Si los trabajadores se encuentran enfermos o con síntomas claves del COVID-19, como fiebre, tos y dificultad para respirar, deben quedarse en casa y buscar atención médica lo antes posible (1,2,16).

EPP del profesional

- El uso de EPP permite reducir el riesgo de transmisión del virus (6).
- Se deben adoptar equipos de protección individual EPP adecuados y certificados (1,5).
- Se considera EPP el uso de equipos de barrera como:
 - **Anteojos de protección con protectores laterales** (1,7,15,20,22,25), que cubran la cara tanto como sea posible (19).

- **Mascarillas** (4–6,16,17,26) quirúrgicas (22,23) o N95 ajustadas o mascarillas equivalentes como la FFP2 aprobadas por la FDA tanto para el dentista como para el asistente dental (15,18). Al usar una mascarilla quirúrgica es obligatorio un protector facial totalmente cubierto, ya que estas mascarillas no proporcionan protección completa contra la inhalación de agentes infecciosos (1). Pese a esto, los autores consideran las mascarillas FFP1, FFP2/N95, FFP3/N99 y N100 como el EPP más indicado para la protección de las vías respiratorias es la mascarilla (3,6,11–13,19,21,26,27).
 - Se recomienda cubrir la mascarilla N95 o FFP2 con una mascarilla quirúrgica para permitir la protección multicapa y quitarse (3,8,17,28).
 - Las mascarillas de tela no constituyen una protección individual (6).
- **Guantes:** Uso de doble guantes para reducir la posible infección cruzada (7,15–18,20–23). Sin embargo, esto no es obligatorio en la práctica diaria (1).
- **Gorros:** (7,8,15,16,18,23) Proporcionan una barrera eficaz durante cualquier procedimiento que pueda resultar en salpicaduras de sangre o aerosol (1).
- **Protectores faciales:** debe ser diseñado para ser fácilmente descontaminado con alcohol o desinfección por inmersión y tener al menos dos protectores transparentes (uno en sustitución), y cubrir toda la cara incluyendo la parte lateral (1,5–7,11,16,17,21,22,25).
- **Bata de cuerpo entero,** con cubierta de manga larga debajo de los guantes para proteger los antebrazos (5–8,11,16–18,20–23,25).
- **Cubrecazado impermeable** (8,16,20,23) o usar calzados impermeables a los fluidos (17).
- Los trajes clínicos y calzados deben ser distintos a la vestimenta de circulación fuera de la clínica dental (7).
- Para los diferentes procedimientos, ya sean generadores o no generadores de

aerosol, se recomienda el uso particular de algunos EPP:

- **Procedimientos generadores de aerosol:** Se recomienda el uso de un delantal impermeable de manga larga desechable y mascarilla N95 (o similares como las mascarillas FFP3 o FFP2), ya que ofrece un nivel de protección superior (3,7,9,10,15,25,28).
- **Procedimientos no generadores de aerosol:** Usar mascarillas quirúrgicas (10,15,19,25) acompañadas de un protector facial (1,8,11,15).
- En caso de tratamientos de emergencia de un paciente confirmado o sospechoso de COVID-19, se debe usar la mascarilla N95/FFP2 o FFP3 con un ajuste adecuado, pantallas faciales y guantes normales (3,8,16,20).
- Existen algunas diferencias entre los autores con relación al tiempo de uso de los EPP, ya que algunos recomiendan que estos sean de un solo uso y desechables, sin la reutilización ni el uso prolongado. En caso de las mascarillas, no más allá de un máximo de 6-8 horas de una mascarilla FFP2 o N95 (3,11,15,18,25). Otros mencionan que el tiempo medio de uso es de 2 horas (19) o 8 horas de uso continuo e incluso hay situaciones donde mascarillas N95 se pueden reutilizar (14) y esterilizarse mediante varias técnicas como el vapor de peróxido de hidrógeno vapor de peróxido, calor seco a 70 C durante 30 minutos, o en calor húmedo a 121 C (13).
- En cambio, en escasez de insumos, se debe preferir el uso prolongado de los respiradores N95 por sobre la reutilización y en caso de que se opte por la reutilización, se sugiere limitarla al máximo de tres a cinco veces (5,17).
- Las mascarillas N95 no deben tocarse una vez puestas y cambiarlas cuando se ensucien con sangre o cualquier otro contaminante (17,25).
- Siempre se recomienda verificar la integridad del EPP, si existiese algún desperfecto hay que eliminarlo de inmediato (13).
- Colocación de EPP antes del tratamiento comienza con el retiro de accesorios. Luego, lavarse las manos con jabón durante 60 segundos, seguido de desinfectarse las manos con un gel de alcohol al 60-85% durante 1 minuto (12,16). A continuación, en el siguiente orden, se debe colocar el primer par de

guantes quirúrgicos, mascarilla, gafas protectoras, gorros, pantalla facial, batas completas resistentes al agua y cubre calzados. Para posteriormente desinfectar las manos enguantadas con un gel de alcohol al 60–85 % durante 1 minuto y antes de ponerse el segundo par de guantes quirúrgicos. Comprobar 2 veces el EPP para verificar su correcto uso (3,11).

- El orden de quitarse el EPP es el contrario y el paso final consiste en el lavado de manos (11).

Preparación del box clínico

- La limpieza y desinfección de las superficies inanimadas del box clínico y espacios comunes debe realizarse con productos químicos (14) como el alcohol etílico al 70%, hipoclorito de sodio al 0,5%, amonio cuaternario durante 1 minuto (3–7,11,13,15,17,19,22,23), povidona yodada al 7,5%, el cloroxilenol al 0,05%, cloruro de benzalconio al 0,1% (42) o peróxido de hidrógeno al 0,5%-1% durante al menos 10 minutos (2,12,13). El digluconato de clorhexidina al 0,02% es menos eficaz (5).
- La desinfección incluye todas las superficies planas, pantallas táctiles, monitores, el teclado, el ratón, las lámparas, los manillas de las puertas, muebles como escritorios y sillas los ordenadores (8,21), debido a que estas superficies se consideran como “potencialmente contaminadas” por entrar en contacto con el personal médico y los pacientes (12).
- Contar con medidas de ventilación (sistema de presión negativa o presencia de ventana), evitar encender aire acondicionado y se deberá trabajar con la puerta del box cerrada (2,3,7,13,17).
- Se recomienda cubrir todas las superficies que se tocan con más frecuencias con una envoltura de polietileno (2).

Consideraciones durante la atención dental:

- Con el objetivo de minimizar el uso de instrumentos generadores de aerosoles como la jeringa triple, scaler o dispositivos ultrasónicos y piezas de mano de

alta velocidad, se recomienda:

- Uso de goma dique (1–7,9,11–13,15–17,19,21,23).
- Preferir las intervenciones preventivas o los tratamientos mínimamente invasivos (13).
- Desbridamiento manual con curetas y cepillado manual (a mano) en los tratamientos periodontales (1,2,7,11,13–15,19,23,25).
- Eliminación químicos mecánicos de caries y técnicas de restauración atraumáticas como Carisolv, Caridex, Papacarie (11) o excavadores manuales, como alternativa al tratamiento restaurativo (2,4,13,15).
- Fomentar el uso de impresión digital con escáner intraoral, ya que minimizan el riesgo de contacto con cubetas contaminadas (1,11,23).
- Usar suturas reabsorbibles para evitar una visita para el retiro de suturas y la asistencia del paciente a la consulta dental (2,23).
- En caso de usar la jeringa triple utilizar una funda descartable en la manguera (7).

Si es estrictamente necesario el uso de alta velocidad se podría reducir la producción de aerosoles con las siguientes medidas:

- Pieza de mano de alta velocidad anti-retracción (1,6,11,13,15,16,18,19,21).
 - Usar evacuadores de alto volumen (HVE) con eyector de saliva de bajo volumen (2–4,9,12,15,16,19,23,28), o como alternativa usar un montaje simultáneo de dos eyectores (un eyector de alta velocidad y un evacuador de gran volumen) (19).
 - Minimizar la cantidad de refrigerante utilizado para instrumentos ultrasónicos y piezas de mano (2)
- Para reducir los reflejos nauseosos, la tos y el vómito:
 - Posicionamiento adecuado del paciente (12,15).
 - Evitar el uso de anestesia tópica en aerosol (12,15).
 - Evitar las radiografías intraorales y utilizar radiografías extraorales como la Ortopantomografía o CBCT (2,3,6,7,11–13,15,16,19,23,25). En caso

de ser necesario la radiografía intraoral para un diagnóstico se deben usar los sensores con doble barrera (6,17).

- Cuando la atención requiera del uso de equipamiento productor de aerosoles, siempre que sea posible los pacientes deberán ser citados al final de la jornada laboral (5,9,11,13).
- Los procedimientos dentales que generen aerosoles se deben realizar en salas aisladas y adecuadamente ventiladas o en una sala de presión negativa si está disponible (15).
- El tratamiento dental debe realizarse junto con un asistente en el sillón (odontología a 4 manos) (1–3,5,7,13,23).
- Durante la atención no se puede manipular ningún dispositivo electrónico (7).
- Se debe colocar un nuevo equipo de protección personal cuando se administre atención a otro paciente (15).
- En urgencia se puede prescribir analgésicos y antibióticos, evitando el uso del Ibuprofeno (17).

Consideraciones posterior a la atención dental:

- La ventilación del box se realizará entre paciente y paciente con la puerta abierta. En tratamientos generadores de aerosoles será entre 15- 60 minutos y en procedimientos no generadores de aerosoles entre 5-15 minutos (2,3,7,16). Por otro lado, también se sugiere que exista un intervalo mínimo de 30 minutos entre el tratamiento de los pacientes (8,11).
- Los pacientes dentales deben tener una ventilación adecuada, lo que es de 60 L/s/paciente para habitaciones con ventilación normal (11).
- Se recomienda en lo posible la instalación de sistemas de ventilación de aire mejorados (21) o disponer de rejillas de ventilación en la zona de recepción y rejillas de aire de retorno en la zona de espera que extraigan el aire limpio de la recepción a la zona de espera (20).
- Posterior al procedimiento dental se debe esperar 15 minutos después del despacho del último paciente para limpiar y desinfectar el box clínico (15).
- Durante la limpieza y desinfección el personal debe utilizar EPP (1,2).

- Se considera el alcohol etílico (78%) para la desinfección del box (8).
- Algunos autores recomiendan el uso de equipos de ozono para desinfectar el box dental entre pacientes o la sala de espera después del trabajo (6,19), a diferencia de otros que no recomiendan el uso de ozono como método de desinfección ambiental del SARS-CoV-2 (5).
- Se puede utilizar la luz ultravioleta para la limpieza y desinfección de superficies, lo que ocurre 8 horas después de encender el dispositivo y se recomienda abandonar la habitación durante ese tiempo (6).
- A los pacientes se les debe entregar una nueva mascarilla para utilizarla fuera de clínica (3).
- Al finalizar la jornada, se debe lavar manos, cara y cuello con agua y jabón (40-60 segundos) o con una solución de alcohol en gel al 60-85% (20 segundos) antes y después de quitarse el EPP (2,7). Quitarse las mascarillas, el gorro, los cubrecalzados, las gafas protectoras/protector facial, las batas y los guantes usados (2,3)
- Colocarse una nueva mascarilla quirúrgica o respirador (2).
- Los desechos médicos y domésticos generados por el tratamiento de pacientes con infección sospechada o confirmada de SARS-CoV-2 se consideran desechos médicos infecciosos peligrosos. Al retirarlos se deben colocar en bolsas de color amarillo de doble capa y ligadura de “cuello de cisne”. La superficie de las bolsas del paquete debe marcarse y desecharse de acuerdo con los requisitos para el manejo de desechos médicos (3,13,15,16,21–23). En muchas ocasiones estos desechos se almacenarán temporalmente en un contenedor cerrado con abertura para pedal, para posteriormente ser retirados según las normativas sanitarias (16,21).
- Las EPP desechables se utilizan para un solo paciente, se descartan cuidadosamente en bolsas de plástico desechables selladas o un contenedor para residuos contaminados (1–5).
- La ropa clínica debe guardarse en una bolsa cerrada para colocarla directamente en la lavadora (2,3).
- El EPP reutilizables (gafas, protector facial, etc.) deben tratarse previamente,

limpiarse, desinfectarse con alcohol al 70% (2,3,7,22,23) y usando guantes de doble grosor o guantes quirúrgicos, mascarillas quirúrgicas resistentes a líquidos y batas completas repelentes de líquidos (3).

- Los protocolos sugieren la esterilización en autoclave, posterior a una correcta y minuciosa desinfección del instrumental crítico y semicrítico que toleran el calor (7,11,23).
- Siempre que sea posible, se deben utilizar instrumentos desechables en los procedimientos de tratamiento (23).

ANEXO 1: Tabla II. Principales resultados por estudio.

N°	Primer autor (fecha)	Tipo de estudio	Puntos claves del artículo	Recomendaciones/Resultados
(81)	Tarakji B, et al., 2020	Pautas/Guía	Ofrece pautas para el control de infecciones en los procedimientos de salud, para proteger a los trabajadores de la salud en los hospitales y profesionales del consultorio dental.	<ul style="list-style-type: none"> • El EPP dañado o contaminado debe reemplazarse. • El odontólogo no debe tratar sujetos infectados por COVID-19. Se debe evitar el tratamiento odontológico de pacientes que acuden a la consulta dental con síntomas de infecciones respiratorias agudas. • Todos los pacientes que visitan el consultorio dental en primera instancia, deben someterse a control estricto de la temperatura corporal. • Se recomienda una sala/clínica aislada para la evaluación, donde el paciente debe completar un cuestionario que busque información sobre fiebre, estornudos, tos y otros problemas respiratorios que hayan ocurrido durante los últimos 14 días. Además, de responder preguntas respecto al historial de viajes recientes y contacto con personas infectadas con COVID. En caso de una respuesta positiva a cualquiera de las preguntas enumeradas, el tratamiento dental debe posponerse al menos durante 14 días. • Cualquier intervención dental debe ser mínima y restringida a casos de emergencia. • Lavado de manos con frecuencia antes y después de cualquier procedimiento dental. • Los odontólogos deben evitar tocarse la nariz, la boca y los ojos en los procedimientos. • Utilizar equipos de barrera desechables como anteojos protectores, mascarillas como la N95, guantes, gorras, protectores faciales y ropa protectora. • El paciente se debe enjuagar la boca con Clorhexidina o algún enjuague bucal que contenga agentes oxidantes. • Utilizar piezas de mano con válvulas antirretractivas.
(35)	Suttagul K, et al., 2020	Artículo de revisión	Entrega información acerca del contexto COVID de los países pertenecientes a la ASEAN, el impacto del virus en Odontología, recomendaciones generales sobre COVID-19 y sobre el Odontología en contexto pandemia.	<ul style="list-style-type: none"> • Se debe solicitar una historia clínica detallada a los pacientes y de sus familiares cuando llegue a la clínica dental, tal como contacto con personas infectadas por COVID-19, antecedentes de fiebre e historial de viajes en los últimos 14 días. • La temperatura del paciente debe medirse con un termómetro sin contacto. • Los pacientes que tengan fiebre (> a 38°C) y/o síntomas de COVID-19 deben ser diferenciados en sus tratamientos dentales electivos por un tiempo mayor a 2 semanas. • Los pacientes con sospecha de COVID-19 deben permanecer en un área de espera separada y bien ventilada a más de 6 pies (1,8 mts) de otras personas. • Se debe instruir a los pacientes para que usen una mascarilla y se cubran la boca y la nariz al toser o estornudar. • En casos de urgencia, el manejo farmacológico (antibióticos y/o analgésicos) puede ser una alternativa en los casos infectados por COVID-19, y el paciente puede ser derivado a un lugar adecuado para su posterior tratamiento. Se debe realizar seguimiento por teléfono o videoconferencia. • En casos de emergencia, se debe realizar tratamientos dentales en salas de presión negativa/salas de aislamiento de infecciones transmitidas por el aire. • Es recomendable utilizar mascarillas N95 y reutilizarlas. • Se debe utilizar enjuague bucal que contenga povidona yodada al 0,2 % o peróxido de hidrógeno al 0,5 - 1 % antes del procedimiento. • Se pueden usar instrumentos desechables como espejo bucal, sondas de diagnóstico y jeringas para evitar la contaminación cruzada. • Se puede usar un dique de goma (que cubre la nariz) para minimizar la generación de salpicaduras. • Reducir el uso de instrumentos ultrasónicos. • Las superficies inanimadas de la clínica deben desinfectarse con productos químicos.
(21)	Aldahlawi S, et al., 2020	Artículo de revisión	El propósito es entregar información sobre los modos de transmisión del virus SARS-CoV-2, el riesgo de transmisión que existe en los consultorios dentales, además de consideraciones para el manejo dental de pacientes COVID-19, situación actual y consideraciones futuras.	<ul style="list-style-type: none"> • El elemento central de las precauciones estándar es la higiene de manos con agua y jabón durante al menos 20 segundos. • En situaciones en las que no hay agua y jabón disponibles, se utiliza la higiene de manos con un desinfectante para manos a base de alcohol (ABHR) que contiene etanol (80 % v/v) o isopropanol (75 % v/v). • Ofrecer una mascarilla quirúrgica a las personas con síntomas respiratorios para disminuir la contaminación del entorno circundante. • Se debe colocar un nuevo equipo de protección personal cuando se administre atención a otro paciente. • El EPP debe ser de un solo uso y desechable, si es posible. • Alcohol etílico al 70 % para desinfectar equipos reutilizables, así como pequeñas áreas en uso e hipoclorito de sodio al 0,5 % para desinfectar superficies en entornos sanitarios. • En caso de trabajar con aerosol, considerar los siguientes elementos de protección personal: guantes, mascarilla y gafas protectoras, enjuague previo al procedimiento, uso de inserciones ultrasónicas de pulverización focalizada; y desinfección de las líneas de agua de las unidades dentales por medios químicos o no químicos. • Uso de mascarillas N95 para garantizar la seguridad de los trabajadores. También se recomienda el uso de los anteojos de protección con protectores laterales o protectores faciales para dentistas. • Durante la llamada de evaluación, se debe preguntar a los pacientes si tienen fiebre (más de 38 °C) o si experimentan algún síntoma respiratorio como dolor de garganta, tos o dificultad para respirar. Además de obtener el historial de viajes de los últimos 14 días, así como el historial de contacto con casos diagnosticados o sospechosos de COVID-19. • El tratamiento dental de emergencia se limita a controlar el dolor y la infección en consulta con el equipo médico. • Prescripción de AINE en combinación con paracetamol para controlar el dolor dental. El uso de ibuprofeno puede facilitar la infección con COVID-19. • Se recomienda que todos los procedimientos dentales que generen aerosoles se realicen en salas aisladas y adecuadamente ventiladas o en una sala de presión negativa (cuando esté disponible). • El uso del EPP más alto disponible, incluida la protección ocular y el protector facial, es esencial, al igual que el uso de respiradores N95 ajustados o mascarillas equivalentes N95 aprobadas por la FDA tanto para el dentista como para el asistente dental. • Los procedimientos que no generan aerosoles, se requiere el uso de una mascarilla quirúrgica y un protector facial (si las mascarillas N95 no están disponibles o son limitadas); sin embargo, existe un riesgo moderado de infección y se debe ejercer el criterio profesional con respecto al tratamiento del paciente. • Se debe asumir que el paciente es infeccioso hasta que la evidencia demuestre lo contrario. • Telecomunicaciones y consultas en línea que enfatizan la educación del paciente y el seguimiento, para el reconocimiento y manejo temprano de problemas dentales y, por lo tanto, evitan emergencias dentales que amenazan la vida. • De forma general recomiendan: límite en el número de personas en la sala de tratamiento al mínimo absoluto, uso de EPP adecuado, seguir la secuencia correcta al ponerse y quitarse el EPP, y esperar 15 minutos después del despacho del paciente antes de limpiar y desinfectar la habitación. • Para minimizar los reflejos nauseosos, la tos y el vómito, se recomienda el posicionamiento adecuado del paciente y uso de succión efectiva, evitar el uso de anestesia tópica en aerosol, y evitar las radiografías intraorales y utilizar radiografías extraorales/imágenes CBCT. • Para reducción de la generación de aerosol o gotas, se recomienda: enjuagues bucales previos al procedimiento, como peróxido de hidrógeno al 1% o solución de povidona al 0,2 %. En caso de los pacientes pediátricos que no se pueden enjuagar, se puede usar rollos de algodón. Se debe minimizar el uso de instrumentos generadores de aerosoles como jeringas de tres vías, dispositivos ultrasónicos y piezas de mano de alta velocidad, además del uso de dique de goma cuando se utilice la pieza de mano de alta velocidad. Se recomienda utilizar desbridamiento manual y cepillado manual (a mano) en los tratamientos periodontales y en tratamientos de prostodoncia se recomienda manipular impresiones y prótesis dentales utilizando los EPP necesarios y transportar la muestra al laboratorio dental en una bolsa sellada a prueba de fugas. Usar evacuadores de alto volumen (HVE) con eyector de saliva de bajo volumen. Finalmente, utilizar una pieza de mano de alta velocidad anti-retracción para reducir el reflujo de

				<ul style="list-style-type: none"> microbios orales hacia los tubos de las unidades dentales. Como recomendación para el tratamiento restaurativo, se debe utilizar una eliminación química de caries y técnicas de restauración atraumáticas. Respecto a los residuos dentales, se deben eliminar de acuerdo a los requerimientos, y durante la atención de pacientes con COVID-19, los desechos deben recolectarse de manera segura en contenedores y bolsas designados y luego eliminarse de manera segura. El personal dental, los asistentes, recepcionistas, técnicos, etc. deben realizarse pruebas regulares para detectar COVID-19, además de la autoevaluación diaria para detectar síntomas de COVID-19 y control de temperatura.
(18)	Tallarico M, et al., 2020	Revisión narrativa	Busca discutir la información real disponible sobre la enfermedad por coronavirus 2019, la práctica dental y las recomendaciones con la intención de ayudar a los dentistas a brindar un lugar de trabajo seguro y saludable durante la pandemia.	<ul style="list-style-type: none"> Preferir la telemedicina y la gestión virtual de pacientes. El triage telefónico de coronavirus es obligatorio para evaluar el nivel de riesgo de los pacientes: <ul style="list-style-type: none"> Tos severa, dificultad para respirar, fiebre u otros síntomas preocupantes Contacto con caso(s) confirmado(s) de COVID-19 Cuarentena o aislamiento por sospecha o conclamación de COVID-19 Pacientes vulnerables (>60 años y/o pacientes con patologías concomitantes) deben posponer la terapia si es posible. Cualquier otra razón conocida que pueda exponer a los pacientes a un alto riesgo de propagación de la infección. Llegar a la clínica dental solo o con 1 acompañante como máximo (si es necesario). Dejar en la sala de espera objetos potencialmente infectados (chaqueta, bolso, teléfono, etc.) Limpiarse con meticulosidad las manos a la llegada o llevar guantes. Llevar la mascarilla hasta el sillón dental. Enjuagar la boca durante 3 minutos con colutorio a base de alcohol antes del tratamiento. Identificar áreas de riesgo dentro del lugar de atención y los diferentes cuidados que requieren. Utilizar un dique de goma cuando sea posible u otras herramientas específicas para mejorar el aislamiento dental. Fomentar el uso de la pieza de mano en lugar de la pieza de la turbina. Fomentar el desbridamiento manual en lugar de la limpieza ultrasónica. Fomentar el uso de impresión digital con escáner intraoral para evitar el uso de materiales de impresión. Se debe utilizar un sistema de agua autónomo en lugar del agua corriente para suministrar agua a las piezas de mano (incluidos los raspadores ultrasónicos piezoeléctricos externos) y las jeringas. Esto permite agregar ácido hipocloroso estéril para desinfectar el agua. Al menos dos asistentes dentales deben ayudar al operador principal. Se deben adoptar equipos de protección individual EPP adecuados y certificados. Se deben utilizar respiradores N95 sin válvula de exhalación, FFP2 o mascarillas quirúrgicas. Sin embargo, al usar mascarilla quirúrgica es obligatorio un protector facial totalmente cubierto. Los dentistas que utilizan lupas dentales deben llevar una mascarilla N95 (o FFP2). El protector facial debe ser diseñado para ser fácilmente descontaminado con alcohol o desinfección por inmersión. Tener al menos dos protectores transparentes (uno en sustitución) y cubrir toda la cara incluyendo la parte lateral. Bata desechable de cuerpo entero. Guantes. No es necesario usar doble par de guantes en la práctica diaria para protección personal. Sin embargo, para reducir la posible infección cruzada, un segundo par de guantes podría ayudar a los trabajadores. Se recomienda una cubierta para la cabeza que proporcione una barrera eficaz durante cualquier procedimiento que pueda resultar en salpicaduras de sangre o aerosol. Los uniformes de trabajo no se pueden llevar a casa. Deben ser lavados en la oficina siguiendo programas específicos o manejados por una lavandería externa. Disponibilidad de una prueba serológica capaz de medir la cantidad de anticuerpos contra COVID-19. Esta prueba debe realizarse regularmente para eventualmente hacer un diagnóstico temprano de los trabajadores expuestos. Además, si los trabajadores se encuentran enfermos (fiebre, tos y dificultad para respirar), deben quedarse en casa y buscar atención médica lo antes posible. Después del procedimiento dental, todos los EPP desechables deben ser desechados cuidadosamente. Las clínicas dentales deben utilizar desinfectantes adecuados certificados para CoVs y respetar su protocolo. Luego, todos los operadores principales deben lavarse adecuadamente las manos, los brazos y la cara. Es necesario lavarse las manos frecuentemente con el jabón adecuado durante todas las fases y evitar tocarse los ojos, nariz y boca. Durante la limpieza y esterilización de la sala dental, los asistentes deben usar EPP. La secretaria debe usar el mismo EPP que el operador dental, limitado a mascarilla y guantes, siempre manteniendo una distancia social de al menos 3 pies (0,914 mts).

