



ARTÍCULO
ORIGINAL

ACTITUD DEL ODONTOPEDIATRA EN LA CLÍNICA DENTAL ANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19

Riolobos González, M.F. Reyes Ortiz, A. García-Navas Fernández de la Puebla, L. Chico Hernández, L.
Actitud del odontopediatra en la clínica dental ante la pandemia del COVID-19. Cient. Dent. 2020; 17; 2; 99-106



Riolobos González, Mª Fe
Odontóloga Universidad Complutense Madrid (UCM). Profesora Título de Experto Odontopediatría Universidad Alfonso X El Sabio (UAX).

Reyes Ortiz, Anabella
Odontóloga UCM. Profesora Título de Experto Odontopediatría UAX.

García-Navas Fernández de la Puebla, Lourdes
Odontóloga UCM. Profesora Título de Experto Odontopediatría UAX.

Chico Hernández, Leticia
Odontóloga UCM. Profesora Título de Experto Odontopediatría UAX.

Indexada en / Indexed in:
- IME
- IBECs
- LATINDEX
- GOOGLE ACADÉMICO

Correspondencia:
Mª Fe Riolobos
C/ Puerto de los Leones 6, local 1.
28220-Majadahonda. Madrid
Teléfono: 609540908.
E-mail: mriolgon@uax.es

Fecha de recepción: 11 de mayo de 2020.
Fecha de aceptación para su publicación:
18 de mayo de 2020.

RESUMEN

Introducción: La aparición del nuevo virus del síndrome respiratorio agudo severo Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) ha causado una pandemia mundial llamada enfermedad del coronavirus (COVID-19) y se ha convertido en uno de los desafíos más grandes entre los profesionales dedicados a la salud. Dado que el sector sanitario bucodental es una de las poblaciones de riesgo, se debe tener especial cuidado para minimizar dicho riesgo de infección así como evitar el contagio entre profesionales y pacientes.

Los síntomas respiratorios de esta enfermedad en los niños parecen ser más leves que los que experimentan los adultos, se conoce que transmiten la enfermedad, pero los datos emergentes sobre la propagación en niños afectados por COVID-19 no es conocida aún en detalle.

El propósito de este artículo es analizar a través de una encuesta online si los odontopediatras prevén cambios en la forma habitual de trabajo para evitar el riesgo de contagio por COVID-19 durante el tratamiento dental con pacientes infantiles.

Material y método: se realizó una encuesta online dirigida a odontopediatras y odontólogos que trabajaran con niños, con preguntas sobre el conocimiento y actitud frente al COVID-19 en la consulta dental. Se registraron las variables sexo, edad, años de profesión y posesión de título en Odontopediatría.

Resultados: se recogieron 93 cuestionarios y se analizaron los resultados estadísticamente para cada ítem del cuestionario, representados en gráficas de porcentajes de respuesta. La mayoría de los encuestados fueron mujeres, edad media de 34,5 años, que utilizan a diario instrumental rotatorio, pero a favor

PAEDIATRIC DENTISTS' APPROACH IN THE SURGERY TO THE COVID-19 PANDEMIC

ABSTRACT

Introduction: The coronavirus disease (COVID-19) pandemic has been caused by appearance of a new virus called the severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2); and has become one of the greatest challenges for health professionals. The oral health sector is one of the populations at risk, so special care must be taken to minimise the risk of infection and prevent contagion between professionals and patients.

The respiratory symptoms of this disease in children appear to be milder than those experienced by adults. Children are known to transmit the disease, but emerging data on the spread in children affected by COVID-19 is not yet known in detail.

The purpose of this article is to analyse whether paediatric dentists foresee changes in their usual way of working to minimise the risk of COVID-19 infection during treatment of their patients through conducting an online survey.

Material and method: An online survey was conducted of paediatric dentists and dentists working with children, with questions about their knowledge of and attitude towards COVID-19 in the dental clinic. The variables of sex, age, years of profession and having a paediatric dentistry qualification were recorded.

Results: 93 questionnaires were collected, the results for each item on the questionnaire were represented graphically with the percentage response and analysed statistically. Most of the

de tratamientos mínimamente invasivos; cumplen con las medidas de protección, pero a veces para el manejo de la conducta infantil no es posible.

Conclusiones: en general, el odontopediatra deberá adaptarse a la nueva situación con el niño con respecto a las técnicas de tratamiento, así como todos los miembros del equipo dental, ya que tienen la responsabilidad profesional de mantenerse informados y actualizados respecto a los nuevos datos que vayan surgiendo sobre COVID-19, no solo para protegerse de posibles contagios sino también para evitar la propagación a los pacientes infantiles que acudan a realizarse un tratamiento odontológico.

