



Recomendaciones para la atención odontológica en situación de pandemia y pospandemia por SARS-COV-2

Recommendations for dental care in a situation of SARS-COV-2 pandemic and post-pandemic

¹Allende Posse M, ¹Arévalo P, ¹Bojanich A, ²Bono A, ¹Busleimán F, ¹Castillo B, ¹Castillo G, ¹Castillo MC; ²Ermoli J, ¹Flores N, ¹Gigena P, ¹Girardi M, ¹Gutvay A, ¹Herrera A, ¹Huespe Rico V, ¹Irazuzta ML; ¹Martínez D; ³Moriconi, E; ¹Pereyra ME, ¹Priotto E, ³Raya Tonetti G, ¹Rezzónico MS, ¹Scatena G, ¹Vera M, ¹Zorrilla I

¹Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Odontología. Equipo de Investigación en Higiene y Bioseguridad y Centro de Bioseguridad

²Colegio Odontológico de la Provincia de Córdoba-Argentina

³Ministerio de Ciencia y Tecnología de Córdoba-Provincia de Córdoba-Argentina

Introducción

La Odontología es una de las cinco profesiones más expuestas a contraer COVID-19, debido a la exposición -durante las actividades clínicas- al contacto con sangre, saliva, aerosoles, manipulación de sustancias potencialmente nocivas. El conocimiento de los riesgos propios de su entorno tiene como objetivo último evitar que los odontólogos y las personas vinculadas a la práctica profesional provoquen -por desconocimiento, inobservancia o falta de apropiación de los saberes- contagios y/o impactos desfavorables para ellos y el ambiente. Al minimizar el riesgo y la posibilidad de infecciones cruzadas se evitarán mayores contagios, en el contexto actual, sin desatender las emergencias odontológicas.

Los datos epidemiológicos revelan que el COVID-19 es un nuevo coronavirus aparecido en noviembre/diciembre de 2019 en la ciudad de Wuhan, China. Según datos de la Organización Mundial de la Salud al 13 de abril de 2020, a nivel mundial existen 1.773.084 casos confirmados y 111.652 decesos. En la provincia de Córdoba, las ciudades con transmisión local del virus son actualmente Córdoba, Alta Gracia y Río Cuarto. El Área de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba relevó -al 14 de abril del 2020- 226 personas con diagnóstico positivo para COVID-19 (Informe Diario de Casos y Medidas). De las 226 personas con diagnóstico positivo, 38 (17%) se recuperaron (alta), 183 (81%) se encuentran en tratamiento y 5 (2%) fallecieron. En lugares (ciudades o zonas) donde el virus está propagando, el riesgo es más elevado por lo que se debe ser consciente de la situación, y aplicar las medidas de protección tendientes a enlentecer o detener el avance de los contagios.

En este contexto, y tal como lo expresa la Organización Panamericana de la Salud, *informar a la población acerca de los riesgos para la salud que puede representar COVID-19, así como las medidas que puede tomar para protegerse resultan clave para reducir las probabilidades de que las personas se infecten y para mitigar la propagación de la nueva enfermedad por el coronavirus 2019*. Por ello y por los riesgos específicos a los cuales la práctica odontológica puede verse confrontada,

el Ministerio de Ciencia y Tecnología (MinCyT) de la Provincia de Córdoba ha constituido, a partir de un trabajo presentado por la Dra. Alejandra Bono en la convocatoria denominada COVIDLab, un grupo de trabajo interinstitucional con el propósito de elaborar recomendaciones para los tratamientos odontológicos en el contexto de pandemia de COVID-19. Ese grupo interinstitucional está integrado por el presidente del Colegio Odontológico de la Provincia de Córdoba, por la Dra. Alejandra Bono y por el Centro de Bioseguridad y el equipo de Investigación en Bioseguridad (SECyT 05/J080) de la Facultad de Odontología de la UNC. La coordinación de este grupo ha sido responsabilidad del Centro de Bioseguridad y del Equipo de Investigación en Bioseguridad (SECyT 05/J080) de la mencionada Facultad que vienen trabajando en la profundización y actualización de esta temática desde el año 2004 y han sido los responsables de la elaboración de protocolos de prácticas bioseguras para docentes y estudiantes de primero a quinto año de la Carrera de Odontología de la UNC (aprobados por resoluciones del H.C. Directivo de esa Facultad). La coordinación general ha sido responsabilidad del Ministerio de Ciencia y Tecnología de la Provincia de Córdoba.

Recomendaciones para la atención clínica odontológica en pandemia de COVID 19 y pospandemia

Las recomendaciones que figuran en este documento puede que sean diferentes a las habituales por la situación excepcional de pandemia. No son exhaustivas y no sustituyen el criterio clínico del profesional. Sólo son recomendaciones temporales y susceptibles de evolucionar en función de la situación sanitaria.

Síntesis de las principales características del COVID-19

- El SARS-COV-2 es un nuevo coronavirus responsable del COVID-19, pertenece a la familia de los *Coronaviridae* y parece más

contagioso y letal que la gripe de estación (virus de influenza).

- El Período de incubación media es de 1 a 15 días; tener en cuenta que muchos pacientes son asintomáticos, o presentan sintomatología muy leve, esto es especialmente importante en niños desde el año y medio hasta los 17 años.
- La principal forma de propagación del virus es a través de las gotitas (gotitas de Flügge) respiratorias contaminadas, expelidas por alguien al toser o exhalar; también puede transmitirse indirectamente por contacto con una vía inerte contaminada por lo que es necesario una prevención de tipo *contacto* y de tipo *aerosoles*. Asimismo, la contaminación puede producirse por fómites contaminados y posterior contacto con boca, nariz, ojos.
- El riesgo de contraer la COVID-19 de alguien que no presente ningún síntoma es muy bajo. Sin embargo, muchas personas que contraen la COVID-19 solo presentan síntomas leves. La Organización Mundial de la Salud (OMS) está evaluando las investigaciones en curso sobre el periodo de transmisión de la COVID-19 y seguirá informando sobre los resultados actualizados.
- El 80% de los infectados desarrollan síntomas leves como fiebre, tos, cansancio y en algunos casos, neumonía; el 14% síntomas graves (falta de aire y dificultad para respirar) y el 6% enfermedades graves (insuficiencia pulmonar, shock séptico, falla multiorgánica y riesgo de muerte) OMS.
- La progresión de la enfermedad en el mundo es rápida.
- La tasa de letalidad aumenta conforme lo hace la edad del paciente afectado (sobre todo a partir de los 60 años) así como en pacientes con patologías previas (respiratorias, cardiovasculares, diabetes, etc).

