



PROTOCOLO ATENCIÓN ODONTOLÓGICO

POST COVID19

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Aislamiento: Separación de los demás de personas enfermas o contaminadas o de equipajes, contenedores, medios de transporte, mercancías, paquetes postales afectados, con objeto de prevenir la propagación de una infección y/o contaminación. (OMS, Reglamento Sanitario Internacional, 2005. Disponible en: http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/02/RSI_2005_version_2016.pdf)

Covid-19: Es el nombre de la enfermedad causada por el virus SARS-Cov-2 (SARS corresponde a la sigla del síndrome respiratorio agudo en inglés seguido por Cov 2 que es el agente etiológico)

Cuarentena: significa la restricción de las actividades y/o la separación de los demás de personas que no están enfermas, pero respecto de las cuales se tienen sospechas, o de equipajes, contenedores, medios de transporte o mercancías sospechosos, de forma tal que se prevenga la posible propagación de la infección o contaminación (RSI, 2005)(1)

Desinfección: significa el procedimiento mediante el cual se adoptan medidas sanitarias para controlar o eliminar agentes infecciosos presentes en la superficie de un cuerpo humano o animal o en equipajes, cargas, contenedores, medios de transporte, mercancías o paquetes postales mediante su exposición directa a agentes químicos o físicos.

EPP.- elementos de protección personal.

Pandemia: Se llama así a la propagación a gran velocidad y a escala mundial de una enfermedad.

Tasa de mortalidad: Número de personas que mueren por una causa en relación al total de la población. Generalmente se expresa en número de casos por cada cien mil habitantes.

Vacuna: Sustancia compuesta por microorganismos atenuados o muertos que se introducen para estimular la formación de anticuerpos y conseguir inmunidad frente a ciertas enfermedades. Hasta la fecha no existe vacuna ni medicamento específico para COVID-19.

VECTOR: significa todo insecto u otro animal que normalmente sea portador de un agente infeccioso que constituya un riesgo para la salud pública;

INTRODUCCIÓN. -

La pandemia originada por el virus SARSCoV-2 o β -coronavirus (2019-nCoV), comenzó en Wuhan, China, a fines del año 2019 y por su rápida expansión se ha convertido en un grave problema de salud pública no solo para China sino también para el resto del mundo (1). El agente etiológico presenta una alta transmisibilidad a nivel mundial, lo cual ha conllevado al aislamiento de la gente en sus hogares ante la posibilidad de contagio. Existen casos recientes de epidemias, la mayoría originarias del Asia (2), sin embargo, ninguna ha presentado el nivel de contagio de la actual infección. La OMS ya ha alertado anteriormente que la falta de conciencia entre los trabajadores de la salud y el público en general, junto con procedimientos inadecuados de prevención y control, pueden provocar brotes basados en infección nosocomial. (3).

Eggers y cols. (2015), destacaron cinco factores principales que contribuían a la propagación del MERS-CoV; hoy perfectamente aplicables a la pandemia por SARS-CoV-2(4):

- 1) Poca conciencia entre los trabajadores de la salud y el público en general.
- 2) Inadecuadas medidas de prevención y control de infecciones en hospitales.
- 3) Salas de emergencia abarrotadas y salas de hospital con camas múltiples.
- 4) Pacientes que buscan atención en múltiples hospitales.
- 5) Acompañantes alojados con pacientes infectados en habitaciones de hospital.

El virus SARS-CoV-2 desafortunadamente se ha extendido a nivel mundial resultando en la pandemia 2019–2020, según lo declarado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como Emergencia de Salud Pública de Preocupación Internacional (PHEIC)(5)

La situación registrada por el contagio en varios países, tales como China, Corea, Italia y España, entre otros, demuestra que hay un considerable número de médicos y personal sanitario que se han contagiado y algunos de ellos han fallecido (5), lo cual ha motivado a que las autoridades correspondientes han emitido en forma urgente indicaciones y recomendaciones para el manejo de los pacientes infectados. (6).

