

Recomendaciones odontológicas en la pandemia COVID-19: revisión narrativa

Dental recommendations in the COVID-19 pandemic: A narrative review

Juan Pablo Vargas-Buratovic^a, Francisca Verdugo-Paiva^{b,c}, Claudia Véliz-Paiva^a, Elizabeth López-Tagle^d, Alexis Ahumada-Salinas^e, Duniel Ortuño-Borroto^{a,*}

^a Escuela de Odontología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

^b Fundación Epistemonikos, Santiago, Chile

^c Centro Evidencia Universidad Católica, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

^d Facultad de Odontología, Universidad Andres Bello, Santiago, Chile

^e Dirección de Salud, Municipalidad de Recoleta, Santiago, Chile

*Autor de correspondencia drortuno@uc.cl

Citación Vargas-Buratovic JP, Verdugo-Paiva F, Véliz-Paiva C, López-Tagle E, Ahumada-Salinas A, Ortuño-Borroto D. Dental recommendations in the COVID-19 pandemic: A narrative review. *Medwave* 2020;20(5):e7916

Doi 10.5867/medwave.2020.05.7916

Fecha de envío 24/3/2020

Fecha de aceptación 8/5/2020

Fecha de publicación 1/6/2020

Origen No solicitado.

Tipo de revisión Con revisión por pares externa, por cuatro árbitros a doble ciego.

Palabras clave COVID-19, SARS, MERS, Dentistry, Narrative Review

Resumen

Introducción

La enfermedad por coronavirus-19 (COVID-19) es un problema mundial de salud pública debido a su morbilidad, especialmente en grupos de riesgo. El entorno odontológico tiene un alto riesgo de transmisión viral, por ello el objetivo de este estudio fue identificar recomendaciones para la atención odontológica durante esta pandemia.

Métodos

Se realizó una búsqueda de evidencia científica publicada desde 2002 hasta el 23 de marzo de 2020 en bases de datos electrónicas (MEDLINE/PubMed, EMBASE, Cochrane y Epistemonikos) y en las páginas electrónicas de la Asociación Dental Americana, de *Centers for Disease Control and Prevention Oral Health*, del Ministerio de Salud de Chile y de sociedades científicas.

Resultados

Se incluyeron nueve artículos publicados, en los cuales se recomienda el uso irrestricto de elementos de protección personal, preferir técnicas radiográficas extraorales, uso de enjuagues bucales con peróxido de hidrógeno al 1% o povidona yodada al 0,2%, técnica

a cuatro manos con aspiración constante y uso de suturas reabsorbibles. Además, existe consenso respecto a que durante los periodos de transmisión comunitaria se deben posponer los tratamientos odontológicos no urgentes.

Conclusiones

Debido al alto riesgo de infección cruzada que presentan los equipos odontológicos, deben implementarse recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible, con el fin de preservar la salud de los miembros del equipo y de la población a su cuidado.

Abstract

Introduction

COVID-19 is a world public health problem due to its morbidity and mortality, especially in at-risk groups. The dental environment has a high risk of viral transmission; accordingly, this study aimed to identify recommendations based on the best available evidence for dental care during this pandemic.

Methods

We performed a search for scientific evidence published since 2002 to March 23th 2020 in electronic databases (MEDLINE/PubMed, EMBASE, Cochrane, and Epistemonikos) and the web pages of the American Dental Association, Centers for Disease Control and Prevention Oral Health, the Ministry of Health in Chile and scientific societies.

Results

We included nine published studies. The recommendations were the following: unrestricted use of personal protection elements, use of extraoral radiographic techniques, use of mouth rinses with 1% hydrogen peroxide or 0.2% iodine povidone, a four-hand technique with ongoing aspiration and the use of absorbable sutures. Furthermore, there is a consensus that non-urgent treatments should be postponed during periods of community transmission.

Conclusions

Dental practitioners are exposed to a high risk of cross-infection, meaning they must implement recommendations based on the best available evidence to preserve the health of team members and the population they are caring for.