Justificación de las recomendaciones para odontólogos

- El riesgo de contaminación con SARS-COV-2 entre pacientes puede ser elevado

por las características propias de la práctica clínica.

- La proximidad inmediata y necesaria del profesional con el paciente, hacen que el mismo esté muy expuesto a gotitas de saliva contaminadas por diversos microorganismos.
- El uso de ciertos instrumentales (rotativos, ultrasonidos...) generan aerosoles (aire+agua a alta presión) durante la práctica clínica.
- Los aerosoles de gotitas de saliva contaminan los espacios físicos destinados a tratamientos (equipo odontológico, superficies de trabajo, piso...)
- Las medidas de higiene y bioseguridad protocolizadas previenen riesgos de contaminación cruzada entre pacientes, profesional y medio ambiente.
- El profesional odontólogo NO debe convertirse en un vector de transmisión.

Objetivos

- Preservar la salud de los pacientes, especialmente de aquellos que son de riesgo.
- Preservar la salud de todo el personal que trabaja en los consultorios odontológicos.
- Limitar la difusión masiva del virus, contribuyendo a disminuir una saturación en el sistema de salud.

Recomendaciones para Urgencias y Atención Odontológicas programadas en tiempos de COVID-19 y pos COVID-19

Ante la actual situación de COVID-19 ya sea ante urgencias como en atenciones odontológicas programadas, es importante la aplicación del *TRIAGE* que nos permitirá la selección y clasificación de pacientes para una adecuada atención clínica.

Urgencias Odontológicas en este periodo de pandemia debe limitarse al tratamiento de:

- ✓ Sangrado descontrolado.
- ✓ Celulitis o infección bacteriana difusa de los tejidos blandos con edema intra oral o extra oral que potencialmente compromete las vías respiratorias del paciente.
- ✓ Traumatismos que involucren huesos faciales, los que pueden comprometer las vías respiratorias del paciente.
- ✓ Personas con factores de riesgo, por ejemplo, diabetes, pueden necesitar atención en consultorio.

Se recomienda en todos los casos realizar el *TRIAGE*, por vía telefónica previo a la asistencia del paciente al consultorio toda vez que sea posible, para identificar personas

potencialmente sospechosas de presentar COVID-19. De no poder efectuarse vía telefónica, se realizará en el momento de llegada del paciente al centro de atención odontológica (Fig. 2).

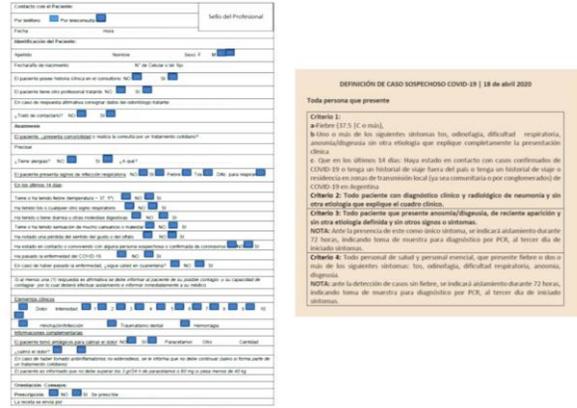


Figura 2. Der. Ficha de contacto con el paciente (modificada de Ordre National des Chirugiens-Dentistes. <https://www.adf.asso.fr/images/pdf/Covid-19/Guide-prise-en-charge-telephonique-urgences-dentaires.pdf>); Izq. Requisitos de caso sospechoso COVID-19

- En toda entrevista telefónica o teleconsulta, deberá completarse una ficha (cuestionario, anamnesis, prescripción realizada) según un modelo, la que se adjuntará en la historia clínica del paciente.
- En caso de realizar una prescripción de medicamentos, la receta podrá enviarse por correo electrónico u otro medio (Res 696/2020 MS 31/3/2020). Se debe conservar una copia de la receta en la historia clínica del paciente.
- Si el que llama es un menor de edad, verificar que tiene autorización parental o la de un adulto responsable para realizar la consulta.
- Los pacientes que reciban la receta por correo electrónico u otro medio, deberán llamar entre las 48 y 72 h a fin de informar sobre la evolución de los síntomas.

Si el paciente resulta sospechoso de infección por coronavirus se procederá de acuerdo a las recomendaciones del Ministerio de Salud, indicándole que se dirija al centro de atención de nivel superior que corresponda dentro de la red definida por cada jurisdicción provincial.

Recomendaciones para el proceso de atención clínica

A. Consideraciones previas

- El profesional odontólogo es el RESPONSABLE de revisar y actualizar el protocolo de BIOSEGURIDAD de las prácticas clínicas, según las recomendaciones científicas internacionales, nacionales y locales de centros de referencia (Ejemplos: OMS, CDC, OPS, ADA) y asegurarse que el equipo haya comprendido las medidas a adoptar.
- Se programarán los turnos de modo que no haya más de un paciente en la sala de espera, si se juntan varios pacientes deberán portar barbijo y guardar 2 metros de distancia entre ellos.
- Se organizarán los horarios en forma diferencial según sean niños, adultos o adultos mayores.
- Organizar el número de citas diarias programando turnos prolongados para mejor aprovechamiento del tiempo clínico con el paciente como así también el buen uso de los insumos.
- A los pacientes considerados de riesgo (inmunosuprimidos, adultos mayores de 60 años, pacientes con EPOC, diabéticos, con insuficiencia cardíaca, etc.) se programará especialmente su consulta en días y horarios especiales.

Información al paciente antes de asistir a la consulta

1. Indicarle que debe asistir sin acompañamiento a la atención clínica a excepción que sean adultos mayores, personas con alguna discapacidad o niños; en los casos mencionados sólo podrá asistir con un acompañante.
2. Deberá concurrir: sin alhajas (pulseras, relojes, aros, etc.); si tiene cabello largo, deberá tenerlo recogido; con barbijo colocado y con la menor cantidad de bultos posibles.
3. Deberá cepillarse dientes y lengua antes de salir de su vivienda hacia el establecimiento de salud; durante el trayecto hacia la

- consulta, no podrá ingerir comidas ni líquidos –excepto agua–.
4. Se le informará que zapatos, bultos y anteojos -si usara- serán desinfectados con solución hidroalcohólica al 70%.
 5. Se le comentará que deberá dejar toda la ropa de abrigo en la recepción.
 6. Dos horas previas a la atención clínica se llamará nuevamente al paciente por teléfono para constatar que no presente sintomatología acorde a COVID-19.
 7. Se explicará que para disminuir riesgos de contaminación y/o transmisión y contagio es conveniente abonar preferentemente con medio electrónico de pago.

B. Medidas de prevención en los espacios físicos de prestación odontológica

La planificación y organización limita el riesgo de contagio; además facilita la limpieza y desinfección posterior al tratamiento.