El personal que se dedica a la práctica dental se expone a un gran riesgo de contagio por Covid-19. Recientemente, 15 de marzo de 2020, el New York Times publicó un artículo donde se indica que los odontólogos son los trabajadores más expuestos al riesgo de verse afectados por SARS-CoV-2, mucho más que enfermeras y médicos generales. (7,5)

Actualmente hay un dilema respecto al tratamiento odontológico, principalmente por el riesgo de atender pacientes asintomáticos, potenciales transmisores de la enfermedad. Por una parte, los procedimientos odontológicos aumentan el riesgo de infección cruzada; mientras que, por otra parte, el bienestar de los pacientes se ve comprometido si no se administra el tratamiento y se podría considerar esto como una falta a la ética. En razón de lo anterior, es necesario modificar el enfoque de los tratamientos planificados y por consiguiente la actividad clínica debe cambiar para minimizar los procedimientos que pudieran significar contagios, como por ejemplo generación de aerosoles, los cuales deben darse dentro de un ambiente de prevención y control y, según algunas autoridades, tener en cuenta un enfoque para los casos de convalecencia de cohortes durante hasta 3 semanas desde el inicio de la enfermedad. (8, 9)

Actualmente, aún se desconocen varios aspectos de COVID-19 y su mecanismo de propagación; sin embargo, la evidencia científica ha demostrado que principalmente existe transmisión de persona a persona como ha ocurrido entre contactos cercanos desde mediados de diciembre de 2019 (9). De acuerdo con los estudios, se indica que este virus es de un comportamiento más infeccioso que SARS-CoV y MERS-CoV12. Típicamente, los virus respiratorios son más contagiosos cuando un paciente es sintomático. Sin embargo, hay pruebas que sugieren que la transmisión ocurre durante el período de incubación asintomática. (11, 12).

Es claro, en relación a los estudios que las formas de transmisión más comunes del nuevo coronavirus incluyen transmisión directa (tos, estornudos e inhalación de gotitas) y transmisión por contacto (con las membranas mucosas orales, nasales y oculares) (13). Para el COVID-19, existe la posibilidad de autoinoculación, por lo cual las manos se consideran como un vector y están implicadas en la transmisión de infecciones respiratorias. Es muy frecuente tocarse la cara con las manos, por lo tanto, el riesgo de autoinoculación se debe tomar seriamente en cuenta. (14).

Según algunos estudios, se ha sugerido que aerosoles pueden transmitir el virus, como asimismo las gotas de saliva por personas que estornudan o tosen, considerando que el tamaño de partícula es generalmente de 1 a 5 mm y se

propagan en un espacio de aproximadamente 1 a 2 m desde la fuente de infección; sin embargo, el aerosol puede viajar decenas de metros o más (8). Otras investigaciones ya han demostrado que los aerosoles están involucrados en la propagación del SARS, MERS, H1N1 y algunas otras enfermedades, sobretodo en lugares cerrados (2,15), esto es motivo de intensa investigación. Según el artículo publicado por Wang, dado que los aerosoles pueden propagar SARS-CoV-2, la prevención y el control serán mucho más difíciles. (16)

Por lo tanto, en relación a la atención Odontológica, principalmente debido a la aparición del COVID-19, es necesario modificar la forma en que se realiza la misma, considerando tanto los aspectos administrativos como los correspondientes a la atención propiamente tal. Es claro que el riesgo de infección de SARS-CoV-2 se da invariablemente en la atención odontológica y su entorno gracias a la especificidad de los procedimientos como ser cercanía a los pacientes, uso de turbinas, ultrasonido, exposición a saliva, sangre u otros fluidos, manejo de instrumentos afilados o cortopunzantes, y también en la toma de radiografías, en especial intraorales. (13, 20)

Hay que considerar que las gotas más pequeñas de 10 um o menos- o los residuos de partículas pequeñas de las gotas evaporadas, generalmente se transportan por el aire y permanecen durante un período prolongado y pueden asentarse en las áreas circundantes en la clínica. (8)

Dado los conocimientos actuales, se puede concluir (17):

- La saliva ha sido confirmada como vía más frecuente de transmisión del virus en humanos.
- El virus se adhiere a la mucosa nasofaríngea donde existen receptores y comienza a replicarse de manera abrupta y progresiva en el tracto respiratorio superior en la fase de asintomático, de manera que se puede esparcir por el aire aún no presentando síntomas a diferencia de otros coronavirus beta como SARS cov 1 y MERS.
- Los odontólogos y personal de colaboración están altamente expuestos a los aerosoles generados en la cavidad bucal de los pacientes.
- Muchos procedimientos odontológicos tienen el potencial de causar aerosoles .(uso de turbina, jeringa triple, ultrasonido, etc)
- Todas las personas que conforman el equipo odontológico pueden infectarse por transmisión directa o indirecta, al tocar con la mano superficies contaminadas (fómites) y llevársela después a la cara, mucosa nasal, oral u ocular.
- Se debe tener en cuenta que la distancia de trabajo en odontología es muy reducida (menos de 1 metro), por lo que no podría mantenerse la “distancia física” recomendada por las autoridades (1,8 mt.).