Ideas clave

- En un mundo de epidemias por enfermedades crónicas no transmisibles, la aparición de enfermedades como COVID-19 representan un desafío científico, porque las medidas de prevención y control deben basarse en la mejor evidencia disponible.
- La atención odontológica presenta un alto riesgo de contagio por COVID-19 tanto para el paciente como para el equipo clínico dada la alta generación de aerosoles y contacto estrecho entre paciente y tratante.
- Este estudio no es una revisión sistemática, por lo cual posee limitaciones metodológicas que deben tenerse en cuenta al momento de la toma de decisiones.

Introducción

En diciembre de 2019 se reportaron los primeros casos de neumonía en personas que habían visitado un mercado de mariscos en Wuhan, China. Posteriormente, se confirmó que se trataba de una enfermedad emergente asociada a un nuevo coronavirus (nCoV-2019)¹. En febrero de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS), definió a la enfermedad como COVID-19. El virus causal (síndrome respiratorio agudo severo-coronavirus-2, SARS-CoV-2) pertenece al género β coronavirus². Si bien, algunas infecciones por coronavirus producen cuadros leves, las infecciones por β coronavirus tienen una morbimortalidad mayor, especialmente en grupos de riesgo³.

La pandemia de COVID-19 se ha convertido en un problema de salud pública, que requiere medidas de prevención y control. En el entorno odontológico existe un alto riesgo de transmisión viral por generación de aerosoles y contaminación de superficies⁴. Por ello, el objetivo de este estudio fue identificar las recomendaciones para la atención odontológica durante la pandemia COVID-19.

Métodos

Se realizó una búsqueda de evidencia sobre recomendaciones odontológicas en el contexto de infección por coronavirus de los tipos síndrome respiratorio agudo severo (SARS, por su sigla en inglés *Severe Acute Respiratory Syndrome*), síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS, del inglés *Middle East respiratory syndrome*) y COVID-19, publicada desde 2002 a la fecha (23 de marzo de 2020). La decisión de incluir un límite en la fecha se relaciona con el año de propagación del síndrome respiratorio agudo severo. La búsqueda fue realizada en las bases: MEDLINE/PubMed, EMBASE, Cochrane *Central Register of Controlled Trials* y Epistemonikos. La estrategia de búsqueda utilizada se encuentra en el Anexo 1. Además, se revisaron las páginas electrónicas de la Asociación Dental Americana, *Centers for Disease Control and Prevention Oral Health*, de la *American Association of Endodontists* y del Ministerio de Salud de Chile para referencias adicionales. En la búsqueda se agregaron los términos “SARS” y “MERS” dada las características patológicas, clínicas y epidemiológicas en común con COVID-19.

Resultados

Las principales recomendaciones odontológicas se identificaron en nueve artículos (Tabla 1), publicados entre 2003 y 2020. Se

consideraron tres artículos como evidencia directa y cinco artículos como evidencia indirecta para COVID-19. La evidencia indirecta se refiere a aquellos artículos que abordaron recomendaciones

odontológicas durante los brotes de los síndromes respiratorio agudo severo-coronavirus y respiratorio de Oriente Medio-coronavirus.

Tabla 1. Listado de estudios incluidos para SARS, MERS y COVID-19 (n=9) entre 2003 y 2020.

	Autores	Título	Año publicación	Tipo de artículo
SARS	Samaranayake; FDI Science Commission.	Severe acute respiratory syndrome (SARS): an interim information paper for dental health care workers.	2003	Information paper
	Samaranayake and Peiris.	Severe acute respiratory syndrome and dentistry: a retrospective view.	2004	Review article
MERS	Seto y colaboradores	Infection prevention and control measures for acute respiratory infections in healthcare settings: an update.	2013	Review article
	Hui y colaboradores	Severe acute respiratory syndrome vs. the Middle East respiratory syndrome.	2014	Review article
	Al-Sehaibany FS.	Middle East respiratory syndrome in children. Dental considerations.	2017	Review article
COVID-19	Harrel and Molinari.	Aerosols and splatter in dentistry: a brief review of the literature and infection control implications.	2004	Review article
	Meng y colaboradores	Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): Emerging and Future Challenges for Dental and Oral Medicine.	2020	Featured editor's collection articles
	Peng y colaboradores	Transmission routes of 2019-nCoV and controls in dental practice.	2020	Review article
	Adams and Walls.	Supporting the Health Care Workforce During the COVID-19 Global Epidemic.	2020	Viewpoint

SARS: síndrome respiratorio agudo severo.