Sala de espera y pasillos de circulación

- Mantener los espacios ventilados; no podrán estar encendidos el aire acondicionado o la calefacción central, **a menos que se pudiera acceder a aires acondicionados con filtro HEPA** (High Efficiency Particulate Air).
 - Retirar los muebles y objetos innecesarios, por ejemplo, cuadros, diplomas, revistas, folletos, alfombras, juguetes de niños, accesorios como control remoto de TV, adornos, etc.; dejar sólo sillas lavables.
 - Conservar una distancia de 2 metros entre los pacientes (en caso de producirse una alteración de los horarios en los turnos).
 - Prohibir transitar dentro de los espacios físicos de la institución, clínica o consultorio a personas que no desempeñen función específica en la misma.
 - Colocar, siempre que sea viable, una pantalla de acrílico transparente en la zona de recepción de los pacientes y señalar con una línea claramente visible un espacio de seguridad de 2 metros hasta el escritorio de recepción.
- Ordenar y organizar el escritorio de recepción para hacer una desinfección fácil, efectiva y rápida de todas las superficies después de atender a cada paciente; se deberá desinfectar por fricción con una solución de alcohol al 70% V/V.
Preparación: 7 partes de alcohol puro de 96° y 3 partes de agua.
 - Destinar un bolígrafo por trabajador y desinfectarlo entre cada paciente.
 - No compartir el teléfono sin desinfectarlo antes.
 - Desinfectar las tarjetas de crédito, débito y pos net. Si se recibe dinero líquido, el personal deberá lavarse con solución alcohólica durante 40 segundos o realizar lavado de manos con agua y jabón.
 - Verificar, si se dispusiera infografía, que esté en lugar visible y que pueda ser desinfectada.
 - Airear durante 10 minutos las salas de espera o entre paciente y paciente.
 - Desinfectar los picaportes y el calzado de cada paciente al ingresar al centro de atención odontológica con solución hidroalcohólica al 70%.
 - Invitar al paciente, al ingresar al establecimiento de salud, a efectuar una correcta higiene de manos con agua y jabón y secarse con papel descartable o colocarse solución alcohólica al 70% por 20 segundos.
 - Limpiar y desinfectar por fricción, al finalizar el día, todas las superficies de sala de espera y áreas comunes de los ambientes (sillas, pasamanos, manijas, puertas) con solución hidroalcohólica al 70% o hipoclorito de sodio entre 0,1 % y 0,5%.
Preparación hipoclorito de sodio 0,1%: En un litro de agua colocar 18 mililitros de lavandina (equivalente a una cucharada) de 55g/L de cloro.
Preparación hipoclorito de sodio 0,5%: En un litro de agua colocar 90 mililitros de lavandina de 55g/L de cloro.
 - Limpiar y desinfectar, al finalizar el día, la mesa de trabajo, mampara, pantalla y teclado de ordenador, impresora, pos net y el teléfono con solución hidroalcohólica al 70%.

Baño/s

- Retirar los elementos decorativos.
- Colocar cartelera informativa sobre la “Prohibición del lavado de dientes en el lavatorio”.
- Colocar cartelera informativa sobre “Cómo lavarse las manos con agua y jabón líquido”.
- Supervisar que siempre estén disponibles todos los elementos del baño (toallas de papel, jabón líquido, papel higiénico, bolsas negras en los recipientes para residuos comunes).
- Desinfectar, entre paciente y paciente todos los artefactos y elementos del baño (sanitarios, interruptores y piso) con hipoclorito de sodio entre 0,1% y 0,5%.

Consultorio/s

- Retirar cuadros, adornos, accesorios y mobiliario rodante que no sea imprescindible.
- Disponer sobre la mesada sólo el instrumental y materiales que sea indispensable para realizar la práctica clínica programada. **No** abrir y cerrar cajones o armarios con guantes contaminados.
- Desinfectar todas las superficies y equipos odontológicos, previo a la atención y entre paciente y paciente.
- Airear durante 10 minutos los consultorios odontológicos entre paciente y paciente, evitando las corrientes de aire según la estructura edilicia lo permita. En prácticas clínicas que impliquen aerosolización se sugiere ventilar 1 hora entre paciente y paciente.

C. Protección del personal

Personal de recepción

- Si se cuenta con un panel protector aislante de vidrio o acrílico entre el personal administrativo y el paciente, y el espacio de separación entre ambos es de 2 metros se sugiere un equipo de protección personal primario: bata o guardapolvo, barbijo protector quirúrgico tricapa *y/o* **guantes de látex sin polvo y/o manoplas de nylon**.

- Si **NO** se contara con panel protector y el espacio de separación fuera menor a 2 metros, se deberá utilizar bata o guardapolvo, barbijo, cofia, guantes *o* **desinfectarse las manos con solución hidroalcohólica al 70%** (cuando reciba dinero, recetas, órdenes de consulta, etc.) y antiparras o pantalla protectora facial.
- Prestar atención al momento de retirar el EPP, se debe hacer con cuidado y siguiendo el protocolo para evitar el riesgo de contagio.

Profesional odontólogo

DEBE estar protegido con las medidas de bioseguridad correspondientes al nivel de complejidad del caso: UNIVERSALIDAD-VEHICULIZACIÓN COMUNITARIA DEL VIRUS. Si la práctica requiriera técnica a 4 manos, quien tenga la **función de Asistente Dental**, utilizará la misma vestimenta que el odontólogo (Fig. 3).

1. Usar cofia de modo que cubra las orejas y todo el cabello *o*, **un capuz que también cubre el cuello**.
2. Usar bata quirúrgica descartable de un solo uso, resistente a fluidos, de mangas largas con puños, con cierre posterior completo cubriendo la espalda, longitud hasta pantorrilla para que cubra las botas; no estéril, salvo para prácticas quirúrgicas. **Si las prácticas implicaran un alto nivel de salpicaduras y aerosolización se puede utilizar un mameluco o mono UNE-EN-14126 Tipo 4-B**. Éstos ofrecen protección frente a agentes biológicos y son herméticos a líquidos pulverizados brindando un alto nivel de protección. **Si no hubiera posibilidad de esa protección, se sugiere añadir sobre la bata hidrorrepelente un delantal plástico**.
3. Usar barbijos N95 de protección médica-microbiológicos- según NIOSH o mascarillas FFP2 que poseen una eficacia del 92%; se sugiere sin válvulas según UNE-EN149:2001+A1:2009, o bien las mascarillas FFP3 que poseen una eficacia del 98% aunque sin estudios definitivos que afirmen que protegen mejor, por ejemplo contra el coronavirus. El respirador N95 con válvula de exhalación, si bien ofrece el

mismo nivel de protección y reduce la resistencia a la exhalación, no se deben usar en situaciones en las que se debe mantener un campo estéril. En caso de tener certeza que **NO** se realizarán prácticas odontológicas que generen aerosolización se puede utilizar la **mascarilla quirúrgica habitual** EN 14683 Rendimiento IIR tipo ASTM F2100 nivel 2 o nivel 3 o equivalente, considerando descartarla entre paciente y paciente, y si la práctica se extendiera más allá de 2 horas deberá renovarla debido a la pérdida de eficacia.