(43)	Sigua E, et al., 2020	Revisión de la literatura narrativa	El propósito de esta revisión es tratar de proporcionar una actualización y una serie de recomendaciones de los cuidados específicos que existen hasta hoy dirigida a la realidad de la odontología tradicional.	<p>Entre las recomendaciones generales se encuentra:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● La desinfección de la superficie con hipoclorito de sodio al 0,1 % o etanol al 62 - 71 %. ● Se debe mantener el consultorio higienizado y con ventilación. ● Se debe limpiar y desinfectar con frecuencia las áreas compartidas como son la recepción, sala de espera, baño y ascensor. Retirar objetos de la sala de espera como folletos o revistas. ● Utilización de mascarilla con filtro de partículas tipo N95 y eliminarlas después de un solo uso, guantes de examen, dando preferencia por los de manga larga (si están disponibles), y gafas de protección o visera facial, con protección contra la exposición lateral; junto con trajes de quirófano u overoles completos; también se deben usar cubiertas para el cabello o capuchas. No se recomienda el uso de funda de calzado. Se sugiere usar calzados impermeables a los fluidos. ● La higiene de las manos debe realizarse antes y después de remover los EPP. ● En pacientes COVID-19 positivos, se debe realizar enjuagues con colutorios que contengan agentes oxidantes como el peróxido de hidrógeno al 1 % o yodo povidona al 0.1 %, previos al acto quirúrgico. ● Antes de comenzar cualquier procedimiento dental, el paciente debe firmar un consentimiento informado, el cual además de mencionar el posible riesgo de contaminación cruzada a la que está siendo expuesto. ● Los pacientes deben relatar contacto previo con personas COVID-19 positivas, fiebre, tos, disnea, fatiga sin causa, anosmia entre otras. El odontólogo deberá ir modificando las preguntas con respecto a los nuevos signos y síntomas que se van relatando y la fase donde se encuentre en su región. ● En una atención de urgencia, se recomienda: <ul style="list-style-type: none"> ○ El uso de enjuague bucal e instrumental básico para evitar reflejos nauseosos o tos, adicionando el uso de goma dique. ○ En las radiografías intraorales se debe usar los sensores con doble barrera para evitar una contaminación cruzada. ○ Se puede prescribir analgésicos y antibióticos, pero evitando recomendar el uso de ibuprofeno. ○ El procedimiento debe ser lo más conservador posible. ○ Las decisiones deben ser discutidas con los pacientes. ○ Eliminar la etiopatogenia que llevó a la consulta odontológica en el menor número de citas posible, evitando de esta manera el contacto repetitivo con pacientes ○ Utilización de mascarilla N95 o FFP3. Se debe cambiar después de atender a cada paciente, al igual que si se moja, dañe o se deforme sin formar un sello efectivo en el rostro. ● En condiciones de desabastecimiento, es preferible el uso prolongado de los respiradores N95 por sobre la reutilización y en caso que se opte por la reutilización, se sugiere limitarla al máximo de tres a cinco veces. ● En escasez de insumos, puede ser utilizado una mascarilla quirúrgica normal por sobre la de tipo N95 para evitar secreciones y/o sangre para que su reutilización sea eventualmente más segura y factible. ● En adultos mayores con enfermedades pre-existentes se recomienda una consulta inicial usando medios como la videollamada o la tele odontología, o en los lugares con medios más limitados una llamada telefónica, evitando así que estos pacientes con riesgo inminente salgan de sus casas innecesariamente.
(24)	Checchi V, et al., 2020	Revisión concisa, Revisión de la literatura.	La revisión recopiló todos los datos relevantes publicados en el campo dental desde la identificación del nuevo coronavirus SARS-CoV-2.	<ul style="list-style-type: none"> ● El EPP más indicado para la protección de las vías respiratorias es la mascarilla FFP. Las mascarillas más eficientes son FFP2/N95, FFP3/N99 y N100. ● Las mascarillas quirúrgicas siguen siendo recomendadas para todos los procedimientos que no generen aerosol. ● La mascarilla debe considerarse desechable y no superar el tiempo quirúrgico medio de 2 horas. ● Protección de ojos: Se deben usar anteojos con montura envolvente, que cubran la cara tanto como sea posible. Alternativamente, la barrera facial puede preferirse a los anteojos debido a su mayor capacidad para proteger la cara de las gotas de aerosol. ● Todos los pacientes deben considerarse potencialmente infectados. ● El triage es obligatorio para la evaluación inicial de los pacientes. La cual debe consistir en la medición de la temperatura corporal y una breve encuesta para investigar posible fiebre, problemas respiratorios, tos o disnea en los últimos 14 días. <ul style="list-style-type: none"> ○ 'Sí' a cualquiera de las preguntas de la encuesta y que tengan una temperatura corporal de >37,5 °C deben ser confinados a su hogar u hospitalizados. ○ 'Sí' a cualquiera de las preguntas de la encuesta y que tengan una temperatura corporal de <37,5 °C no deben recibir tratamiento durante al menos 14 días. ○ Los pacientes que respondieron 'No' a las preguntas de la encuesta y que tienen una temperatura corporal de <37,5 °C pueden recibir tratamiento. ● Los pacientes que se han recuperado de COVID-19 pueden recibir tratamiento 30 días después de la remisión de los síntomas. ● Cada superficie potencialmente contaminada debe limpiarse y luego desinfectarse con desinfectantes hidroalcohólicos que contengan una concentración de alcohol > 60%. El coronavirus podría eliminarse de manera efectiva en 1 minuto cuando las superficies se desinfectaban con etanol al 62 %–71 %, peróxido de hidrógeno al 0,5 % o hipoclorito de sodio al 0,1 %. ● Se recomiendan enjuagues bucales que contengan una solución peróxido de hidrógeno al 1 % o povidona yodada al 0,2 %. ● Cuando sea posible, se recomienda evitar procedimientos dentales que puedan causar tos y regurgitación. Se prefieren la ortopantomografía (OPG) o la tomografía computarizada de haz cónico (CBCT); deben evitarse las radiografías periapicales porque pueden provocar hipersalivación, tos o vómitos. ● Cuando se deben utilizar piezas de mano o dispositivos ultrasónicos, se indica el uso de un dique de goma. ● Usar eyectores de saliva de alta velocidad o eyectores quirúrgicos. ● También puede ser útil el montaje simultáneo de dos eyectores (p. ej., un eyector de alta velocidad y un evacuador de gran volumen). ● Se debe evitar el uso de piezas de mano sin sistema antirretracción durante la pandemia de COVID-19. ● El ozono es un gas natural, y uno de los sistemas más efectivos para el saneamiento ambiental.
(82)	Melo P, et al.,	Artículo de	Presenta un conjunto de	<ul style="list-style-type: none"> ● Todos los pacientes atendidos en el consultorio dental idealmente deberían ser evaluados (mediante una prueba de diagnóstico) para verificar que no estén infectados con

2020	revisión	recomendaciones y orientaciones sobre las medidas preventivas del personal de salud, precaución adicionales para la sala de espera, área de recepción y consultorio dental; y procedimientos de desinfección antes, durante y después de cada visita del paciente.	<p>SARS-CoV-2.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Todos los pacientes deben considerarse potencialmente infectados en todo momento mientras se encuentran en el consultorio dental. ● El primer paso para prepararse para una visita dental es contactar de forma remota (por teléfono o electrónicamente) a todos los pacientes programados para visitar el consultorio dental para una cita para obtener información actualizada sobre el estado del paciente y permitir una evaluación precisa en el momento de la consulta. El triage remoto debería ayudar a determinar si el paciente ha estado, está o está en riesgo de ser positivo para COVID-19. También es importante saber si el paciente pertenece a alguno de los grupos de alto riesgo (>65 años, enfermedad cardiovascular, diabetes, asma o trastorno respiratorio, cáncer, trastorno autoinmune, inmunosupresión, trasplante de órganos, embarazo) y si se espera un PGA durante su visita. <ul style="list-style-type: none"> ○ Si se presentan signos o síntomas (tos, fiebre (>38 °C), dificultad respiratoria, pérdida del olfato o del gusto o algún trastorno gastrointestinal (diarrea) en los últimos 14 días), un diagnóstico positivo para COVID-19, o han tenido contacto sin protección con un caso confirmado o sospechoso de COVID-19. Si se obtiene una respuesta positiva, pregunte si el paciente todavía está en aislamiento o en período de cuarentena. ● Si se programa una visita, instruir al paciente: <ul style="list-style-type: none"> ○ Llevar mascarilla. ○ Acudir solo a la visita (salvo en situaciones justificadas, en las que el paciente puede ir acompañado de no más de 1 persona). ○ Desinfectar las manos con una solución antiséptica a base de alcohol a su llegada. ○ Puntualidad. ○ Evitar llevar accesorios y ropa innecesaria. ○ Pagar con tarjeta de crédito o débito, preferiblemente con la opción de contacto. ○ Respetar una distancia de 2 metros con otros pacientes en la sala de espera. ● Para los pacientes identificados como casos o posibles casos de COVID-19, la primera opción debe ser tratar de resolver o mitigar el problema del paciente de forma remota y posponer o reprogramar la visita para que los pacientes puedan cumplir con el período de cuarentena o aislamiento obligatorio. Cuando la situación es urgente o no se puede posponer y la reprogramación no es una opción, se debe considerar al paciente de alto riesgo y programar la visita. ● En los casos en los que se identifique bajo riesgo mediante triage remoto, prueba de infección negativa o el paciente ya se haya recuperado de COVID-19 (presumiblemente ahora inmune), se puede programar al paciente para una visita dental regular. ● Los pacientes mayores de 65 años, embarazadas o con comorbilidades deben ser considerados de alto riesgo, deben tener visitas programadas para la primera franja horaria de la mañana o de la tarde. ● Las visitas sin PGA deben programarse para la primera franja horaria de la mañana o la tarde, mientras que las visitas con PGA deben programarse para la última franja de la mañana o la tarde. ● Medidas de precaución: <ul style="list-style-type: none"> ○ Mantener un dosificador con solución antiséptica a base de alcohol en el área de recepción. ○ Retire de la sala de espera todos los objetos decorativos, revistas, dispensadores de agua y cualquier otro artículo no esencial que pueda ser manipulado por varias personas. ○ Las sillas de la sala de espera deberán estar separadas al menos 2 metros. ○ Publicar pictogramas desarrollados por las entidades de salud locales o nacionales con respecto al lavado de manos y la higiene de las manos. ○ Ventilar, preferiblemente de forma natural, abriendo las ventanas de las zonas comunes y del box dental. ○ Puede haber una alfombra empapada en una solución desinfectante a la entrada del consultorio dental para que el paciente desinfecte sus calzados o se puede proporcionar cubrecalzados. ● Se debe medir la temperatura corporal mediante pirometría y los pacientes deben regresar a casa y permanecer en observación si la temperatura es $\geq 38,0$ °C. Se debe proporcionar una mascarilla quirúrgica si el paciente no la usa, se debe respetar el distanciamiento social y se debe recordar al paciente las medidas de protección y seguridad actualmente vigentes en el consultorio. ● Si los pacientes niegan tener estos síntomas pero los demuestran en la sala de espera o antes de que comience la visita, se les debe informar que se les considera un caso potencial de COVID-19 y tendrán que reprogramar la visita. ● Oficina dental: Antes del cuidado dental <ul style="list-style-type: none"> ○ Siempre que sea posible, proporcione múltiples servicios en cada visita, para evitar visitas adicionales del paciente al consultorio dental. ○ Verificar que el nivel de EPP sea compatible con los procedimientos a realizar. ○ Comprobar que las superficies que se tocan con más frecuencia estén protegidas con una barrera desechable. ○ Mantener cerrada la puerta del consultorio dental. ○ Los pacientes deben desinfectarse las manos antes de ingresar al consultorio dental. Después de sentarse y antes de comenzar el tratamiento dental, los pacientes deben quitarse la mascarilla y enjuagarse con una solución de peróxido de hidrógeno al 1 % durante 30 segundos o con yodopovidona al 0,2 %, excepto si el paciente es alérgico al yodo. ● Oficina dental: Durante el cuidado dental. <ul style="list-style-type: none"> ○ Preferir técnicas radiológicas extraorales. ○ Evitar los procedimientos que generen aerosoles siempre que sea posible (escarificador ultrasónico, piezas de mano de alta o baja velocidad, rociador de agua o aire de 3 vías). ○ Utilizar un dique de goma para el aislamiento siempre que sea posible. ○ Usar succión de alta velocidad. ○ Preferir la instrumentación manual o rotatorio de baja velocidad. ○ Minimizar la cantidad de refrigerante utilizado para instrumentos ultrasónicos y piezas de mano. ● Oficina dental: Después del cuidado dental <ul style="list-style-type: none"> ○ Mantener puesta la mascarilla quirúrgica o el respirador. ○ Reemplazo de guantes, desechando los utilizados durante la visita en un contenedor para residuos contaminados. ○ Desinfectar el EPP reutilizable (gafas, protector facial, etc.). ○ Ventilar el box dental ○ Retirar las barreras protectoras desechables, descartándolas en un contenedor para residuos contaminados. ● Los profesionales deben lavarse cuidadosamente las manos antes y después del tratamiento y después de cada contacto con superficies o equipos potencialmente contaminados. ● El tratamiento dental debe realizarse junto con un asistente en el sillón (odontología a 4 manos). ● La eliminación de caries o los procedimientos de restauración se deben realizar con instrumentación manual o enfoques quimiomecánicos como Carisolv cuando sea posible
------	----------	--	---

				<p>para minimizar los PGA.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preferir las intervenciones preventivas o los tratamientos mínimamente invasivos. • En los procedimientos quirúrgicos se deben usar suturas reabsorbibles para evitar una visita para retirar las suturas. • El box dental debe ser limpiado y desinfectado por personas utilizando EPP. • Retirar la ropa clínica y guardarla en una bolsa cerrada para colocarla directamente en la lavadora. • La limpieza y desinfección del box y espacios comunes, deben realizarse con detergentes y desinfectantes domésticos comunes (por ejemplo, hipoclorito de sodio al 0,1%-0,5% durante 1 minuto para superficies no metálicas; alcohol al 70% durante al menos 1 minuto; o peróxido de hidrógeno al 0,5%-1% durante al menos 10 minutos). • Profesionales de la atención dental y gestión del personal: la temperatura corporal debe medirse mediante pirometría; si la temperatura es $\geq 38,0$ °C, se les debe indicar que regresen a casa y permanezcan en observación. • No utilizar celular dentro del box dental y desinfectar con una toalla descartable o rollo de papel empapado en alcohol al 70% cada vez que se utilice fuera de este. • Lavar manos, cara y cuello con agua y jabón (40-60 segundos) o con una solución de alcohol (20 segundos) antes y después de quitarse el EPP, especialmente cuando finaliza la jornada laboral y antes de irse a casa.
(54)	Villani F, et al., 2020	Revisión de la literatura	Esta revisión tiene por objetivo investigar las medidas preventivas en la práctica dental evaluando la protección del operador y del paciente durante la nueva emergencia de COVID-19, considerando experiencias pasadas en términos de prevención.	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar un triage telefónico preciso, un triage posterior en clínicas dentales y un cuestionario complementario para recoger la mayor información posible sobre el paciente y sus familiares, en concreto sobre síntomas y movimientos en los 14 días previos. • Se recomienda medir la temperatura cuando el paciente ingresa al consultorio dental; si la temperatura corporal supera los 37,3°C, se sugiere posponer el tratamiento. • Pacientes con una infección por COVID-19 curada, de forma precautoria, se fija el periodo de recuperación necesario en 30 días antes de realizar cuidados odontológicos inaplazables. • Sala de espera vacía, sin revistas y evitar la superposición de dos o más citas. • Es razonable pedir a los pacientes que esperen en su vehículo, si es posible, o cerca de la clínica dental, y avisarles por teléfono o mensaje cuando sea su turno. • Enjuagar con peróxido de hidrógeno al 1% o, alternativamente, con povidona yodada al 0,2%. • Son imprescindibles gorros para el pelo, gafas protectoras, mascarillas quirúrgicas o N95, batas quirúrgicas desechables, calzado especial y viseras protectoras. Los guantes deben pasar la prueba de la penetración para que se consideren funcionales. • El EPP debe usarse como se indica en las instrucciones del manual del usuario y debe eliminarse como un desecho especial. Siempre se recomienda verificar la integridad del EPP y, si hay resultados negativos, eliminar el EPP de inmediato. • En lo que respecta a odontopediatría, se ruega a las personas que acompañan a los pacientes menores de edad acudir a la cita en el menor número posible, llevar mascarilla protectora, esperar en sala de espera y no asistir al tratamiento del paciente para evitar el riesgo de inhalación de aerosoles. • Las mascarillas FFP2 o N95 pueden esterilizarse mediante varias técnicas: vapor de peróxido de hidrógeno vapor de peróxido, calor seco a 70 C durante 30 minutos, o en calor húmedo a 121 C. • Se recomiendan las mascarillas FFP2 y N95 para la prevención de enfermedades infecciosas transmitidas por el aire. • Lavado de manos antes y después de cualquier contacto con el paciente. • Se recomienda el uso de goma dique para la contención y protección de fluidos orales. Si no es posible posicionarla, recomendar el uso del Carisolv y una excavadora para tratamientos conservadores. • Los instrumentos rotatorios de alta velocidad, como la turbina y el contra-ángulo, deben estar equipados con un sistema anti-retracción. • La última cita del día debe estar destinada a aquellos pacientes que necesitan tratamientos dentales que requieran el uso de instrumentos rotatorios de alta velocidad. • Recomiendan no utilizar radiografías intraorales; por ello, proponen el uso de ortopantomografía o TC si es estrictamente necesario. • Trabajar a cuatro manos. • Cualquier tratamiento no urgente debe posponerse; si esto no es posible, el dentista debe seguir protocolos estrictos para evitar contagios. • Se aconseja la eliminación de residuos utilizando bolsas amarillas especiales de doble capa para residuos especiales y señalizarlas para facilitar su eliminación. • Se recomienda cubrir todas las superficies, cuando sea posible, con una envoltura de polietileno. • Varios grupos de desinfectantes, como propanol, hipoclorito de sodio y etanol, en porcentajes que van del 80 al 95 % (como desinfectante de manos) o del 62 al 71 % (como desinfectante de superficies), puede reducir la carga de SARS-CoV-2 por debajo de los niveles de registro. • Uso de hipoclorito de sodio al 5%, con una dilución de 1:100, para ser aplicado en superficies por un tiempo de acción promedio de 10 min. • Ventilación constante del box dental. • Hipoclorito de sodio al 1% para la desinfección de las impresiones. El tiempo de acción del desinfectante varía según el material utilizado: 10 min para alginato y 15-20 min para elastómeros.
(83)	AL-Omiri M, et al.,	Artículo de revisión	Proporciona una descripción general de la pandemia de COVID-19 desde la perspectiva dental, presenta estándares y pautas para la prestación de atención dental basados en la investigación disponible en este campo, así como en la práctica y la experiencia clínica.	<p>Recomendaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En el hogar: La entrevista se le debe realizar al paciente y acompañante (si es pertinente) por teléfono o internet. El dentista debe realizar una evaluación integral del paciente que incluya la queja principal, los antecedentes médicos y dentales. Luego, se debe clasificar a los pacientes en: riesgo alto, medio y bajo. Para llegar a la decisión de tratar o no a los pacientes que demandan atención dental en medio de la pandemia de COVID-19, se debe realizar una entrevista telefónica/online donde se determinará la urgencia/emergencia del caso: <ul style="list-style-type: none"> ■ El caso urgente requiere la asistencia del paciente: <ul style="list-style-type: none"> • No hay antecedentes positivos en relación con COVID-19: Dar cita y organizar el tratamiento en la clínica dental siguiendo las directrices • Historial positivo en relación con los problemas de COVID-19: No se debe tratar, dar consulta y consejo. Además de recomendar el contacto con las autoridades sanitarias y remitir a centros especializados y hospitales dentales preparados para tratar los casos de COVID-19. ■ Un caso no urgente: se debe retrasar el tratamiento y proporcionar consulta, consejo y educación sobre la dolencia. Se pueden prescribir medicamentos (analgésicos/antibióticos/enjuagues bucales) ■ La emergencia requiere atención médica inmediata: se debe remitir al servicio de urgencias del hospital ○ Si la valoración de COVID-19 es negativa, confirmar la cita e indicar que debe evitar llegar antes y traer acompañantes. • Antes del procedimiento: <ul style="list-style-type: none"> ○ Limitar la presencia de los acompañantes. ○ Derivar y reportar a las autoridades de salud si COVID-19 positivo o tiene signos y síntomas de COVID-19. ○ Limite el número de pacientes, limite el tiempo de tratamiento y garantice una ventilación adecuada. ○ Provisión de alcohol en gel al 60–85 % para limpiarse las manos, luego provisión de guantes, mascarillas, batas, cobertores para la cabeza y cubrecalzados antes de ingresar al área principal de la clínica. ○ Medir la temperatura del paciente y del acompañante con un termómetro portátil. Si el paciente posee temperaturas sobre 37,5 °C se considera como alarmante; especialmente si se acompaña de tos o problemas respiratorios. Evite el tratamiento y refiera a un hospital dental especializado a menos que se confirme que el paciente no tiene COVID-19 después de las pruebas adecuadas y el consejo médico.

				<ul style="list-style-type: none"> ○ Solicitar al paciente y acompañante que realicen distanciamiento físico estricto, uso de mascarillas en todo momento en la clínica y marcaje de distancia controlada en el piso. ○ Despeje los accesorios en el área de espera y mantenga las pertenencias de los pacientes en el área de espera/recepción. ● Durante el tratamiento: <ul style="list-style-type: none"> ○ Enjuague la boca del paciente durante 1 a 2 minutos con un enjuague bucal (peróxido de hidrógeno al 1 al 1,5 %, povidona yodada al 1 al 2,3 % o cloruro de cetilpiridinio al 0,05 al 0,1 %). ○ Tratamiento utilizando los procedimientos menos invasivos, técnicas que no generan aerosoles (si es posible), aplicación de dique de goma, succión quirúrgica de alto y bajo volumen, radiografía extraoral, ventilación adecuada. ● Después del tratamiento: <ul style="list-style-type: none"> ○ Desinfectar las manos del paciente con alcohol al 70-85%. Coloque las mascarillas, las cubiertas para la cabeza, las cubiertas para calzado, las batas y los guantes usados por los pacientes en bolsas de plástico selladas y deséchelas como desechos médicos peligrosos siguiendo las pautas de las autoridades locales. ○ Los pacientes reciben nuevas mascarillas para utilizarlas fuera de la clínica. ● Preparación clínica: <ul style="list-style-type: none"> ○ Ventilación adecuada ○ Use filtros/limpiadores de aire y sistemas de ventilación hacia abajo ○ Limpie y desinfecte todas las superficies de la clínica antes y después de cada paciente con alcohol isopropílico al 70 %, hipoclorito de sodio al 0,1 % o una solución basada en evidencia. ● Preparación del personal: <ul style="list-style-type: none"> ○ El personal vulnerable no debe tratar a los pacientes con COVID-19 o sospechosos de COVID-19 (p. ej., personal embarazada y médicamente comprometido). ○ Colocación de EPP antes del tratamiento: eliminar accesorios. Luego, lavarse las manos con jabón durante 60 segundos, luego desinfectarse las manos con un gel de alcohol al 60-85% durante 1 minuto. Luego, póngase el primer par de guantes quirúrgicos, mascarilla, gafas protectoras, gorros, pantalla facial, batas completas resistentes al agua y cubrecalzados. Luego, desinfecte las manos enguantadas con un gel de alcohol al 60-85 % durante 1 minuto y luego use el segundo par de guantes quirúrgicos. ○ Las mascarillas más recomendadas para usar son N99, N100, respiradores con pieza facial filtrante (FFP3) o respiradores purificadores de aire motorizados (PAPR). Si no está presente, usar un respirador N95 o FFP2 y cubra con una mascarilla médica quirúrgica para permitir la protección multicapa y quitarse. ○ Se debe usar FFP3 o PAPR si el paciente es un caso de COVID-19 altamente sospechoso/confirmado, se van a usar procedimientos que generan aerosoles y si el personal tiene vello facial que impide la prueba de ajuste de la mascarillas N95. ○ Quitarse después del tratamiento: primero desinfecte las manos con doble guante, luego quítese la bata, los guantes superiores, las gafas protectoras/protector facial, la gorra para la cabeza, la cubierta del calzado, la mascarillas y, finalmente, los guantes internos. Use alcohol para frotar después de quitarse cada elemento del EPP usado. ○ Colocar con cuidado todo el EPP desechable en bolsas de plástico desechables selladas y desecharlo como desechos clínicos peligrosos, luego desecharlo siguiendo las pautas de las autoridades locales. ○ Después del tratamiento y de la retirada, lávese las manos con jabón durante 60 segundos; luego desinfección de manos con alcohol en gel al 60-85% durante 1 minuto. ○ Desinfecte y limpie el EPP reutilizable usando guantes de doble grosor o guantes quirúrgicos, mascarillas quirúrgicas resistentes a líquidos y batas completas repelentes de líquidos. Las gafas y los protectores faciales se desinfectan con alcohol al 70 %. ○ Uso de ozono para la desinfección de EPP e instrumentos reutilizables. ○ Utilice el hospital o los servicios de lavandería profesional para ropa y batas médicas. <p>Preparación clínica</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Cerrar las puertas exteriores de la clínica en todo momento para controlar el flujo de pacientes. ● Usar la menor cantidad de sillas en el área de recepción/espera y separarlas. ● Limitar el número diario de pacientes (y de personal si es posible) al mínimo y permita 45 minutos entre citas para el personal y la preparación de la clínica. ● Planificar los tratamientos que produzcan aerosoles al final de la jornada, realizarlos en una sala separada o en salas presurizadas negativamente con ventilación descendente (si las hay), y evitar las salas sin ventanas (o con las ventanas permanentemente cerradas) a menos que estén dotadas de ventilación mecánica de extracción que introduzca aire fresco a la sala. ● Ventilar las clínicas de 15 a 30 minutos entre tratamientos a menos que se generen aerosoles y luego ventile durante 60 minutos. ● El aire se puede desinfectar utilizando aerosoles desinfectantes, filtros o luz ultravioleta. ● Usar papel de aluminio, cubra láminas de plástico y envoltura de plástico para cubrir las superficies de la clínica. ● Use desinfectantes (hipoclorito de sodio al 0.1 %, alcohol isopropílico al 70 % o cualquier otro desinfectante que se evidencie) para limpiar y desinfectar todas las superficies de la clínica. Tanto para los tratamientos generadores de aerosoles, como no aerosoles o paciente confirmados con Covid. ● Contrate un servicio de lavandería profesional o instale una lavadora exclusivamente para el uniforme (no es recomendable llevarlos a la casa). <p>Preparación del personal</p> <ul style="list-style-type: none"> ● El personal que se confirme/sospeche que tiene COVID-19 o que haya contactado/tratado a pacientes confirmados/potenciales de COVID-19 no debe tratar a los pacientes, no debe asistir a la clínica, debe ser reportado a las autoridades sanitarias para su evaluación y reanudar su trabajo sólo después de que se confirme que está libre de COVID-19. ● Los pacientes confirmados/sospechados de COVID-19 no deben ser atendidos por personal de riesgo, incluidas las embarazadas y los cuidadores con problemas médicos que soporten problemas inmunológicos, hipertensión, diabetes, enfermedades cardiovasculares, pulmonares, renales o hepáticas. ● Es necesario que el personal se someta a pruebas periódicas, sobre todo si trata a pacientes potenciales/confirmados por COVID-19. El personal confirmado como libre de COVID-19, vacunado y/o con anticuerpos contra el virus SARS-CoV- 2 es más práctico para tratar los casos confirmados o potenciales de COVID-19. ● Todo el personal odontológico debe tener una formación adecuada en relación con el control de la infección cruzada, los protocolos de gestión de los pacientes potenciales/confirmados por COVID-19 y el uso del EPP (ponerse y quitarse). ● La colocación del EPP comienza con el retiro de accesorios. A continuación, lavarse las manos con jabón (por ejemplo, jabón de povidona yodada) durante 60 segundos, seguido de una desinfección de las manos con alcohol en gel al 60-85% durante 1 minuto. A continuación, en el siguiente orden, colocarse el primer par de guantes quirúrgicos, la mascarilla, las gafas, el gorro para la cabeza, el protector facial, la bata completa de manga larga repelente al agua y el cubrecalzados. A continuación, desinfecte las manos enguantadas con alcohol en gel al 60-85% durante 1 minuto antes de ponerse el segundo par de guantes quirúrgicos. Comprobar 2 veces el EPP para verificar su correcto uso. ● Las mascarillas preferidas para usar en orden descendente son PAPR, N100, N99 o FFP3, N95 o FFP2. ● Las mascarilla de respiración se pueden utilizar durante más tiempo (hasta 8 horas de uso continuo) y ofrecen una protección 10 veces mejor que la quirúrgica.
--	--	--	--	---