MERS: síndrome respiratorio de Oriente Medio.

COVID-19: enfermedad por coronavirus-19.

Recomendaciones odontológicas en SARS

La epidemia del SARS ocurrió en 2003, afectando primero a los países asiáticos y luego al resto del mundo⁵. El coronavirus del SARS también se propagaba a través de aerosoles y gotitas. La probabilidad de que, durante la fase aguda de la enfermedad, las personas acudieran al dentista para tratamiento electivo era muy baja. El uso eficiente de los elementos de protección personal prevenía la propagación del virus en el entorno odontológico⁵.

En la consulta odontológica se sugirió realizar una anamnesis completa, formulando *a priori* las siguientes preguntas a los pacientes:

- 1- ¿Tiene fiebre?
- 2- ¿Ha experimentado recientemente problemas respiratorios como tos o dificultad para respirar?
- 3- ¿En los últimos 10 días viajó fuera del país o visitó áreas donde se documentó transmisión comunitaria o sospechosa de síndrome respiratorio agudo severo?
- 4- ¿Ha estado en contacto con una persona con síndrome respiratorio agudo severo positivo en los últimos 10 días?

Un “sí” a las preguntas 1 y 2 implicaba posponer la atención dental y derivar de forma inmediata para evaluación médica⁶.

Durante la epidemia del síndrome respiratorio agudo severo en 2003 se recomendó diferir los tratamientos electivos y priorizar tratamientos de urgencia, utilizando elementos de protección personal. Los odontólogos no debían tratar a pacientes con sospecha de síndrome respiratorio agudo severo, sino derivarlos a los centros médicos de emergencia para un diagnóstico oportuno. En el caso de realizar procedimientos, particularmente en aquellos donde no fuese

posible la aislación del diente con dique de goma o uso de eyectores, se sugirió el uso de colutorios de gluconato de clorexidina (entre 0,12% y 0,2%) previo a la atención⁷. Respecto a la efectividad del uso de colutorios bucales en la reducción de la diseminación viral de síndrome respiratorio agudo severo en las clínicas odontológicas, no existe descripción en la literatura científica.

La higiene de manos con agua y jabón fue fundamental para el control de la infección en las salas de procedimientos odontológicos, ya que el síndrome respiratorio agudo severo-coronavirus era capaz de sobrevivir en superficies no porosas hasta 48 horas. También se sugirió el uso de desinfectantes a base de alcohol, con secado prolijo antes de colocar los guantes⁶.

Las mascarillas quirúrgicas generalmente entregan protección en entornos de atención odontológica. Sin embargo, para evitar la transmisión del síndrome respiratorio agudo severo no se consideraron suficientes. Durante el brote del síndrome respiratorio agudo severo en Hong Kong en 2003, la mayoría de los odontólogos usaron mascarillas N95⁶. Para la desinfección de superficies no metálicas se recomendó el uso de hipoclorito de sodio a 1000 partes por millón, y para otras superficies se indicaron agentes basados en glutaraldehído y alcohol⁷.

Para disminuir la transmisión del síndrome respiratorio agudo severo-coronavirus se recomendó evitar procedimientos generadores de aerosoles, si no era posible utilizar dique de goma. Se sugirió evitar los detartrajes supragingivales y subgingivales, así como el uso de turbinas y micromotores^{6,7}. Por último, en aquellos pacientes que fueron confirmados con el diagnóstico de síndrome respiratorio agudo severo, se sugirió posponer la atención dental por al menos un mes⁶.