- Usar gafas de protección ocular **o pantalla facial protectora** (en el caso de excesiva aerosolización se usan gafas más pantalla protectora) herméticas en los ojos y las áreas circundantes, ajustables para los usuarios con anteojos graduados, banda ajustable para asegurar firmemente que no se desajuste durante la actividad clínica. Puede ser reutilizable (siempre que existan disposiciones apropiadas para la descontaminación) o desechable. UE 86/686/CEE, EN 166/2002, ANSI/ISEA Z87.1-2010, o equivalente.
- Usar guantes de nitrilo (son los aconsejados) **o guantes de látex sin polvo** que cubran el puño de la bata. **En caso que las prácticas clínicas sean muy invasivas y de tiempo prolongado –más de 30 min. -, se aconseja doble par de guantes.** La longitud del manguito deberá alcanzar preferentemente a la mitad del antebrazo (por ejemplo, una longitud total mínima de 280 mm). **En intervenciones quirúrgicas de alta complejidad utilizar guantes estériles.** Directiva estándar de la UE 93/42/CEE Clase I, EN 455, Directiva estándar de la UE 89/686/CEE Categoría III, EN 374ANSI/ISEA 105-2011, ASTM D6319-10 o equivalente.

EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)

Bata de protección: Según **Reglamento 2016/425** en las situaciones de bajo riesgo debe utilizarse como EPI una bata de protección larga cerrada por detrás y con puños ajustables del tipo con marcado **CE de categoría III**:

Tipo PB 6B	Protección contra salpicaduras de productos químicos líquidos de intensidad limitada. (Norma UNE-EN 13034)
Tipo PB 4B	Protección parcial del cuerpo hermética a líquidos pulverizados (Norma UNE-EN 14605).

Importante: Constar la calidad de las batas establecidas en la norma UNE-EN 14126 que deben figurar en la documentación técnica del equipo.

- Resistencia a la penetración de patógenos transmisibles por sangre (bacteriófagos) bajo presión hidrostática, según la norma ISO 16604, en clase 6, pasa ensayo a 20 kPa.
- Resistencia a la penetración de agentes biológicos por contacto mecánico con sustancias que contienen líquidos contaminados, según la norma UNE-EN ISO 22610. En la documentación técnica puede incluir la referencia al anexo A de la norma UNE-EN 14126, que estaba vigente hasta la publicación de la norma EN ISO 22610; de clase 6 (tiempo de paso > 75 minutos).
- Resistencia a la penetración de aerosoles/líquidos contaminados biológicamente, según la norma ISO/DIS 22611 en clase 3; razón de penetración log > 5.
- Resistencia a la penetración de partículas sólidas contaminadas biológicamente, según la norma ISO 22612: en clase 3, penetración log ufc = 1.

Traje/mono integral: Para las situaciones de alto riesgo biológico y alto nivel de aerosolización categoría marcado CE de categoría III y será de tipo 4B.

Traje/mono. Tipo 4B	Protección hermética a líquidos pulverizados, con costuras termoselladas y puños ajustables, preferentemente con capucha y de una talla superior. (Norma UNE-EN 14605).
----------------------------	---

Importante: Constar la calidad de las batas establecidas en la norma UNE-EN 14126 que deben figurar en la documentación técnica del equipo.

En situaciones de excepción como brotes epidémicos en las que los fabricantes puedan presentar problemas de suministro de estos equipos de protección individual, se pueden usar, batas certificadas como producto sanitario que hayan sido testadas por su resistencia a la penetración de fluidos, de acuerdo con las normas UNE-EN 13795 nivel alto y ASTM F1671, o bien la norma ANSI/AAMI PB70, niveles 4 o 3. Las batas que no cumplan estos requisitos no confieren la protección mínima necesaria.

Barbijos/Mascarilla: Constar la calidad de los barbijos que deben figurar en la documentación técnica del equipo.

Barbijos/Mascarilla N95 FFP2	De un solo uso o hasta 4h (según asociaciones médicas). Se pueden esterilizar hasta 3 veces siempre que se encuentren limpias y sin rotura con calor seco a 70°C 30 min o calor húmedo: 121°C. (Norma EN 1498995).
Barbijo/Mascarilla quirúrgico habitual Rendimiento IIR tipo ASTM F2100 nivel 2 o 3 o equivalente	Descartarlo entre paciente y paciente. Si la práctica se extendiera más allá de 2 horas deberá renovarlo debido a la pérdida de eficacia (Norma EN 14683)
Barbijo/Mascarilla N95 FFP3	Se podrán usar SOLO y de manera excepcional por falta de aprovisionamiento cumplimiento con normativas específicas
Pantalla facial protectora	Eficacia de filtrado 95%; Buen nivel de ajuste a la cara. Puede ser reutilizable (se puede limpiar y desinfectar) o desechable. Directiva de la UE estándar 86/686/CEE, EN 166/2002, ANSI/ISEA Z87.1-2010, o equivalente

Guantes: Siempre se deben inspeccionar los guantes antes de usarlos, para comprobar que no tengan ninguna imperfección.

Guantes de nitrilo o látex sin polvo longitud total mínima de 280 mm para que lleguen a la mitad del antebrazo.	Protección contra productos químicos y microorganismos a excepción de virus, con marcado CE como EPI (categoría III) (Norma UNE-EN 374-1). Se debe superar el ensayo de resistencia a la penetración viral según la norma ISO 16604 o la ASTM F1671 o equivalente.
Guantes Especiales	Para trabajar con agentes biológicos peligrosos altamente transmisibles. Nivel límite de calidad de aceptación de muestreo AQL (Acceptable Quality Level según la norma ISO 2859-1 inferior a 0,65 (nivel de paso 3), de no encontrarlos nivel AQL inferior a 1,5 (nivel de paso 2).

Figura 3. Vestimenta del odontólogo

Pasos previos a la colocación del EPP

- Retirarse, antes de vestirse, todo tipo de alhajas y accesorios (anillos, pulseras, colgantes, relojes u otros elementos) dado que se comportan como reservorios de COVID-19.
- Recogerse el cabello
- Colocarse los anteojos recetados si es necesario y fijarlos con cinta adhesiva a la frente
- Efectuar el correcto lavado de manos

Secuencia de colocación y retiro del EPP

Si bien existe muchas maneras de **retirar** el EPP, esta etapa es primordial ya que representa un alto riesgo de contaminación, por lo que se debe prestar particular atención.