				<ul style="list-style-type: none"> El retiro después del tratamiento debe hacerse con cuidado. Seleccione una zona justo fuera del área de tratamiento y destínela a la retirada. A continuación, en el siguiente orden, comience a desinfectarse las manos con guantes con alcohol gel al 60-85% durante 1 minuto y, a continuación, quítese la bata, el par de guantes exteriores, el protector facial/gafas, el gorro, el cubrecalzados, la mascarilla y los guantes interiores. Aplicar alcohol desinfectante en las manos enguantadas después de quitarse cada pieza del EPP. Por último, lávese las manos con jabón (por ejemplo, jabón de povidona yodada) durante 60 segundos, seguido de una desinfección de las manos con alcohol en gel al 60-85% alcohol en gel durante 1 minuto. Los EPP desechables se utilizan para un solo paciente y se desechan en una bolsa de plástico sellada siguiendo las recomendaciones de las autoridades locales. Utilice alcohol al 70% para desinfectar los elementos de EPP reutilizables (por ejemplo, gafas y protectores faciales) o utilice máquinas generadoras de ozono si las hay.
(84)	Lewandowska M, et al, 2021	Revisión de la literatura	Este artículo describe y discute los cambios que se han tenido que hacer en el funcionamiento de las prácticas dentales debido a la pandemia de COVID-19 y como ha afectado está al personal dental.	<ul style="list-style-type: none"> Se recomienda evitar el tratamiento planificado de los pacientes durante la pandemia de COVID-19, y solo tratar a los pacientes con dolor y aquellos que presentan una urgencia. Se aconseja el uso de eyectores de saliva de gran volumen para reducir la producción de gotitas y aerosoles. Se recomienda el uso de un dique de goma durante la realización de los procedimientos y realizar procedimientos mínimamente invasivos para evitar el aumento de la secreción salival, tos o vómitos. Abstenerse de los procedimientos generadores de aerosoles que impliquen el uso de una turbina, una pieza de mano o jeringas de aire y agua. Realizar un registro de antecedentes médicos respecto a un posible contacto con un paciente con coronavirus o síntomas de COVID-19, además de tomar la temperatura corporal previo a la atención. Se incluyeron mayores intervalos entre pacientes y tratar menos pacientes para evitar el contacto en la sala de espera. Una desinfección completa de todas las superficies en la práctica dental y aumentar la frecuencia de está. Considerar todas las superficies, sillas, revistas y puertas que pudieran entrar en contacto con el personal médico y los pacientes como "potencialmente contaminados". En la sala de espera, las sillas estaban selladas y marcadas con carteles de distanciamiento social., además de la eliminación completa de folletos y revistas. Se solicita a los acompañantes esperar afuera o en un automóvil, a excepción de los pacientes que no pudieran llegar por sí mismos a la cita debido a su estado de salud. El equipo de protección personal incluía mascarillas N95 o preferiblemente N99 (FFP2 y FFP3, respectivamente), delantales y gorros desechables, calzados fácilmente lavables y protección adicional para los ojos y la cara, en lugar de solo gafas protectoras. Privilegiar la toma de tomografías o radiografías extraorales en lugar de radiografías intraorales. Además se recomienda al paciente enjuagarse la boca con antisépticos como clorhexidina (CHX), el cloruro de cetilpiridinio (CPC) y los aceites esenciales (AE). Utilización de la teleodontología para facilitar el tratamiento dental por sin contacto directo con el paciente.
(85)	Amato A, et al, 2020.	Revisión de la literatura	Brinda consejos prácticos para dentistas basados en la literatura reciente, que pueden ser útiles para reducir el riesgo de propagación de COVID-19 durante la práctica clínica.	<ul style="list-style-type: none"> Es obligatorio realizar una evaluación meticulosa del paciente antes de ingresar a la clínica dental. Se puede realizar una encuesta telefónica a través de un cuestionario que considere los síntomas más frecuentes de la infección por SARS-CoV-2, los nexos epidemiológicos potencialmente peligrosos y el tiempo de transmisión. En caso de presencia de fiebre detectada en los últimos 14 días, nexos epidemiológicos positivos, signos clínicos o síntomas relacionados con el COVID-19, es preferible reprogramar tratamientos no urgentes después de al menos 14 días. En un paciente confirmado, posible o sospechoso de COVID-19, que requiera un tratamiento urgente es mejor tratar al paciente en un hospital público por personal de salud debidamente capacitado y equipado, en caso de realizarse en la clínica debe ser la cita al final del día (en una habitación con presión negativa o bien aireada) utilizando un dique de goma dental, evitando todos los procedimientos que generan aerosoles y minimizando el tiempo de intervención. Los pacientes siempre deben usar una mascarilla quirúrgica en clínica dental. Deben asistir solos y se les solicitará que dejen los abrigos, bolsos y mochilas en cajas o espacios específicamente organizados. Al ingresar se le pedirá que tire la mascarilla quirúrgica en un recipiente especial cerrado, higienice sus manos con una solución hidroalcohólica y se les proporcionará EPP que debe ser utilizado hasta el final del procedimiento. Se deben retirar adornos, revistas, periódicos y carteles de la sala de espera, Se deben programar las citas, para reducir el número de pacientes en la sala de espera y permitir respetar la distancia interpersonal de al menos 2 m, por lo mismo, el tiempo estimado de cualquier procedimiento no debe superar los 30 min. Se recomienda programar la cita de los pacientes de edad avanzada o con múltiples enfermedades sistémicas crónicas al inicio de la jornada laboral. Todos los trabajadores de las clínicas dentales deben medir su temperatura corporal diariamente, al menos por la mañana y por la noche, si está es superior a 37,0 °C, el operador no debe ir a trabajar. El lavado de manos debe ser con una solución hidroalcohólica o con agua corriente y jabón durante al menos 1 min. El uso de EPP corresponde a lentes protectores, batas desechables completamente cubiertas, respiradores/mascarillas, guantes, gorros para la cabeza y cubrecalzado. El uso del respirador FFP3 es obligatorio en caso de tratamiento de emergencia de un paciente confirmado o sospechoso de COVID-19. Los enjuagues bucales que contengan clorhexidina no son efectivos para el SARS-CoV-2. Durante los procedimientos clínicos, se recomienda encarecidamente el uso del dique de goma. Se debe evitar utilizar técnicas de rayos X intraorales Al final de la intervención clínica, es obligatorio que el operador arroje todos los EPP desechables dentro de bolsas de basura especiales de doble capa, rociándolas con una solución de hipoclorito al 0,5%, sellarlas con un nudo y almacenarlas temporalmente en un contenedor cerrado con abertura para pedal. Es obligatorio realizar un cambio de aire completo en el espacio clínico después de cada intervención y desinfectar periódicamente todo lo que haya sido tocado por los pacientes o el personal, además la higienización de suelos y otras superficies puede realizar con soluciones de hipoclorito al 1%.
(9)	Mateos Moreno MV, et al. 2020.	Artículo de revisión	Describen las propuestas de adaptación a la pandemia de las Unidades de Salud Bucodental, con el fin de mantener la calidad de nuestros procedimientos en un entorno laboral seguro.	<ul style="list-style-type: none"> Si es posible se deben evitar procedimientos que puedan inducir tos o realizarse con precaución. Los procedimientos de generación de aerosoles deben minimizarse, tanto como sean posibles, en caso de realizarse se recomienda usar sistemas de aspiración de alto volumen e instrumental rotatorio con válvula anti-retorno Se tiene que disponer de un buen control y calidad del aire mediante ventilación, climatización y contando con la ayuda de sistema de purificación de aire. La ventilación se realizará entre paciente y paciente con la puerta cerrada, para evitar corrientes de aire si no se ha realizado procedimientos que generen aerosoles será entre cinco y 15 minutos y en el caso de haber realizado procedimientos que generen aerosoles sería necesario ventilar al menos 15-60 minutos. La agenda de citación tendrá espacios disponibles para distribuir en ellos a los pacientes adultos o infantiles que demanden atención odontológica, la cual podrá ser telefónica y/o presencial. La actividad telefónica: tiene por objeto valorar el proceso odontológico (motivo de consulta e historia clínica del paciente) llevando una "resolución u orientación diagnóstica-terapéutica", por otro lado la actividad presencial deberá realizarse bajo la técnica de 4 manos. En fase epidémica de emergencia y la consiguiente fase de desescalada, sólo debe realizarse actividad asistencial telefónica, limitando la presencial exclusivamente para atender a los pacientes cuyo proceso se considere urgente. Y en la fase "nueva normalidad" se mantendrá la actividad asistencial telefónica y se desarrollará la presencialidad en función de la infraestructura disponible. A pesar de esto, independiente de la fase la atención odontológica a pacientes con sospecha o positivos por COVID-19 se limitará a procesos urgentes y, si fuera necesaria atención presencial, se realizará en la sala del centro de salud destinada al efecto. El paciente debe entrar con mascarilla y sin acompañante (salvo si es dependiente). Se le indicará que procure hablar con la mascarilla puesta y se ofrecerá gel hidroalcohólico para las manos. Previo a la atención clínica debe enjuagarse con un antiséptico oral (PY al 0,2%, peróxido de hidrógeno (H2 O2) al 1%, cloruro de cetilpiridinio I 0,005%). No se recomienda el uso de Clorhexidina.

				<ul style="list-style-type: none"> • Después del tratamiento, el instrumental contaminado tiene que depositarse en una cubeta de desinfección con tapa, para al final de la jornada desinfectar y esterilizar con el EPP adecuado en una zona separada • El material desechable se elimina en el contenedor correspondiente, los EPP reutilizables se deben limpiar con agua y jabón y desinfectar con alcohol de más de 70°, en situaciones de escasez, embolsar las mascarillas FFP2/FFP3 marcando el nombre de usuario y la fecha de uso, donde debe permanecer hasta que se reutilice siete días después. • EPP se considera, guantes, bata quirúrgica desechable de manga larga resistente a líquidos, el uso de gorro quirúrgico (opcional), el uso de doble guante es práctico, mascarilla quirúrgica, y mascarilla FFP2, FFP3, N95, N99, KN95 y similares, protección ocular como gafas de protección ocular, protector o pantalla facial. • Para la limpieza de superficies se utilizaran productos con un 62%-71% de etanol o un 0,1% de hipoclorito de sodio durante un minuto, mientras que el cloruro de benzalconio al 0,05% o el digluconato de clorhexidina al 0,02% son menos eficaces. • Siempre que sea posible se recomienda el uso de goma dique. • No se recomienda el uso de Ozono como método de desinfección ambiental del SARS-CoV-2, pero si la limpieza y desinfección del aire mediante el uso de luz ultravioleta.
(8)	Mahdi S.S, et al. 2020	Revisión sistemática	Esta revisión busca identificar las medidas adicionales de control de infecciones implementadas en la práctica dental a nivel mundial para prevenir infecciones cruzadas.	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar un triage telefónico para evaluar mediante un cuestionario el riesgo potencial de transmisión del SARS-Cov-2 (descartar casos sospechosos de COVID-19) y el tipo de atención dental necesaria. • Al llegar a la clínica, se debe repetir el mismo cuestionario, pedir al paciente que se desinfecte las manos con un desinfectante a base de alcohol y se tomará la temperatura corporal con un termómetro sin contacto. En caso de un paciente con una temperatura > 38 °C y que requiera atención dental urgente o electiva, se deberá posponer sus citas si es posible o realizarlas en una sala de aislamiento de infecciones transmitidas por el aire (AIIR) o en una sala de presión negativa. • La atención dental de emergencia para pacientes que informaron síntomas de COVID-19, tuvieron contacto con personas infectadas con COVID-19 o viajaron a regiones con un alto número de casos de COVID-19 en los últimos 14 días se pospuso por dos semanas y se consideró el manejo farmacológico de dolor o infección. • Se recomienda realizar procedimientos mínimamente invasivos como alternativa a los procedimientos que generan aerosoles, como el uso de CariSolv para la eliminación de caries, raspador manual para procedimientos periodontales en los que no es factible un dique de goma, preferir radiografías extraorales en lugar de radiografías intraorales, utilizar diques de goma y eyectores de saliva de gran volumen. Y en caso de procedimientos generadores de aerosol se debe usar succión extraoral de alto volumen. • Se ha sugerido una pauta de higiene de manos de dos antes y tres después recomendada por el CDC (Centro para el Control de Enfermedades) y la OMS. • El paciente no debe estar acompañado en la sala de tratamiento y cualquier cuidador debe permanecer en la sala de espera. • Considerar reducir el número de pacientes en la sala de espera y aumentar la cantidad de tiempo de cada visita para completar el máximo tratamiento posible en una visita y así reducir la exposición repetida. Además de tener una ventilación adecuada y mantener el distanciamiento físico de 1 metro en el consultorio dental. • Los pacientes en la sala de espera deben usar una mascarilla, guantes y protección para los ojos. • Previo al procedimiento el paciente debe enjuagarse con un antimicrobiano como es el peróxido de hidrógeno al 1 % o povidona yodada al 0,2 % durante 60 s. No se recomienda el uso de clorhexidina, ya que podría no ser eficaz contra el SARS-Cov-2. • Se recomienda el uso de FFP2/N95, además el EPP incluye cubiertas para la cabeza, batas de manga larga resistente al agua, cubre calzado, protecciones oculares reutilizables como gafas de seguridad y un protector facial, para el personal clínico y no clínico en todos los procedimientos dentales. • Se ha sugerido la desinfección de la sala de tratamiento y la sala de espera, incluidos los pomos de las puertas, las sillas, el suelo, los escritorios, los baños y los ascensores entre pacientes con desinfectantes de grado hospitalario, incluidos los productos a base de amonio cuaternario, fenol y alcohol, como el hipoclorito de sodio al 0,1 % o el alcohol isopropílico al 70 %. • Se debe considerar la limpieza y desinfección de los dispositivos de protección facial reutilizables y el manejo de los desechos quirúrgicos después de los procedimientos normales. • Los instrumentos reutilizables deben pretratarse adecuadamente con un desinfectante oxidante, limpiarse, esterilizarse y almacenarse de acuerdo con el protocolo de las autoridades sanitarias locales. • El EPP desechable contaminado, incluidos los guantes, las batas y las cubiertas para la cabeza, debe desecharse de manera segura en una bolsa dentro del área clínica antes de ingresar a las áreas no clínicas.
(86)	Czajkowska S, et al. 2021.	Revisión narrativa	El objetivo de este artículo es compilar estudios, guías y reportes de casos, para facilitar a los dentistas la realización de procedimientos y trabajos en la situación epidemiológica que cambia ociosamente.	<ul style="list-style-type: none"> • La principal forma de reducir el riesgo de transmisión del virus es mediante el uso de EPP. • Las mascarillas quirúrgicas no proporcionan protección completa contra la inhalación de agentes infecciosos, pero si se lograría una mejor protección respiratoria con el uso de mascarillas con filtro, las cuales están marcadas con símbolos N95, N99 y N100 según American estándares, o FFP1, FFP2 y FFP3 según Europa-una clasificaciones. Por lo que se fomenta el uso de mascarillas N95 o FFP2. • Los protectores faciales de tela no constituyen una protección individual. • También se recomiendan protectores faciales y ropa médica como parte de EPP, y se sugiere usar una cubierta de manga larga debajo de los guantes para proteger los antebrazos. • Se debe realizar una desinfección frecuente de superficies y aire utilizando un producto que contenga etanol al 62-71%, hipoclorito de sodio al 0,1% o peróxido de hidrógeno al 0,5% durante 1 min. Otra opción que se recomienda es el uso de equipos de ozono para desinfectar entre visitas o en la sala de espera después del trabajo, también se pueden aplicar lámparas ultravioleta (UV), con esta última la desinfección de la superficie ocurre 8 h después de encender el dispositivo y se recomienda abandonar la habitación durante este tiempo. • La higiene de manos debe realizarse con agua y jabón, seguida de la aplicación de un producto que contenga 70-90 % de alcohol. • Al ingresar a la sala médica los pacientes deben desinfectarse las manos. • Se realiza una selección de pacientes por teléfono, la cual puede permitir la recopilación de información detallada sobre problemas dentales y salud bucal, información sobre los contactos cercanos del paciente con cualquier persona que haya dado positivo por COVID-19 o esté en cuarentena. Además, es recomendable recabar información sobre la presencia de síntomas sugestivos de infecciones respiratorias (tos, temperatura corporal elevada, dificultad para respirar) o viajar al extranjero a zonas de alto riesgo. • Los pacientes con COVID-19 confirmado deben ser derivados a un centro de tratamiento designado para recibir pacientes de este grupo o, si es posible, se recomienda posponer el tratamiento dental hasta el aislamiento. • Hasta el final de la fase aguda de la pandemia, las recomendaciones incluyen el ingreso a la consulta del dentista sólo de pacientes urgentes, en base a la clasificación de la ADA. Se sugiere considerar la prestación de consultas telefónicas, y la posibilidad de elaborar consentimientos y recetas electrónicas. Además, las consultas telefónicas deben quedar registradas en la historia clínica del paciente. • Los procedimientos preventivos o higiénicos, visitas programadas como el tratamiento de prótesis y ortodoncia pueden retrasarse. • Se sugiere colocar los asientos en el vestíbulo de tal manera que se mantenga la distancia social recomendada entre las personas y los artículos en la sala de espera que no son adecuadas para la limpieza y esterilización periódicas tales como revistas o juguetes, deben ser retirados. • Para minimizar el riesgo de transmisión del virus en la clínica dental, se debe solicitar al paciente que asista solo o solo con la persona necesaria para realizar la visita, como un tutor legal en el caso de un niño o una persona incapacitada. • Al ingresar tanto el paciente como cualquier acompañante están obligados a usar una mascarilla que cubra la boca y la nariz. • Cada persona que ingresa debe cumplir con las recomendaciones y realizar una prueba de síntomas (incluida la medición de la temperatura corporal) compatible con la

				<p>infección por SARS-CoV-2.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antes del examen, se debe indicar al paciente que se enjuague la boca durante un mínimo de 30 s con un preparado a base de desinfectante, las soluciones propuestas son clorhexidina al 0,2%, Listerine® al 2%, povidona yodada al 2% o peróxido de hidrógeno al 0,5-1%. • No se recomienda tomar radiografías intraorales, ya que puede provocar un reflejo nauseoso o aumentar la salivación. En caso de requerir un diagnóstico radiológico, se deben preferir las radiografías extraorales, como pantomográfica o la tomografía computarizada de haz cónico (CBCT). En caso de tomar una radiografía intraoral, el dentista debe elegir una radiografía de aleta de mordida. Si se decide tomar una radiografía dental sin posicionador, el paciente debe desinfectarse las manos antes de sostener la película de rayos X. • Se recomienda el uso de diques de goma y aplicar succión dental siempre que sea posible para evitar la generación de aerosoles, además del uso de instrumental manual para la remoción de cálculo dental. • También se sugiere brindar tratamiento durante una sola visita al dentista, mientras se toma medidas preventivas para reducir el número de visitas consecutivas.
(87)	Aylwin-Miranda I, et al. 2021.	Guía/Pauta	El artículo busca definir las medidas standard y específicas para la atención odontológica, en este caso dentro de la Unidad Dental del Hospital Clínico Dr. Eloísa Díaz (HLF).	<ul style="list-style-type: none"> • En relación a la Sala de espera, previo a la atención se deben retirar revistas, folletos, juguetes, dispensadores de alimentos/agua y elementos no necesarios, organizar el mobiliario con la mínima cantidad de sillas posibles y separadas, para respetar el distanciamiento de 1.5 metros idealmente, asegurar el distanciamiento social en la sala de espera mediante el uso de señaléticas en el suelo, sillas y otros mobiliarios. Debe ser ventilada, de no ser posible, se recomienda aumentar la distancia entre pacientes, tener acceso a lavado de manos para los pacientes y sus acompañantes con dispensadores de solución en base a alcohol gel. • La desinfección de superficies en áreas de ascensores, recepción, sala de espera y especialmente de las áreas clínicas, con soluciones de hipoclorito de sodio o amonio cuaternario. • Se debe solicitar a pacientes puntualidad y no asistir acompañados, de lo contrario el acompañante debe esperar fuera del hospital (Salvo excepciones, por ejemplo: pacientes pediátricos). • Los pacientes tienen que asistir con mascarilla quirúrgica, de no ser posible mascarilla de paso y mantener el distanciamiento social recomendado. Se les solicita el lavado de manos con agua y jabón en el baño disponible para pacientes, se debe confirmar y realizar nuevamente triage escrito en la recepción, tomar y registrar temperatura del paciente y pedirle que firme consentimiento escrito donde se consigne su condición de salud y el tipo de la atención odontológica en contexto de Pandemia SARS CoV-2, que recibirá. • Se debe espaciar las citas de atención y los tiempos de espera deben ser cortos, se recomienda un máximo de 20 min. • Respecto a la preparación del paciente, se debe realizar triage telefónico o vía correo electrónico, de no ser posible, implementar el triage presencial, para evaluar el tipo de tratamiento dental requerido, en conjunto a antecedentes del paciente, para determinar riesgos y beneficios de ser atendido y evaluar la necesidad y urgencia del tratamiento. • En : <ul style="list-style-type: none"> - Caso no sospechoso de infección SARS-CoV-2 (Paciente asintomático o con diagnóstico negativo confirmado). Puede ser atendido de manera inmediata, realizando tratamientos de urgencia odontológica y electivos minimizando procedimientos que generen aerosoles (PGA), en estos casos impostergables de PGA, utilizar goma dique. Si el paciente pertenece al grupo de alto riesgo de morbilidad/ mortalidad se realizan solo tratamientos de urgencias o emergencias odontológicas. - Caso sospechoso o probables de infección SARS-CoV-2, no confirmado (Pacientes que presentan al menos dos síntomas de la enfermedad o que ha sido expuesta a un contacto estrecho de un paciente confirmado con Covid-19 y que presenta al menos 1 síntoma), se pospone toda atención electiva y solo se trata urgencias o emergencias minimizando PGA. Podrá realizarse tratamiento electivo una vez transcurridos 15 días después de confirmar que son COVID (-), o 30 días después del periodo de cuarentena en caso de ser confirmados COVID (+). - Caso confirmado de COVID19: Diferir todo tratamiento no urgente, pero si corresponde a una emergencia impostergable, debe ser coordinada con el médico, y realizarse en una sala AIIR o en salas de presión negativa con un mínimo de 12 cambios de aire por hora o al menos 160 L/s por paciente y con un manejo multidisciplinario - Paciente COVID-19 recuperado . Se atenderá si el paciente ha estado asintomático desde 14 a 30 días posterior al inicio de sus síntomas o fue diagnosticado, se realizará tratamientos de urgencia odontológica y tratamientos electivos minimizando PGA, optando por aislamiento relativo evaluando el riesgo según cada caso y criterio clínico • El paciente debe limpiar sus pies con paño desinfectante dispuesto en la Unidad, con solución de hipoclorito o amonio cuaternario y luego secarlos en la alfombra puesta a continuación, asistir al control odontológico con la higiene oral ya realizada previamente en su hogar y realizar un segundo lavado de manos o desinfección con alcohol gel • En el box de atención hay que considerar algún lugar establecido para que el paciente pueda dejar sus pertenencias. Se aconseja disponer de una bolsa plástica grande para que el paciente pueda colocar sus pertenencias y así mantenerlas cerca de él, al interior se solicita a paciente tercer lavado de manos, o desinfección con alcohol gel y se indica que no toque nada y tome asiento en sillón dental. Aquí debe enjuagarse durante 30 seg. con enjuague bucal de Gluconato de clorhexidina 0,12 % o povidona yodada al 0,2 % durante 30 segundo • Todo el equipo de salud debe estar con los EPP instalados cuando el paciente ingrese para la atención odontológica, siendo estos la Mascarilla quirúrgica, mascarilla facial, Gafas protectoras, Gorro. Guantes desechables. Cubre calzado desechable. Se sugiere utilizar doble gorro y guante. En el caso de atenciones con generación de aerosoles se deberá utilizar las medidas de EPP señaladas anteriormente y, además un delantal impermeable de manga larga desechable y Mascarilla N95 o mascarillas FFP3. • Los trajes clínicos y calzados deben ser distintos a la vestimenta de circulación fuera del Hospital y el técnico a cargo de realizar etapa preparatoria de ingreso y triage del paciente, también debe utilizar todos los EPP recomendados. • Cumplir idealmente con medidas de ventilación (sistema de presión negativa o presencia de ventana), procurar mantener la temperatura del box lo más alta posible y seco, evitar encender aire acondicionado. La desinfección de superficies con alcohol 70 %, cloro 0,1 % o amonio cuaternario. Se deberá trabajar con la puerta del box cerrada. • Realizar atención a cuatro manos y utilizar goma dique cada vez que sea posible. • Durante la atención no manipular ningún dispositivo electrónico. • Evitar el uso de jeringa triple, de preferencia secar con gasa. En caso usarla se deberá utilizar una funda descartable en la manguera de esta. También evitar uso de ultrasonido, scaler y turbina para disminuir formación de aerosoles, en caso de que el uso del material rotatorio sea indispensable, se recomienda usarlo en caso de disponer de aspiración de alta potencia, separadores labiales con aspiración de aerosoles y de poder recurrir al aislamiento con dique de goma. De lo contrario NO se recomienda usar material rotatorio. • Se sugiere solicitar exámenes imagenológicos extraorales en vez de intraorales • Posterior a la atención dental, implementar el lavado de manos con agua y jabón de CHX por parte del personal odontológico y pacientes. • Desechar los elementos de protección personal no reutilizables. Todo el material desechable utilizado debe ir a contenedores especiales para desechos biológicos. Se desinfecta después de cada paciente el material de protección ocular y mascarilla facial. • Todo el instrumental será llevado al área de desinfección y esterilización, portando siempre los EPP. • Se recomienda ventilación de la sala después de la atención. En caso de haber realizado procedimiento con generación de aerosoles, se deberá dejar ventilar por 30 minutos. En caso de procedimientos sin generación de aerosoles bastará con 15-30 minutos.
(25)	Cruzat Villalobos G, et	Artículo de revisión	Expone consideraciones en el contexto de la pandemia de	<ul style="list-style-type: none"> • La temperatura corporal del paciente debe medirse en primer lugar. Se recomienda un termómetro de frente sin contacto para el examen. Y se debe usar un cuestionario para evaluar a los pacientes con posible infección de SARS-CoV-2 antes de que puedan ser conducidos al lado del sillón dental, Es importante señalar que estas preguntas

	al.2020		SARS-CoV-2 dentro del aspecto dental.	<p>indagatorias deben ser elaboradas de acuerdo con el contexto geográfico de transmisión. En relación a esto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si un paciente responde "sí" a cualquiera de las preguntas de detección, y su temperatura corporal es inferior a 37,3 °C, el dentista puede diferir el tratamiento hasta 14 días después del evento de exposición. - Si un paciente responde "sí" a cualquiera de las preguntas de detección, y su temperatura corporal es igual o superior a 37,3 °C, el paciente debe ser puesto en cuarentena de inmediato, y los dentistas deben informar al departamento de control de infecciones del servicio de salud - Si un paciente responde "no" a todas las preguntas de detección, y su temperatura corporal es inferior a 37,3 °C, el dentista puede tratar al paciente con medidas de protección adicionales y evitar los procedimientos de salpicadura o de generación de aerosoles al máximo. - Si un paciente responde "no" a todas las preguntas de detección, pero su temperatura corporal no es inferior a 37,3 °C, el paciente debe recibir instrucciones para recibir atención médica adicional por posible contagio por SARS-CoV-2. <ul style="list-style-type: none"> • Los odontólogos deben lavarse las manos y antebrazos con agua y jabón antes del examen del paciente, antes de los procedimientos dentales, después de tocar al paciente, después de tocar el entorno y el equipo sin desinfección, y después de tocar la mucosa oral, la piel o herida dañada, la sangre, el fluido corporal, la secreción, y excreta. • Se debe usar elementos de protección personal (EPP) que incluye gafas protectoras, mascarillas, guantes, gorras, protectores faciales y ropa protectora durante toda la atención médica • Se recomienda usar enjuague bucal pre procedimiento que contiene agentes oxidantes como peróxido de hidrógeno a 1% o povidona a 0,2%. Sin embargo, la clorhexidina, que se usa comúnmente como enjuague bucal en la práctica dental, ha demostrado no ser efectiva para eliminar al SARS-CoV-2. • Se recomienda instrumental manual, como carisolv y jackettes/ curretas, para la eliminación de caries y tratamiento periodontal y usar una goma dique como aislamiento absoluto. • La configuración de la clínica debe limpiarse y desinfectarse de acuerdo con el protocolo para la gestión de la limpieza y desinfección de superficies del entorno médico (WS / T 512-2016) publicado por la Comisión Nacional de Salud de la República Popular de China. • Los desechos médicos (incluido el equipo de protección desechable después del uso) deben transportarse a tiempo al área de almacenamiento temporal del instituto médico. El instrumento y los artículos reutilizables deben tratarse previamente, limpiarse, esterilizarse y almacenarse adecuadamente. • Los desechos médicos y domésticos generados por el tratamiento de pacientes con infección sospechada o confirmada de SARS-CoV-2 se consideran desechos médicos infecciosos. Se deben usar bolsas de paquete de desechos médicos de color amarillo de doble capa y ligadura de "cuello de cisne". La superficie de las bolsas del paquete debe marcarse y desecharse de acuerdo con los requisitos para el manejo de desechos médicos
(88)	Shankargouda P, et al. 2020	Revisión sistemática	Se evaluaron las pautas de práctica de control de infecciones para la prevención de infecciones por COVID-19 en un entorno dental.	<ul style="list-style-type: none"> • Se recomienda registrar la temperatura del paciente y del personal con un termómetro sin contacto. Si se encuentra febril, el paciente debe ser puesto en cuarentena inmediatamente y debe ser informado a las autoridades sanitarias correspondientes. • Si no tiene fiebre, entonces el paciente, deben ser examinados con un cuestionario, si es posible, en un triage aislado, con mascarillas médicas, las preguntas se pueden enmarcar principalmente para dilucidar las posibilidades de una transmisión reciente de SARS-CoV-2, estas son: <ul style="list-style-type: none"> - En relación a la naturaleza del trabajo del paciente. - Si en los últimos 14 días el paciente: (a) experimentó fiebre/problemas respiratorios/diarrea/vómitos, (b) viajó a la zona activa de COVID-19, (c) ha estado en contacto con una persona que ha viajado a zona activa de COVID-19, (d) ha estado en contacto con un paciente positivo de COVID-19, (e) ha estado en contacto con una persona que tenía fiebre y/o tos, (f) ha estado usando el transporte público o ha asistido a una reunión pública • Los pacientes que respondan "No" a la segunda pregunta con una respuesta satisfactoria a la primera pregunta son considerados para el tratamiento. De lo contrario, se debe educar al paciente, pedirle que se ponga en cuarentena y que informe a las autoridades sanitarias de cualquier fiebre o problema respiratorio que pueda desarrollar durante el período. En estos casos se difiere el tratamiento hasta que se acabe el período de cuarentena, a menos que se trate de una emergencia dental, en cuyo caso el paciente debe ser tratado con las debidas precauciones. • Si surge la necesidad de tratar a un paciente con COVID-19 positivo, se recomienda encarecidamente usar ropa protectora especial, que se usa en entornos de atención médica general para tratar a dichos pacientes. • La mejor manera de mantener la higiene de las manos es lavarlas con agua limpia y jabón antes y después del tratamiento, después de tocar los dispositivos/instrumentos contaminados y el entorno, y después de cualquier contacto con tejidos/líquidos biológicos, además se recomienda una limpieza a fondo con soluciones a base de alcohol. Se desaconseja tocarse los ojos, la nariz y la boca, y se recomienda volver a lavarse las manos si se hace. • Se recomienda al personal dental que se equipe con equipos de protección personal antes de manipular a cualquier paciente dental, el personal debe fortalecer sus equipos de protección primarios, como mascarilla quirúrgica desechable, gorro, guantes y uniformes quirúrgicos con protección para los ojos/la cara y cubrecalzados impermeable o actualizar a equipos de protección secundarios o terciarios según sea necesario. • Se recomienda tratar a los pacientes en habitaciones aisladas y bien ventiladas o, mejor aún, en una habitación con presión negativa, si está disponible. • Se recomienda un enjuague bucal preoperatorio con povidona yodada al 0,2% antes del examen oral de los pacientes. • Los procedimientos que pueden inducir tos/reflejo nauseoso y secreción de saliva, como impresiones dentales y otros procedimientos prostodónticos y radiografías intraorales deben evitarse. • Se debe seguir una odontología a cuatro manos y utilizar un eyector de saliva de gran volumen. • En caso de que sea necesario utilizar una pieza de mano de alta velocidad o un dispositivo ultrasónico, es más seguro aislar el área de operación con goma dique. • El uso de una pieza de mano de alta velocidad con válvulas antirretracción evitará la contaminación cruzada de la unidad dental. • En caso de extracción u otras cirugías menores, se prefieren las suturas absorbibles para evitar la necesidad de una visita de seguimiento a corto plazo del paciente para retirar las suturas. • Siempre que sea posible, se deben utilizar instrumentos desechables en los procedimientos de tratamiento. • Los instrumentos reutilizables deben tratarse previamente con alcohol, lavarse bien para eliminar cualquier residuo adherido y esterilizarse en autoclave antes de almacenarse, según las normas aplicables. • Las clínicas/establecimientos dentales deben limpiarse y desinfectarse según las normas reglamentarias aplicables • Todos los instrumentos/equipos y tejidos desechados después del tratamiento del paciente con COVID-19 se consideran desechos médicos infecciosos. Deben ser marcados y dispuestos de manera adecuada/responsable en los respectivos contenedores, de acuerdo con los requisitos de las normas aplicables.
(89)	Falahchai M et al. 2020	Revisión de la literatura	Este estudio en base a una búsqueda bibliográfica intentó diseñar un protocolo integral sobre el cuidado dental durante el brote de COVID-19.	<ul style="list-style-type: none"> • Los tratamientos dentales de rutina están contraindicados y se debe hacer hincapié solo en los tratamientos de emergencia y urgencia en todos los pacientes indicados por la Asociación Dental Estadounidense. Por lo tanto, los odontólogos primero deben asegurarse de su propia salud y la salud del personal de su consultorio, y luego el primer paso sería la evaluación de los pacientes, que se puede realizar en dos pasos: <ul style="list-style-type: none"> - Cribado primario: Debe realizarse al programar una cita en línea o por teléfono. Se va a evaluar el estado del paciente con respecto a COVID-19 mediante un cuestionario simple. Además de solicitar la información demográfica de rutina y el historial médico, la pregunta debe ser el motivo principal del paciente para determinar si es candidato para un tratamiento dental de emergencia/urgente. Se deben dirigir otras preguntas para determinar el riesgo de COVID-19. Si el paciente no requiere tratamiento de emergencia/urgencia no se programará una cita. El paciente requiere tratamiento de emergencia/urgencia y no se sospecha que tenga COVID-19 ni se recuperó de COVID-19. Se programa una cita para dichos