- La distancia social ha sido hasta ahora una de las medidas más efectivas para la prevención del contagio.

PROCEDIMIENTOS DE ATENCIÓN. -

En relación con los argumentos planteados, se elabora el siguiente protocolo para la atención odontológica de pacientes que acuden a tratamiento, considerando la normativa nacional emanada por Autoridad Sanitaria del país, orientaciones, reglamentos y recomendaciones del Ministerio de Salud (MINSAL), Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (SEREMIS), Directores de Servicio de salud y Jefaturas de servicios(18, 19, 20, 21):

- Previo a concertar la cita, ya sea de urgencia o tratamiento normal, se sugiere realizar el siguiente cuestionario (triage telefónico)(18):
 - a) ¿Tiene fiebre o ha tenido en los últimos 14 días?
 - b) ¿Ha tenido problemas respiratorios (incluyendo tos y dificultad respiratoria) en los últimos 14 días?
 - c) ¿Ha tenido dolor de garganta en los últimos 14 días?
 - d) ¿Ha estado en contacto con alguna persona con los síntomas anteriormente descritos? O con cuadro respiratorio agudo?
 - e) ¿Ha estado en contacto con alguna persona con confirmación de coronavirus?
 - f) ¿A qué se dedica? ¿Trabaja en un residencia de mayores? Hospital? Identificar posible trabajo de riesgo.

Independiente de la respuesta, ya sea si es asintomático o sintomático, se procede a planificar la atención odontológica y dado que es imposible tener certeza del estado del paciente respecto de COVID-19, se debe implementar el uso de EPP sugeridos, tanto para el odontólogo como para el personal, el paciente y cumplir con las medidas a continuación enunciadas.

I.- PACIENTES, PERSONAL RECEPCIÓN, SALA DE ESPERA Y BAÑOS. –

1.- PACIENTE. –

En este apartado se especifican las condiciones que debe cumplir el paciente al llegar a la consulta, tomando en consideración lo expuesto en párrafo anterior.

Información disponible para el paciente, y educación para correctas medidas de seguridad:

- Las consultas solo se realizarán con cita previa.
- Cumplir el horario estipulado de la cita, para así evitar aglomeración de pacientes en la clínica, de manera contraria, no podrá ser atendido.
- No acudir acompañado salvo que sea menor de edad, adulto mayor o paciente con dificultades motoras o cognitivas, en este caso con un único tutor.
- Acudir con mascarilla y no retirarla hasta que se le indique en el interior del box de atención.
- Lavarse las manos con agua y jabón 40 segundos en el lavamanos del baño de la clínica o limpiarse las manos con solución hidroalcohólica, alcohol gel, al llegar.
- Mantener, al menos, 1 metro de distancia con toda persona que se encuentre en la entrada o dentro de la clínica.
- En caso de urgencia, llamar previamente para ubicar un horario que evite aglomeraciones.
- Previo a ingresar al área clínica, colocar bata desechable, **gorro y cubre calzado.(REVISAR EVIDENCIA Y RECOMENDACIONES)(3)**

Es recomendable enviar previamente a los pacientes la información pertinente respecto del procedimiento, tanto para solicitar cita como para cuando asista a atención.

2.- RECEPCIÓN. –

a) Personal:

- Al llegar a la clínica, se debe realizar un chequeo de la temperatura con termómetro.
- Cambiar su vestimenta normal o domiciliaria, por ropa clínica, incluye también a asistentes y Odontólogos.
- No se debe circular fuera del recinto clínico con vestimenta clínica.
- El mesón de recepción debe tener una barrera acrílica o vidrio de seguridad entre el paciente y el personal de recepción.
- Protección ocular ajustada de montura integral o protección facial completa (pantalla).
- Uso de mascarilla quirúrgica.
- Gorro (todo el cabello debe estar cubierto y bien recogido).