PALABRAS CLAVE

Coronavirus; COVID-19; Odontopediatra.

respondents were women, mean age 34.5 years, who used rotary instruments daily, but were in favour of minimally invasive treatments; they usually complied with the protective measures, but sometimes this was not possible when managing child behaviour.

Conclusions: In general, paediatric dentists are adapting to the new situation with children regarding treatment techniques and with other dental team members, as they have the professional responsibility to keep themselves informed and updated regarding new information about COVID-19; not only to protect themselves from possible infection but also to prevent spreading the infection to children undergoing dental treatment.

KEY WORDS

Coronavirus; COVID-19; Paediatric dentist.

INTRODUCCIÓN

El 8 de enero de 2020 un nuevo coronavirus fue oficialmente comunicado como el patógeno SARS-CoV-2, al que se denominó COVID-19, por el Centro de Prevención y Control de Enfermedades de China¹. La epidemia de la enfermedad del coronavirus COVID-19 comenzó en Wuhan, China, a finales de diciembre de 2019, llegando a convertirse en unos meses en el mayor problema de salud pública a nivel mundial².

El 30 de enero de 2020, la OMS anunció que este brote había constituido una emergencia de salud pública internacional, y fue declarado pandemia el 11 de marzo de 2020³.

El COVID-19 ha sido reconocido en 180 países con un total de 1.250.509 infectados con 70.644 fallecidos y 239.405 curados (a fecha de 1-abril-2020)⁴.

Entre sus principales síntomas se encuentran tos, dificultad respiratoria, fiebre y malestar general. Hay que tener en cuenta que el período de incubación del COVID-19 es de 1-14 días pudiendo los pacientes asintomáticos seguir contagiando a pacientes sanos. Se ha informado que ACE2 es el principal receptor de las células del hospedador del virus COVID-19 y juega un papel crucial en la entrada del virus en la célula para causar la infección. Curiosamente, este receptor está altamente expresado en las células epiteliales de la lengua. Las células que expresan ACE2 en los tejidos orales, especialmente las células epiteliales de la lengua pueden proporcionar posibles vías de entrada para el virus, lo que indica que la cavidad oral podría ser una ruta de riesgo potencial de infección del COVID-19. Esos hallazgos preliminares explican el mecanismo básico de por qué la cavidad bucal tiene un riesgo potencialmente alto para la infección por el virus y proporciona evidencia para la futura estrategia de prevención en la práctica

clínica, así como en la práctica diaria⁵. La mucosa ocular también se considera una vía de entrada para el virus⁶.

La transmisión del SARS-CoV-2 se produce mediante pequeñas gotas, microgotas de Flügge, que se emiten al hablar, estornudar, toser o expirar, que al ser despedidas por un portador (que puede estar asintomático en el periodo de incubación) pasan directamente a otra persona mediante la inhalación, o quedan sobre los objetos y superficies que rodean al emisor, y luego, a través de las manos, que lo recogen del ambiente contaminado, toman contacto con las membranas de las mucosas orales, nasales y oculares, al tocarse la boca, la nariz o los ojos⁷⁻¹⁰.

Hay estudios que han señalado que, debido a las características únicas de los procedimientos odontológicos donde se puede generar una gran cantidad de gotas y aerosoles, las medidas de protección estándar en el trabajo clínico diario no son lo suficientemente efectivas como para prevenir la propagación del COVID-19, especialmente cuando los pacientes están en el período de incubación^{11,12}.

La literatura publicada desde que comenzó la existencia y conocimiento del COVID-19 a nivel mundial ha señalado que una de las profesiones de mayor riesgo de contagio es la del odontólogo⁴ (Figura 1).

Los odontólogos deben estar preparados para que durante los tratamientos dentales que llevamos a cabo durante la pandemia del coronavirus los riesgos de contagio entre odontólogo/auxiliar y paciente se minimicen. Esto debe ser así, ya que el odontólogo es uno de los colectivos de transmisión de mayor riesgo, según las publicaciones recientes¹¹, ya que, en su trabajo diario, los aerosoles producidos por instrumental rotatorio, en determinados tratamientos, pueden ser una fuente de diseminación del coronavirus al permanecer durante tiempo en el ambiente¹³.