				<p>pacientes para exámenes adicionales. Los pacientes recuperados de COVID-19 pueden considerarse sanos y recibir atención dental siguiendo las precauciones estándar. Si el paciente ha viajado interurbano en los últimos días, se recomienda posponer la visita dental a un momento adecuado después de un período de cuarentena de 14 días. En la situación actual, se sugiere cancelar las citas de los pacientes sin una evaluación primaria previa para evitar el contacto cercano de los pacientes en la sala de espera.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cribado secundario: Realizarse cuando los pacientes se presentan para una visita clínica en el consultorio. Se lleva a cabo un examen primario antes de que el paciente ingrese al quirófano. Asimismo, antes de ingresar a la clínica, se debe solicitar a los pacientes el uso de mascarilla quirúrgica y seguir las medidas de higiene del sistema respiratorio (uso de pañuelo al toser o estornudar y desecharlo en un basurero de tapa cerrada inmediatamente después de su uso) y manos. (lavarse las manos con agua y jabón o desinfectantes para manos a base de alcohol al 70-90 %). Además se hay que medir la temperatura con un termómetro frontal sin contacto o cámaras infrarrojas con sensores térmicos. Los cuestionarios completados durante la evaluación primaria deben verificarse entrevistando a los pacientes Y el tratamiento dental solo debe realizarse si se confirma la situación de emergencia/urgencia. Los pacientes que necesitan tratamiento dental de emergencia/urgencia se pueden dividir en tres grupos de casos aparentemente sanos, sospechosos y confirmados. <ul style="list-style-type: none"> • En los pacientes con afecciones sistémicas subyacentes es preferible programar las citas temprano en un día laboral para estos pacientes • Además, los procedimientos que impliquen la generación de aerosoles, como el uso de la pieza de mano de alta velocidad deben programarse preferiblemente al final de la jornada laboral. • Las citas deben programarse de manera que sólo haya un paciente en la sala de espera. • Los pacientes dentales deben tener una ventilación adecuada, lo que es de 60 L/s/paciente para habitaciones con ventilación normal. • En caso de mayor número de pacientes en la sala de espera se debe considerar la distancia segura entre las sillas o pedirle al paciente que espere en el auto o en espacios abiertos hasta la hora de la cita. • Todas las superficies en contacto con el paciente deben desinfectarse. • Se considera a todos los pacientes como posibles portadores de COVID-19, por lo tanto, los tratamientos dentales de emergencia deben proporcionarse a todos los casos en un quirófano de presión negativa (con un mínimo de 12 cambios de aire por hora o 160 L/s/paciente.) o en salas de aislamiento de infecciones transmitidas por el aire. Además, se debe tener en cuenta que se deben considerar quirófanos separados para los tres grupos de pacientes. La ventilación mecánica debe iniciarse antes del tratamiento del siguiente paciente, se debe considerar un intervalo mínimo de 30 minutos entre el tratamiento de los pacientes. • Se recomienda que el personal de la sala de operaciones use batas de aislamiento con guantes quirúrgicos, mascarilla adecuada (el uso de respiradores FFP3 para procedimientos que generan aerosoles), anteojos de seguridad y protector facial antes de ingresar a la sala de operaciones. De acuerdo con las recomendaciones del CDC, el orden de uso del EPP incluye el lavado de manos, uso de bata hospitalaria, mascarilla, gorro, gafas de seguridad y guantes quirúrgicos. El orden de quitarse el EPP es el contrario, y el lavado de manos debe realizarse como paso final. • Se ha recomendado la pauta de higiene de manos de dos antes y tres después. En consecuencia, los odontólogos deben lavarse las manos antes de examinar al paciente, antes de iniciar un procedimiento dental, después del contacto con el paciente, después de tocar el equipo e instrumentos no desinfectados y después de tocar la mucosa bucal, la piel, las heridas, la sangre y los fluidos corporales. u otras secreciones. • Si no se dispone de un respirador para usar durante un procedimiento que genera aerosoles, se debe usar tanto una mascarilla quirúrgica como un protector facial completo, en caso de no presentarse ninguno no se puede llevar a cabo el procedimiento. • No se recomienda la reutilización y el uso prolongado de una mascarilla en un consultorio dental. • Por lo tanto, las gafas de seguridad o los protectores faciales deben usarse necesariamente durante el procedimiento de tratamiento y limpiarse y desinfectarse entre pacientes. • Las superficies deben desinfectarse de manera efectiva con desinfectantes apropiados de grado hospitalario, como agentes desinfectantes que contienen etanol al 62-71 % o hipoclorito de sodio al 0,1 % pueden eliminar el coronavirus de las superficies si se usan durante 1 minuto. • El protocolo de desinfección de instrumentos y equipos incluye el uso de soluciones antivirales que contengan alcohol etílico al 70%. Sin embargo, se debe priorizar el uso de instrumentos y equipos desechables, especialmente para pacientes sospechosos y confirmados. Si no es posible, todo el equipo debe desinfectarse entre pacientes. • Los protocolos sugieren la esterilización de instrumentos críticos y semicríticos que toleran el calor. • Se recomienda al paciente previo a la atención enjuagarse con colutorios que contengan agentes oxidantes como peróxido de hidrógeno al 1% o povidona yodada al 0,2%. La clorhexidina, que se usa de forma rutinaria en los procedimientos dentales, puede no ser eficaz contra el coronavirus. • No se deben solicitar radiografías intraorales pudiendo ser reemplazada por la radiografía extraoral, como la radiografía panorámica o la TC de haz cónico. • Se recomienda a los odontólogos que eviten en lo posible procedimientos que generen gotas o aerosoles, como el uso de jeringas de tres vías, piezas de mano de alta velocidad y raspadores ultrasónicos, o minimicen su aplicación. Por lo que se sugiere usar curetas manuales y nuevas modalidades de eliminación de caries como Carisolv, Caridex y Papacarie. • Los eyectores de saliva de bajo o alto volumen y el dique de goma y utilizar una pieza de mano antirretracción de alta velocidad, pueden disminuir la generación de gotitas y aerosoles. • Las impresiones digitales también eliminan el riesgo de contacto con cubetas contaminadas y minimizan el riesgo de transmisión de infecciones y contaminación cruzada como tal.
(22)	Raj A, et al. 2020	Revisión narrativa	Busca identificar evidencia y orientación de investigación confiable respecto a los cambios en los procedimientos de control de infecciones y el armamento dental asociado en el mundo de la odontología posterior a COVID-19.	<ul style="list-style-type: none"> • Se deben seguir protocolos estrictos para la detección de pacientes, de modo que la identificación de posibles pacientes con COVID-19 de alto riesgo sea factible y se puedan adoptar medidas de prevención de inmediato • Se desaconseja el tratamiento dental de rutina en una etapa temprana de la infección y se debe instar a los pacientes a que se pongan en cuarentena o se aíslen. • Antes de atender a cualquier paciente en un quirófano hay que medir la temperatura corporal con termómetro infrarrojo frontal sin contacto y se solicita a cada paciente que complete un cuestionario para determinar si el paciente tuvo algún síntoma de COVID-19 en las últimas 2 semanas, como fiebre, tos o estornudos persistentes y dificultad para respirar. La historia de las reuniones sociales y públicas también debe tenerse en cuenta; se debe registrar cualquier contacto con un paciente positivo para COVID. • La higiene regular de las manos mediante el lavado de manos con agua y jabón es una de las medidas más frecuentes y destacadas sugeridas por la OMS para limitar la propagación del coronavirus. Los profesionales de la odontología deben evitar tocarse los ojos, la nariz y la boca hasta que sea seguro hacerlo. • Además debe utilizarse un desinfectante para manos a base de alcohol con al menos un 60 % de isopropanol o etanol • Se recomienda encarecidamente el uso de protecciones de barrera, como batas repelentes de fluidos de largo completo, respiradores FFP3, careta o visera completa y guantes, especialmente para pacientes de alto riesgo. • Uso preoperatorio de enjuagues bucales antisépticos como la solución de povidona yodada. • La aplicación de un dique de goma es una de las formas más sencillas y prácticas de reducir la contaminación de la cavidad oral y lograr un control efectivo de la humedad • Durante la pandemia de COVID-19, se recomienda y fomenta el uso de piezas de mano antirretracción. • Todas las superficies en las áreas clínicas deben lavarse y desinfectarse con los más altos estándares. Las áreas comunitarias y las instalaciones públicas deben limpiarse y desinfectarse regularmente, incluida la desinfección completa de todas las manijas de las puertas, pantallas táctiles, monitores y muebles, como escritorios y sillas.

				<ul style="list-style-type: none"> • Instalación de sistemas de ventilación de aire mejorados en los centros de atención médica. • Los desechos biomédicos o clínicos deben almacenarse en un área de retención provisional segura, y deben pretratarse, lavarse, esterilizarse y almacenarse adecuadamente de acuerdo con las pautas para todos los instrumentos y materiales reutilizables. Los desechos médicos peligrosos después del tratamiento de pacientes positivos para COVID-19 deben considerarse desechos clínicamente infecciosos y almacenarse dentro de un área designada en bolsas de desechos clínicos. La superficie de estas bolsas debe etiquetarse adecuadamente y manipularse de acuerdo con las pautas y los requisitos para el manejo de desechos médicos.
(90)	Gurzawska K, et al., 2020.	Artículo de revisión	El objetivo de este trabajo es resumir las recomendaciones para la evaluación del riesgo individual, el triage de los pacientes y las medidas para prevenir la infección y la transmisión nosocomial de los profesionales sanitarios en las clínicas dentales.	<ul style="list-style-type: none"> • Los pacientes que hayan estado en contacto con pacientes positivos a COVID-19 o que hayan visitado alguna región de alto riesgo según la OMS en los últimos 14 días serán clasificados como pacientes de muy alto riesgo. • Los pacientes que hayan tenido contacto con pacientes positivos a COVID-19 o hayan visitado alguna región de alto riesgo según la OMS en los últimos 14 días, pero que no presenten síntomas gripales, serán clasificados como pacientes de muy alto riesgo. • Los pacientes que no tuvieron contacto con pacientes COVID-19 (+) o que no visitaron ninguna región de alto riesgo según la OMS en los últimos 14 días, pero que muestran síntomas parecidos a los de la gripe, se clasifican como pacientes de alto riesgo. • Todos los demás pacientes deben ser clasificados como de riesgo desconocido, es decir, potencialmente contagiosos. • Los pacientes que presentan un riesgo muy elevado no deben ser atendidos en la clínica a menos que tengan una necesidad de tratamiento urgente (se puede utilizar la videoconferencia para validar las necesidades de tratamiento urgente). • Antes de la visita, se recomienda evaluar el riesgo individual del paciente y sus necesidades de tratamiento dental por teléfono o por videoconferencia. • Para limitar el número de personas potencialmente contagiosas en la clínica, el paciente no debe presentarse con acompañantes. • Las excepciones comprenden a los discapacitados, los niños o los pacientes geriátricos y hospitalizados. • Además, deben seleccionarse tratamientos sin aerosol (si es posible). Cuando se necesite radiografías, deben preferirse las extraorales. Se puede utilizar un dique de goma cuando sea aplicable para limitar la transmisión del virus. • Para los pacientes que presentan un riesgo (muy) elevado de COVID-19, se recomienda el uso de mascarillas N95/FFP2 o FFP3 con un ajuste adecuado, pantallas faciales y guantes normales. • El uso complementario de gorros, sobrecalzados y batas puede aumentar aún más la seguridad. • Se recomienda utilizar las mismas medidas para los pacientes que presenten un riesgo desconocido, mientras que una mascarilla quirúrgica normal puede combinarse con un protector facial para los tratamientos sin aerosol en caso de escasez de EPP. • Se recomienda clasificar las necesidades de tratamiento dental como urgentes (en las próximas 24 hrs), lo antes posible (en los próximos 7 días) y posponer (sin urgencia). • Entre pacientes consecutivos, se recomienda una desinfección adecuada y una ventilación suficiente de la habitación. • Para la desinfección de la habitación, se considera que el alcohol etílico (78%) es el más eficaz. • Los desinfectantes que contienen etanol (78%-95%), solución de yodopovidona (0,23%-7,5%) inactivaron los coronavirus de alta concentración en un plazo de 30 s a 1 min. • La desinfección debe incluir todas las superficies planas, los ordenadores, el teclado, el ratón, las lámparas y los pomos de las puertas. • Las salas de aislamiento con presión negativa pueden considerarse para tratar a los pacientes con COVID-19 o con muy alto riesgo de enfermedad para evitar la transmisión de aerosoles cargados de virus. • Antes del tratamiento, se recomienda realizar un enjuague bucal para reducir la carga de virus en la saliva antes de comenzar el tratamiento dental. • El peróxido de hidrógeno (1-1,5%) o la povidona yodada (0,2%) han resultado ser los más eficaces.
(26)	Alanya J, et al., 2021	Artículo de Revisión	El presente artículo recopila varios artículos de revisión, manuales, entrevistas, editoriales que abarcan temas de bioseguridad en la atención odontológica y los argumentos éticos válidos en el ejercicio de la profesión.	<ul style="list-style-type: none"> • Equipo de protección personal (EPP): respirador, protector facial, guantes y bata quirúrgica, se recomienda que sea de uso descartable y de uso exclusivo para cada paciente. • El respirador indicado es el de tipo "N95" según US NIOSH, o "FFP2" según EN 149N95. • También se debe emplear protector facial que permita una adecuada desinfección, visibilidad e idealmente antiempañante, que cubra completamente los lados y la longitud de la cara. El uso de guantes y bata quirúrgica descartable. • El uso de enjuagues bucales antimicrobianos preoperatorios los cuales se han recomendado a fin de reducir el número de microorganismos en aerosoles y gotas durante procedimientos orales, pudiendo ser: Peróxido de hidrógeno al 1% durante 30 segundos- 1 minuto.-Enjuague bucal con gluconato de clorhexidina al 0,12%. Povidona yodada del 0,5% al 1% durante un minuto. Cloruro de cetilpiridinio al 0,05% - 0,1%.
(91)	Kumar G, et al., 2021	Revisión resumida	Esta revisión sumativa se planificó para preparar un resumen comparativo de las diferentes directrices emitidas para una práctica dental segura durante estos tiempos de pandemia.	<ul style="list-style-type: none"> • Todos los pacientes dentales deben ser considerados como posiblemente infectados, ya que sigue sin estar claro qué precauciones del personal dental son las más eficaces para la protección contra la infección por el SARS-CoV-2. • En consecuencia, se sugiere encarecidamente el uso de EPP, como guantes, protectores faciales, protección de los ojos, batas y guardapolvos desechables, cubrecalzados y mascarillas. • La CDC sugiere respiradores N-95 o una mascarilla de nivel más significativo para los pacientes con COVID sospechoso/confirmado para todos los procedimientos que generen aerosoles y no aerosoles. • Para los pacientes sin COVID la mascarilla quirúrgica es satisfactoria para los procedimientos que no produzcan aerosoles y los respiradores N-95 o mascarilla equivalente aprobada por la FDA es necesaria para los PGA. • Todas las directrices incluidas en esta revisión recomiendan el uso de la tele odontología en estos tiempos difíciles. • El triage para las necesidades de tratamiento dental puede realizarse de dos maneras: tele-triage y triage en la clínica. • El tele-triage se considera útil porque minimiza el riesgo de exposición y propagación en la comunidad, ya que durante el tele-triage los pacientes se comunican por teléfono. • Una temperatura de >38 °C se considera febril y si el paciente tiene una temperatura más alta, el tratamiento dental debe aplazarse durante 14 días y se debe aconsejar al paciente que se ponga en cuarentena en su casa. • Además de los pacientes, todos los trabajadores sanitarios que acudan al centro también deben someterse a pruebas de temperatura y síntomas respiratorios. • Los casos de emergencia o urgencia odontológica deben tratarse inmediatamente, mientras que otros pueden tratarse farmacológicamente si es necesario, y someterse a un seguimiento para comprobar la evolución de sus síntomas. • En el contexto del SARS-CoV-2, se han recomendado varias fórmulas de enjuague bucal, como el H2O2 al 1,5% que debe utilizarse durante 30 s, la povidona-yodada con un tiempo de contacto de 15 y 30 s en concentraciones del 0,5%, el 1,25% y el 1,5%, mientras que en general la clorhexidina se ha considerado inadecuada. • Las directrices indias recomiendan el enjuague con 10 ml de solución de PVP-I al 0,5% en toda la cavidad bucal durante 30 s. Las directrices publicadas por los Emiratos Árabes Unidos y el Consejo Dental Oficial de Túnez también aconsejan el enjuague bucal previo al procedimiento con peróxido de hidrógeno al 1% durante 1 minuto. • Según las directrices de los CDC, la ventilación debe ser tal que el flujo de aire se produzca de la zona más limpia a la menos limpia. • Disponer de rejillas de ventilación en la zona de recepción y rejillas de aire de retorno en la zona de espera que extraigan el aire limpio de la recepción a la zona de espera. • La ADA recomienda el uso de la ventilación local de escape para captar y eliminar los aerosoles creados durante el tratamiento, mientras que las directrices de la India recomiendan permitir la circulación del aire natural mediante la apertura frecuente de las ventanas y el uso de un ventilador de escape independiente para hacer fluir el aire de la habitación a la atmósfera exterior.

(92)	Pereira L, et al., 2021	Revisión crítica	Los proveedores de atención de la salud dental deben mantenerse actualizados con la orientación actual de la práctica clínica durante la pandemia, por lo que está revisión realiza una recopilación de las actualizaciones sobre las recomendaciones de los centros para el control y la prevención de enfermedades (CDC), de la Asociación Dental Americana (ADA) y del Ministerio de Salud de Brasil.	<p>Actualización de las recomendaciones del Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuando esté en contacto con pacientes (incluidos los que no son sospechosos de estar infectados por el SARS-CoV-2), todo el personal debe llevar protección para los ojos, la nariz y la boca. • La mascarilla N95 o una que ofrezca un nivel de protección equivalente o superior es obligatoria para los procedimientos que generen aerosoles. • Se deben posponer los procedimientos dentales electivos (salvo en situaciones inevitables), priorizar el tratamiento de los pacientes que corren más riesgo si se retrasa la atención, y el uso de la tele odontología. • Sólo los acompañantes imprescindibles deben acudir a la cita odontológica con el paciente y ambos deben llevar un protector facial de tela o una mascarilla hasta el inicio del tratamiento. • Los pacientes con sospecha de COVID-19 deben esperar hasta el final del aislamiento (periodo de incubación del virus). Los pacientes con síntomas de COVID-19 no deben recibir atención dental que no sea de emergencia. • Cuando se realizan procedimientos que generan aerosoles, es preferible la odontología a cuatro manos, junto con enjuagues bucales previos al procedimiento (por ejemplo, peróxido de hidrógeno o povidona yodada), succión elevada y dique de goma para reducir las salpicaduras de gotas y los aerosoles. • Los procedimientos de generación de aerosoles deberían tener lugar, idealmente, en una sala de aislamiento de infecciones aéreas. • Todos los miembros del personal deben llevar un respirador N95 o equivalente o de nivel superior, gafas o un protector facial, guantes y una bata. <p>Actualización de las recomendaciones de la Asociación Dental Americana (ADA)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se recomienda la revisión de los pacientes antes de sus citas, ya sea por videoconferencia, tecnología virtual/remota o por teléfono. • Recordar a los pacientes que deben limitar los acompañantes adicionales en su viaje a la consulta a sólo las personas imprescindibles para reducir el número de personas en la sala de espera. • De realizarse triage en el lugar de atención se debe mantener el distanciamiento físico, usar una mascarilla quirúrgica, comprobar la temperatura del paciente (escáner frontal sin contacto), completar el formulario de detección del paciente y confirmar que no hay síntomas de COVID-19 ni riesgo de exposición. • Los dentistas y el personal deben limitar al máximo el papeleo en la sala de operaciones. Limitar el acceso sólo al paciente, cuando sea posible. • El personal odontológico debe estar capacitado para utilizar el equipo de protección personal (EPP) adecuado, siguiendo la evaluación de riesgos y las precauciones estándar: guantes; bata desechable resistente a los fluidos, protección ocular (pantalla facial o gafas) y mascarilla médica. • Se recomienda el uso de un respirador N95 o KN95 (o superior) cuando se realicen procedimientos que generen aerosoles. • Utilizar el criterio profesional para emplear el menor instrumental generador de aerosoles cuando se realice cualquier tipo de tratamiento restaurador o higiénico. <p>Actualización de las recomendaciones del Ministerio de Salud de Brasil</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se recomienda suspender la atención dental electiva y mantener la atención dental de urgencia. • Siempre que sea posible, se recomienda el contacto previo a distancia para identificar los casos odontológicos de urgencia. • La atención odontológica debe realizarse en un ambiente descontaminado y ventilado con ventanas abiertas, evitando el uso del aire acondicionado. • Durante el tratamiento, se recomienda que sólo permanezcan en el lugar del servicio el paciente y los profesionales que realmente le atienden. Las excepciones son los tutores de pacientes menores de edad, o los acompañantes de pacientes con enfermedades discapacitantes. • Las técnicas de tratamiento manual serán prioritarias, con el objetivo de reducir los aerosoles, y los equipos de producción de aerosoles deberán utilizarse junto con aspiración de alta potencia. • Se recomienda el uso de un dique de goma para minimizar la propagación de fluidos. Cuando la atención urgente requiera del uso de equipamiento productor de aerosoles, los pacientes deberán ser tratados en las últimas horas de servicio, siempre que sea posible.
(93)	Becker K, et al., 2021	Artículo de revisión	El objetivo de la presente revisión es resumir las recomendaciones y directrices nacionales europeas más recientes disponibles en relación con la prestación de atención dental durante el COVID-19.	<ul style="list-style-type: none"> • En todos los países de la UE, así como en Suiza, Escocia y el Reino Unido, se recomienda el triage a distancia (es decir, por teléfono, correo electrónico u otro medio de comunicación) antes de la cita. Esto está de acuerdo con las directrices del ECDC y la OMS. • Para reducir el número de personas presentes en la sala de espera al mismo tiempo, se pide a los pacientes que acudan solos a su cita, salvo en circunstancias excepcionales (por ejemplo, niños, personas vulnerables), tal como especifican claramente las directrices nacionales de 26 de los 30 países europeos. • Una vez que el paciente llega a la clínica, el triage se considera fundamental, en particular cuando no se ha realizado previamente a distancia (ECDC, OMS, CDC). En 23 de los 30 países europeos seleccionados, se ha recomendado el triage en la clínica dental. • La OMS recomienda el uso de enjuagues bucales previos al procedimiento (es decir, peróxido de hidrógeno al 1% o povidona yodada al 0,2% durante 20 s) para reducir la carga viral en la saliva. • En 24 de los 30 países europeos seleccionados se sugiere el uso de enjuagues bucales antes de los tratamientos dentales. • Las directrices de todos estos países incluyen el uso de enjuagues bucales que contengan peróxido de hidrógeno (H₂O₂), solo o en combinación con otros productos antisépticos, a una concentración del 1% al 1,5%. • En la mitad de estos países se propone la povidona yodada como alternativa al peróxido de hidrógeno. • Sólo una minoría de los documentos de orientación recomienda el cloruro de cetilpiridinio (CPC) solo o en combinación con la clorhexidina (CHX) • En cuanto a la CHX, la eficacia de su aplicación preoperatoria es objeto de debate, por lo que explícitamente no se recomienda en tres documentos de orientación nacionales (Bulgaria, Grecia y España). • Los enjuagues bucales preoperatorios para reducir la carga viral antes de los procedimientos dentales no se recomiendan en los documentos de orientación de 5 países (Dinamarca, Irlanda, Escocia, Eslovenia y Reino Unido) • En la mayoría de las directrices se recomienda una ventilación de aire adecuada, pero sin especificaciones adicionales de acuerdo al tipo de ventilación disponible (mecánica o natural) y al tipo de pacientes que reciben tratamientos dentales (bajo riesgo o alto riesgo/COVID+). • La OMS ha expresado su preocupación por el uso de aire acondicionado u otro tipo de dispositivos de recirculación, mientras que se ha aconsejado la instalación de sistemas de filtración. • Para los pacientes de bajo riesgo, tanto los tratamientos electivos como los urgentes son recomendados en todas las directrices nacionales e internacionales, excepto en dos. • Se debe dar prioridad a los problemas dentales urgentes, y se fomenta la reducción de los PGA con frecuencia. • En lo que respecta a los pacientes de alto riesgo/COVID+, todas las directrices coinciden en que los tratamientos deben llevarse a cabo sólo si son estrictamente necesarios, evitando preferentemente los PGA. • La OMS recomienda el uso de mascarilla quirúrgica para casos sin PGA, mientras que la mascarilla FFP2/N95 o una protección superior para los PGA. • En los casos que no hay PGA, 21 países europeos aconsejan el uso de mascarilla quirúrgica, de los cuales 13 recomiendan únicamente la mascarilla quirúrgica, mientras que en los otros 8 es preferible el uso de mascarilla FFP2/N95 o una protección mayor si está disponible. • En las directrices de los 8 países europeos restantes, se recomienda el uso de la mascarilla FFP2/N95 o una protección superior para estos casos que tienen PGA.