- En el mesón de recepción debe haber un dispensador de alcohol gel para limpieza frecuente de manos.
- Limpiar / desinfectar el mostrador, escritorio y elementos de trabajo después de atender a cada paciente con desinfectante de superficies, puede ser amonio cuaternario, hipoclorito al 0,1% (Diluir 4 cucharaditas de hipoclorito de sodio al 5% en 1 litro de agua).
- Dotar al personal del equipo de protección personal necesario (EPP)
- Destinar: un bolígrafo a cada trabajador, y uno de uso exclusivo para los pacientes (que se debe desinfectar después de cada uso, con el mismo spray desinfectante). Se han hecho estudios que revelan la transición del virus a través de los bolígrafos. Los bolígrafos deben ser de uso personal, lo que permitiría reducir el riesgo de contagio.
- Desinfectar los soportes utilizados para firmar documentación.
- Procurar no tomar la tarjeta bancaria del paciente. En el caso de hacerlo lavarse las manos con jabón o solución hidroalcohólica durante 30 segundos.
- Si se manipulan billetes o monedas, deben lavar las manos con jabón o solución hidroalcohólica durante al menos 30 segundos.
- Se debe limpiar el auricular del teléfono siempre que haya un cambio de personal en recepción o que lo utilice otra persona.
- Montar una pantalla de acrílico y colocar una cinta de contención para que los pacientes no se acerquen al mostrador más de lo estrictamente necesario.

b) Pacientes:

- Se debe poner un cartel informativo en la recepción con las indicaciones para los pacientes.
- Antes de la atención, se debe realizar un chequeo de la temperatura con termómetro sin contacto en los pacientes y de todos los miembros del equipo odontológico. Si los acompañantes de los pacientes, por ejemplo, padres de niños y niñas, ingresan a las salas de espera o salas de procedimiento, deben hacerlo con mascarillas y se debe controlar la temperatura de ellos. Permitir como máximo un acompañante.
- Indicar a los pacientes que ingresen en la clínica, para se hagan el lavado de manos de 40 segundos antes de sentarse en la sala de espera o el uso del gel hidroalcohólico. (si fuera un menor de edad también a su tutor legal).
- El paciente debe procurar realizar su higiene oral antes de llegar al establecimiento de salud para así evitar el uso del baño.

- En todo momento evitar que ingrese a la consulta más de una persona a la vez. Que no se llene la recepción ni la sala de espera. Dejar entrar a los pacientes de uno en uno a la consulta.

3.- RECOMENDACIONES SALA DE ESPERA. –

- Dejar fuera de servicio el dispensador de agua. Es más fácil evitar su uso que estar pendiente de mantenerla desinfectada constantemente. Que la fuente de agua no se convierta en una fuente de contagio.
- Mantener limpias y desinfectadas, con spray desinfectante tipo amonio cuaternario, hipoclorito al 0,1% o alcohol de 70º, las superficies que se tocan frecuentemente como:
 - a) Pomos y tiradores de las puertas
 - b) Sillas o sillones de la sala de espera
 - c) Pasamanos de la escalera
- Distribuir las sillas o sillones de modo que sí coinciden pacientes en la sala de espera estén a 2 metros de distancia. Reubicar, sí es posible, el mobiliario de la clínica para mantener la distancia de seguridad. Colocar letreros y/o señaléticas que lo ilustren.
- Retirar de la sala de espera todas las revistas, los muebles o accesorios como mesitas, cafeteras, floreros, juguetes, etc. Es vital facilitar y agilizar la desinfección de la sala de espera y que haya el mínimo de cosas posibles a manipular.
- Si no se dispone de espacio, procurar en todo momento que no haya más de una persona en la sala de espera. Es mejor que los pacientes esperen fuera de la clínica para respetar las distancias mínimas de seguridad y evitar el contagio.
- Indicar a los pacientes con exactitud dónde se deben sentar a esperar para mantener en todo momento la distancia de seguridad.

4.- BAÑOS. -

- Asegurarse que siempre haya jabón y papel para secar las manos.
- Retirar todos los elementos decorativos o innecesarios para facilitar la limpieza y desinfección.
- Si la clínica dispone de más de un baño, se deben desinfectar constantemente.
- Hacer un cuadrante impreso, visible para todos, con: fecha y horario de desinfección en la que firme el responsable. Esto nos permite saber quién es

la última persona que lo limpió y a qué hora, además de asegurar el cumplimiento de las medidas de higiene.