Paciente

- Cubrirlo con babero amplio de nylon **o capa protectora** pasible de desinfectar o descartable. **En ámbitos en que sea factible y a criterio del profesional odontólogo, utilizar cubre zapatos, cofia, bata descartable y protector ocular o campo quirúrgico más babero amplio.**
- Comenzar la práctica clínica indicándole que debe realizarse un enjuague bucal -durante 30 segundos-, con una solución de peróxido de hidrógeno al 1%.

Preparación: dilución en el vaso del paciente = 1ml de agua oxigenada de 10 vol en 10 ml de agua, luego salivar sin enjuagar.

D. Durante la atención clínica

- Será asistido sin acompañante **a excepción** que sean adultos mayores, personas con alguna discapacidad o niños; en los casos mencionados sólo podrá asistirlo una persona.
- Seguir todas las normas universales de descontaminación, de desinfección y de esterilización habituales en el equipamiento e instrumental. Usar cubre mangueras, cubrir con film **o papel de aluminio (en el caso de cirugía el papel de aluminio deberá estar estéril)**, la lámpara, la manija del foco del equipo y todos los elementos, materiales e instrumentos accesorios. Desinfectar todas las superficies por fricción con solución hidroalcohólica al 70%, etc.
- Planificar la atención odontológica para tener sobre la mesa de trabajo solo el material para la atención, guardando el resto, de tal manera de no ser necesario abrir cajones o tocar otras superficies.
- Si fuera indispensable el uso de instrumental rotatorio, hacerlo bajo aislamiento absoluto con aspiración de alta potencia ya que reduce un 70% la producción de aerosoles **o utilizar el contraángulo que genera menos aerosoles que la turbina (siempre que la etapa clínica lo permita).**
- Limitar a lo indispensable, el uso de jeringa triple; en lo posible, utilizar algodones y gasas.
- Utilizar abrebocas y aspiración doble en todas las intervenciones para reducir los

aerosoles; purgarlos antes y después con solución de hipoclorito al 1% (200 ml de hipoclorito de sodio de 55g/L + 800 ml agua).

- Cuando el procedimiento odontológico requiera la toma de una radiografía, la película radiográfica deberá estar preparada con envoltura de papel celofán o con film). Una vez retirada de la cavidad bucal, la superficie externa del film se considerará contaminada, por lo cual debe retirarse cuidadosamente para no contaminar el envoltorio plástico (descartar en bolsa roja) y proceder a revelar la misma. El envoltorio plástico de la película se descarta en bolsa negra y la lámina de plomo en descartadores específicos.
- Trabajar siempre con la puerta cerrada del box, preferentemente con el aire acondicionado apagado.

E. Al finalizar la atención clínica

- Descartar, en **bolsa roja**, todos los elementos de un solo uso (cofia, bata, suectores, vaso, guantes, film plástico o de aluminio, babero, campos -del paciente- y todo el material contaminado) clasificado como biopatógeno.
- Decontaminar y desinfectar los elementos termosensibles reutilizables como gafas protectoras, baberos o capas protectores de nylon -del paciente-, etc.
- Eliminar los elementos cortopunzantes en el envase descartador correspondiente.
- Descartar los residuos comunes en **bolsa negra**.
- Limpiar y desinfectar por fricción con hipoclorito de sodio entre 0,1% y 0,5%, al finalizar cada práctica clínica -con el Equipo de Protección Intermedia (EPI) puesto-, las zonas de contacto con el paciente (apoyabrazos y apoyacabeza del sillón dental, zona de salivadera durante 2 min con hipoclorito de sodio 0,5%, zona de aspiración, platina porta instrumental del sillón, asa de lámpara del sillón, botones y/o palancas de movimientos del sillón, teléfono, etc.) aunque hayan estado cubiertas con film o aluminio; también debe limpiarse y

- desinfectarse computadoras, teléfono, interruptores, mesadas y piso.
- Colocar, todo el instrumental y elementos complementarios utilizados en la práctica clínica, en una cuba con detergente trienzimático para su decontaminación según protocolo. Luego transportarlos -vestido siempre el EPI- para el lavado y procesamiento al área de desinfección.
- Esterilizar, según protocolos de materiales críticos, todo el instrumental metálico, la punta de la jeringa triple (roscada o de acople rápido), los alicates de Ortodoncia, cubetas metálicas, etc.
- Esterilizar, según protocolos de elementos termosensibles, todos los aditamentos e instrumentos acrílicos o plásticos que no resisten procesos de esterilización por calor o vapor (cubetas plásticas, arcos de Young, abrebocas, posicionadores radiográficos, separadores fotográficos, etc.) para obtener una desinfección de alto nivel (DAN).
- Purgar las turbinas, piezas de mano o contrángulos que no resistan proceso de esterilización por vapor, haciéndolas funcionar por 1 minuto dentro de un recipiente con solución de hipoclorito de sodio sin introducir el cabezal. Luego frotar con toallas descartables embebidas en amonio cuaternario o agua oxigenada al 10% o alcohol al 70%. Finalmente dejar envuelta en otra toalla limpia embebida en desinfectante durante 30 minutos.
- Purgar los sistemas de aspiración y limpiar sus filtros con solución de hipoclorito al 1%.
- Retirar el EPI de manera biosegura, según protocolo.
- Lavarse cuidadosamente las manos con agua y jabón líquido.
- Retirar pantalla facial protectora y/o gafas oculares y procesarlos para su desinfección como elementos termosensibles.
- Retirar y descartar, **en bolsa roja**, la cofia, el protector respiratorio.
- Lavarse nuevamente las manos con agua y jabón líquido, siempre siguiendo la técnica apropiada.
- Airear el espacio clínico después de cada paciente durante un tiempo de 10 minutos. Durante la aireación no deben producirse

corrientes de aire (cerrar la puerta del consultorio).

- Limpiar y desinfectar por fricción la zona de trabajo con hipoclorito de sodio entre el 0,1% y 0,5% al igual que las zonas donde se realiza el proceso de desinfección y esterilización.

Recomendaciones para la higiene de EPIS uniformes -o ambos- después de su uso

- Descontaminar aquellos EPIs que puedan ser reutilizados, con un método que no comprometa su eficacia protectora, antes de su almacenamiento.
- Transportar los uniformes en una bolsa de plástico desechable en caso de no ser lavados en el lugar de trabajo.
- Lavar por separado los uniformes a fin de no contaminar el resto de prendas del hogar.
- Desinfectar los zuecos o zapatos de trabajo con solución desinfectante y guardarlos en la clínica (Fig. 4)



Figura 4. Colocación y retiro de EPP.