				<ul style="list-style-type: none"> • Para los PGA, se recomienda el uso de una mascarilla FFP2/N95 o una protección superior en la mayoría de los países europeos. • Independientemente del tipo de procedimiento, la OMS considera fundamental una adecuada protección de los ojos, por lo que recomienda el uso de gafas o de una pantalla que cubra la parte delantera y los lados de la cara. • La OMS recomienda el uso de batas desechables resistentes a los fluidos, tanto para los casos que no tienen PGA como para los que tienen PGA. • La OMS recomienda el uso de respiradores (es decir, normas N95 o FFP2 o FFP3, o equivalentes), especialmente para los PGA, así como protección facial y corporal para los pacientes de alto riesgo/COVID+. • Estas medidas de protección se recomiendan en las normativas de los 27 países europeos que proporcionan información sobre los EPP para los pacientes de alto riesgo/COVID+. • Los pacientes de alto riesgo/COVID+ deben ser remitidos a los servicios especializados de salud bucodental de acuerdo a lo establecido por la OMS, que también contempla la posibilidad de visitas a domicilio por parte de equipos especializados en caso de necesitarlo.
(94)	Brondani M, et al., 2020	Revisión narrativa	Resume la información clave sobre la reapertura y la reestructuración de los servicios dentales en todo Canadá y revisa críticamente esos protocolos basándose en las evidencias existentes.	<ul style="list-style-type: none"> • Todos los protocolos destacaron las recomendaciones de limpieza y desinfección tras el tratamiento de los pacientes durante la pandemia de COVID-19, con una limpieza rutinaria aumentada o mejorada que ya se utiliza en las consultas dentales. • Los 13 protocolos recomendaron que el personal y los pacientes fueran examinados para detectar síntomas conocidos de COVID-19, incluyendo fiebre y tos; preferiblemente, los pacientes deberían ser examinados por teléfono antes de la cita y volver a ser examinados en la fecha de la cita. • Todos los protocolos recomiendan el uso de EPP como componentes habituales de la prestación de cualquier atención odontológica, incluidos los procedimientos que generan aerosoles (PGA) y los que no los generan (PNGA). • En todos los protocolos se sugirieron mascarillas quirúrgicas de nivel 2 o 3 de la ASTM (American Society for Testing and Materials) para los PNGA • En seis protocolos se recomienda una mascarilla N95 o una mascarilla quirúrgica de nivel 3 y un protector facial para los PGA. • Ninguno de los protocolos mencionó explícitamente el uso de salas de presión negativa para la gestión de los aerosoles y la circulación del aire. • Once protocolos recomendaban el uso de un enjuague previo al procedimiento para todos los pacientes.
(95)	Hartig M, et al., 2021	Mini Revisión	El propósito de esta revisión es ayudar a los dentistas a detectar cualquier debilidad en sus protocolos de prevención de desinfección y contaminación cruzada y clasificar los tratamientos dentales para satisfacer las necesidades de los pacientes durante la pandemia.	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre que un dentista y el personal odontológico realicen tratamientos odontológicos a pacientes con COVID-19, deben llevar EPP, practicar el distanciamiento social, la desinfección, la prevención de la contaminación cruzada y las técnicas asépticas. • Cuando se trata a pacientes positivos para COVID-19, la preocupación por la propagación de aerosoles en el aire es alta, y el personal dental debe restringir el uso de instrumentos rotatorios y ultrasónicos en la medida de lo posible. • A los pacientes que no son de emergencia y que presentan síntomas de COVID-19 se les puede retrasar el tratamiento dental y remitirlos para que se les realice la prueba del SARS-CoV-2. • Si la prueba del SARS-CoV-2 es negativa, el paciente puede recibir un tratamiento dental no urgente. • Los pacientes dentales que tengan síntomas de COVID-19, que hayan dado positivo en la prueba del SARS-CoV-2 o que hayan estado expuestos a personas con COVID-19, pueden recibir prioridad para las citas de urgencia si necesita tratamiento dental para aliviar el dolor. • En ausencia de dolor, se puede pedir a los pacientes con COVID-19 que esperen hasta que dejen de ser contagiosos, es decir, 10 días después de la aparición de los síntomas, o 20 días en casos de síntomas graves, o dos pruebas de PCR negativas administradas en un plazo de 24 horas. • Los tratamientos de urgencia son los que se necesitan para aliviar el dolor agudo o crónico asociado a un traumatismo como por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> • Avulsión o luxación. • Fracturas. • Abscesos. • Celulitis. • Infecciones. • Hinchazón. • Lesiones que descargan líquido. • Hemorragias por perfusión.
(96)	Tay J, et al., 2020	Artículo de revision	Esta revisión pretende ofrecer una visión general sobre las vías de transmisión y comparte un enfoque basado en el riesgo de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) en un centro terciario especializado.	<ul style="list-style-type: none"> • El SARS-CoV-2019 es susceptible a los desinfectantes estándar como el alcohol al 70%, el peróxido de hidrógeno al 0,5%, el hipoclorito de sodio al 0,1%, la povidona yodada al 7,5%, el cloroxileno al 0,05%, la clorhexidina al 0,05% y el cloruro de benzalconio al 0,1%. • El tratamiento de los casos sospechosos remitidos a los centros nacionales especializados requería el uso de guantes, mascarilla N95, bata y gafas de protección. • Todos los procedimientos generadores de aerosoles requieren el uso de al menos una mascarilla N95 y protección ocular, independientemente del estado del paciente. • Las mascarillas N95 deben ser sometidas a pruebas de ajuste antes de su utilización, ya que un ajuste inadecuado puede provocar una exposición involuntaria a los aerosoles. • El vello facial, en particular, puede interferir con el sellado de la mascarilla y, en general, el pelo no debe atravesar la superficie de sellado. • Las mascarillas N95 no deben tocarse una vez puestas, deben cambiarse una vez ensuciadas con sangre o cualquier otro contaminante de salpicaduras, y deben usarse sólo durante un máximo de 6 horas, lo que es similar a las directrices de los CDC. • El CDC recomienda el uso de mascarillas de respiración N95 o de mascarillas de respiración que proporcionen un mayor nivel de protección cuando se realicen procedimientos que generen aerosoles. • Practicar los cinco momentos de la higiene de las manos, es decir, utilizar un desinfectante de manos a base de alcohol o lavarse las manos con agua y jabón: <ol style="list-style-type: none"> (1) antes de tocar a un paciente. (2) antes de realizar procedimientos limpios/asépticos. (3) después de un riesgo de exposición a fluidos corporales. (4) después de tocar a un paciente. (5) después de tocar el entorno del paciente. • Al tratar casos sospechosos, los clínicos y los asistentes dentales deberán usar un EPP completo, consistente en una mascarilla N95, una bata, guantes y gafas de protección. El personal deberá auto chequearse durante un periodo de 14 días para detectar cualquier síntoma respiratorio, con un control de la temperatura dos veces al día. • En caso de contacto estrecho sin el EPP adecuado, el personal será puesto en cuarentena durante 14 días. • Los casos sospechosos que requieren atención urgente deben ser aislados en una zona de espera designada y tratados por el dentista en una sala de aislamiento con el EPP adecuado.
(38)	Romero P, et al., 2021	Artículo de revision	Se revisaron diferentes enfoques de las guías internacionales con	<ul style="list-style-type: none"> • En el Perú se han emitido directivas a través del MINSA, indicando la necesidad del uso de EPP, lentes y/o protectores faciales, guantes, mandil descartable. • Se recomienda el indispensable uso de respiradores N95, FFP2 (filtering face piece: respiradores o mascarillas filtrantes) o superiores en los PGA, limitando la atención a

			diferentes realidades y experiencias en el campo, llegando a recomendaciones para el diseño y uso del óptimo equipo de protección personal (EPP) en tiempos de escasez, minimizando los riesgos de contaminación.	<p>emergencias y urgencias.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los PGA, tales como: uso de piezas de mano de alta y baja velocidad, raspadores ultrasónicos, jeringas de agua/aire, toma de radiografías intraorales, constituyen un alto riesgo de infección. • La OMS sugiere que el personal de salud y el personal de limpieza expuestos a los PGA en la atención de pacientes COVID-19, debería realizarla con respiradores N95 o FFP2, estándar o el equivalente. • Para la atención rutinaria de los pacientes sospechosos o confirmados, los CDC sugieren el uso adecuado de EPP, además de la implementación de salas de aislamiento con filtros de aire de partículas de alta eficiencia (HEPA), junto al uso de respiradores N95, o superiores. • Se sugieren realizar los PGA en áreas hospitalarias o especializadas, con un nivel superior de EPP en pacientes confirmados. • Se sugiere el uso de enjuagues preoperatorios con H2O2, povidona yodada, cloruro de cetilperidinio, para minimizar la carga viral.
(97)	Bordea I, et al., 2020	Artículo de revisión	En este artículo, se ha realizado una síntesis sobre la forma en que se propaga el SARS-CoV-2, cómo diagnosticar una nueva infección por el virus de la corona, cuáles son los posibles tratamientos y qué equipos de protección personal podemos utilizar para detener su propagación.	<ul style="list-style-type: none"> • El equipo de protección que recomienda la OMS incluye lo siguiente: Protección respiratoria: El N95 es altamente eficaz, mientras que las mascarillas filtrantes con FFP2 (pieza facial filtrante 2) o FFP3 (pieza facial filtrante 3) son estándar. <ul style="list-style-type: none"> • FFP1 y P1: al menos el 80% de filtración de todas las partículas de 0,3 µm de diámetro o más. • FFP2 y P2: al menos 94% de filtración de todas las partículas de 0,3 µm de diámetro o mayores • N95: al menos un 95% de filtración de todas las partículas de 0,3 µm de diámetro o mayores • N99 y FFP3: al menos un 99% de filtración de todas las partículas de 0,023 µm de diámetro o más. • P3: al menos el 99,95% de filtración de todas las partículas que tengan un diámetro de 0,3 µm o mayor. • N100: al menos el 99,97% de filtración de todas las partículas de 0,02 µm de diámetro o más. • Protección ocular, por ejemplo, gafas y protector facial. • Protección corporal como batas médicas impermeables de manga larga y gorros desechables para la cabeza. • Protección de las manos, como guantes quirúrgicos estériles que deben cubrir los puños de la bata. • Se ha publicado que el uso de una solución que contenga agentes oxidantes, como el peróxido de hidrógeno al 1% o la povidona yodada al 0,2%, como enjuague bucal antiséptico que debe utilizarse al inicio de cada tratamiento dental, se considera que ayuda a disminuir la carga bacteriana y también la viral (SARS-CoV-2) en la saliva. • Para reducir la presencia de aerosoles, los odontólogos pueden utilizar la doble aspiración quirúrgica para eliminar toda el agua de la cavidad bucal. • Existen emergencias dentales específicas, según la ADA, que "son potencialmente mortales y requieren un tratamiento inmediato para detener la hemorragia tisular en curso o para aliviar el dolor intenso o la infección." • La ADA ha añadido, como parte de las orientaciones sobre urgencias, que la atención odontológica urgente debe "centrarse en el tratamiento de las afecciones que requieren atención inmediata para aliviar el dolor intenso y/o el riesgo de infección, con el fin de aliviar la carga de los servicios de urgencias de los hospitales". • Las afecciones que requieren tratamientos dentales y que deben ser manejadas de la forma más mínimamente invasiva posible, son las siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • Dolor dental severo debido a la inflamación pulpar • Pericoronitis • Osteítis postoperatoria o cambios de apósitos de alveolos secos. • Infección bacteriana localizada que provoca dolor e inflamación localizados. • Fractura del diente que provoca dolor o traumatismo de los tejidos blandos. • Traumatismo dental con avulsión/luxación. • Pérdida de la restauración temporal debido a la fractura del diente, causando irritación de los tejidos blandos. • Los procedimientos odontológicos no urgentes, según la ADA, incluyen, entre otros, los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes orales iniciales o periódicos y visitas de revisión, incluyendo radiografías de rutina. • Limpieza dental rutinaria y otras terapias preventivas. • Procedimientos de ortodoncia que no sean para tratar problemas agudos (por ejemplo, dolor, infección, traumatismo). • Procedimientos de extracción electiva. • Odontología restauradora, incluyendo el tratamiento de lesiones cariadas asintomáticas. • Procedimientos dentales estéticos.

ANEXO 2: Tabla II-A Medidas de protección personal usadas por el profesional odontológico en contexto de COVID-19:

N°	Primer autor (fecha)	Mascarillas	Protectores faciales/lentes	Gorro, batas y cubre calzados	Lavado de manos
81	Tarakji B, et al., 2020	Mascarillas como la N95	Protector facial y anteojos protectores desechables	Gorras y ropa protectora desechables	Lavado de manos con frecuencia antes y después de cualquier procedimiento dental.
35	Suttagul K, et al., 2020	Mascarillas N95 y reutilizarlas.	No menciona	No menciona	No menciona
21	Aldahlawi S, et al., 2020	Uso de mascarillas N95 o mascarillas equivalentes N95 aprobadas por la FDA. Los procedimientos que no generan aerosoles, se requiere el uso de una mascarilla quirúrgica y un protector facial (si las mascarillas N95 no están disponibles o son limitadas)	Protector facial	No menciona	Higiene de manos con agua y jabón durante al menos 20 segundos. En situaciones en las que no hay agua y jabón disponibles, se utiliza la higiene de manos con un desinfectante para manos a base de alcohol (ABHR) que contiene etanol (80 % v/v) o isopropanol (75 % v/v).
18	Tallarico M, et al., 2020	Se deben utilizar respiradores N95 sin válvula de exhalación, FFP2 o mascarillas quirúrgicas acompañadas de un protector facial totalmente cubierto.	Protector facial totalmente cubierto si se utiliza mascarilla quirúrgica.	<ul style="list-style-type: none"> Bata desechable de cuerpo entero. Uso de gorro en PGA. 	<ul style="list-style-type: none"> Lavarse las manos frecuentemente con el jabón adecuado durante todas las fases
43	Sigua E, et al., 2020	Utilización de mascarilla con filtro de partículas tipo N95 (o FFP3 en caso de urgencia) y eliminarlas después de un solo uso. En escasez de insumos, puede ser utilizado una mascarilla quirúrgica normal por sobre la de tipo N95.	Gafas de protección o visera facial, con protección contra la exposición lateral	<ul style="list-style-type: none"> Trajes de quirófano u overoles completos. Se deben usar cubiertas para el cabello o capuchas. No se recomienda el uso de funda de calzado. Se sugiere usar calzados impermeables a los fluidos. 	La higiene de las manos debe realizarse antes y después de remover los EPP.
24	Checchi V, et al., 2020	Las mascarillas más eficientes son FFP2/N95, FFP3/N99 y N100. Las mascarillas quirúrgicas siguen siendo recomendadas para todos los procedimientos que no generen aerosol. La mascarilla debe considerarse desechable y no superar el tiempo quirúrgico medio de 2 horas.	Se deben usar anteojos con montura envolvente, que cubran la cara tanto como sea posible. Alternativamente, la barrera facial puede preferirse a los anteojos debido a su mayor capacidad para proteger la cara de las gotas de aerosol.	No menciona	No menciona
82	Melo P, et al., 2020	Mascarilla quirúrgica o el respirador (no específica)	Gafas, protector facial	No menciona	<ul style="list-style-type: none"> Los profesionales deben lavarse cuidadosamente las manos antes y después del tratamiento y después de cada contacto con superficies o equipos potencialmente contaminados. Lavar manos, cara y cuello con agua y jabón (40-60 segundos) o con una solución de alcohol (20

					segundos) antes y después de quitarse el EPP, especialmente cuando finaliza la jornada laboral y antes de irse a casa.
54	Villani F, et al., 2020	Se recomiendan las mascarillas FFP2 y N95	Gafas protectoras y visera protectora	<ul style="list-style-type: none"> • Gorros para el pelo. • Batas quirúrgicas desechables. • Calzado especial. 	Lavado de manos antes y después de cualquier contacto con el paciente. Varios grupos de desinfectantes, como propanol, hipoclorito de sodio y etanol, en porcentajes que van del 80 al 95 %, se puede utilizar como desinfectante de manos.
83	AL-Omiri M, et al.	Las mascarillas más recomendadas para usar son N99, N100, respiradores con pieza facial filtrante (FFP3) o respiradores purificadores de aire motorizados (PAPR). Si no está presente, usar un respirador N95 o FFP2 y cubra con una mascarilla médica quirúrgica para permitir la protección multicapa.	Gafas protectoras/protector facial	Gorros, batas completas resistentes al agua y cubrecalzados. Luego, desinfecte las manos enguantadas con un gel de alcohol al 60–85 % durante 1 minuto y luego use el segundo par de guantes quirúrgicos.	Antes de colocarse el EPP, lavar las manos con jabón durante 60 segundos, luego desinfectarse las manos con un gel de alcohol al 60-85% durante 1 minuto. Después del tratamiento y de la retirada, lávese las manos con jabón durante 60 segundos; luego desinfección de manos con alcohol en gel al 60-85% durante 1 minuto.
84	Lewandowska M, et al., 2021	Mascarillas N95 o preferiblemente N99 (FFP2 y FFP3, respectivamente)	Protección adicional para los ojos y la cara, en lugar de solo gafas protectoras	<ul style="list-style-type: none"> • Delantales y gorros desechables • Calzados fácilmente lavables 	No menciona
85	Amato A, et al., 2020.	Respiradores/mascarillas (No específica). El uso del respirador FFP3 es obligatorio en caso de tratamiento de emergencia de un paciente confirmado o sospechoso de COVID-19. En situaciones de escasez, embolsar las mascarillas FFP2/FFP3 marcando el nombre de usuario y la fecha de uso, donde debe permanecer hasta que se reutilice siete días después.	Lentes protectores	<ul style="list-style-type: none"> • Batas desechables completamente cubiertas • Gorros para la cabeza • Cubrecalzado. 	El lavado de manos debe ser con una solución hidroalcohólica o con agua corriente y jabón durante al menos 1 min.
9	Mateos MV, et al., 2020.	Mascarilla quirúrgica, y mascarilla FFP2, FFP3, N95, N99, KN95 y similares	Gafas o protector/pantalla facial	<ul style="list-style-type: none"> • Bata quirúrgica desechable de manga larga resistente a líquidos. • El uso de gorro quirúrgico (opcional) 	No menciona
8	Mahdi S.S,et al., 2020 (8)	Mascarilla (No específica)	Gafas de seguridad o protector facial	Cubiertas para la cabeza, batas de manga larga resistente al agua, cubre calzado, tanto para clínicos como no clínicos	Se ha sugerido una pauta de higiene de manos de dos antes y tres después recomendada por el CDC (Centro para el Control de Enfermedades) y la OMS
86	Czajkowska S, et al., 2021. (86)	Fomenta el uso de mascarillas N95 o FFP2.	Protectores faciales. Los protectores faciales de tela no constituyen un EPP.	Cubierta de manga larga debajo de los guantes para proteger los antebrazos	La higiene de manos debe realizarse con agua y jabón, seguida de la aplicación de un producto que contenga 70-90 % de alcohol.

87	Aylwin I, et al., 2021. (87)	Mascarilla N95 o mascarillas FFP3 en caso de procedimientos generadores de aerosoles, en caso contrario, utilizar mascarilla quirúrgica	Gafas protectoras	<ul style="list-style-type: none"> • Gorro • Cubre calzado desechable • Se sugiere utilizar doble gorro • En el caso de atenciones con generación de aerosoles se deberá utilizar un delantal impermeable de manga larga desechable . 	Posterior a la atención dental, implementar el lavado de manos con agua y jabón de CHX por parte del personal odontológico y pacientes.
25	Cruzat G, et al., 2020 (25)	Mascarilla, no especifica.	Gafas protectoras en conjunto con el protector facial	Gorras y ropa protectora durante toda la atención médica.	Los odontólogos deben lavarse las manos y antebrazos con agua y jabón antes del examen del paciente, antes de los procedimientos dentales, después de tocar al paciente, después de tocar el entorno y el equipo sin desinfección, y después de tocar la mucosa oral, la piel o herida dañada, la sangre, el fluido corporal, la secreción, y excreta.
88	Shankargouda P, et al., 2020	Mascarilla quirúrgica desechable	Protección para los ojos/la cara (no especifica)	<ul style="list-style-type: none"> • Cubrecalzados impermeable • Gorro • Actualizar a equipos de protección secundarios o terciarios según sea necesario. 	Lavar las manos con agua limpia y jabón antes y después del tratamiento, después de tocar los dispositivos/instrumentos contaminados y el entorno, y después de cualquier contacto con tejidos/líquidos biológicos, además se recomienda una limpieza a fondo con soluciones a base de alcohol. Se desaconseja tocarse los ojos, la nariz y la boca, y se recomienda volver a lavarse las manos si se hace.
89	Falahchai M, et al., 2020	Uso de respiradores FFP3 para procedimientos que generan aerosoles. Si no se dispone de un respirador para usar durante un procedimiento que genera aerosoles, se debe usar tanto una mascarilla quirúrgica como un protector facial completo. No se recomienda la reutilización y el uso prolongado de una mascarilla en un consultorio dental.	Anteojos de seguridad y protector facial, usarse necesariamente durante el procedimiento de tratamiento y limpiarse y desinfectarse entre pacientes.	Se recomienda que el personal de la sala de operaciones use batas de aislamiento.	Lavado de manos antes del EPP y el lavado de manos debe realizarse como paso final. Se ha recomendado la pauta de higiene de manos de dos antes y tres después. En consecuencia, los odontólogos deben lavarse las manos antes de examinar al paciente, antes de iniciar un procedimiento dental, después del contacto con el paciente, después de tocar el equipo e instrumentos no desinfectados y después de tocar la mucosa bucal, la piel, las heridas, la sangre y los fluidos corporales. u otras secreciones.
22	Raj A, et al., 2020	Respiradores FFP3	Careta o visera completa	Batas repelentes de fluidos de largo completo.	La higiene regular de las manos mediante el lavado de manos con agua y jabón es una de las medidas más frecuentes y destacadas sugeridas por la OMS para limitar la propagación del coronavirus.
90	Gurzawska K, et al., 2020.	Uso de mascarillas N95/FFP2 o FFP3 (sobre todo para pacientes de alto riesgo). Mascarilla quirúrgica normal puede combinarse con un protector facial para los tratamientos sin aerosol en caso de escasez de EPP.	Pantallas faciales. En procedimientos no generadores de aerosoles se puede utilizar pantalla facial.	Gorros, sobrecalzado y batas para aumentar la bioseguridad	No menciona
26	Alanya J, et al.,	Respirador "N95" o "FFP2"	Protector facial que permita una	Bata quirúrgica descartable	No menciona

	2021		adecuada desinfección, visibilidad e idealmente antiempañante, que cubra completamente los lados y la longitud de la cara.		
91	Kumar G, et al., 2021	Mascarilla quirúrgica para procedimientos que no produzcan aerosoles y los respiradores N-95 para PGA.	Protectores faciales en combinación con gafas.	Batas y guardapolvos desechables, cubrecalzado desechables	No menciona
92	Pereira L, et al., 2021	Mascarilla N95 o una que ofrezca un nivel de protección equivalente o superior es obligatoria para los procedimientos que generen aerosoles.	Gafas o un protector facial	Bata desechable resistente a los fluidos	No menciona
93	Becker K, et al., 2021	Para los PGA, se recomienda el uso de una mascarilla FFP2/N95. Mientras que para los no PGA se puede utilizar FFP2/N95 o mascarilla quirúrgica.	Gafas o una pantalla facial que cubra la parte delantera y los lados de la cara OMS.	La OMS recomienda el uso de batas desechables resistentes a los fluidos, tanto para los casos que no tienen PGA como para los que tienen PGA.	No menciona
94	Brondani M, et al., 2020	Mascarilla N95 o una mascarilla quirúrgica de nivel 3 (6 protocolos lo recomiendan par PGA)	Protector facial para casos de PGA (recomiendan 6 protocolos).	No menciona	No menciona
95	Hartig M, et al., 2021	No menciona	No menciona	No menciona	No menciona
96	Tay J, et al., 2020	Para PGA recomiendan mascarillas de respiración N95, deben ser sometidas a una prueba de ajuste.	Gafas de protección	No menciona	Practicar los cinco momentos de la higiene de las manos, es decir, utilizar un desinfectante de manos a base de alcohol o lavarse las manos con agua y jabón: (1) antes de tocar a un paciente. (2) antes de realizar procedimientos limpios/asépticos. (3) después de un riesgo de exposición a fluidos corporales. (4) después de tocar a un paciente. (5) después de tocar el entorno del paciente.
38	Romero P, et al., 2021	Se recomienda el indispensable uso de respiradores N95, FFP2 (filtering face piece: respiradores o mascarillas filtrantes) o superiores en los PGA	Lentes y/o protectores faciales	Mandil descartable	No menciona
97	Bordea I, et al., 2020	N95 es altamente eficaz, mientras que las mascarillas filtrantes con FFP2 (pieza facial filtrante 2) o FFP3 (pieza facial filtrante 3) son estándar.	Gafas y protector facial	Batas médicas impermeables de manga larga y gorros desechables para la cabeza.	No menciona

ANEXO 3: Tabla II-B Procedimientos Odontológicos en la atención clínica en contexto COVID-19.

N°	Primer autor (fecha)	Triage	Sospechoso o confirmado COVID-19	Sin sospecha
81	Tarakji B, et al., 2020	<ul style="list-style-type: none"> • Todos los pacientes que visitan el consultorio dental en primera instancia, deben someterse a control estricto de la temperatura corporal. • Se debe implementar un cuestionario que busque información sobre fiebre, estornudos, tos y otros problemas respiratorios que hayan ocurrido durante los últimos 14 días. Además, de responder preguntas respecto al historial de viajes recientes y contacto con personas infectadas con COVID (En caso de una respuesta positiva a cualquiera de las preguntas enumeradas, el tratamiento dental debe posponerse al menos durante 14 días.). 	El odontólogo no debe tratar sujetos infectados por COVID-19. Se debe evitar el tratamiento odontológico de pacientes que acuden a la consulta dental con síntomas de infecciones respiratorias agudas.	No menciona
35	Suttagul K, et al., 2020	<ul style="list-style-type: none"> • Se debe solicitar una historia clínica detallada a los pacientes y de sus familiares cuando llegue a la clínica dental, tal como contacto con personas infectadas por COVID-19, antecedentes de fiebre e historial de viajes en los últimos 14 días. • La temperatura del paciente debe medirse con un termómetro sin contacto. • Los pacientes que tengan fiebre (> a 38°C) y/o síntomas de COVID-19 deben ser diferenciados en sus tratamientos dentales electivos por un tiempo mayor a 2 semanas. 	Los pacientes con sospecha de COVID-19 deben permanecer en un área de espera separada y bien ventilada a más de 6 pies (1,8 mts) de otras personas.	No menciona
21	Aldahlawi S, et al., 2020	<ul style="list-style-type: none"> • Se debe preguntar a los pacientes si tienen fiebre (más de 38 °C) o si experimentan algún síntoma respiratorio como dolor de garganta, tos o dificultad para respirar. Además de obtener el historial de viajes de los últimos 14 días, así como el historial de contacto con casos diagnosticados o sospechosos de COVID-19. • Ofrecer una mascarilla quirúrgica a las personas con síntomas respiratorios para disminuir la contaminación del entorno circundante. 	No menciona	No menciona
18	Tallarico M, et al., 2020	<p>El triage telefónico de coronavirus es obligatorio para evaluar el nivel de riesgo de los pacientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tos severa, dificultad para respirar, fiebre u otros síntomas preocupantes • Contacto con caso(s) confirmado(s) de COVID-19 • Cuarentena o aislamiento por sospecha o conclamación de COVID-19 • Pacientes vulnerables (>60 años y/o pacientes con patologías concomitantes) deben posponer la terapia si es posible. • Cualquier otra razón conocida que pueda exponer a los pacientes a un alto riesgo de propagación de la infección. 	No menciona	No menciona
43	Sigua E, et al., 2020	Los pacientes deben relatar contacto previo con personas COVID-19 positivas, fiebre, tos, disnea, fatiga sin causa, anosmia entre otras. El odontólogo deberá ir modificando las preguntas con respecto a los nuevos signos y síntomas que se van relatando y la fase donde se encuentre en su región.	No menciona	No menciona
24	Checchi V, et al., 2020	<p>El triage es obligatorio para la evaluación inicial de los pacientes. La cual debe consistir en la medición de la temperatura corporal y una breve encuesta para investigar posible fiebre, problemas respiratorios, tos o disnea en los últimos 14 días.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 'Sí' a cualquiera de las preguntas de la encuesta y que tengan una temperatura corporal de >37,5 °C deben ser confinados a su hogar u hospitalizados. • 'Sí' a cualquiera de las preguntas de la encuesta y que tengan una temperatura corporal de <37,5 °C no deben recibir tratamiento durante al menos 14 días. • Los pacientes que respondieron 'No' a las preguntas de la encuesta y que tienen una temperatura corporal de <37,5 °C pueden recibir tratamiento. 	Los pacientes que se han recuperado de COVID-19 pueden recibir tratamiento 30 días después de la remisión de los síntomas.	Puede recibir tratamiento si en triage las respuestas son negativas y la temperatura corporal es menor a 37,5 C.