Las manifestaciones clínicas de COVID-19 en los niños son, generalmente, menos graves que las de los pacientes adultos, aunque siguen siendo vulnerables a la infección y presentan un riesgo de transmisión significativo. Hay que tener una planificación del manejo del paciente infantil adaptada a la nueva situación por parte del odontopediatra y el equipo, y partiendo desde la recepción del paciente.

En primer lugar, realizaremos una evaluación del paciente, que consistirá en poder identificar un caso sospechoso de COVID-19. En general, un paciente COVID-19 que se encuentre en fase febril no debe acudir a la consulta dental. Pero si esto ocurre, el odontólogo debe poder identificar al paciente y posponer el tratamiento.

Debe medirse en primer lugar la temperatura corporal del paciente. Un termómetro de frente sin contacto sería recomendable usarlo en la consulta; posteriormente debería realizarse un cuestionario para descartar a los pacientes con síntomas de infección por COVID-19 antes de ser conducidos al sillón dental.

Si un paciente ha respondido afirmativamente a alguna pregunta sobre signos o síntomas posibles de infección y su temperatura corporal es inferior a 37,4 °C, el odontólogo podrá diferir el tratamiento hasta 14 días después del evento de exposición.

Si el paciente tiene una temperatura corporal superior a 37,4 °C no podrá ser tratado por el odontólogo y deberá ponerse en cuarentena inmediatamente. Y por último, si un paciente responde "negativamente" a todas las preguntas de esta primera evaluación y su temperatura corporal está por debajo de 37,4°C, el odontólogo podrá tratar al paciente con medidas de protección y evitar en lo posible las salpicaduras o la generación de aerosoles^{13,14}.

Los odontólogos durante esta pandemia deben implementar procedimientos universales de control de infecciones al

más alto nivel. Tras otras medidas preventivas previas al tratamiento dental como son el lavado de manos, se recomienda que el paciente haga un enjuague bucal previo al procedimiento con povidona yodada al 0.2% o peróxido de hidrógeno (agua oxigenada) al 1% durante 1 minuto, ya que reduce la carga vírica en la saliva. Diversos estudios mostraron que el SARS (síndrome respiratorio agudo grave) y el MERS (coronavirus del síndrome respiratorio de Oriente Medio) eran muy susceptibles al enjuague bucal con povidona yodada al 0,2%¹⁵ y se ha documentado que parece que el COVID-19 es vulnerable a la oxidación producida por el peróxido de hidrógeno al 1%¹⁶. También se aconseja el uso del dique de goma siempre que sea posible.

El odontopediatra suele empezar con instrumentos rotatorios realizando profilaxis con cepillo y pasta, originando mucho residuo que es expulsado fuera de la cavidad bucal, donde a veces las medidas de protección y aislamiento absoluto no son posibles aplicarlas. Además, se recomienda emplear procedimientos actuales mínimamente invasivos que minimicen o eliminen la generación de aerosoles cuando el tratamiento esté indicado¹⁴.

Debido a las características de los entornos dentales, el riesgo de una infección cruzada por COVID-19 puede ser alta entre los odontólogos, auxiliares y los pacientes, debido a la comunicación tan próxima paciente-profesional, la estrecha distancia de trabajo, y la exposición a saliva, sangre y aerosoles generados¹¹.

El COVID-19 puede persistir en las superficies durante unas pocas horas hasta varios días, dependiendo del tipo de superficie (metal, plástico, ropa, etc), y de la temperatura o la humedad del ambiente. Esto refuerza la necesidad de la desinfección completa de todas las superficies dentro de la clínica dental^{17,18}.