Desinfección y Esterilización

Para la desinfección de elementos usados en prácticas odontológicas específicas, a saber, impresiones, rodetes de mordida, cubetas de impresión y prótesis consultar.

Desinfección y Esterilización

El odontólogo / asistente deberá estar protegido con **camisolín hidrófugo- nylon-, cofia, barbijo tricapa y usar guantes de goma gruesos.**

Recomendaciones de descontaminación-esterilización del instrumental metálico

A Esterilización en autoclave (es actualmente el método de elección)

- 1. Prelavado:** El instrumental que se vaya utilizando durante la práctica clínica se colocará en cajas herméticas de plástico con el detergente trienzimático preparado según especificaciones del fabricante durante 10 min. Descartar el detergente.
- 2. Lavado:** Colocar el instrumental en solución de detergente trienzimático preparado según especificaciones del fabricante durante 10 min. Luego cepillarlo haciendo hincapié en bisagras y extremos. Descartar el detergente.
- 3. Enjuague:** Enjuagar bajo chorro de agua corriente
- 4. Secado:** Secarlo con toallas descartables
- 5. Acondicionamiento:** El instrumental se acondicionará en pouch de grado médico en unidosis (un elemento por bolsa) o en bandeja de Kit según la práctica a realizar y siempre que se permita la circulación del vapor. Luego se colocarán en bolsa grado médico o en caja cribada y empachada y sometida al proceso de esterilización.
- 6. Esterilización:** En autoclave (seguir las especificaciones del fabricante en cuanto a temperatura, atmósfera de presión y tiempo).

B. Esterilización en estufa a seco

- Prelavado:** El instrumental que se vaya utilizando durante la práctica clínica se colocará en cajas herméticas de plástico con el detergente trienzimático preparado según especificaciones del fabricante durante 10 min. Descartar el detergente.
- Lavado:** Colocar el instrumental en solución de detergente trienzimático preparado según especificaciones durante 10 min. Luego cepillarlo haciendo hincapié en bisagras y extremos. Descartar el detergente.
- Enjuague:** Enjuagar bajo chorro de agua corriente
- Secado:** Secarlo con toallas descartables
- Acondicionamiento:** El instrumental metálico (bandejas, instrumental de inspección y todo instrumental metálico según la especialidad) se acondicionará en unidosis o en bandeja de kit. Posteriormente se colocará en bolsas de poliamida o bolsa de grado médico para su esterilización.
- Esterilización:** En estufa por calor a seco (seguir las especificaciones del fabricante en cuanto a temperatura, atmósfera de presión y tiempo).

Recomendaciones para la descontaminación-esterilización de los elementos termosensibles

Los **elementos termosensibles**, (como cubetas, protectores oculares, abrebocas, separadores fotográficos, posicionadores radiográficos, etc.) **no se esterilizan por calor a seco**; se debe realizar **DESINFECCIÓN de ALTO NIVEL (DAN) o se derivan para ser esterilizados con óxido de etileno.**

Desinfección alto nivel.

- 1. Prelavado:** El instrumental que se vaya utilizando durante la práctica clínica se colocará en cajas herméticas de plástico con el detergente trienzimático preparado según recomendaciones del fabricante durante 10 min. Descartar el detergente.
- 2. Lavado:** Colocar el instrumental en solución de detergente trienzimático preparado según recomendaciones del fabricante durante 10 min. Luego cepillarlo haciendo hincapié en bisagras y extremos. Descartar el detergente.
- 3. Enjuague:** Enjuagar bajo chorro de agua corriente
- 4. Secado:** Secarlo con toallas descartables
- 5. Desinfección de alto nivel (DAN):** Para **DESINFECTARLOS** se realizará por inmersión y se pueden usar distintos desinfectantes. **El glutaraldehído se ha dejado de usar por ser tóxico y cancerígeno**, actualmente se utiliza el orthoftalaldehído (OPA). La solución se preparará según indicaciones establecidas.

DESINFECTANTE (DAN)	CONCENTRACIÓN	TIEMPO INMERSIÓN
ORTHOFTALALDEHÍDO (OPA)	0,55% (SE USA PURO)	1h
GLUTARALDEHIDO*	2%	10 a 12h

- 6. Enjuague:** Enjuagar con **agua estéril.**
- 7. Secado:** Secarlo con toallas descartables
- 8. Acondicionamiento:** Los **elementos termosensibles** se acondicionarán en pouch de grado médico en unidosis (un elemento por bolsa) cerradas con cinta adhesiva o con sellador de calor.
- 9. Almacenamiento:** Guardar los elementos termosensibles en cajas adecuadas a tal fin.

ATENCIÓN:
El Proceso de desinfección-esterilización para que sea EFICAZ debe ser VALIDADO a través de controles físicos y biológicos específicos.

Para **desinfectar las turbinas, piezas de mano o contrángulos que no se puedan esterilizar en autoclave**, se deberán frotar con toallitas descartables embebidas en desinfectante o en solución hidroalcohólica al 70%. Luego dejar envuelta en otra servilleta desinfectante durante 30 min, colocar en caja hermética. **Todo** el instrumental que se utilice en las prácticas de **LABORATORIO** deberá estar **desinfectado** usando un **desinfectante de nivel intermedio (DIN)** como el hipoclorito de sodio **1 %** durante 1 min.

Protocolo de desinfección de impresiones, rodetes de mordida, cubetas de impresión y prótesis

- 1. Lavado:** La impresión, inmediatamente después de su obtención, debe lavarse bajo chorro de agua con abundante agua para eliminar saliva, sangre y otras sustancias bucales.
- 2. Desinfección:** Los procedimientos de desinfección posteriores varían según la resistencia de los materiales utilizados. La mayoría de las impresiones deben mantenerse húmedas para que los desinfectantes actúen eficazmente, aunque materiales como los hidrocoloides y poliéteres pueden verse afectados por la inmersión prolongada en las sustancias desinfectantes. Para ello se sumergirán por **1 min en solución acuosa de hipoclorito de sodio al 1% (DIN)**.

DESINFECTANTE (DIN)	CONCENTRACIÓN	TIEMPO INMERSIÓN
HIPOCLORITO DE SODIO	1%	1 min

- 3. Enjuague:** Enjuagar con agua.
- 4. Secar y hacer el vaciado** con yeso.