82	Melo P, et al., 2020	<p>Durante el triage se debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Averiguar si el paciente pertenece a alguno de los grupos de alto riesgo (>65 años, enfermedad cardiovascular, diabetes, asma o trastorno respiratorio, cáncer, trastorno autoinmune, inmunosupresión, trasplante de órganos, embarazo) y si se espera un PGA durante su visita. • Obtener información actualizada sobre el estado del paciente y permitir una evaluación precisa en el momento de la consulta. • Si se presentan signos o síntomas (tos, fiebre (>38 °C), dificultad respiratoria, pérdida del olfato o del gusto o algún trastorno gastrointestinal (diarrea) en los últimos 14 días), un diagnóstico positivo para COVID-19, o han tenido contacto sin protección con un caso confirmado o sospechoso de COVID-19. Si se obtiene una respuesta positiva, pregunte si el paciente todavía está en aislamiento o en período de cuarentena. • Se debe medir la temperatura corporal mediante pirometría y los pacientes deben regresar a casa y permanecer en observación si la temperatura es $\geq 38,0$ °C. • Si los pacientes niegan tener estos síntomas pero los demuestran en la sala de espera o antes de que comience la visita, se les debe informar que se les considera un caso potencial de COVID-19 y tendrán que reprogramar la visita 	<p>Para los pacientes identificados como casos o posibles casos de COVID-19, la primera opción debe ser tratar de resolver o mitigar el problema del paciente de forma remota y posponer o reprogramar la visita para que los pacientes puedan cumplir con el período de cuarentena o aislamiento obligatorio. Cuando la situación es urgente o no se puede posponer y la reprogramación no es una opción, se debe considerar al paciente de alto riesgo y programar la visita.</p>	<p>En los casos en los que se identifique bajo riesgo mediante triage remoto, prueba de infección negativa o el paciente ya se haya recuperado de COVID-19 (presumiblemente ahora inmune), se puede programar al paciente para una visita dental regular.</p>
54	Villani F, et al., 2020	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar un triage telefónico preciso, un triage posterior en clínicas dentales y un cuestionario complementario para recoger la mayor información posible sobre el paciente y sus familiares, en concreto sobre síntomas y movimientos en los 14 días previos. • Se recomienda medir la temperatura cuando el paciente ingresa al consultorio dental; si la temperatura corporal supera los 37,3°C, se sugiere posponer el tratamiento. • Pacientes con una infección por COVID-19 curada, de forma precautoria, se fija el periodo de recuperación necesario en 30 días antes de realizar cuidados odontológicos inaplazables. 	No menciona	No menciona
83	AL-Omiri M, et al.,	<ul style="list-style-type: none"> • La entrevista se le debe realizar al paciente y acompañante (si es pertinente) por teléfono o internet. El dentista debe realizar una evaluación integral del paciente que incluya la queja principal, los antecedentes médicos y dentales. Luego, se debe clasificar a los pacientes en: riesgo alto, medio y bajo. Para llegar a la decisión de tratar o no a los pacientes que demandan atención dental en medio de la pandemia de COVID-19, se debe realizar una entrevista telefónica/online donde se determinará la urgencia/emergencia del caso. • Medir la temperatura del paciente y del acompañante con un termómetro portátil. Si el paciente posee temperaturas sobre 37,5 °C se considera como alarmante; especialmente si se acompaña de tos o problemas respiratorios. Evite el tratamiento y refiera a un hospital dental especializado a menos que se confirme que el paciente no tiene COVID-19 después de las pruebas adecuadas y el consejo médico. 	<p>Derivar y reportar a las autoridades de salud si el paciente es COVID-19 positivo o tiene signos y síntomas de COVID-19</p>	
84	Lewandowska M, et al., 2021	<p>Realizar un registro de antecedentes médicos respecto a un posible contacto con un paciente con coronavirus o síntomas de COVID-19, además de tomar la temperatura corporal previo a la atención.</p>	No menciona	No menciona
85	Amato A, et al., 2020.	<ul style="list-style-type: none"> • Es obligatorio realizar una evaluación meticulosa del paciente antes de ingresar a la clínica dental. Se puede realizar una encuesta telefónica a través de un cuestionario que considere los síntomas más frecuentes de la infección por SARS-CoV-2, los nexos epidemiológicos potencialmente peligrosos y el tiempo de transmisión. • En caso de presencia de fiebre detectada en los últimos 14 días, nexos epidemiológicos positivos, signos clínicos o síntomas relacionados con el COVID-19, es preferible reprogramar tratamientos no 	<ul style="list-style-type: none"> • En un paciente confirmado, posible o sospechoso de COVID-19, que requiera un tratamiento urgente es mejor tratar al paciente en un hospital público por personal de salud debidamente capacitado y equipado, 	No menciona

		urgentes después de al menos 14 días.	<p>en caso de realizarse en la clínica debe ser la cita al final del día (en una habitación con presión negativa o bien aireada) utilizando un dique de goma dental, evitando todos los procedimientos que generan aerosoles y minimizando el tiempo de intervención.</p> <ul style="list-style-type: none"> El uso del respirador FFP3 es obligatorio en caso de tratamiento de emergencia de un paciente confirmado o sospechoso de COVID-19 	
9	Mateos MV, et al., 2020.	No menciona	No menciona	No menciona
8	Mahdi S.S,et al., 2020	<ul style="list-style-type: none"> Implementar un triage telefónico para evaluar mediante un cuestionario el riesgo potencial de transmisión del SARS-Cov-2 (descartar casos sospechosos de COVID-19) y el tipo de atención dental necesaria. Al llegar a la clínica el paciente, se debe repetir el mismo cuestionario. Tomar la temperatura corporal con un termómetro sin contacto. En caso de un paciente con una temperatura > 38 °C y que requiera atención dental urgente o electiva, se deberá posponer sus citas si es posible o realizarlas en una sala de aislamiento de infecciones transmitidas por el aire o en una sala de presión negativa. 	La atención dental de emergencia para pacientes que informaron síntomas de COVID-19, tuvieron contacto con personas infectadas con COVID-19 o viajaron a regiones con un alto número de casos de COVID-19 en los últimos 14 días se pospuso por dos semanas y se consideró el manejo farmacológico de dolor o infección	No menciona
86	Czajkowska S, et al., 2021.	Mediante teléfono se recobrar información sobre los contactos cercanos del paciente con cualquier persona que haya dado positivo por COVID-19 o esté en cuarentena. Además, es recomendable recabar información sobre la presencia de síntomas sugestivos de infecciones respiratorias (tos, temperatura corporal elevada, dificultad para respirar) o viajar al extranjero a zonas de alto riesgo.	Los pacientes con COVID-19 confirmado deben ser derivados a un centro de tratamiento designado para recibir pacientes de este grupo o, si es posible, se recomienda posponer el tratamiento dental hasta el aislamiento.	no menciona
87	Aylwin I, et al., 2021.	Triage telefónico o vía correo electrónico, de no ser posible, implementar el triage presencial, para evaluar el tipo de tratamiento dental requerido, en conjunto a antecedentes del paciente, para determinar riesgos y beneficios de ser atendido y evaluar la necesidad y urgencia del tratamiento. Se debe realizar nuevamente el triage escrito en la recepción, tomar y registrar temperatura del paciente y pedirle que firme consentimiento escrito donde se consigne su condición de salud y el tipo de la atención odontológica en contexto de Pandemia SARS CoV-2, que recibirá.	<p>-Caso sospechosos o probables de infección SARS-CoV-2, no confirmado (Pacientes que presentan al menos dos síntomas de la enfermedad o que ha sido expuesta a un contacto estrecho de un paciente confirmado con Covid-19 y que presenta al menos 1 síntoma), se pospone toda atención electiva y solo se trata urgencias o emergencias minimizando PGA. Podrá realizarse tratamiento electivo una vez transcurridos 15 días después de confirmar que son COVID (-), o 30 días después del periodo de cuarentena en caso de ser confirmados COVID (+).</p> <p>-Caso confirmado de COVID19: Diferir todo tratamiento no urgente, pero si corresponde a una emergencia impostergradable, debe ser</p>	Caso no sospechoso de infección SARS-CoV-2 (Paciente asintomático o con diagnóstico negativo confirmado). Puede ser atendido de manera inmediata, realizando tratamientos de urgencia odontológica y electivos minimizando procedimientos que generen aerosoles (PGA), en estos casos impostergradables de PGA, utilizar goma dique. Si el paciente pertenece al grupo de alto riesgo de morbilidad/mortalidad se realizan solo tratamientos de urgencias o emergencia odontológica.

			<p>coordinada con el médico, y realizarse en una sala AIIR o en salas de presión negativa con un mínimo de 12 cambios de aire por hora o al menos 160 L/s por paciente y con un manejo multidisciplinario</p> <p>-Paciente COVID-19 recuperado . Se atenderá si el paciente ha estado asintomático desde 14 a 30 días posterior al inicio de sus síntomas o fue diagnosticado, se realizará tratamientos de urgencia odontológica y tratamientos electivos minimizando PGA, optando por aislación relativa evaluando el riesgo según cada caso y criterio clínico</p>	
25	Cruzat G, et al., 2020	<p>La temperatura corporal del paciente debe medirse en primer lugar. Se recomienda un termómetro de frente sin contacto para el examen. Y se debe usar un cuestionario para evaluar a los pacientes con posible infección de SARS-CoV-2 antes de que puedan ser conducidos al lado del sillón dental, Es importante señalar que estas preguntas indagatorias deben ser elaboradas de acuerdo con el contexto geográfico de transmisión. En relación a esto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si un paciente responde “sí” a cualquiera de las preguntas de detección, y su temperatura corporal es inferior a 37,3 ° C, el dentista puede diferir el tratamiento hasta 14 días después del evento de exposición. • Si un paciente responde “sí” a cualquiera de las preguntas de detección, y su temperatura corporal es igual o superior a 37,3 °C, el paciente debe ser puesto en cuarentena de inmediato, y los dentistas deben informar al departamento de control de infecciones del servicio de salud • Si un paciente responde “no” a todas las preguntas de detección, y su temperatura corporal es inferior a 37,3 °C, el dentista puede tratar al paciente con medidas de protección adicionales y evitar los procedimientos de salpicadura o de generación de aerosoles al máximo. • Si un paciente responde “no” a todas las preguntas de detección, pero su temperatura corporal no es inferior a 37,3 °C, el paciente debe recibir instrucciones para recibir atención médica adicional por posible contagio por SARS-CoV-2. 	No menciona	No menciona
88	Shankargouda P, et al., 2020	<ul style="list-style-type: none"> • Se recomienda registrar la temperatura del paciente y del personal con un termómetro sin contacto. Si se encuentra febril, el paciente debe ser puesto en cuarentena inmediatamente y debe ser informado a las autoridades sanitarias correspondientes. • Si no tiene fiebre, entonces el paciente, deben ser examinados con un cuestionario, si es posible, en un triage aislado, con mascarillas médicas, las preguntas se pueden enmarcar principalmente para dilucidar las posibilidades de una transmisión reciente de SARS-CoV-2, estas son: <ul style="list-style-type: none"> - En relación a la naturaleza del trabajo del paciente. - Si en los últimos 14 días el paciente: (a) experimentó fiebre/problemas respiratorios/diarrea/vómitos, (b) viajó a la zona activa de COVID-19, (c) ha estado en contacto con una persona que ha viajado a zona activa de COVID-19, (d) ha estado en contacto con un paciente positivo de COVID-19, (e) ha estado en contacto con una persona que tenía fiebre y/o tos, (f) ha estado usando el transporte público o ha asistido a un reunión pública • Los pacientes que respondan “No” a la segunda pregunta con una respuesta satisfactoria a la 	<ul style="list-style-type: none"> • Si surge la necesidad de tratar a un paciente con COVID-19 positivo, se recomienda encarecidamente usar ropa protectora especial, que se usa en entornos de atención médica general para tratar a dichos pacientes. • Todos los instrumentos/equipos y tejidos desechados después del tratamiento del paciente con COVID-19 se consideran desechos médicos infecciosos. Deben ser marcados y dispuestos de manera adecuada/responsable en los respectivos contenedores, de acuerdo 	No menciona

		primera pregunta son considerados para el tratamiento. De lo contrario, se debe educar al paciente, pedirle que se ponga en cuarentena y que informe a las autoridades sanitarias de cualquier fiebre o problema respiratorio que pueda desarrollar durante el período. En estos casos se difiere el tratamiento hasta que se acabe el período de cuarentena, a menos que se trate de una emergencia dental, en cuyo caso el paciente debe ser tratado con las debidas precauciones.	con los requisitos de las normas aplicables.	
89	Falahchai M, et al., 2020	<p>Los tratamientos dentales de rutina están contraindicados y se debe hacer hincapié solo en los tratamientos de emergencia y urgencia en todos los pacientes indicados por la ADA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cribado primario: Debe realizarse al programar una cita en línea o por teléfono. Se va a evaluar el estado del paciente con respecto a COVID-19 mediante un cuestionario simple. Además de solicitar la información demográfica de rutina y el historial médico, la pregunta debe ser el motivo principal del paciente para determinar si es candidato para un tratamiento dental de emergencia/urgente. Se deben dirigir otras preguntas para determinar el riesgo de COVID-19. • Cribado secundario: cuando el paciente llega a la clínica hay que medir la temperatura con un termómetro frontal sin contacto o cámaras infrarrojas con sensores térmicos. • Los cuestionarios completados durante la evaluación primaria deben verificarse entrevistando a los pacientes. • Los pacientes que necesitan tratamiento dental de emergencia/urgencia se pueden dividir en tres grupos de casos aparentemente sanos, sospechosos y confirmados. 	No menciona	El paciente requiere tratamiento de emergencia/urgencia y no se sospecha que tenga COVID-19 ni se recuperó de COVID-19. Se programa una cita para dichos pacientes para exámenes adicionales. Los pacientes recuperados de COVID-19 pueden considerarse sanos y recibir atención dental siguiendo las precauciones estándar. Si el paciente ha viajado interurbano en los últimos días, se recomienda posponer la visita dental a un momento adecuado después de un período de cuarentena de 14 días. En la situación actual, se sugiere cancelar las citas de los pacientes sin una evaluación primaria previa para evitar el contacto cercano de los pacientes en la sala de espera.
22	Raj A, et al., 2020	<ul style="list-style-type: none"> • Medir la temperatura corporal con termómetro infrarrojo frontal sin contacto y se solicita a cada paciente que complete un cuestionario para determinar si el paciente tuvo algún síntoma de COVID-19 en las últimas 2 semanas, como fiebre, tos o estornudos persistentes y dificultad para respirar. La historia de las reuniones sociales y públicas también debe tenerse en cuenta; se debe registrar cualquier contacto con un paciente positivo para COVID. 	No menciona	No menciona
90	Gurzawska K, et al., 2020.	<ul style="list-style-type: none"> • Los pacientes que hayan estado en contacto con pacientes positivos a COVID-19 o que hayan visitado alguna región de alto riesgo según la OMS en los últimos 14 días serán clasificados como pacientes de muy alto riesgo. • Los pacientes que hayan tenido contacto con pacientes positivos a COVID-19 o hayan visitado alguna región de alto riesgo según la OMS en los últimos 14 días, pero que no presenten síntomas gripales, serán clasificados como pacientes de muy alto riesgo. • Los pacientes que no tuvieron contacto con pacientes COVID-19 (+) o que no visitaron ninguna región de alto riesgo según la OMS en los últimos 14 días, pero que muestran síntomas parecidos a los de la gripe, se clasifican como pacientes de alto riesgo. • Todos los demás pacientes deben ser clasificados como de riesgo desconocido, es decir, potencialmente contagiosos. 	Las salas de aislamiento con presión negativa pueden considerarse para tratar a los pacientes con COVID-19 o con muy alto riesgo de enfermedad para evitar la transmisión de aerosoles cargados de virus.	No menciona
26	Alanya J, et al., 2021	No menciona	No menciona	No menciona
91	Kumar G, et al., 2021	<ul style="list-style-type: none"> • El triage para las necesidades de tratamiento dental puede realizarse de dos maneras: tele-triage y triage en la clínica. 	La CDC sugiere respiradores N-95 o una mascarilla de nivel más significativo para los	Para los pacientes sin COVID la mascarilla quirúrgica es satisfactoria

		<ul style="list-style-type: none"> El tele-triage se considera útil porque minimiza el riesgo de exposición y propagación en la comunidad, ya que durante el tele-triage los pacientes se comunican por teléfono. Una temperatura de >38 °C se considera febril y si el paciente tiene una temperatura más alta, el tratamiento dental debe aplazarse durante 14 días y se debe aconsejar al paciente que se ponga en cuarentena en su casa. 	pacientes con COVID sospechoso/confirmado para todos los procedimientos que generen aerosoles y no aerosoles.	para los procedimientos que no produzcan aerosoles y los respiradores N-95 o mascarilla equivalente aprobada por la FDA es necesaria para los PGA.
92	Pereira L, et al., 2021	De realizarse triage en el lugar de atención se debe mantener el distanciamiento físico, usar una mascarilla quirúrgica, comprobar la temperatura del paciente (escáner frontal sin contacto), completar el formulario de detección del paciente y confirmar que no hay síntomas de COVID-19 ni riesgo de exposición (ADA).	Los pacientes con sospecha de COVID-19 deben esperar hasta el final del aislamiento (periodo de incubación del virus). Los pacientes con síntomas de COVID-19 no deben recibir atención dental que no sea de emergencia.	No menciona
93	Becker K, et al., 2021	Se recomienda el triage a distancia (es decir, por teléfono, correo electrónico u otro medio de comunicación) antes de la cita. Esto está de acuerdo con las directrices del ECDC y la OMS.	No menciona	No menciona
94	Brondani M, et al., 2020	Los 13 protocolos recomendaron que el personal y los pacientes fueran examinados para detectar síntomas conocidos de COVID-19, incluyendo fiebre y tos; preferiblemente, los pacientes deberían ser examinados por teléfono antes de la cita y volver a ser examinados en la fecha de la cita.	No menciona	No menciona
95	Hartig M, et al., 2021	No menciona	<ul style="list-style-type: none"> Cuando se trata a pacientes positivos para COVID-19, la preocupación por la propagación de aerosoles en el aire es alta, y el personal dental debe restringir el uso de instrumentos rotatorios y ultrasónicos en la medida de lo posible Los pacientes dentales que tengan síntomas de COVID-19, que hayan dado positivo en la prueba del SARS-CoV-2 o que hayan estado expuestos a personas con COVID-19, pueden recibir prioridad para las citas de urgencia si necesita tratamiento dental para aliviar el dolor En ausencia de dolor, se puede pedir a los pacientes con COVID-19 que esperen hasta que dejen de ser contagiosos, es decir, 10 días después de la aparición de los síntomas, o 20 días en casos de síntomas graves, o dos pruebas de PCR negativas administradas en un plazo de 24 horas 	Si la prueba del SARS-CoV-2 es negativa, el paciente puede recibir un tratamiento dental no urgente.
96	Tay J, et al., 2020	No menciona	<ul style="list-style-type: none"> El tratamiento de los casos sospechosos remitidos a los centros nacionales especializados requería el uso de guantes, mascarilla N95, bata 	No menciona

			<p>y gafas de protección.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Al tratar casos sospechosos, los clínicos y los asistentes dentales deberán usar un EPP completo, consistente en una mascarilla N95, una bata, guantes y gafas de protección. El personal deberá auto chequearse durante un periodo de 14 días para detectar cualquier síntoma respiratorio, con un control de la temperatura dos veces al día. • Los casos sospechosos que requieren atención urgente deben ser aislados en una zona de espera designada y tratados por el dentista en una sala de aislamiento con el EPP adecuado. 	
38	Romero P, et al., 2021	No menciona	Para la atención rutinaria de los pacientes sospechosos o confirmados, los CDC sugieren el uso adecuado de EPP, además de la implementación de salas de aislamiento con filtros de aire de partículas de alta eficiencia (HEPA), junto al uso de respiradores N95, o superiores.	No menciona
97	Bordea I, et al., 2020	No menciona	No menciona	No menciona

ANEXO 4:Tabla II-C. PGA y PNGA

N°	Primer autor (fecha)	PGA	No PGA
81	Tarakji B, et al., 2020	No realizan diferencias entre ambos procedimientos.	No realizan diferencias entre ambos procedimientos.
35	Suttagul K, et al., 2020	<ul style="list-style-type: none"> ● Reducir el uso de instrumentos ultrasónicos. 	No menciona
21	Aldahlawi S, et al., 2020	<ul style="list-style-type: none"> ● En caso de trabajar con aerosol, considerar los siguientes elementos de protección personal: guantes, mascarilla y gafas protectoras, enjuague previo al procedimiento, uso de inserciones ultrasónicas de pulverización focalizada; y desinfección de las líneas de agua de las unidades dentales por medios químicos o no químicos. ● Se recomienda que todos los procedimientos dentales que generen aerosoles se realicen en salas aisladas y adecuadamente ventiladas o en una sala de presión negativa (cuando esté disponible). ● Para reducción de la generación de aerosol o gotas, se recomienda que el paciente se enjuague. Se debe minimizar el uso de instrumentos generadores de aerosoles como jeringas de tres vías, dispositivos ultrasónicos y piezas de mano de alta velocidad, además del uso de dique de goma cuando se utilice la pieza de mano de alta velocidad. Usar evacuadores de alto volumen (HVE) con eyector de saliva de bajo volumen. Finalmente, utilizar una pieza de mano de alta velocidad anti-retracción para reducir el reflujo de microbios orales hacia los tubos de las unidades dentales. 	Los procedimientos que no generan aerosoles, se requiere el uso de una mascarilla quirúrgica y un protector facial (si las mascarillas N95 no están disponibles o son limitadas); sin embargo, existe un riesgo moderado de infección y se debe ejercer el criterio profesional con respecto al tratamiento del paciente.
18	Tallarico M, et al., 2020	<ul style="list-style-type: none"> ● Utilizar un dique de goma cuando sea posible u otras herramientas específicas para mejorar el aislamiento dental. ● Fomentar el uso de la pieza de mano en lugar de la pieza de la turbina. ● Usar gorros en PGA. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Fomentar el desbridamiento manual en lugar de la limpieza ultrasónica. ● Fomentar el uso de impresión digital con escáner intraoral para evitar el uso de materiales de impresión.
43	Sigua E, et al., 2020	No menciona	No menciona
24	Checchi V, et al., 2020	<ul style="list-style-type: none"> ● Cuando se deben utilizar piezas de mano o dispositivos ultrasónicos, se indica el uso de un dique de goma. ● Se debe evitar el uso de piezas de mano sin sistema antirretracción durante la pandemia de COVID-19. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Las mascarillas quirúrgicas siguen siendo recomendadas para todos los procedimientos que no generen aerosol.
82	Melo P, et al., 2020	<ul style="list-style-type: none"> ● Visitas con PGA deben programarse para la última franja de la mañana o la tarde. ● Preferir la instrumentación manual o rotatorio de baja velocidad. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Las visitas sin PGA deben programarse para la primera franja horaria de la mañana o la tarde
54	Villani F, et al., 2020	<ul style="list-style-type: none"> ● Los instrumentos rotatorios de alta velocidad, como la turbina y el contra-ángulo, deben estar equipados con un sistema anti-retracción. ● La última cita del día debe estar destinada a aquellos pacientes que necesitan tratamientos dentales que requieran el uso de instrumentos rotatorios de alta velocidad. 	No menciona
83	AL-Omiri M, et al.,	<ul style="list-style-type: none"> ● Planificar los tratamientos que produzcan aerosoles al final de la jornada, realizarlos en una sala separada o en salas presurizadas negativamente con ventilación descendente (si las hay), y evitar las salas sin ventanas (o con las ventanas permanentemente cerradas) a menos que estén dotadas de ventilación mecánica de extracción que introduzca aire fresco a la sala. 	No especifican

84	Lewandowska M, et al., 2021	Se aconseja el uso de eyectores de saliva de gran volumen para reducir la producción de gotitas y aerosoles.	No menciona
85	Amato A, et al., 2020.	No menciona	No menciona
9	Mateos MV, et al., 2020.	Los procedimientos de generación de aerosoles deben minimizarse, tanto como sean posibles, en caso de realizarse se recomienda usar sistemas de aspiración de alto volumen e instrumental rotatorio con válvula anti-retorno	No menciona
8	Mahdi S.S,et al., 2020	No menciona	No menciona
86	Czajkowska S, et al., 2021.	En el caso de atenciones con generación de aerosoles se deberá utilizar las medidas de EPP señaladas anteriormente en Tabla I y, además un delantal impermeable de manga larga desechable y Mascarilla N95 o mascarillas FFP3.	No menciona
87	Aylwin I, et al., 2021.	Evitar el uso de jeringa triple, de preferencia secar con gasa. En caso de usarla, se deberá utilizar una funda descartable en la manguera de esta. También evitar uso de ultrasonido, scaler y turbina para disminuir formación de aerosoles, en caso de que el uso del material rotatorio sea indispensable, se recomienda usarlo en caso de disponer de aspiración de alta potencia, separadores labiales con aspiración de aerosoles y de poder recurrir al aislamiento con dique de goma. De lo contrario NO se recomienda usar material rotatorio.	No menciona
25	Cruzat G, et al., 2020	No menciona	No menciona
88	Shankargouda P, et al., 2020	<ul style="list-style-type: none"> • En caso de que sea necesario utilizar una pieza de mano de alta velocidad o un dispositivo ultrasónico, es más seguro aislar el área de operación con goma dique. • El uso de una pieza de mano de alta velocidad con válvulas antirretracción evitará la contaminación cruzada de la unidad dental. • Si no se dispone de un respirador para usar durante un procedimiento que genera aerosoles, se debe usar tanto una mascarilla quirúrgica como un protector facial completo, en caso de no presentarse ninguno no se puede llevar a cabo el procedimiento. 	No menciona
89	Falahchai M, et al., 2020	<ul style="list-style-type: none"> • Los procedimientos que impliquen la generación de aerosoles, como el uso de la pieza de mano de alta velocidad deben programarse preferiblemente al final de la jornada laboral. • Los eyectores de saliva de bajo o alto volumen y el dique de goma y utilizar una pieza de mano antirretracción de alta velocidad, pueden disminuir la generación de gotitas y aerosoles. 	No menciona
22	Raj A, et al., 2020	<ul style="list-style-type: none"> • Durante la pandemia de COVID-19, se recomienda y fomenta el uso de piezas de mano antirretracción. 	No menciona

90	Gurzawska K, et al., 2020.	No menciona	No menciona
26	Alanya J, et al., 2021	No menciona	No menciona
91	Kumar G, et al., 2021	Los respiradores N-95 o mascarilla equivalente aprobada por la FDA es necesaria para los PGA.	Para los pacientes sin COVID la mascarilla quirúrgica es satisfactoria para los procedimientos que no produzcan aerosoles.
92	Pereira L, et al., 2021	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando se realizan procedimientos que generan aerosoles, es preferible la odontología a cuatro manos, junto con enjuagues bucales previos al procedimiento (por ejemplo, peróxido de hidrógeno o povidona yodada), succión elevada y dique de goma para reducir las salpicaduras de gotas y los aerosoles. • Los procedimientos de generación de aerosoles deberían tener lugar, idealmente, en una sala de aislamiento de infecciones aéreas. • Se recomienda el uso de un respirador N95 o KN95 (o superior) cuando se realicen procedimientos que generen aerosoles. • Utilizar el criterio profesional para emplear el menor instrumental generador de aerosoles cuando se realice cualquier tipo de tratamiento restaurador o higiénico. • Cuando la atención urgente requiera del uso de equipamiento productor de aerosoles, los pacientes deberán ser tratados en las últimas horas de servicio, siempre que sea posible. • Los equipos de producción de aerosoles deberán utilizarse junto con aspiración de alta potencia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Las técnicas de tratamiento manual serán prioritarias, con el objetivo de reducir los aerosoles.
93	Becker K, et al., 2021	<ul style="list-style-type: none"> • Mascarilla FFP2/N95 o una protección superior para los PGA. 	<ul style="list-style-type: none"> • La OMS recomienda el uso de mascarilla quirúrgica para casos sin PGA. • En los casos que no hay PGA, 21 países europeos aconsejan el uso de mascarilla quirúrgica, de los cuales 13 recomiendan únicamente la mascarilla quirúrgica, mientras que en los otros 8 es preferible el uso de mascarilla FFP2/N95 o una protección mayor si está disponible.
94	Brondani M, et al., 2020	No menciona	No menciona
95	Hartig M, et al., 2021	No menciona	No menciona
96	Tay J, et al., 2020	Todos los procedimientos generadores de aerosoles requieren el uso de al menos una mascarilla N95 y protección ocular, independientemente del estado del paciente.	No menciona
38	Romero P, et al., 2021	<ul style="list-style-type: none"> • Los PGA, tales como: uso de piezas de mano de alta y baja velocidad, raspadores ultrasónicos, jeringas de agua/aire, toma de radiografías intraorales, constituyen un alto riesgo de infección. • La OMS sugiere que el personal de salud y el personal de limpieza expuestos a los PGA en la atención de pacientes COVID-19, debería realizarla con respiradores N95 o FFP2, estándar o el equivalente. • Se sugieren realizar los PGA en áreas hospitalarias o especializadas, con un nivel superior de EPP en pacientes confirmados. 	No menciona

97	Bordea I, et al., 2020	Para reducir la presencia de aerosoles, los odontólogos pueden utilizar la doble aspiración quirúrgica para eliminar toda el agua de la cavidad bucal.	No menciona
----	------------------------	--	-------------

ANEXO 5: Tabla II-D Cambios realizados en la infraestructura y organización en las clínicas odontológicas.