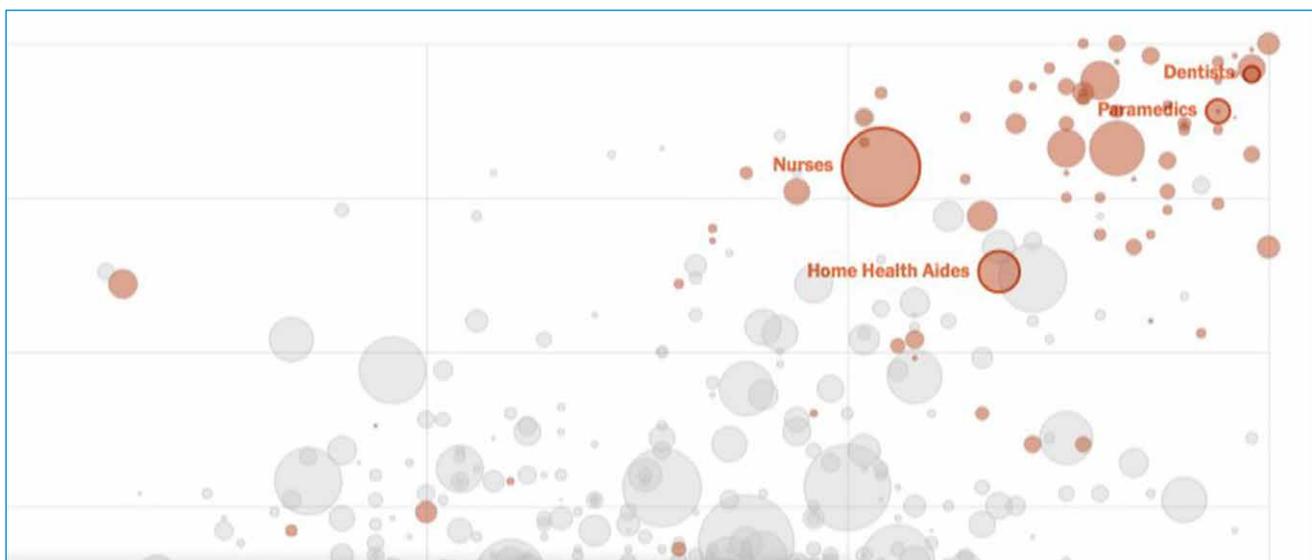


Figura 1. Mapa de exposición a la enfermedad y proximidad con otras personas. (New York Times)⁴

El propósito de este estudio ha sido analizar a través de una encuesta en redes sociales la actitud y forma de trabajar del odontopediatra, cuando se permita el tratamiento en la clínica dental después del periodo de confinamiento por el COVID-19, previas a los nuevos protocolos que se instauren desde los organismos oficiales.

MATERIAL Y MÉTODO

Para realizar el estudio descriptivo transversal se ha llevado a cabo una encuesta online destinada a los odontopediatras y odontólogos generales que quisieran participar, a través de un enlace en la aplicación de mensajería *WhatsApp*. El protocolo del estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética e Investigación de la Universidad Alfonso X El Sabio. La encuesta fue diseñada en el programa de Formularios de Google. Los datos se fueron recopilando durante la tercera semana de marzo de 2020, periodo de Estado de Alarma instaurado por el Gobierno de España. La cabecera y presentación de la Encuesta informaba lo siguiente:

ACTITUD DEL ODONTOPEDIATRIA EN LA CLÍNICA DENTAL ANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19:

"Estimados compañeros,

Se ha realizado este cuestionario para obtener información sobre la actuación de los profesionales en Odontopediatría, así como aquellos que traten a pacientes infantiles, en el momento que las autoridades pertinentes permitan volver a tratar en las consultas dentales. El objetivo es investigar si, tras la epidemia por COVID-19, cambiaremos nuestra forma de trabajar con un niño, en cuanto a medidas de protección, prevención, y manejo en la consulta tanto del niño como de los padres. Esta encuesta se ha realizado bajo el marco de la Universidad Alfonso X El Sabio, coordinado por el Título de Experto en Odontopediatría. La información que se recopile tendrá fines de investigación, siendo anónimo y confidencial cada cuestionario. Los datos serán tratados bajo la LOPD 3/2018. Por favor, lea atentamente las preguntas y responda según sus valores y forma de trabajar, de la manera más sincera. Esta encuesta se completa en un tiempo aproximado que oscila entre los 6 y los 8 minutos. Le agradecemos su participación."

La encuesta informaba sobre la confidencialidad del estudio y constaba de varias preguntas obligatorias, en la que los participantes debían indicar en primer lugar si aceptaban participar o no en el estudio. En el cuestionario se identificaba el sexo del adulto, la edad y años de experiencia profesional. El total de las preguntas fue de 13, siendo 9 de ellas referentes al objetivo del estudio. Los datos fueron analizados mediante una Hoja de Cálculo de Google.

RESULTADOS

Se recogieron un total de 93 encuestas completamente respondidas que aceptaron participar en el estudio. El rango de edad de los odontólogos fue entre 24 y 50 años, teniendo el mayor porcentaje de participantes las edades de 31 (12,7%) y 32 (11,70%) años, con una edad media de 34,5 años. La participación de mujeres fue del 91,49% frente al 8,51% de hombres.

En cuanto al año de graduación se ha obtenido más participación de graduados en el año 2011 (14,89%), con

¿Utiliza instrumentos rotatorios para realizar cavidades en su práctica diaria?