- Utilizar hipoclorito al 0,1% con un difusor de spray y aplicarlo sobre las llaves, dispensador de jabón, taza e inodoro, pomos de la puerta, etc. Dejarlo actuar 10 minutos, luego secarlo con papel.(4)

II.- ÁREA CLINICA. –

- ***Es vital re-organizar el box.***
- Previo a cada cita, definir si esta atención producirá aerosoles o no, de ello dependerá las medidas a adoptar.
- **AEROSOLE:**
- Al generarse aerosoles en la gran mayoría de tratamientos odontológicos, todo el material y equipos que se encuentran en la encimera, estanterías, carros, etc. que no están guardados van a ser contaminados.
- Planificar cada atención, disponiendo sólo lo necesario en las cubiertas de los muebles y organizado de manera eficiente con protocolo de ejecución, tanto por personal auxiliar como odontólogo.
- Se deberá desinfectar absolutamente todas las superficies y equipos con solución alcohólica al 70%–u otro desinfectante como ácido hipocloroso o amonio cuaternario.
- Evitar abrir y cerrar cajones o armarios con los guantes contaminados.
- La planificación y organización limita el riesgo de contagio. También facilitará la limpieza y desinfección posterior al tratamiento.
- Dejar un espacio de tiempo de al menos 20 minutos entre pacientes para desinfección y limpieza.
- Limpiar piso con solución de hipoclorito al 0,1%.
- Deben estar desinfectados todos los equipos y superficies.
- Cubrir con papel film pantalla del computador, teclado, lámpara de polimerizar, cámara de fotos, etc. Estos elementos también deben ser desinfectados.
- Con el fin de poder mantener una correcta desinfección del box sin dañar equipos sensibles a productos químicos corrosivos. Si se han de tomar fotografías, conviene mover la cámara fuera del box una vez se haya terminado de utilizar.
- Considerar la aspiración de hipoclorito de mayor concentración por el eyector de saliva y/o hemosuctor, seguido por agua para evitar la regurgitación de hipoclorito.
- **SIN AEROSOLE:**

- Planificar cada atención, disponiendo solo lo necesario en las cubiertas de los muebles y organizado de manera eficiente con protocolo de ejecución, tanto por personal auxiliar como odontólogo.
- Espacio entre pacientes podría reducirse, cautelando lo suficiente para limpieza y desinfección.

III.- Odontólogos y asistentes dentales. –

Dependiendo del estado o fase del virus y en general a futuro, se aplicarán los siguientes pasos:

- Deben hacer uso sistemático de Equipos de Protección Individual Reforzado (EPIR), en especial al realizar acciones clínicas que produzcan aerosoles:
 - Protección ocular ajustada de montura o protección facial completa (pantalla), mascarilla quirúrgica, N95 o superior.
 - Guante de procedimiento o doble guante (el segundo con el puño largo).
 - Delantales de manga larga impermeable (si la bata no es impermeable y se prevé que se produzcan salpicaduras de sangre o fluidos, se debe añadir el delantal plástico).
 - Gorros desechables.
 - Zapatos impermeables o cubre calzado.
- ***Equipos de aspiración de aerosoles, además de los eyectores.***
- ***Utilizar aspiración doble en todas las intervenciones para reducir los aerosoles. Utilizar abre bocas con sistema de aspiración de aerosoles.***
- No tocarse los ojos, nariz o boca sin antes lavarse las manos.
- Se debe de cambiar el EPIR entre cada paciente.
- Limpiar y desinfectar las manos y face shield entre cada paciente.
- Realizar la limpieza y desinfección del box con el EPIR.
- Colocar y retirar el EPIR siguiendo el protocolo. El mayor riesgo de contagio se produce al retirarlo.
- Desinfección de las impresiones, sumergiéndolas en hipoclorito al 1%, alginato 10 minutos y siliconas 15 minutos, luego embolsar.
- Utilizar turbinas con sistema antiretorno y elementos rotatorios estériles, al igual que las puntas de jeringa triple.
- Antes de comenzar, el paciente debe realizar un enjuague bucal durante 1 minuto con peróxido de hidrógeno al 1%. La clorhexidina no es eficaz frente al coronavirus.
- Siempre que sea viable, usar el aislamiento absoluto con dique de goma (reduce concentración de virus en aerosoles un 70%).
- Usar instrumental rotatorio con válvula anti retorno. Recordar que contraángulo genera menos aerosol que la turbina.