N°	Primer autor (fecha)	Sala de espera	Limpieza/desinfección	Ventilación
81	Tarakji B, et al., 2020	Se debe implementar una sala/clínica aislada para la evaluación del paciente (aplicación de cuestionario triage)	No menciona	No menciona
35	Suttagul K, et al., 2020	No menciona	Las superficies inanimadas de la clínica deben desinfectarse con productos químicos (no especificados).	No menciona
21	Aldahlawi S, et al., 2020	No menciona	Alcohol etílico al 70 % para desinfectar equipos reutilizables, así como pequeñas áreas en uso e hipoclorito de sodio al 0,5 % para desinfectar superficies en entornos sanitarios.	No menciona
18	Tallarico M, et al., 2020	Dejar en la sala de espera objetos potencialmente infectados (chaqueta, bolso, teléfono, etc.)	Desinfectantes adecuados certificados para CoVs. Según el recomendado en el lugar de trabajo.	No menciona
43	Sigua E, et al., 2020	No menciona	Desinfección de la superficie con hipoclorito de sodio al 0,1 % o etanol al 62 - 71 %.	Se debe mantener el consultorio dental con ventilación
24	Checchi V, et al., 2020	No menciona	Cada superficie potencialmente contaminada debe limpiarse y luego desinfectarse con desinfectantes hidroalcohólicos que contengan una concentración de alcohol > 60%. Alternativamente, con etanol al 62 %-71 %, peróxido de hidrógeno al 0,5 % o hipoclorito de sodio al 0,1 %; pero debe permanecer 1 minuto en la superficie. Adicionalmente, el ozono es un gas natural, y uno de los sistemas más efectivos para el saneamiento ambiental.	No menciona
82	Melo P, et al., 2020	<ul style="list-style-type: none"> Mantener un dosificador con solución antiséptica a base de alcohol en el área de recepción. Retire de la sala de espera todos los objetos decorativos, revistas, dispensadores de agua y cualquier otro artículo no esencial que pueda ser manipulado por varias personas. Las sillas de la sala de espera deberán estar separadas al menos 2 metros. Publicar pictogramas desarrollados por las entidades de salud locales o nacionales con respecto al lavado de manos y la higiene de las manos. Puede haber una alfombra empapada en una solución desinfectante a la entrada del consultorio dental para que el paciente desinfecte sus calzados o se puede proporcionar cubrecalzados. 	La limpieza y desinfección del box y espacios comunes, deben realizarse con detergentes y desinfectantes domésticos comunes (por ejemplo, hipoclorito de sodio al 0,1%-0,5% durante 1 minuto para superficies no metálicas; alcohol al 70% durante al menos 1 minuto; o peróxido de hidrógeno al 0,5%-1% durante al menos 10 minutos).	Ventilar, preferiblemente de forma natural, abriendo las ventanas de las zonas comunes y del box dental.

54	Villani F, et al., 2020	Sala de espera vacía, sin revistas y evitar la superposición de dos o más citas.	<ul style="list-style-type: none"> Varios grupos de desinfectantes, como propanol, hipoclorito de sodio y etanol, en porcentajes que van del 62 al 71 % (como desinfectante de superficies), puede reducir la carga de SARS-CoV-2 por debajo de los niveles de registro. Uso de hipoclorito de sodio al 5%, con una dilución de 1:100, para ser aplicado en superficies por un tiempo de acción promedio de 10 mi 	Ventilación constante del box dental.
83	AL-Omiri M, et al.,	Despeje los accesorios en el área de espera y mantenga las pertenencias de los pacientes en el área de espera/recepción.	<ul style="list-style-type: none"> Limpie y desinfecte todas las superficies de la clínica antes y después de cada paciente con alcohol isopropílico al 70 %, hipoclorito de sodio al 0,1 % o una solución basada en evidencia. Utilice alcohol al 70% para desinfectar los elementos de EPP reutilizables (por ejemplo, gafas y protectores faciales) o utilice máquinas generadoras de ozono si las hay. 	<ul style="list-style-type: none"> Mantener una ventilación adecuada en el box y la consulta. Use filtros/limpiadores de aire y sistemas de ventilación hacia abajo.
84	Lewandowska M, et al., 2021	En la sala de espera, las sillas estaban selladas y marcadas con carteles de distanciamiento social, además de la eliminación completa de folletos y revistas.	Una desinfección completa de todas las superficies en la práctica dental y aumentar la frecuencia de está (no especifica).	No menciona
85	Amato A, et al., 2020.	Se deben retirar adornos, revistas, periódicos y carteles de la sala de espera	Desinfectar periódicamente todo lo que haya sido tocado por los pacientes o el personal, además la higienización de suelos y otras superficies puede realizar con soluciones de hipoclorito al 1%.	Es obligatorio realizar un cambio de aire completo en el espacio clínico después de cada intervención
9	Mateos MV, et al., 2020.	No menciona	<ul style="list-style-type: none"> Los EPP reutilizables se deben limpiar con agua y jabón y desinfectar con alcohol de más de 70°, en situaciones de escasez. Para la limpieza de superficies se utilizaran productos con un 62%-71% de etanol o un 0,1% de hipoclorito de sodio durante un minuto, mientras que el cloruro de benzalconio al 0,05% o el digluconato de clorhexidina al 0,02% son menos eficaces. No se recomienda el uso de Ozono como método de desinfección ambiental del SARS-CoV-2, pero si la limpieza y desinfección del aire mediante el uso de luz ultravioleta. 	Se tiene que disponer de un buen control y calidad del aire mediante ventilación, climatización y contando con la ayuda de sistema de purificación de aire. La ventilación se realizará entre paciente y paciente con la puerta cerrada, para evitar corrientes de aire si no se ha realizado procedimientos que generen aerosoles será entre cinco y 15 minutos y en el caso de haber realizado procedimientos que generen aerosoles sería necesario ventilar al menos 15-60 minutos.
8	Mahdi S.S,et al., 2020	No menciona	<ul style="list-style-type: none"> Se ha sugerido la desinfección de la sala de tratamiento y la sala de espera, incluidos los pomos de las puertas, las sillas, el suelo, los escritorios, los baños y los ascensores entre pacientes con desinfectantes de grado hospitalario, incluidos los productos a base de amonio cuaternario, fenol y alcohol, como el hipoclorito de sodio al 0,1 % o el alcohol isopropílico al 70 %. Se debe considerar la limpieza y desinfección de los dispositivos de protección facial reutilizables y el manejo de los desechos quirúrgicos después de los procedimientos normales. Los instrumentos reutilizables deben pretratarse adecuadamente con un desinfectante oxidante, limpiarse, esterilizarse y almacenarse de acuerdo con el protocolo de las autoridades sanitarias locales. 	<ul style="list-style-type: none"> Ventilación adecuada en el consultorio dental.
86	Czajkowska S,	Se sugiere colocar los asientos en el vestíbulo de tal	Se debe realizar una desinfección frecuente de superficies y aire utilizando un	No menciona

	et al., 2021.	manera que se mantenga la distancia social recomendada entre las personas y los artículos en la sala de espera que no son adecuadas para la limpieza y esterilización periódicas tales como revistas o juguetes, deben ser retirados.	producto que contenga etanol al 62-71%, hipoclorito de sodio al 0,1% o peróxido de hidrógeno al 0,5% durante 1 min. Otra opción que se recomienda es el uso de equipos de ozono para desinfectar entre visitas o en la sala de espera después del trabajo, también se pueden aplicar lámparas ultravioleta (UV), con está última la desinfección de la superficie ocurre 8 h después de encender el dispositivo y se recomienda abandonar la habitación durante este tiempo.	
87	Aylwin I, et al., 2021.	<ul style="list-style-type: none"> Se deben retirar revistas, folletos, juguetes, dispensadores de alimentos/agua y elementos no necesarios, organizar el mobiliario con la mínima cantidad de sillas posibles y separadas, para respetar el distanciamiento de 1.5 metros idealmente, asegurar el distanciamiento social en la sala de espera mediante el uso de señaléticas en el suelo, sillas y otros mobiliarios La sala de espera debe tener acceso a lavado de manos para los pacientes y sus acompañantes con dispensadores de solución en base a alcohol gel. . 	La desinfección de superficies en áreas de ascensores, recepción, sala de espera y especialmente de las áreas clínicas, con soluciones de hipoclorito de sodio o amonio cuaternario.	La sala de espera debe ser ventilada de no ser posible, se recomienda aumentar la distancia entre pacientes.
25	Cruzat G, et al., 2020	No menciona	<ul style="list-style-type: none"> La desinfección de superficies con alcohol 70 %, cloro 0,1 % o amonio cuaternario. Se desinfecta después de cada paciente el material de protección ocular y mascarilla facial. La configuración de la clínica debe limpiarse y desinfectarse de acuerdo con el protocolo para la gestión de la limpieza y desinfección de superficies del entorno médico (WS / T 512-2016) publicado por la Comisión Nacional de Salud de la República Popular de China. 	<ul style="list-style-type: none"> Cumplir idealmente con medidas de ventilación (sistema de presión negativa o presencia de ventana), procurar mantener la temperatura del box lo más alta posible y seco, evitar encender aire acondicionado. Se recomienda ventilación de la sala después de la atención. En caso de haber realizado procedimiento con generación de aerosoles, se deberá dejar ventilar por 30 minutos. En caso de procedimientos sin generación de aerosoles bastará con 15-30 minutos.
88	Shankargouda P, et al., 2020	No menciona	<ul style="list-style-type: none"> Los instrumentos reutilizables deben tratarse previamente con alcohol, lavarse bien para eliminar cualquier residuo adherido y esterilizarse en autoclave antes de almacenarse, según las normas aplicables. Las clínicas/establecimientos dentales deben limpiarse y desinfectarse según las normas reglamentarias aplicables 	Mantener la habitación aislada
89	Falahchai M, et al., 2020	Se debe considerar la distancia segura entre las sillas cuando hay mayor cantidad de pacientes.	<ul style="list-style-type: none"> Todas las superficies en contacto con el paciente deben desinfectarse. Las superficies deben desinfectarse de manera efectiva con desinfectantes apropiados de grado hospitalario, como agentes desinfectantes que contienen etanol al 62-71 % o hipoclorito de sodio 	Los pacientes dentales deben tener una ventilación adecuada, lo que es de 60 L/s/paciente para habitaciones con ventilación normal.

			<p>al 0,1 % pueden eliminar el coronavirus de las superficies si se usan durante 1 minuto.</p> <ul style="list-style-type: none"> El protocolo de desinfección de instrumentos y equipos incluye el uso de soluciones antivirales que contengan alcohol etílico al 70%. Sin embargo, se debe priorizar el uso de instrumentos y equipos desechables, especialmente para pacientes sospechosos y confirmados. Si no es posible, todo el equipo debe desinfectarse entre pacientes. 	
22	Raj A, et al., 2020	No menciona	Todas las superficies en las áreas clínicas deben lavarse y desinfectarse con los más altos estándares. Las áreas comunitarias y las instalaciones públicas deben limpiarse y desinfectarse regularmente, incluida la desinfección completa de todas las manijas de las puertas, pantallas táctiles, monitores y muebles, como escritorios y sillas.	Instalación de sistemas de ventilación de aire mejorados en los centros de atención médica.
90	Gurzawska K, et al., 2020.	No menciona	<ul style="list-style-type: none"> Entre pacientes consecutivos, se recomienda una desinfección adecuada. Para la desinfección de la habitación, se considera que el alcohol etílico (78%) es el más eficaz. Los desinfectantes que contienen etanol (78%-95%), solución de yodopovidona (0,23%-7,5%) inactivaron los coronavirus de alta concentración en un plazo de 30 s a 1 min. La desinfección debe incluir todas las superficies planas, los ordenadores, el teclado, el ratón, las lámparas y los pomos de las puertas. 	Entre pacientes consecutivos, se recomienda una ventilación suficiente de la habitación.
26	Alanya J, et al., 2021	No menciona	No menciona	No menciona
91	Kumar G, et al., 2021	No menciona	No menciona	<ul style="list-style-type: none"> Según las directrices de los CDC, la ventilación debe ser tal que el flujo de aire se produzca de la zona más limpia a la menos limpia. Disponer de rejillas de ventilación en la zona de recepción y rejillas de aire de retorno en la zona de espera que extraigan el aire limpio de la recepción a la zona de espera. La ADA recomienda el uso de la ventilación local de escape para captar y eliminar los aerosoles creados durante el tratamiento, mientras que las directrices de la India recomiendan permitir la circulación del aire natural mediante la apertura frecuente de

				las ventanas y el uso de un ventilador de escape independiente para hacer fluir el aire de la habitación a la atmósfera exterior.
92	Pereira L, et al., 2021	No menciona	No menciona	La atención odontológica debe realizarse en un ambiente ventilado con ventanas abiertas, evitando el uso del aire acondicionado.
93	Becker K, et al., 2021	No menciona	No menciona	<ul style="list-style-type: none"> En la mayoría de las directrices se recomienda una ventilación de aire adecuada, pero sin especificaciones adicionales de acuerdo al tipo de ventilación disponible (mecánica o natural) y al tipo de pacientes que reciben tratamientos dentales (bajo riesgo o alto riesgo/COVID+). La OMS ha expresado su preocupación por el uso de aire acondicionado u otro tipo de dispositivos de recirculación, mientras que se ha aconsejado la instalación de sistemas de filtración.
94	Brondani M, et al., 2020	No menciona	<ul style="list-style-type: none"> Todos los protocolos destacaron las recomendaciones de limpieza y desinfección tras el tratamiento de los pacientes durante la pandemia de COVID-19, con una limpieza rutinaria aumentada o mejorada que ya se utiliza en las consultas dentales. 	<ul style="list-style-type: none"> Ninguno de los protocolos mencionó explícitamente el uso de salas de presión negativa para la gestión de los aerosoles y la circulación del aire.
95	Hartig M, et al., 2021	No menciona	No menciona	No menciona
96	Tay J, et al., 2020	No menciona	El SARS-CoV-2019 es susceptible a los desinfectantes estándar como el alcohol al 70%, el peróxido de hidrógeno al 0,5%, el hipoclorito de sodio al 0,1%, la povidona yodada al 7,5%, el cloroxilenol al 0,05%, la clorhexidina al 0,05% y el cloruro de benzalconio al 0,1%.	No menciona
(38)	Romero P, et al., 2021	No menciona	No menciona	No menciona
(97)	Bordea I, et al., 2020	No menciona	No menciona	No menciona

Tabla II-E Etapas de procedimiento.

N°	Primer autor (fecha)	Antes del procedimiento	Durante el procedimiento	Posterior al procedimiento	Recomendaciones para el personal
(81)	Tarakji B, et al., 2020	<p>ANTES DEL PROCEDIMIENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> El paciente previamente antes de iniciar el tratamiento debe enjuagarse con clorhexidina o algún enjuague bucal que contenga agentes oxidantes. 	<ul style="list-style-type: none"> Utilizar piezas de mano con válvulas antirretractivas. 	No menciona	No menciona
(35)	Suttagul K, et al., 2020	<p>ANTES DEL PROCEDIMIENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> El paciente previamente antes de iniciar el tratamiento debe utilizar enjuague bucal que contenga povidona yodada al 0,2 % o peróxido de hidrógeno al 0,5 - 1 % antes del procedimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> Se pueden usar instrumentos desechables como espejo bucal, sondas de diagnóstico y jeringas para evitar la contaminación cruzada. En casos de emergencia, se debe realizar tratamientos dentales en salas de presión negativa/salas de aislamiento de infecciones transmitidas por el aire Se puede usar un dique de goma (que cubre la nariz) para minimizar la generación de salpicaduras. Ver tabla II-C. 	No menciona	No menciona
(21)	Aldahlawi S, et al., 2020	<p>ANTES DEL PROCEDIMIENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> Enjuagues bucales previos al procedimiento, como peróxido de hidrógeno al 1% o solución de povidona al 0,2 %. En caso de los pacientes pediátricos que no se pueden enjuagar, se puede usar rollos de algodón. 	<ul style="list-style-type: none"> Para minimizar los reflejos nauseosos, la tos y el vómito, se recomienda el posicionamiento adecuado del paciente y uso de succión efectiva, evitar el uso de anestesia tópica en aerosol, y evitar las radiografías intraorales y utilizar radiografías extraorales/imágenes CBCT. Como recomendación para el tratamiento restaurativo, se debe utilizar una eliminación química de caries y técnicas de restauración atraumáticas. Ver tabla II-C. 	<ul style="list-style-type: none"> Se debe colocar un nuevo equipo de protección personal cuando se administre atención a otro paciente. Telecomunicaciones y consultas en línea que enfatizan la educación del paciente y el seguimiento, para el reconocimiento y manejo temprano de problemas dentales y, por lo tanto, evitan emergencias dentales que amenazan la vida. Respecto a los residuos dentales, se deben eliminar de acuerdo a los requerimientos, y durante la atención de pacientes con COVID-19, los desechos deben recolectarse de manera segura en contenedores y bolsas designados y luego eliminarse de manera segura. 	<ul style="list-style-type: none"> El personal dental, los asistentes, recepcionistas, técnicos, etc. deben realizarse pruebas regulares para detectar COVID-19, además de la autoevaluación diaria para detectar síntomas de COVID-19 y control de temperatura.
(18)	Tallarico M, et al., 2020	<p>PREVIAMENTE A LA CITA</p> <ul style="list-style-type: none"> Preferir la telemedicina y la gestión virtual de pacientes. <p>LLEGADA DEL PACIENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> El paciente debe llegar a la clínica dental solo o con 1 acompañante como máximo (si es 	<ul style="list-style-type: none"> Se debe utilizar un sistema de agua autónomo en lugar del agua corriente para suministrar agua a las piezas de mano (incluidos los raspadores ultrasónicos piezoeléctricos externos) y las jeringas. Esto permite agregar ácido 	<ul style="list-style-type: none"> Después del procedimiento dental, todos los EPP desechables deben ser desechados cuidadosamente. 	<ul style="list-style-type: none"> Los uniformes de trabajo no se pueden llevar a casa. Deben ser lavados en la oficina siguiendo programas

		<p>necesario) y limpiarse con meticulosidad las manos a la llegada o llevar guantes. Además de llevar la mascarilla hasta el sillón dental.</p> <p>ANTES DEL PROCEDIMIENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> El paciente debe enjuagar la boca durante 3 minutos con colutorio a base de alcohol antes del tratamiento. 	<p>hipocloroso estéril para desinfectar el agua.</p> <ul style="list-style-type: none"> Al menos dos asistentes dentales deben ayudar al operador principal. Ver tabla II-C. 		<p>específicos o manejados por una lavandería externa.</p> <ul style="list-style-type: none"> Disponibilidad de una prueba serológica capaz de medir la cantidad de anticuerpos contra COVID- 19. Esta prueba debe realizarse regularmente para eventualmente hacer un diagnóstico temprano de los trabajadores expuestos. Además, si los trabajadores se encuentran enfermos (fiebre, tos y dificultad para respirar), deben quedarse en casa y buscar atención médica lo antes posible.
(43)	Sigua E, et al., 2020	<p>PREVIAMENTE A LA CITA</p> <ul style="list-style-type: none"> En adultos mayores con enfermedades pre-existentes se recomienda una consulta inicial usando medios como la videollamada o la tele odontología, o en los lugares con medios más limitados una llamada telefónica, evitando así que estos pacientes con riesgo inminente salgan de sus casas innecesariamente. <p>LLEGADA DEL PACIENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> El paciente debe firmar un consentimiento informado, el cual además de mencionar el posible riesgo de contaminación cruzada a la que está siendo expuesto. <p>ANTES DEL PROCEDIMIENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> El paciente debe utilizar enjuagues con colutorios que contengan agentes oxidantes como el peróxido de hidrógeno al 1 % o yodo povidona al 0.1 %, previos al acto quirúrgico. 	No menciona	No menciona	No menciona
(24)	Checchi V, et al., 2020	<p>ANTES DEL PROCEDIMIENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> Los pacientes deben usar enjuagues bucales 	<ul style="list-style-type: none"> Cuando sea posible, se recomienda evitar procedimientos dentales que 	No menciona	No menciona

		que contengan una solución peróxido de hidrógeno al 1 % o povidona yodada al 0,2 % previamente al tratamiento.	<p>puedan causar tos y regurgitación. Se prefieren la ortopantomografía (OPG) o la tomografía computarizada de haz cónico (CBCT); deben evitarse las radiografías periapicales porque pueden provocar hipersalivación, tos o vómitos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usar eyectores de saliva de alta velocidad o eyectores quirúrgicos. • También puede ser útil el montaje simultáneo de dos eyectores (p. ej., un eyector de alta velocidad y un evacuador de gran volumen). • Ver tabla II-C. 		
(82)	Melo P, et al., 2020	<p>PREVIAMENTE A LA CITA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Todos los pacientes atendidos en el consultorio dental idealmente deberían ser evaluados (mediante una prueba de diagnóstico) para verificar que no estén infectados con SARS-CoV-2. • Si se programa una visita, instruir al paciente: <ul style="list-style-type: none"> ○ Llevar mascarilla. ○ Acudir solo a la visita (salvo en situaciones justificadas, en las que el paciente puede ir acompañado de no más de 1 persona). ○ Desinfectar las manos con una solución antiséptica a base de alcohol a su llegada. ○ Puntualidad. ○ Evitar llevar accesorios y ropa innecesaria. ○ Pagar con tarjeta de crédito o débito, preferiblemente con la opción de contacto. ○ Respetar una distancia de 2 metros con otros pacientes en la sala de espera. • Los pacientes mayores de 65 años, embarazadas o con comorbilidades deben ser considerados de alto riesgo, deben tener visitas programadas para la primera franja horaria de la mañana o de la tarde. <p>LLEGADA DEL PACIENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se debe proporcionar una mascarilla quirúrgica si el paciente no la usa, se debe respetar el 	<p>puedan causar tos y regurgitación. Se prefieren la ortopantomografía (OPG) o la tomografía computarizada de haz cónico (CBCT); deben evitarse las radiografías periapicales porque pueden provocar hipersalivación, tos o vómitos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usar eyectores de saliva de alta velocidad o eyectores quirúrgicos. • También puede ser útil el montaje simultáneo de dos eyectores (p. ej., un eyector de alta velocidad y un evacuador de gran volumen). • Ver tabla II-C. <ul style="list-style-type: none"> • Preferir técnicas radiológicas extraorales. • Evitar los procedimientos que generen aerosoles siempre que sea posible (escarificador ultrasónico, piezas de mano de alta o baja velocidad, rociador de agua o aire de 3 vías). • Utilizar un dique de goma para el aislamiento siempre que sea posible. • Usar succión de alta velocidad. • Preferir la instrumentación manual o rotatorio de baja velocidad. • Minimizar la cantidad de refrigerante utilizado para instrumentos ultrasónicos y piezas de mano. • El tratamiento dental debe realizarse junto con un asistente en el sillón (odontología a 4 manos). • La eliminación de caries o los procedimientos de restauración se deben realizar con instrumentación manual o enfoques quimiomecánicos como Carisolv cuando sea posible para minimizar los PGA. • Preferir las intervenciones preventivas o los tratamientos mínimamente invasivos. • En los procedimientos quirúrgicos se deben usar suturas reabsorbibles para evitar una visita para retirar las suturas. Utilizar un dique de goma para el aislamiento siempre que sea posible. • Usar succión de alta velocidad. • Evitar los procedimientos que generen 	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener puesta la mascarilla quirúrgica o el respirador. • Reemplazo de guantes, desechando los utilizados durante la visita en un contenedor para residuos contaminados. • Desinfectar el EPP reutilizable (gafas, protector facial, etc.). • Ventilar el box dental • Retirar las barreras protectoras desechables, descartándolas en un contenedor para residuos contaminados. • Retirar la ropa clínica y guardarla en una bolsa cerrada para colocarla directamente en la lavadora (cuando finalice la jornada laboral). 	<ul style="list-style-type: none"> • Profesionales de la atención dental y gestión del personal: la temperatura corporal debe medirse mediante pirometría; si la temperatura es $\geq 38,0$ °C, se les debe indicar que regresen a casa y permanezcan en observación. • No utilizar celular dentro del box dental y desinfectar con una toalla descartable o rollo de papel empapado en alcohol al 70% cada vez que se utilice fuera de este.