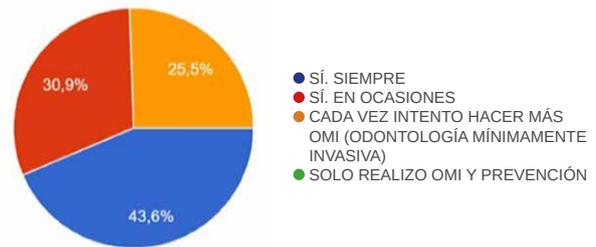


Figura 2. Uso de instrumentos rotatorios para realizar cavidades en la práctica diaria.

¿Cree que realizar tratamientos mínimamente invasivos son técnica alternativa de protección frente el COVID-19 en niños?



Figura 3. Porcentajes de respuesta frente a la pregunta de si "el encuestado cree que realizar tratamientos mínimamente invasivos son técnicas alternativas de protección frente al COVID-19 en niños".

¿Qué medidas de protección suele usar en su práctica diaria en consulta?



Figura 4. Pregunta sobre las medidas de protección habituales en la consulta dental de odontopediatría.

un rango entre 1992 y 2019, siendo de 12 años la media de experiencia de la población encuestada. El 93,6% de los encuestados tiene un título de Experto o Máster en Odontopediatría.

A la pregunta sobre cuántos pacientes infantiles atienden en un día de consulta dental, el 72,3% de los encuestados respondieron que atienden más de 10 pacientes.

Respecto a la pregunta sobre el uso de instrumentos rotatorios para realizar las cavidades en el paciente infantil, todos los encuestados señalaron que los utilizan, aunque se ve reflejado un porcentaje significativo (25,5%) que realizan cada vez más odontología mínimamente invasiva (Figura 2).

Se preguntó al encuestado si pensaba que realizar tratamientos mínimamente invasivos son técnicas alternativas de protección frente al COVID-19 en niños; el 72,8% respondió que sí lo cree y las realizará siempre que pueda. Un 18,5% respondió que solo las realizará hasta que el Colegio de Odontólogos recomiende las precauciones para evitar posibles contagios. El 7,6% respondió que no confiaba en las técnicas mínimamente invasivas (Figura 3).

En la siguiente pregunta se quería conocer cuáles son las medidas de protección rutinarias que se utilizan en pacientes infantiles. El 61,7% respondió como medidas de protección habituales los guantes, mascarilla y gafas de protección, aunque las gafas no son utilizadas en un 25% de los odontólogos encuestados (Figura 4).

Al preguntar en la encuesta si tras conocer las noticias publicadas en diversos medios sobre el COVID-19, los encuestados tomarían más precauciones al tratar con pacientes infantiles, el 62,1% respondió afirmativamente, sin embargo, el 23,4% recalzó con su respuesta que siempre toma precauciones con los pacientes infantiles (Figura 5).

Se preguntó si las nuevas medidas de actuación frente al COVID-19 en el gabinete dental eran adecuadas para tratar al paciente infantil, respondiendo el 45,2% que sí, pero adaptando a ellas el manejo de la conducta del niño. El 32,3% señaló que no eran adecuadas al tratamiento con pacientes infantiles, ya que a veces el odontopediatra necesita quitarse la mascarilla, mostrar la sonrisa y aplicar técnicas de control de voz para modificar la conducta de este (Figura 6).

Respecto a realizar radiografías en el paciente infantil, el 37,1% de los encuestados respondió que pedirá a los padres que tomen medidas al sujetar la placa antes y después de ello. El 28,2% optará por realizar radiografías panorámicas antes que radiografías periapicales intraorales. Sin embargo, el 23,6% contestó que no realizaría radiografías rutinarias cada 6 meses, y el 11,2% no realizaría radiografías por tener un criterio personal diagnóstico suficiente (Figura 7).

En cuanto a la pregunta sobre si el odontopediatra cree necesario informar a los pacientes que vinieran con menos acompañantes para evitar el riesgo de contagio, casi el 50% respondió afirmativamente; el 26,9% no dejaría que pasase ningún padre al gabinete, sin embargo, el 19,4% no será estricto con estas medidas recomendadas (Figura 8).

Por último, en la pregunta sobre cómo considera el encuestado que actuará cuando la pandemia del COVID-19 permita volver al trabajo en consulta con pacientes infan-

Cuando conociste la existencia del COVID-19. ¿tomaste más precauciones con los pacientes infantiles?



Figura 5. Diagrama de respuestas sobre la pregunta "Cuando conociste la existencia del COVID-19, ¿tomaste más precauciones con los pacientes infantiles?".

¿Cree que las nuevas medidas de actuación frente al covid-19 en el gabinete dental son adecuadas para tratar al paciente infantil?