IMPORTANTE

- Las **impresiones con alginato** deben ser desinfectadas **antes** de vaciarlas en yeso, como así también **los rodetes de mordida** y el material usado para registros de oclusión.
- Las **cubetas de impresión** deben desinfectarse con un nivel intermedio de desinfección. Se procederá a aplicar un protocolo como el de los termosensibles. Las cubetas metálicas pueden ser esterilizadas por calor. Luego, cada una de las cubetas deberán colocarse dentro de bolsitas individuales de celofán, cerradas con cinta adhesiva y transportadas en caja plástica hermética.
- Los **aparatos de ortodoncia, nuevos o en uso**, deberán desinfectarse antes de manipularlos y antes de introducirlos en la cavidad bucal de los pacientes.
- Las **prótesis de pacientes, nuevas o las que están en uso**, deberán ser desinfectadas antes de cada colocación y apenas ser retiradas de la boca para poder manipularlas.
- Las **prótesis acrílicas** se podrán colocar en inmersión durante 1 min en solución acuosa de **hipoclorito de sodio al 1% (DIN)**.
- Para las **prótesis metálicas** la solución se deberá diluir más por el riesgo de corrosión del metal o utilizar Ortoftalaldehído (OPA) **al 0,55%**, inmersión durante 5 min.

Clasificación, eliminación y disposición final de residuos

Finalizado la práctica odontológica se deberán clasificar todos los residuos generados para su correcta eliminación y disposición final (Fig. 5).

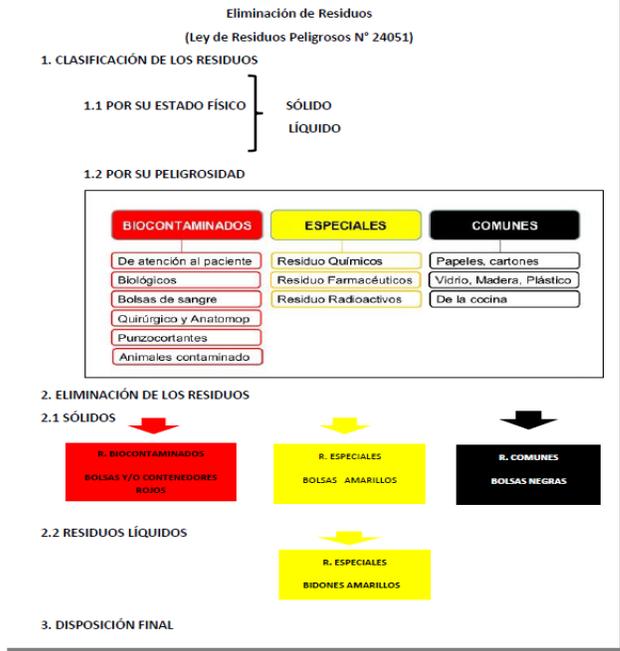


Figura 5. Eliminación de residuos

Recomendaciones para el equipo de salud al regresar a sus viviendas

- Quitarse los zapatos y dejarlos en la entrada de la vivienda; desinfectar las suelas con algún producto comercial desinfectante o con solución de hipoclorito entre 0,1% y 0,5%.
- Dejar llaves, cartera y demás objetos en un lugar fijo a la entrada; aerosolizar con solución hidroalcohólica al 70%.
- Limpiar y desinfectar el celular y anteojos.
- Lavarse las manos con agua y jabón. Ducharse.

Los autores declaran que no existen conflictos potenciales de interés con respecto a la autoría y / o publicación de este artículo.

The authors declare no potential conflicts of interest with respect to the authorship and/or publication of this article

Literatura científica consultada

- Campo Barrau N. (31 de marzo de 2020). Covid 19 Protocolo de Atención Dental (versión 2). COEC Col·legi Oficial d'Odontòlegs i Estomatòlegs de Catalunya.
- Castillo B, Rezzónico MS, Irazuzta ML, Castillo G, Bregains L, Priotto E, Zárata de Gelfo, A, Castillo

- MC. La enseñanza y el aprendizaje de las normas de higiene y bioseguridad en la formación del odontólogo.
www.chubut.edu.ar/descargas/secundaria/congreso/ET P/R1854_Castillo.pdf
3. Eggers M, Koburger-Janssen T, Eickmann M, Zorn J. (2018). In Vitro Bactericidal and Virucidal Efficacy of Povidone Iodine Gargle/Mouthwash Against Respiratory and Oral Tract Pathogens. *Infect Dis Ther.* 2018;7:249–59. doi:10.1007/s40121-018-0200-7
 4. Fauci AS, Lane HC, Redfield RR. (28 de Febrero de 2020). Covid-19 - Navigating the Uncharted. *N Engl J Med.* 2020 Feb 28. doi: 10.1056/NEJMe2002387.
 5. Fu C, Wang S. (2016). Nosocomial infection control in healthcare settings: Protection against emerging infectious diseases. *Infect Dis Poverty.* 2016; 5:30.
 6. Guía Básica de Toxicología. Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba. Autores Gait N., Mezzano M y col. 2013.
 7. Guía de Seguridad Microbiológico para Estomatólogos. Consejo General de Colegios de Estomatólogos de España. Madrid 2009.
 8. Guía de Procedimientos y métodos de esterilización y desinfección para establecimientos de salud públicos y privados. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Res. 1547/2007.
 9. Holshue ML, DeBolt C, Lindquist S, et al. (2020) First Case of 2019 Novel Coronavirus in the United States. *N Engl J Med.* 2020;382(10):929–936. doi:10.1056/NEJMoa2001191
 10. Larson EL, Early E, Cloonan P, Sugrue S, Parides M. (2000). An organizational climate intervention associated with increased handwashing and decreased nosocomial infections. *Behav Med.* 26:14–22. doi:10.1080/08964280009595749.
 11. Larson EL, Early E, Cloonan P, Sugrue S, Parides M. (2000). An organizational climate intervention associated with increased handwashing and decreased nosocomial infections. *Behav Med.* 26:14–22. doi:10.1080/08964280009595749.
 12. Li Q, Guan X, Wu P, Wang X, Zhou L, Tong Y, et al.(20 de Enero de 2020). Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus-Infected Pneumonia. *N Engl J Med.* DOI: 10.1056/NEJMoa2001316. doi:10.1056/NEJMoa2001316.
 13. Li Q, Guan X, Wu P, Wang X, Zhou L, Tong Y, et al.(20 de Enero de 2020). Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus-Infected Pneumonia. *N Engl J Med.* DOI: 10.1056/NEJMoa2001316.
 14. Li ZY, Meng LY. The prevention and control of a new coronavirus infection in department of stomatology. *Zhonghua Kou Qiang Yi Xue Za Zhi.* 2020; 55(0):E001. doi:10.3760/cma.j.issn.1002-0098.2020.0001.
 15. Li ZY, Meng LY. The prevention and control of a new coronavirus infection in department of stomatology. *Zhonghua Kou Qiang Yi Xue Za Zhi.* 2020; 55(0):E001. doi:10.3760/cma.j.issn.1002-0098.2020.0001.
 16. Lu CW, Liu XF, Jia ZF. (2020) 2019-nCoV transmission through the ocular surface must not be ignored. *Lancet.*395(10224):e39. doi:10.1016/S0140-6736(20)30313-5.
 17. Manual de Infectología. Dañ A. 8º Edición. 2012. UNC. ISBN: 987-43-1145
 18. Marui VC, Souto MLS, Rovai ES, Romito GA, Chambrone L, Pannuti CM. (2019). Efficacy of preprocedural mouthrinses in the reduction of microorganisms in aerosol: A systematic review. *J Am Dent Assoc.* 2019; 150(12):1015-1026.e1. doi: 10.1016/j.adaj.2019.06.024.
 19. Meng L, Hua F, Bian Z. (2020). Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): Emerging and Future Challenges for Dental and Oral Medicine. *J Dent Res.* 2020:22034520914246. doi:10.1177/0022034520914246.
 20. ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE DENTISTAS DE ESPAÑA. (14 de marzo de 2020). Informe técnico II. Desafíos emergentes del nuevo Coronavirus COVID-19 en la clínica dental). Ilustre Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España.
 21. 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.
 22. Peng X, Xu X, Li Y, Cheng L, Zhou X, Ren B. (2020). 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.
 23. Peñarrocha Diago M, Lagares D, Aloy Prósper A, López Valverde A, Barrionuevo Clusellas J, Somoza Martín M, Eguia del Valle A. (24 de Marzo de 2020). ¿Cómo debemos tratar los cirujanos bucales a nuestros pacientes durante y tras la pandemia de coronavirus? ¿Cómo contribuir a que disminuya la pandemia?. Sociedad Española de Cirugía Bucal.
 24. Phelan AL, Katz R, Gostin LO. (2020). The novel coronavirus originating in Wuhan, China: Challenges for global health governance. *JAMA* 2020; 323(8):709-10. doi:10.1001/jama.2020.1097.
 25. Rothe C, Schunk M, Sothmann P, et al. (2020). Transmission of 2019-nCoV Infection from an Asymptomatic Contact in Germany. *N Engl J Med.* 2020; 382:970-1. doi: 10.1056/NEJMc2001468.