Recomendaciones odontológicas en MERS

Un nuevo β coronavirus, síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-coronavirus), implicó un alto riesgo durante la atención odontológica, debido a su transmisión a través de aerosoles y gotitas, sumado a una vía de contaminación autoinoculada por contacto⁸. Las medidas de prevención y control de infecciones recomendadas para el síndrome respiratorio de Oriente Medio fueron muy similares a las utilizadas durante los brotes del síndrome respiratorio agudo severo. Estas medidas incluyeron una distancia social de al menos un metro entre las personas, así como el uso irrestricto de elementos de protección personal, teniendo especial precaución en desechar estos elementos al abandonar la sala⁹. De igual forma, se sugirió el uso de mascarillas N95 por sobre las mascarillas quirúrgicas, ya que entregaban una mayor protección¹⁰. Se recomendó que todo procedimiento odontológico electivo fuera pospuesto ante la presencia de algún signo o síntoma de síndrome respiratorio de Oriente Medio. Los tratamientos de urgencia debían ser derivados a centros hospitalarios donde existiera un correcto recambio de aire, es decir de seis a 12 ciclos por hora¹⁰. Para la atención odontológica pediátrica se recomendó la remoción químico-mecánica de caries y la técnica de restauración atraumática¹⁰. La cantidad de personal dentro de la sala de procedimientos odontológicos debía limitarse al mínimo de individuos necesarios para realizar los procedimientos clínicos¹⁰.

Recomendaciones odontológicas en COVID-19

Las vías de transmisión del virus SARS-CoV-2 incluyen la transmisión directa (tos, estornudos e inhalación de gotitas) y por contacto (oral, nasal y ocular). Si bien los pacientes sintomáticos son la mayor fuente de contagio, individuos asintomáticos también pueden transmitir el virus. El período de incubación de COVID-19 se ha estimado entre cinco y seis hasta 14 días¹¹.

Las manifestaciones clínicas más comunes corresponden a fiebre, tos, fatiga, dolor muscular y disnea. Las manifestaciones menos comunes son producción de esputo, cefalea, hemoptisis y diarrea. La infección varía desde cuadros clínicos leves a críticos^{12,13}. En un reporte del Centro de Prevención y Control de Enfermedades de China, que incluyó 44 500 casos confirmados, se informó que 81% no presentaba neumonía o esta era leve, 15% tenía enfermedad severa (disnea, hipoxia o compromiso radiográfico pulmonar mayor al 50% en 24 a 48 horas) y en 5% la enfermedad era crítica (falla respiratoria, shock o disfunción multiorgánica)¹⁴.

La letalidad fue de 2,3% en los pacientes críticos¹⁴. Según la OMS la letalidad varió entre 5,7% en Wuhan y 0,7% en otras regiones de China¹⁵. Por otro lado, en Italia se reportó una letalidad del 5,8%¹⁶ y en Corea del Sur de 0,9%¹⁷. La edad avanzada y existencia de comorbilidades de base, principalmente diabetes, hipertensión y enfermedades cardiovasculares se asoció a un peor pronóstico¹¹.

La atención odontológica supone un alto riesgo de infección por el virus SARS-CoV-2 para el equipo odontológico y los pacientes, debido a las características específicas de los procedimientos que se realizan y el modo de transmisión del virus. Estos involucran comunicación cara a cara por un tiempo prolongado y exposición a

saliva, sangre y otros fluidos, además de la generación de aerosoles, por ejemplo al utilizar la jeringa triple. A la fecha, en los estudios incluidos se recomienda restringir la atención de pacientes a urgencias odontológicas, ambulatorias y hospitalarias¹¹.

El virus SARS-CoV-2 puede persistir en las superficies durante horas, e incluso días, por lo que el lavado de manos disminuye las infecciones por contacto¹⁸. Se sugiere la desinfección de todas las superficies de la consulta odontológica y el uso de elementos de protección personal, al igual que para los síndromes respiratorio agudo severo y respiratorio de Oriente Medio¹⁹. Se recomienda utilizar guantes desechables e impermeables de látex o nitrilo, mascarilla quirúrgica y protección ocular en procedimientos no generadores de aerosoles. Para atenciones con procedimientos generadores de aerosoles se sugiere utilizar guantes desechables e impermeables de látex o nitrilo, mascarillas N95 o equivalentes, protección ocular y delantal de manga larga impermeable y desechable^{11,19}.