Figura 6. Porcentajes de respuesta sobre la pregunta "¿Cree que las nuevas medidas de actuación frente al COVID-19 en el gabinete dental son adecuadas para tratar al paciente infantil?".

Respecto a las radiografías



Figura 7. Diagrama de porcentajes a la pregunta respecto a las radiografías en el paciente infantil.

tiles, el 39,1% afirman que espaciarán las citas para mantener las medidas higiénicas preventivas en el gabinete. El 37% aumentará las medidas de prevención pero durante 6 meses. Sin embargo, el 22% aumentará estas medidas solo cuando realice tratamientos que generen aerosoles (Figura 9).

DISCUSIÓN

La encuesta fue realizada y enviada en la primera semana del Estado de Alarma en España, fecha en la que todavía no existía un claro conocimiento de la situación ante la que se enfrentaba la población. Se dio un plazo de 1 semana únicamente, ya que los resultados podrían alterarse según se iban teniendo más detalles de la enfermedad a nivel de conocimiento.

La mayoría de la población encuestada resultó ser femenina, por ser la Odontopediatría una formación escogida preferentemente por mujeres, con evidente experiencia profesional, una media de 12 años de profesión dental; el 77,3% de ellos atienden diariamente más de 10 pacientes infantiles.



Figura 8. Resultados de la pregunta “¿Cree que es necesario informar a los pacientes a partir de ahora que vengan menos acompañantes a la consulta para evitar riesgo de contagio?”.

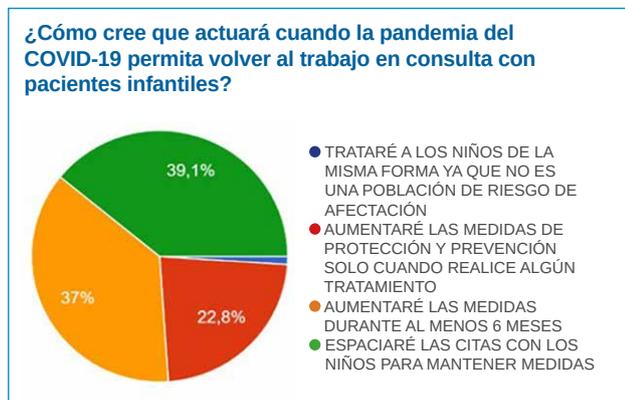


Figura 9. Diagrama de porcentajes de respuesta a la pregunta “¿cómo cree que actuará cuando la pandemia del COVID-19 permita volver al trabajo en consulta con pacientes infantiles?”.

El uso de instrumentos rotatorios ha sido fundamental en odontología para eliminar el tejido cariado, sin embargo, las técnicas de odontología de mínima intervención (OMI) se han venido utilizando en situaciones y lugares en los que había falta de recursos (electricidad, instrumental rotatorio...) y también en niños pequeños con un elevado nivel de ansiedad o muy poco colaboradores. Esta técnica también ha ido adquiriendo más auge con la aparición de nuevos materiales bioactivos como los cementos de vidrio ionómero. Entre los encuestados, el 25% cada vez utilizan más la OMI en su práctica habitual y casi un 73% utilizarán esta alternativa de tratamiento como protección frente al COVID-19. La no producción de aerosoles hace que sea una alternativa muy recomendada al uso de instrumentos rotatorios durante la pandemia¹⁹.

Comenzando con las preguntas de la encuesta que hacen referencia al periodo de Alarma instaurado en España desde el mes de marzo, y con vistas a la forma de trabajar previa y posterior a este periodo en el gabinete dental de Odontopediatría, en la siguiente pregunta se quiere conocer cuáles son las medidas de protección rutinarias que se aplican en pacientes infantiles. Hasta la fecha, los EPIS que se venían utilizando en la consulta dental estaban compuestos por mascarillas quirúrgicas, guantes y gafas de protección. Quedaban excluidos la ropa de trabajo, gorros y calzado, ya que el uso específico de estas barreras estaba confinado a la prevención de infecciones cruzadas en el caso de manipulación de agentes biológicos. El uso de estas medidas está regulado por la Ley 31/95 de prevención de riesgos laborales en el Real Decreto 1407/1992 y el Real Decreto 773/1997. Actualmente, nuestra actividad dentro del contexto de la COVID-19, ha hecho que se amplíen estos EPIS con ropa específica de trabajo y el uso añadido de gorros y calzas para prevenir infecciones cruzadas al tratar con un virus con una alta capacidad infectiva que puede estar presente en pacientes asintomáticos. Entre los encuestados, el 61% de ellos, ya utilizaban los EPIS que incluían guantes, gafas y mascarilla quirúrgica, sin embargo, un 25% prescinden habitualmente de las gafas de protección (un alto porcentaje teniendo en cuenta que hablamos de que se recomienda su uso como medida básica de protección)²⁰.