		<p>distanciamiento social y se debe recordar al paciente las medidas de protección y seguridad actualmente vigentes en el consultorio.</p> <p>ANTES DEL PROCEDIMIENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar múltiples servicios en cada visita, para evitar visitas adicionales del paciente al consultorio dental. • Verificar que el nivel de EPP sea compatible con los procedimientos a realizar. • Comprobar que las superficies que se tocan con más frecuencia estén protegidas con una barrera desechable. • Mantener cerrada la puerta del consultorio dental. • El paciente debe utilizar un enjuague con solución de peróxido de hidrógeno al 1 % durante 30 segundos o con yodopovidona al 0,2 %, excepto si el paciente es alérgico al yodo. 	<p>aerosoles siempre que sea posible (escarificador ultrasónico, piezas de mano de alta o baja velocidad, rociador de agua o aire de 3 vías).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ver tabla II-C. 		
(54)	Villani F, et al., 2020	<p>PREVIAMENTE A LA CITA</p> <ul style="list-style-type: none"> • En lo que respecta a odontopediatría, se ruega a las personas que acompañan a los pacientes menores de edad acudir a la cita en el menor número posible, llevar mascarilla protectora, esperar en sala de espera y no asistir al tratamiento del paciente para evitar el riesgo de inhalación de aerosoles. <p>LLEGADA DEL PACIENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es razonable pedir a los pacientes que esperen en su vehículo, si es posible, o cerca de la clínica dental, y avisarles por teléfono o mensaje cuando sea su turno. <p>ANTES DEL PROCEDIMIENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> • El paciente se debe enjuagar con peróxido de hidrógeno al 1% o, alternativamente, con povidona yodada al 0,2%. 	<ul style="list-style-type: none"> • Recomiendan no utilizar radiografías intraorales; por ello, proponen el uso de ortopantomografía o TC si es estrictamente necesario. • Trabajar a cuatro manos. • Se recomienda cubrir todas las superficies, cuando sea posible, con una envoltura de polietileno. • Hipoclorito de sodio al 1% para la desinfección de las impresiones. El tiempo de acción del desinfectante varía según el material utilizado: 10 min para alginato y 15-20 min para elastómeros. • Se recomienda el uso de goma dique para la contención y protección de fluidos orales. Si no es posible posicionarla, recomendar el uso del Carisolv y una excavadora para tratamientos conservadores. • Ver tabla II-C. 	<ul style="list-style-type: none"> • El EPP se debe eliminar como desecho especial. • Se aconseja la eliminación de residuos utilizando bolsas amarillas especiales de doble capa para residuos especiales y señalizarlas para facilitar su eliminación. 	No menciona
(83)	AL-Omiri M, et al.,	<p>LLEGADA DEL PACIENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solicitar al paciente y acompañante que realicen distanciamiento físico estricto, uso de mascarillas en todo momento en la clínica y marcaje de distancia controlada en el piso. • Provisión de alcohol en gel al 60–85 % para 	<ul style="list-style-type: none"> • Preferir los tratamientos no generadores de aerosoles. • Tratamiento utilizando los procedimientos menos invasivos, técnicas que no generan aerosoles (si es posible), aplicación de dique de goma, 	<ul style="list-style-type: none"> • Desinfectar las manos del paciente con alcohol al 70-85%. Coloque las mascarillas, las cubiertas para la cabeza, las cubiertas para calzado, las batas y los guantes usados por los pacientes en bolsas de plástico 	<ul style="list-style-type: none"> • El personal vulnerable no debe tratar a los pacientes con COVID-19 o sospechosos de COVID-19 (p. ej.,

		<p>limpiarse las manos, luego provisión de guantes, mascarillas, batas, cobertores para la cabeza y cubrecalzados antes de ingresar al área principal de la clínica.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Limitar la presencia de los acompañantes. <p>ANTES DEL PROCEDIMIENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Enjuague del paciente debe ser durante 1 a 2 minutos con peróxido de hidrógeno al 1 al 1,5 %, povidona yodada al 1 al 2,3 % o cloruro de cetilpiridinio al 0,05 al 0,1 %. ● Limite el número de pacientes, limite el tiempo de tratamiento. ● Colocación de EPP antes del tratamiento: eliminar accesorios. Luego, lavarse las manos con jabón durante 60 segundos, luego desinfectarse las manos con un gel de alcohol al 60-85% durante 1 minuto. Luego, póngase el primer par de guantes quirúrgicos, mascarilla, gafas protectoras, gorros, pantalla facial, batas completas resistentes al agua y cubrecalzados. Luego, desinfecte las manos enguantadas con un gel de alcohol al 60-85 % durante 1 minuto y luego use el segundo par de guantes quirúrgicos. 	<p>succión quirúrgica de alto y bajo volumen, radiografía extraoral, ventilación adecuada.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● La colocación del EPP comienza con el retiro de accesorios. A continuación, lavarse las manos con jabón (por ejemplo, jabón de povidona yodada) durante 60 segundos, seguido de una desinfección de las manos con alcohol en gel al 60-85% durante 1 minuto. A continuación, en el siguiente orden, colocarse el primer par de guantes quirúrgicos, la mascarilla, las gafas, el gorro para la cabeza, el protector facial, la bata completa de manga larga repelente al agua y el cubrecalzados. A continuación, desinfecte las manos enguantadas con alcohol en gel al 60-85% durante 1 minuto antes de ponerse el segundo par de guantes quirúrgicos. Comprobar 2 veces el EPP para verificar su correcto uso. ● Ver tabla II-C. 	<p>selladas y deséchelas como desechos médicos peligrosos siguiendo las pautas de las autoridades locales.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Los pacientes reciben nuevas mascarillas para utilizarlas fuera de la clínica. ● El retiro después del tratamiento debe hacerse con cuidado. Seleccione una zona justo fuera del área de tratamiento y destínela a la retirada. A continuación, en el siguiente orden, comience a desinfectarse las manos con guantes con alcohol gel al 60-85% durante 1 minuto y, a continuación, quítese la bata, el par de guantes exteriores, el protector facial/gafas, el gorro, el cubrecalzados, la mascarilla y los guantes interiores. Aplicar alcohol desinfectante en las manos enguantadas después de quitarse cada pieza del EPP. Por último, lávese las manos con jabón (por ejemplo, jabón de povidona yodada) durante 60 segundos, seguido de una desinfección de las manos con alcohol en gel al 60-85%. alcohol en gel durante 1 minuto. ● Los EPP desechables se utilizan para un solo paciente y se desechan en una bolsa de plástico sellada siguiendo las recomendaciones de las autoridades locales. ● Colocar con cuidado todo el EPP desechable en bolsas de plástico desechables selladas y desecharlo como desechos clínicos peligrosos, luego desecharlo siguiendo las pautas de las autoridades locales. ● Después del tratamiento y de la retirada, lavar las manos. ● Uso de ozono para la desinfección de EPP e instrumentos reutilizables. ● Utilice el hospital o los servicios de 	<p>personal embarazada y médicamente comprometido).</p> <ul style="list-style-type: none"> ● El personal que se confirme/sospeche que tiene COVID-19 o que haya contactado/tratado a pacientes confirmados/potenciales de COVID-19 no debe tratar a los pacientes, no debe asistir a la clínica, debe ser reportado a las autoridades sanitarias para su evaluación y reanudar su trabajo sólo después de que se confirme que está libre de COVID-19. ● Los pacientes confirmados/sospechados de COVID-19 no deben ser atendidos por personal de riesgo, incluidas las embarazadas y los cuidadores con problemas médicos que soporten problemas inmunológicos, hipertensión, diabetes, enfermedades cardiovasculares, pulmonares, renales o hepáticas. ● Es necesario que el personal se someta a pruebas periódicas, sobre todo si trata a
--	--	---	---	---	---

				lavandería profesional para ropa y batas médicas.	pacientes potenciales/confirmados por COVID-19. El personal confirmado como libre de COVID-19, vacunado y/o con anticuerpos contra el virus SARS-CoV-2 es más práctico para tratar los casos confirmados o potenciales de COVID-19. <ul style="list-style-type: none"> • Todo el personal odontológico debe tener una formación adecuada en relación con el control de la infección cruzada, los protocolos de gestión de los pacientes potenciales/confirmados por COVID-19 y el uso del EPP (ponerse y quitarse).
(84)	Lewandowska M, et al., 2021	<p>PREVIAMENTE A LA CITA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incluir mayores intervalos entre pacientes y tratar menos pacientes para evitar el contacto en la sala de espera. • Se solicita a los acompañantes esperar afuera o en un automóvil, a excepción de los pacientes que no pudieran llegar por sí mismos a la cita debido a su estado de salud. <p>ANTES DEL PROCEDIMIENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se recomienda al paciente enjuagarse la boca con antisépticos como clorhexidina (CHX), el cloruro de cetilpiridinio (CPC) y los aceites esenciales (AE). 	<ul style="list-style-type: none"> • Se recomienda el uso de un dique de goma durante la realización de los procedimientos y realizar procedimientos mínimamente invasivos para evitar el aumento de la secreción salival, tos o vómitos. • Abstenerse de los procedimientos generadores de aerosoles que impliquen el uso de una turbina, una pieza de mano o jeringas de aire y agua. • Privilegiar la toma de tomografías o radiografías extraorales en lugar de radiografías intraorales. • Ver tabla II-C. 	No menciona	No menciona
(85)	Amato A, et al., 2020.	<p>PREVIAMENTE A LA CITA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programar las citas, para reducir el número de pacientes en la sala de espera. • Se recomienda programar la cita de los 	<ul style="list-style-type: none"> • El tiempo estimado de cualquier procedimiento no debe superar los 30 min. • Durante los procedimientos clínicos, se 	Al final de la intervención clínica, es obligatorio que el operador arroje todos los EPP desechables dentro de bolsas de basura especiales de doble capa, rociándolas con una	<ul style="list-style-type: none"> • Todos los trabajadores de las clínicas dentales deben medir su

		<p>pacientes de edad avanzada o con múltiples enfermedades sistémicas crónicas al inicio de la jornada laboral</p> <p>LLEGADA DEL PACIENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> Los pacientes siempre deben usar una mascarilla quirúrgica en clínica dental. Deben asistir solos y se les solicitará que dejen los abrigos, bolsos y mochilas en cajas o espacios específicamente organizados. Al ingresar se le pedirá que tire la mascarilla quirúrgica en un recipiente especial cerrado, higienice sus manos con una solución hidroalcohólica y se les proporcionará EPP que debe ser utilizado hasta el final del procedimiento. Mantener la distancia interpersonal de 2 mts. <p>ANTES DEL PROCEDIMIENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> Los enjuagues bucales que contengan clorhexidina no son efectivos para el SARS-CoV-2. 	<p>recomienda encarecidamente el uso del dique de goma.</p> <ul style="list-style-type: none"> Se debe evitar utilizar técnicas de rayos X intraorales 	<p>solución de hipoclorito al 0,5%, sellarlas con un nudo y almacenarlas temporalmente en un contenedor cerrado con abertura para pedal.</p>	<p>temperatura corporal diariamente, al menos por la mañana y por la noche, si está superior a 37,0 °C, el operador no debe ir a trabajar.</p>
(9)	Mateos MV, et al., 2020.	<p>PREVIAMENTE A LA CITA</p> <ul style="list-style-type: none"> La agenda de citación tendrá espacios disponibles para distribuir en ellos a los pacientes adultos o infantiles que demanden atención odontológica, la cual podrá ser telefónica y/o presencial. La actividad telefónica: tiene por objeto valorar el proceso odontológico (motivo de consulta e historia clínica del paciente) llevando una "resolución u orientación diagnóstica-terapéutica" <p>ANTES DEL PROCEDIMIENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> El paciente debe entrar con mascarilla y sin acompañante (salvo si es dependiente). Se le indicará que procure hablar con la mascarilla puesta y se ofrecerá gel hidroalcohólico para las manos. ¿Va a la llegada? Previo a la atención clínica debe enjuagarse con un antiséptico oral (PY al 0,2%, peróxido de hidrógeno (H₂O₂) al 1%, cloruro de cetilpiridinio 1 0,005%). No se recomienda el uso de Clorhexidina. 	<ul style="list-style-type: none"> Si es posible se deben evitar procedimientos que puedan inducir tos o realizarse con precaución. Técnica de 4 manos Siempre que sea posible se recomienda el uso de goma dique. Ver tabla II-C. 	<ul style="list-style-type: none"> El instrumental contaminado tiene que depositarse en una cubeta de desinfección con tapa, para al final de la jornada desinfectar y esterilizar con el EPP adecuado en una zona separada El material desechable se elimina en el contenedor correspondiente 	No menciona
(8)	Mahdi S.S,et al., 2020	<p>LLEGADA DEL PACIENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> Paciente que se desinfecte las manos con un desinfectante a base de alcohol. El paciente no debe estar acompañado en la 	<ul style="list-style-type: none"> Aumentar la cantidad de tiempo de cada visita para completar el máximo tratamiento posible en una visita y así reducir la exposición repetida. 	<p>El EPP desechable contaminado, incluidos los guantes, las batas y las cubiertas para la cabeza, debe desecharse de manera segura en una bolsa dentro del área clínica antes de</p>	No menciona

		<p>sala de tratamiento y cualquier cuidador debe permanecer en la sala de espera.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Reducir el número de pacientes en la sala de espera ● Distanciamiento físico de 1 metro en el consultorio dental. ● Los pacientes en la sala de espera deben usar una mascarilla, guantes y protección para los ojos <p>ANTES DEL PROCEDIMIENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Previo al procedimiento el paciente debe enjuagarse con un antimicrobiano como es el peróxido de hidrógeno al 1 % o povidona yodada al 0,2 % durante 60 s. No se recomienda el uso de clorhexidina, ya que podría no ser eficaz contra el SARS-Cov-2. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Se recomienda realizar procedimientos mínimamente invasivos como alternativa a los procedimientos que generan aerosoles, como el uso de CariSolv para la eliminación de caries, raspador manual para procedimientos periodontales en los que no es factible un dique de goma, preferir radiografías extraorales en lugar de radiografías intraorales, utilizar diques de goma y eyectores de saliva de gran volumen. Y en caso de procedimientos generadores de aerosol se debe usar succión extraoral de alto volumen. 	<p>ingresar a las áreas no clínicas.</p>	
(86)	Czajkowska S, et al., 2021.	<p>PREVIAMENTE A LA CITA</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Se realiza una selección de pacientes por teléfono, la cual puede permitir la recopilación de información detallada sobre problemas dentales y salud bucal, información COVID (ver tabla II-B). ● se debe solicitar al paciente que asista solo o solo con la persona necesaria para realizar la visita, como un tutor legal en el caso de un niño o una persona incapacitada. <p>LLEGADA DEL PACIENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Al ingresar a la sala médica los pacientes deben desinfectarse las manos. ● Al ingresar tanto el paciente como cualquier acompañante están obligados a usar una mascarilla que cubra la boca y la nariz. ● Cada persona que ingresa debe cumplir con las recomendaciones y realizar una prueba de síntomas (incluida la medición de la temperatura corporal) compatible con la infección por SARS-CoV-2. <p>ANTES DEL PROCEDIMIENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> ● se debe indicar al paciente que se enjuague la boca durante un mínimo de 30 s con un preparado a base de desinfectante, las soluciones propuestas son clorhexidina al 0,2%, Listerine® al 2%, povidona yodada al 2% o peróxido de hidrógeno al 0,5-1%. 	<ul style="list-style-type: none"> ● No se recomienda tomar radiografías intraorales, ya que puede provocar un reflejo nauseoso o aumentar la salivación. En caso de requerir un diagnóstico radiológico, se deben preferir las radiografías extraorales, como pantomográfica o la tomografía computarizada de haz cónico (CBCT). En caso de tomar una radiografía intraoral, el dentista debe elegir una radiografía de aleta de mordida. Si se decide tomar una radiografía dental sin posicionador, el paciente debe desinfectarse las manos antes de sostener la película de rayos X. ● También se sugiere brindar tratamiento durante una sola visita al dentista, mientras se toma medidas preventivas para reducir el número de visitas consecutivas. ● Se recomienda el uso de diques de goma y aplicar succión dental siempre que sea posible para evitar la generación de aerosoles, además del uso de instrumental manual para la remoción de cálculo dental. ● Ver II-C. 	<p>No menciona</p>	<p>No menciona</p>

(87)	Aylwin I, et al., 2021.	<p>PREVIAMENTE A LA CITA</p> <ul style="list-style-type: none"> Se debe solicitar a pacientes puntualidad y no asistir acompañados, de lo contrario el acompañante debe esperar fuera del hospital (Salvo excepciones, por ejemplo: pacientes pediátricos). Se debe espaciar las citas de atención y los tiempo de espera deben ser cortos, se recomienda un máximo de 20 min. <p>LLEGADA DEL PACIENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> Los pacientes tienen que asistir con mascarilla quirúrgica, de no ser posible mascarilla de paso y mantener el distanciamiento social recomendado. Se les solicita el lavado de manos con agua y jabón en el baño disponible para pacientes, se debe confirmar y realizar nuevamente triage. El paciente debe limpiar sus pies con paño desinfectante dispuesto en la Unidad, con solución de hipoclorito o amonio cuaternario y luego secarlos en la alfombra puesta a continuación, asistir al control odontológico con la higiene oral ya realizada previamente en su hogar y realizar un segundo lavado de manos o desinfección con alcohol gel. <p>ANTES DE LA ATENCIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> En el box de atención hay que considerar algún lugar establecido para que el paciente pueda dejar sus pertenencias. Se aconseja disponer de una bolsa plástica grande para que el paciente pueda colocar sus pertenencias y así mantenerlas cerca de él, al interior se solicita a paciente tercer lavado de manos, o desinfección con alcohol gel y se indica que no toque nada y tome asiento en sillón dental. Debe enjuagarse durante 30 seg. con enjuague bucal de Gluconato de clorhexidina 0,12 % o povidona yodada al 0,2 % durante 30 segundo 	<ul style="list-style-type: none"> Realizar atención a cuatro manos y utilizar goma dique cada vez que sea posible. Se deberá trabajar con la puerta del box cerrada. Durante la atención no manipular ningún dispositivo electrónico. Se sugiere solicitar exámenes imagenológicos extraorales en vez de intraorales. Ver tabla II-C. 	<ul style="list-style-type: none"> Desechar los elementos de protección personal no reutilizables. Todo el material desechable utilizado debe ir a contenedores especiales para desechos biológicos. 	<ul style="list-style-type: none"> Los trajes clínicos y calzados deben ser distintos a la vestimenta de circulación fuera del Hospital y el técnico a cargo de realizar etapa preparatoria de ingreso y triage del paciente, también debe utilizar todos los EPP recomendados.
(25)	Cruzat G, et al., 2020	<p>ANTES DE LA ATENCIÓN</p> <p>Se recomienda usar enjuague bucal pre procedimiento que contiene agentes oxidantes como peróxido de hidrógeno a 1% o povidona a 0,2%. Sin embargo, la clorhexidina, que se usa comúnmente como enjuague bucal en la práctica dental, ha demostrado no ser efectiva para eliminar al SARS-CoV-2.</p>	<p>Se recomienda instrumental manual, como carisolv y jackettes/ curetas, para la eliminación de caries y tratamiento periodontal y usar una goma dique como aislamiento absoluto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Los desechos médicos (incluido el equipo de protección desechable después del uso) deben transportarse a tiempo al área de almacenamiento temporal del instituto médico. 	<p>No menciona</p>

(88)	Shankargoud a P, et al., 2020	<p>ANTES DE LA ATENCIÓN</p> <p>Se recomienda un enjuague bucal preoperatorio con povidona yodada al 0,2%</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se recomienda tratar a los pacientes en habitaciones aisladas y bien ventiladas o, mejor aún, en una habitación con presión negativa, si está disponible. • Los procedimientos que pueden inducir tos/reflejo nauseoso y secreción de saliva , como impresiones dentales y otros procedimientos prostodónticos y radiografías intraorales deben evitarse. • Se debe seguir una odontología a cuatro manos y utilizar un eyector de saliva de gran volumen. • En caso de extracción u otras cirugías menores, se prefieren las suturas absorbibles para evitar la necesidad de una visita de seguimiento a corto plazo del paciente para retirar las suturas. • Siempre que sea posible, se deben utilizar instrumentos desechables en los procedimientos de tratamiento. • Ver tabla II-C. 	No menciona	No menciona
(89)	Falahchai M, et al., 2020	<p>PREVIAMENTE A LA CITA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las citas deben programarse de manera que sólo haya un paciente en la sala de espera. • pedirle al paciente que espere en el auto o en espacios abiertos hasta la hora de la cita en caso de mayor aglomeración. • cuando los pacientes se presentan para una visita clínica en el consultorio. Se lleva a cabo un examen primario antes de que el paciente ingrese al quirófano. Asimismo, antes de ingresar a la clínica, se debe solicitar a los pacientes el uso de mascarilla quirúrgica y seguir las medidas de higiene del sistema respiratorio (uso de pañuelo al toser o estornudar y desecharlo en un basurero de tapa cerrada inmediatamente después de su uso) y manos. (lavarse las manos con agua y jabón o desinfectantes para manos a base de alcohol al 70-90 %). <p>PREVIAMENTE A LA ATENCIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se recomienda al paciente previo a la atención enjuagarse con colutorios que contengan agentes oxidantes como peróxido de hidrógeno al 1% o povidona yodada al 0,2%. La 	<ul style="list-style-type: none"> • No se deben solicitar radiografías intraorales pudiendo ser reemplazada por la radiografía extraoral, como la radiografía panorámica o la TC de haz cónico. • Se recomienda a los odontólogos que eviten en lo posible procedimientos que generen gotas o aerosoles, como el uso de jeringas de tres vías, piezas de mano de alta velocidad y raspadores ultrasónicos, o minimicen su aplicación. Por lo que se sugiere usar curetas manuales y nuevas modalidades de eliminación de caries como Carisolv, Caridex y Papacarie. • Las impresiones digitales también eliminan el riesgo de contacto con cubetas contaminadas y minimizan el riesgo de transmisión de infecciones y contaminación cruzada como tal. • Ver tabla II-C. 	No menciona	No menciona

		clorhexidina, que se usa de forma rutinaria en los procedimientos dentales, puede no ser eficaz contra el coronavirus.			
(22)	Raj A, et al., 2020	PREVIAMENTE A LA ATENCIÓN Uso preoperatorio de enjuagues bucales antisépticos como la solución de povidona yodada.	<ul style="list-style-type: none"> • La aplicación de un dique de goma es una de las formas más sencillas y prácticas de reducir la contaminación de la cavidad oral y lograr un control efectivo de la humedad • Ver tabla II-C. 	Los desechos biomédicos o clínicos deben almacenarse en un área de retención provisional segura, y deben pretratarse, lavarse, esterilizarse y almacenarse adecuadamente de acuerdo con las pautas para todos los instrumentos y materiales reutilizables. Los desechos médicos peligrosos después del tratamiento de pacientes positivos para COVID-19 deben considerarse desechos clínicamente infecciosos y almacenarse dentro de un área designada en bolsas de desechos clínicos. La superficie de estas bolsas debe etiquetarse adecuadamente y manipularse de acuerdo con las pautas y los requisitos para el manejo de desechos médicos	No menciona
(90)	Gurzawska K, et al., 2020.	PREVIAMENTE A LA CITA <ul style="list-style-type: none"> • Antes de la visita, se recomienda evaluar el riesgo individual del paciente y sus necesidades de tratamiento dental por teléfono o por videoconferencia. • Para limitar el número de personas potencialmente contagiosas en la clínica, el paciente no debe presentarse con acompañantes. Las excepciones comprenden a los discapacitados, los niños o los pacientes geriátricos y hospitalizados. • Se recomienda clasificar las necesidades de tratamiento dental como urgentes (en las próximas 24 hrs), lo antes posible (en los próximos 7 días) y posponer (sin urgencia). ANTES DEL LA ATENCIÓN <ul style="list-style-type: none"> • Se recomienda realizar un enjuague bucal para reducir la carga de virus en la saliva antes de comenzar el tratamiento dental. • El peróxido de hidrógeno (1-1,5%) o la povidona yodada (0,2%) han resultado ser los más eficaces. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando se necesite radiografías, deben preferirse las extraorales. Se puede utilizar un dique de goma cuando sea aplicable para limitar la transmisión del virus. • Deben seleccionarse tratamientos sin aerosol (si es posible). 	No menciona	No menciona
(26)	Alanya J, et al., 2021	ANTES DEL PROCEDIMIENTO El uso de enjuagues bucales antimicrobianos preoperatorios los cuales se han recomendado a fin de reducir el número de microorganismos en aerosoles y	No menciona	No menciona	No menciona

		gotas durante procedimientos orales, pudiendo ser: Peróxido de hidrógeno al 1% durante 30 segundos– 1 minuto.–Enjuague bucal con gluconato de clorhexidina al 0,12%. Povidona yodada del 0,5% al 1% durante un minuto. Cloruro de cetilpiridinio al 0,05% - 0,1%.			
(22)	Kumar G, et al., 2021	<p>ANTES DEL PROCEDIMIENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> En el contexto del SARS-CoV-2, se han recomendado varias fórmulas de enjuague bucal, como el H₂O₂ al 1,5% que debe utilizarse durante 30 s, la povidona-yodada con un tiempo de contacto de 15 y 30 s en concentraciones del 0,5%, el 1,25% y el 1,5%, mientras que en general la clorhexidina se ha considerado inadecuada. Las directrices indias recomiendan el enjuague con 10 ml de solución de PVP-I al 0,5% en toda la cavidad bucal durante 30 s. Las directrices publicadas por los Emiratos Árabes Unidos y el Consejo Dental Oficial de Túnez también aconsejan el enjuague bucal previo al procedimiento con peróxido de hidrógeno al 1% durante 1 minuto. 	<ul style="list-style-type: none"> Ver tabla II-C. 	No menciona	Todos los trabajadores sanitarios que acudan al centro también deben someterse a pruebas de temperatura y síntomas respiratorios.
(92)	Pereira L, et al., 2021	<p>PREVIAMENTE A LA CITA</p> <ul style="list-style-type: none"> Sólo los acompañantes imprescindibles deben acudir a la cita odontológica con el paciente y ambos deben llevar un protector facial de tela o una mascarilla hasta el inicio del tratamiento. Se recomienda la revisión de los pacientes antes de sus citas, ya sea por videoconferencia, tecnología virtual/remota o por teléfono (ADA). Recordar a los pacientes que deben limitar los acompañantes adicionales en su viaje a la consulta a sólo las personas imprescindibles para reducir el número de personas en la sala de espera (ADA). 	<ul style="list-style-type: none"> Durante el tratamiento, se recomienda que sólo permanezcan en el lugar del servicio el paciente y los profesionales que realmente le atienden. Las excepciones son los tutores de pacientes menores de edad, o los acompañantes de pacientes con enfermedades discapacitantes. Se recomienda el uso de un dique de goma para minimizar la propagación de fluidos. Ver tabla II-C. 	No menciona	Cuando esté en contacto con pacientes (incluidos los que no son sospechosos de estar infectados por el SARS-CoV-2), todo el personal debe llevar protección para los ojos, la nariz y la boca.
(93)	Becker K, et al., 2021	<p>PREVIAMENTE A LA CITA</p> <ul style="list-style-type: none"> Se pide a los pacientes que acudan solos a su cita, salvo en circunstancias excepcionales (por ejemplo, niños, personas vulnerables). tal como especifican claramente las directrices nacionales de 26 de los 30 países europeos. 	<ul style="list-style-type: none"> Fomentar la reducción de los PGA con frecuencia. Ver tabla II-C. 	No menciona	No menciona

		<p>Esto para disminuir la cantidad de pacientes en la sala.</p> <p>LLEGADA DEL PACIENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una vez que el paciente llega a la clínica, el triage se considera fundamental, en particular cuando no se ha realizado previamente a distancia (ECDC, OMS, CDC). • En 23 de los 30 países europeos seleccionados, se ha recomendado el triage en la clínica dental. <p>ANTES DE LA ATENCIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • La OMS recomienda el uso de enjuagues bucales previos al procedimiento (es decir, peróxido de hidrógeno al 1% o povidona yodada al 0,2% durante 20 s) para reducir la carga viral en la saliva. • En 24 de los 30 países europeos seleccionados se sugiere el uso de enjuagues bucales antes de los tratamientos dentales. Las directrices de todos estos países incluyen el uso de enjuagues bucales que contengan peróxido de hidrógeno (H₂O₂), solo o en combinación con otros productos antisépticos, a una concentración del 1% al 1,5%. En la mitad de estos países se propone la povidona yodada como alternativa al peróxido de hidrógeno. Sólo una minoría de los documentos de orientación recomienda el cloruro de cetilpiridinio (CPC) solo o en combinación con la clorhexidina (CHX) • En cuanto a la CHX, la eficacia de su aplicación preoperatoria es objeto de debate, por lo que explícitamente no se recomienda en tres documentos de orientación nacionales (Bulgaria, Grecia y España). • Los enjuagues bucales preoperatorios para reducir la carga viral antes de los procedimientos dentales no se recomiendan en los documentos de orientación de 5 países (Dinamarca, Irlanda, Escocia, Eslovenia y Reino Unido) 			
(94)	Brondani M, et al., 2020	No menciona	<ul style="list-style-type: none"> • Todos los protocolos recomiendan el uso de EPP como componentes habituales de la prestación de cualquier atención 	No menciona	No menciona

			odontológica, incluidos los procedimientos que generan aerosoles (PGA) y los que no los generan (PNGA).		
(95)	Hartig M, et al., 2021	PREVIAMENTE A LA ATENCIÓN Once protocolos recomendaban el uso de un enjuague previo al procedimiento para todos los pacientes.	No menciona	No menciona	No menciona
(96)	Tay J, et al., 2020	No menciona	Ver tabla II-C.	No menciona	En caso de contacto estrecho sin el EPP adecuado, el personal será puesto en cuarentena durante 14 días.
(38)	Romero P, et al., 2021	PREVIAMENTE A LA ATENCIÓN Se sugiere el uso de enjuagues preoperatorios con H2O2, povidona yodada, cloruro de cetilperidinio, para minimizar la carga viral.	Ver tabla II-C.	No menciona	No menciona
(97)	Bordea I, et al., 2020	PREVIAMENTE A LA ATENCIÓN Se ha publicado que el uso de una solución que contenga agentes oxidantes, como el peróxido de hidrógeno al 1% o la povidona yodada al 0,2%, como enjuague bucal antiséptico que debe utilizarse al inicio de cada tratamiento dental, se considera que ayuda a disminuir la carga bacteriana y también la viral (SARS-CoV-2) en la saliva.	Ver tabla II-C.	No menciona	No menciona