Previo al examen intraoral, se sugiere un enjuague bucal con peróxido de hidrógeno al 1% o con povidona yodada al 0,2%, debido a que el síndrome respiratorio agudo severo-coronavirus-2 sería susceptible a la oxidación⁴. No existen ensayos clínicos aleatorizados que comparen los efectos virucidas de los enjuagues bucales.

En relación con la toma de radiografías, se recomienda la utilización de técnicas extraorales como la radiografía panorámica o la tomografía computarizada *cone beam*, debido a que las técnicas intraorales podrían estimular la secreción salival o los episodios de tos²⁰. De ser posible, se sugiere utilizar dique de goma en cualquier procedimiento que genere aerosoles, acompañado de un eyector de saliva y de trabajo a cuatro manos⁴. Ante a la necesidad de realizar una exodoncia, se sugiere utilizar suturas reabsorbibles para disminuir la necesidad de controles¹¹. En caso de prescribir fármacos para el manejo del dolor agudo, algunos clínicos han sugerido evitar el uso de antiinflamatorios no esteroideos, debido a que pueden afectar negativamente el desenlace de la infección²¹. Sin embargo, la OMS descartó la suspensión de estos antiinflamatorios en situaciones donde están debidamente indicados²². En casos de dolor odontogénico se puede indicar un esquema de acetaminofeno a dosis de 1000 miligramos más ibuprofeno de 400 a 600 miligramos cada ocho horas²³.

Una vez finalizada la atención, el personal odontológico debe cambiar su traje clínico. Se sugiere que al llegar a los domicilios retiren los zapatos, remuevan y laven la ropa e inmediatamente tomen una ducha²⁴.

En relación con el funcionamiento de las escuelas dentales durante la pandemia de COVID-19, se ha recomendado la educación a distancia, el desarrollo de actividades de autoaprendizaje y el apoyo psicológico a los miembros de la comunidad académica. Estas últimas recomendaciones se reportan en la literatura sobre COVID-19 a partir de la experiencia con síndrome respiratorio agudo severo¹¹. Un resumen de las principales recomendaciones basadas en las conclusiones de los estudios revisados aparece en la Tabla 2.

Tabla 2. Recomendaciones basadas en evidencia para la atención odontológica en COVID-19.

Antes de la atención odontológica	Durante la atención odontológica	Después de la atención odontológica
Diferir las atenciones electivas.	Utilizar guantes desechables e impermeables de látex o nitrilo, mascarilla quirúrgica y protección ocular en procedimientos no generadores de aerosoles.	Desechar los elementos de protección personal no reutilizables.
Garantizar el acceso a urgencias odontológicas y los controles posteriores necesarios.	Utilizar guantes desechables e impermeables de látex o nitrilo, mascarillas N95 o equivalentes, protección ocular y delantal de manga larga impermeable y desechable en atenciones con procedimientos generadores de aerosoles.	Implementar el lavado de manos con agua y jabón por parte del personal odontológico y pacientes.
Evitar aglomeraciones en salas de espera y mantener al menos un metro de distancia social.	Utilizar los elementos de protección personal sobre el traje clínico.	Desinfectar todas las superficies de la consulta odontológica
Utilizar mascarillas en salas de espera y reducir el número de acompañantes por paciente.	Realizar atenciones en modalidad a cuatro manos y usar dique de goma cuando sea posible para procedimientos que lo requieran.	Cambiar los trajes clínicos al finalizar la jornada y realizar medidas de aseo personal, incluyendo ducha y lavado de ropa clínica al llegar al domicilio.
Derivar a emergencias médicas ante la presencia de casos sospechosos o probables.	Emplear enjuagues bucales de peróxido de hidrógeno al 1% o povidona yodada al 0,2% durante 30 segundos.	
Implementar el lavado de manos con agua y jabón por parte del personal odontológico y pacientes.	Preferir la toma de radiografías extraorales y en el caso de realizar una exodoncia, utilizar suturas reabsorbibles para disminuir el número de controles.	