26. Sabino-Silva R, Jardim ACG, Siqueira WL. (20 de Febrero de 2020). Coronavirus COVID-19 Impacts to Dentistry and potential salivary diagnosis. *Clin Oral Investig.* 2020 Feb 20. doi:10.1007/s00784-020-03248-x.
27. Selleck EM, Gilmore MS. (2016). Oxygen as a virulence determinant in polymicrobial infections. *mBio.* 2016; 7:e01249-16. doi:10.1128/mBio.01249-16
28. To KK, Tsang OT, Chik-Yan Yip C, Chan KH, Wu TC, Chan JMC, Leung WS, Chik TS, Choi CY, Kandamby DH, Lung DC, Tam AR, Poon RW, Fung AY, Hung IF, Cheng VC, Chan JF, Yuen KY. (12 de Febrero de 2020). Consistent detection of 2019 novel coronavirus in saliva. *Clin Infect Dis.* 2020 Feb 12. pii: ciaa149. doi: 10.1093/cid/ciaa149.
29. To KK, Tsang OT, Chik-Yan Yip C, Chan KH, Wu TC, Chan JMC, Leung WS, Chik TS, Choi CY, Kandamby DH, Lung DC, Tam AR, Poon RW, Fung AY, Hung IF, Cheng VC, Chan JF, Yuen KY. (12 de Febrero de 2020). Consistent detection of 2019 novel coronavirus in saliva. *Clin Infect Dis.* 2020 Feb 12. pii: ciaa149. doi: 10.1093/cid/ciaa149.
30. Wei, J. & Li, Y. (2016). Airborne spread of infectious agents in the indoor environment. *Am J Infect Control* 44, S102-8.
31. Wei, J. & Li, Y. (2016). Airborne spread of infectious agents in the indoor environment. *Am J Infect Control* 44, S102-8.
32. Xu H, Zhong L, Deng J, Peng J, Dan H, Zeng X, Li T, Chen Q. (24 de febrero de 2020). 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.
33. Yan Y, Chen H, Chen L, et al. (13 de Marzo de 2020). Consensus of Chinese experts on protection of skin and mucous membrane barrier for healthcare workers fighting against coronavirus disease 2019. *Dermatol Ther.* 2020 Mar 13:e13310. doi: 10.1111/dth.13310.
34. Yan Y, Chen H, Chen L, et al. (13 de Marzo de 2020). Consensus of Chinese experts on protection of skin and mucous membrane barrier for healthcare workers fighting against coronavirus disease 2019. *Dermatol Ther.* 2020 Mar 13:e13310. doi: 10.1111/dth.13310.
- III. Universidad Nacional de Córdoba (UNC): Manual de Bioseguridad. http://www.odo.unc.edu.ar/sitioanterior/images/banner_s/banner_diseno/bioseguridad.png
- IV. Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades(ECDC): <https://www.ecdc.europa.eu/en/novel-coronavirus-china>
- V. Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC): <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/pdf/guidelines/di-sinfection-guidelines-H.pdf>
<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/dental-settings.html>
- VI. Organización Mundial de la Salud (OMS): <https://www.who.int/health-topics/coronavirus>
- VII. Asociación Dental Americana (ADA): <https://www.ada.org.au/Covid-19-Portal/Dental-Professionals>
- VIII. Video colocación y retiro EPI <https://www.youtube.com/watch?v=Zh1G9vh09ok>
- IX. Clínica Universitaria de Navarra <https://www.youtube.com/watch?v=W07nqrUF3IU>
- X. Colocación y retirada de EPIs frente al Coronavirus Gobierno de Navarra <https://www.youtube.com/watch?v=J7CV6abHNNw>
- XI. Video vestimenta: con overol y bata N95 <https://www.youtube.com/watch?v=mJZUb-vgVpY>
- XII. Cinco (5) momentos para el Lavado de Manos en la Atención Odontológica: http://www.who.int/gpsc/5may/Poster_dental_care_Sp.pdf?ua=1

Enlaces de interés

- I. Organización Mundial de la Salud (OMS): Manual de Bioseguridad en el Laboratorio. http://www.who.int/csr/resources/publications/biosafety/CDS_CSR_LYO_2004_11SP.pdf
- II. Organización Mundial de la Salud (OMS). Desechos de las actividades de atención sanitaria (2018) <http://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/health-care-waste>