- Aire acondicionado apagado, o con sistema de filtro incorporado HEPA o sistema de luz uv-c en los serpentines.
- Trabajar siempre con la puerta cerrada del box. Sistema de presión negativa o ventana para ventilar.

RADIOGRAFÍAS. –

Con el propósito de disminuir riesgos de contagio se recomienda en etapa de urgencia, se recomienda radiografías extraorales, panorámicas o tomografías computarizadas de haz cónico (20,21). En casos que sea clínicamente justificado la información requerida obtenida por medio de técnicas imagenológicas intraorales, cuya indicación se procurará reducir al mínimo, en tanto son consideradas potencialmente generadoras de aerosol, dado que hay una probabilidad significativa de estimular la generación de tos o náuseas.

Para favorecer el cuidado del paciente y minimizar el riesgo de contagio, se recomienda:

- Antes de la realización de cualquier procedimiento imagenológico, el paciente debe lavar sus manos con agua y jabón durante 30 segundos o higienizar sus manos con alcohol gel.
- El paciente debe realizar un enjuague con peróxido de hidrógeno al 1% durante 30 segundos.
- Antes de efectuar cualquier procedimiento imagenológico extraoral, se debe proteger el equipo con fundas plásticas desechables en las zonas donde el paciente deba morder y/o apoyarse.
- Se debe disponer de fundas plásticas para cubrir los paquetillos que contienen las películas análogas o para los sensores intraorales digitales. En su defecto, se procurará el sistema de desinfección correspondiente para higienizar dichos dispositivos luego de retirados de la boca.
- Finalizada la toma de exámenes, se debe desechar los protectores plásticos que cubren los equipos. Esta tarea, de ser posible, debe ser desempeñada por el propio paciente o su apoderado el que luego lavará sus manos.
- Pulverizar hipoclorito al 0,1% en el cubo de la basura para descontaminar los residuos.
- Realizar la desinfección de todas las superficies de contacto del equipamiento con la cabeza, frente, boca, mentón, manos, y otras partes de la cara del paciente.
- Desinfectar el delantal plomado y cualquier otro elemento de protección radiológica utilizado durante la técnica efectuada.
- Desinfectar bandeja, mueble o soporte donde se coloquen objetos personales del paciente como percheros, colgadores u otros.

- Limpiar el suelo con solución de hipoclorito al 0,1% después de cada paciente. Se debe desinfectar y limpiar con el EPIR puesto. No retirarlo hasta haber descontaminado absolutamente todo.

CONCLUSIÓN. –

Tomando en cuenta lo expuesto, indudablemente que hay un antes y un después de la aparición de este virus, todas las medidas sugeridas en este protocolo apuntan a disminuir los riesgos de contagio para el personal odontológico y los pacientes.

Cada una de las acciones indicadas en este protocolo deben tener asignadas personas responsables de su ejecución y supervisión

BIBLIOGRAFÍA. -

- (1) https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/03/2020.03.13_INDICACIONES-EN-CUARENTENA.pdf
 - (2) <https://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/tablaspreparacionpandemia.pdf>
 - (3) <http://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2020/03/recomendaciones-EPP-2.pdf>
 - (4) Kampf, G., Todt, D., Pfaender, S., & Steinmann, E. (2020). Persistence of coronaviruses on inanimate surfaces and its inactivation with biocidal agents. *Journal of Hospital Infection*.
1. Phelan AL, Katz R, Gostin LO. The Novel Coronavirus Originating in Wuhan, China Challenges for Global Health Governance. *JAMA*. 2020 Jan; 323(8): p. 709-710. DOI: 10.1001/ jama.2020.1097. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2760500>
 2. Yu ITS, Li, Wong TW, Tam W, Chan AT, Lee J, et al. Evidence of Airborne Transmission of the Severe Acute Respiratory Syndrome Virus. *N Engl J Med*. 2004 April 22; 350(1): p. 1731-1739. DOI: 10.1056/NEJMoa032867. Available from: [https:// www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15102999](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15102999)
 3. WHO. Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV) Summary of Current Situation, Literature Update and Risk Assessment. Ginebra, Suiza: World Health Organization; 2015. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/179184>