Tras el conocimiento de la existencia de la pandemia, un 61,7% de los encuestados reconoció que tomó más medidas de protección de las que tomaba de forma habitual. El manejo de la conducta de los pacientes pediátricos, utilizando todas estas medidas de protección puede verse alterado, puesto que dificultan la comunicación y la transmisión de emociones a través de los gestos desde el odontopediatra hacia el niño. De hecho, un 45% aproximadamente de los encuestados hacen referencia a que estas nuevas medidas de protección no son adecuadas en odontopediatría por el temor que pueden sentir los niños o

porque a veces es necesario quitar la mascarilla para aplicar técnicas de manejo de la conducta mediante el control de voz. Sin embargo, será necesario adaptarse a las nuevas circunstancias de trabajo dada la alta tasa de infección del SARS-CoV-2 y a la capacidad de infectar en periodos asintomáticos.

Al conocerse la situación de pandemia por COVID-19, solo el 5% discrepó con respecto a tomar más medidas de protección, ya que no disponía de información veraz ni suficiente sobre el mismo.

El Consejo General de Dentistas de España aconseja priorizar las radiografías extraorales frente a las intraorales como método complementario de diagnóstico, por el hecho de que hay menos riesgo de contaminación al tener menos contacto de saliva con la aparatología radiográfica de la técnica extraoral que con la intraoral. Entre los encuestados, casi el 30% realizarán, principalmente, ortopantomografías antes que radiografías periapicales, mientras que casi un 25% opta por no hacer ninguna placa radiográfica en al menos 6 meses hasta que el riesgo de contagio disminuya. Si bien es verdad que las técnicas extraorales no sustituyen a las intraorales en el diagnóstico de caries, más del 55% de los encuestados en total prescindirían de realizar radiografías intraorales²⁰.

Finalmente, en cuanto a la presencia de acompañantes, casi el 50% de los encuestados afirma que informará al paciente de que tienen que venir menos acompañantes con el menor y que solo dejará pasar a uno a la zona de trabajo. Las recomendaciones actuales de las autoridades competentes son que solo un adulto puede acompañar al paciente menor a la clínica dental. Se aconseja que no pase

a la zona clínica, pero a veces es necesaria esa presencia en el gabinete para controlar los niveles de ansiedad del niño. En estos casos, el adulto tiene que entrar con sistemas de protección (gorro, calzas y lavado de manos con gel hidroalcohólico) y quedarse a 2 metros de la zona de trabajo. Esto puede suponer un problema a la hora de tratar a los niños de más corta edad puesto que el contacto físico con su padre o madre puede ayudar a rebajar su nivel de estrés. Sin embargo, el 19,4% informará a los pacientes pero no será estricto con la decisión que tomen.

Por todo ello, en Odontopediatría se recomienda el abordaje de caries, preferiblemente seleccionando técnicas científicamente respaldadas que no generen aerosoles: uso de piezas de mano rotatorias de baja velocidad e irrigación por goteo, restauración atraumática, eliminación selectiva de dentina cariada, aplicación de diamino fluoruro de plata, sellado de lesiones cariosas, técnica de Hall, uso del dique de goma para procedimientos operatorios o endodónticos, siempre que sea posible, utilizar aspiradores de alta potencia quirúrgicos, mantener trabajo a 4 manos, en la medida de lo posible entre ellas^{19,21}. El paciente debe ser capaz de colaborar con el tratamiento que se realiza. Para ello hay que utilizar las estrategias de adaptación del niño a la consulta. En casos de pacientes que no tengan habilidad para colaborar con el tratamiento, derivar para atención bajo sedación o anestesia general.

Los resultados expresados en este trabajo representan las opiniones de los autores y encuestados no sustituyen el juicio clínico del profesional. Cualquier información incluida puede variar y actualizarse según las investigaciones al respecto avancen y se actualicen.