4. Eggers M, Eickmann M, Zorn. Rapid and Effective Virucidal Activity of Povidone-Iodine Products Against Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus (MERS-CoV) and Modified Vaccinia Virus Ankara (MVA). *Infect Dis Ther.* 2015 Dec; 4(4): p. 491–501. DOI: 10.1007/s40121-0150091-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26416214>
5. Spagnuolo, De Vito, Rengo S, Tatullo M. COVID-19 Outbreak: An Overview on Dentistry. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2020 Mar; 17(6): p. 1-3. DOI: 10.3390/ijerph17062094. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32235685>
6. WHO. Clinical management of severe acute respiratory infection when COVID-19 is suspected. Ginebra, Suiza; 2020a. Available from: [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)
7. Gamio L. The Workers Who Face the Greatest Coronavirus Risk. *The New York Times.* 2020 Marzo 15. Available from: <https://www.nytimes.com/interactive/2020/03/15/business/economy/coronavirus-worker-risk.html>
8. Li RWK, Leung KWC, Sun FCS, Samaranayake LP. Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) and the GDP. Part II: Implications for GDPs. *British Dental Journal.* 2004 Aug; 197(3): p. 130– 134. DOI: 10.1038/sj.bdj.4811522. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7091810/>
9. M. F. Bustamante Andrade; J. Herrera M.; R. Ferreira A. & D. Riquelme S., Contaminación Bacteriana Generada por Aerosoles en Ambiente Odontológico, *Int. J. Odontostomat.* vol.8 no.1 Temuco abr. 2014.
10. Li Q, Cols. Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus–Infected Pneumonia. *N Engl J Med.* 2020 Mar; 382(1): p. 1199207. DOI: 10.1056/NEJMoa2001316. Available from: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2001316>
11. Lai CC, Cols.. Asymptomatic carrier state, acute respiratory disease, and pneumonia due to severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2): Facts and myths. *Journal of Microbiology, Immunology and Infection.* 2020 Mar; p. 1-9. DOI: 10.1016/j.jmii.2020.02.012. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32173241>
12. CDC. How COVID-19 Spreads. Atlanta, Georgia, Estados Unidos: Centers for Disease Control and Prevention; 2020. Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/prevention.html>
13. Peng, Xu, Li, Cheng, Zhou, Ren B. Transmission routes of 2019-nCoV and controls in dental practice. *International Journal of Oral Science.* 2020 Feb; 12(9).

DOI: 10.1038/S41368-020-0075-9. Available from:
<https://www.nature.com/articles/s41368-020-0075-9>

14. Kwok JLA, Galt J, McLaws ML. Face touching: A frequent habit that has implications for hand hygiene. *American Journal of Infection Control*. 2015 Feb; 43(2): p. 112-4. DOI: 10.1016/j.ajic.2014.10.015. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25637115>

15. Sabino Silva R, Gomez A, Siqueira W. Coronavirus COVID-19 impacts to dentistry and potential. *Clinical Oral Investigations*. 2020 Feb; p. 1619-1621. DOI: 10.1007/s00784-020-03248-x. Available from:
<https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00784-020-03248-x>

16. Wang J, Du. COVID-19 may transmit through aerosol. *Irish Journal of Medical Science*. 2020 March; 1971. DOI: 10.1007/s11845-020-022182. Available from:
<https://link.springer.com/article/10.1007/s11845-020-02218-2>

17. SOCHISPO, Recomendaciones para la atención Odontológica, pandemia Coronavirus Covid-19, 2020.

18 falta ref triage telefónico.

19. Sociedad de Patología Oral y Máxilofacial, recomendaciones de atención clínica, Abril 2020.

20. ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE DENTISTAS DE ESPAÑA. (18 de Marzo de 2020). Recomendaciones de buenas prácticas para la atención de urgencia. Ilustre Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España.

21. Sociedad de Radiología Oral y Maxilo Facial de Chile, recomendaciones de atención clínica, abril 2020.

22. Amber A., Biraj P., Nikita B., Anibal D, and Kenneth M. Coronavirus disease19(COVID-19): Implications for Clinical Dental Care, *JOE* Volume -, Number -, - 2020, article in press.

23. Sociedad de Prótesis y Rehabilitación Oral de Chile. “**Comunicado respecto de fase 4 de COVID-19 en el país” 18 DE MARZO 2020.**
<http://rehabilitacionoral.cl/web/2020/04/15/comunicado-sproch-15-de-abril-2020/>