BIBLIOGRAFÍA

1. Li ZY, Meng LY. The prevention and control of a new coronavirus infection in department of stomatology. *Chin J Stomatol* 2020;55(0):E001.
2. Phelan AL, Katz R, Gostin LO. The novel coronavirus originating in Wuhan, China: Challenges for global health governance. *JAMA* 2020;323(8):709-10.
3. Mahase E. 2020. China coronavirus: WHO declares international emergency as death toll exceeds 200. *BMJ*. 368:m408.
4. Gamio L. The workers who face the greatest coronavirus risk. *New York Post* 2020; March 15. Disponible: <https://www.nytimes.com/interactive/2020/03/15/business/economy/coronavirus-worker-risk.html>. Consultado 2-abril-2020.
5. Xu H, Zhong L, Deng J et al. High expression of ACE2 receptor of 2019-nCoV on the epithelial cells of oral mucosa. *Int J Oral Sci*. 2020 Feb 24;12(1):8.
6. Lu CW, Liu XF, Jia ZF. 2019-nCoV transmission through the ocular surface must not be ignored. *Lancet*. 2020;395(10224):e39.
7. World Health Organization. 2020a. Clinical management of severe acute respiratory infection when novel coronavirus (2019-nCoV) infection is suspected: interim guidance [accessed 2020 Feb 17]. [https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected](https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected).
8. Chan JF, Yuan S, Kok KH, To KK, et al. A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: A study of a family cluster. *Lancet*. 2020;395(10223):514-23.
9. Cheng ZJ, Shan J. 2019 Novel coronavirus: where we are and what we know. *Infection*. 2020 Feb 18. doi: 10.1007/s15010-020-01401-y.
10. To KK, Tsang OT, Chik-Yan Yip C et al. Consistent detection of 2019 novel coronavirus in saliva. *Clin Infect Dis*. 2020 Feb 12. pii: ciaa149. doi: 10.1093/cid/ciaa149.
11. Meng L, Hua F, Bian Z. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): Emerging and future challenges for dental and oral medicine. *J Dent Res*. 2020;22034520914246. doi:10.1177/0022034520914246.
12. Yan Y, Chen H, Chen L, et al. Consensus of Chinese experts on protection of skin and mucous membrane barrier for health-care workers fighting against coronavirus disease 2019. *Dermatol Ther*. 2020 Mar 13:e13310. doi: 10.1111/dth.13310.
13. Peng X, Xu X, Li Y, Cheng L, Zhou X, Ren B. Transmission routes of 2019-nCoV and controls in dental practice. *Int J Oral Sci*. 2020;12(1):9. doi:10.1038/s41368-020-0075-9.
14. Mallineni, S., Innes, N., Raggio, D., Araujo, M., Robertson, M. and Jayaraman, J. Coronavirus Disease (COVID-19): Characteristics in children and considerations for dentists providing their care. *Int J Paediatr Dent*. 2020. Accepted Author Manuscript. doi:10.1111/ipd.12653.
15. Eggers M, Koburger-Janssen T, Eickmann M, Zorn J. In vitro bactericidal and virucidal efficacy of povidone-iodine gargle/mouthwash against respiratory and oral tract pathogens. *Infect Dis Ther*. 2018;7:249-59.
16. Marui VC, Souto MLS, Rovai ES, Romito GA, Chambrone L, Pannuti CM. Efficacy of preprocedural mouthrinses in the reduction of microorganisms in aerosol: A systematic review. *J Am Dent Assoc*. 2019;150(12):1015-1026.
17. Sabino-Silva R, Jardim ACG, Siqueira WL. Coronavirus COVID-19 Impacts to dentistry and potential salivary diagnosis. *Clin Oral Investig*. 2020 Feb 20. doi:10.1007/s00784-020-03248-x.
18. Selleck EM, Gilmore MS. Oxygen as a virulence determinant in polymicrobial infections. *mBio*. 2016;7:e01249-16.
19. Dorri M, Martinez-Zapata MJ, Walsh T, Marinho VC, Sheiham A, Zaror C. Atraumatic restorative treatment versus conventional restorative treatment for managing dental caries. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Dec 28;12:CD008072. doi: 10.1002/14651858.CD008072.
20. Plan de acción dental para el período post-epidémico Covid-19. Consejo General de Dentistas. <https://www.consejodentistas.es/comunicacion/actualidad-consejo/notas-de-prensa-consejo/item/1783-plan-estrategico-de-accion-para-clinicas-dentales-durante-el-periodo-de-desescalada.html>.
21. Al-Halabi M, Salami A, Alnuaimi E, Kowash M, Hussein I. Assessment of paediatric dental guidelines and caries management alternatives in the post COVID-19 period. A critical review and clinical recommendations [published online ahead of print, 2020 Jun 16]. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2020;1-14. doi:10.1007/s40368-020-00547-5.