Discusión

La pandemia de COVID-19 ha mostrado el rol de nuevos organismos como agentes etiológicos de condiciones emergentes, que significan una amenaza para los sistemas de salud²⁵. En un mundo de epidemias por enfermedades crónicas no transmisibles, la aparición de enfermedades como COVID-19 representan un desafío científico, sobre todo porque las medidas de prevención y control a ser implementadas, deben estar basadas en la mejor evidencia²⁶. Varias de las características patológicas, clínicas y epidemiológicas del nuevo coronavirus (SARS-CoV-2) son similares a las de otros β coronavirus (SARS y MERS)^{27,28}. Por ello, para identificar recomendaciones odontológicas en el contexto de la pandemia de COVID-19 también se revisó la experiencia previa en el manejo de SARS y MERS, entendiendo que el nuevo virus tiene más similitud patogénica con el primero de los referidos síndromes²⁹.

El lavado de manos, la desinfección de superficies y el uso de elementos de protección personal en la clínica odontológica son medidas que se indicaron en SARS, MERS y, ahora, en COVID-19. La higiene de manos es considerada la medida más importante para el control del riesgo de transmisión cruzada de microorganismos en las salas de procedimientos odontológicos³⁰.

El odontólogo debe estar alerta a síntomas respiratorios que puedan presentar los pacientes antes de la consulta y efectuar derivaciones oportunas de casos sospechosos o probables de COVID-19. En la literatura revisada hay consenso respecto a que durante los periodos de transmisión comunitaria, los tratamientos odontológicos no urgentes deben ser pospuestos³¹. La evidencia respalda que el cese de las atenciones odontológicas electivas disminuye la incidencia de contagios, y permite un uso eficiente de los recursos, sobre todo de los elementos de protección personal. Sin embargo, se requieren futuras investigaciones que evalúen el impacto biológico, sanitario y económico de esta medida.

Por otro lado, la evidencia sustenta la recomendación del Ministerio de Salud de Chile para profesionales de salud sobre el uso de

mascarillas N95, que indica utilizarlas durante procedimientos generadores de aerosoles^{11,32,33}. Otras líneas de investigación deben ir en relación con evaluar la eficacia de la tele odontología durante brotes virales como COVID-19.

Este estudio no es una revisión sistemática, por lo cual posee limitaciones metodológicas que deben tenerse en cuenta al momento de la toma de decisiones. Esta revisión no incluye un análisis de la certeza de la evidencia, ni del sesgo de publicación. Sin embargo, considerando la relevancia de implementar medidas urgentes en el contexto de la pandemia actual, consideramos que los hallazgos reportados pueden ser un aporte a la comunidad odontológica y a los tomadores de decisión. Se requieren futuras revisiones sistemáticas, ya que son la evidencia considerada fundamental para la toma de decisiones en salud³⁴. Además, reconocemos que parte de las recomendaciones contenidas en esta revisión pueden tener modificaciones a corto, mediano o largo plazo.

Las medidas más efectivas que se implementen para prevenir, controlar o detener la diseminación de COVID-19 dependerá de la realidad epidemiológica de cada país. Sin embargo, hay recomendaciones universales que deben considerarse en los establecimientos donde se entregan atenciones odontológicas, incluyendo escuelas de odontología, lo que es muy relevante dado el elevado número de contagios a través de los profesionales de salud³⁵.

Por otro lado, el brote de COVID-19 es un recordatorio para odontólogos respecto a su rol diligente en la protección contra las enfermedades infecciosas³⁶. Si bien, durante la pandemia es esperable una reducción significativa de la demanda de consultas en los servicios odontológicos, como ocurrió durante el SARS³⁷, es necesario extremar las medidas de prevención y control.

Conclusiones

Dada la actual pandemia de COVID-19, los equipos odontológicos deben implementar una serie de recomendaciones basadas en la

mejor evidencia disponible, con el fin de preservar la salud de los miembros del equipo y de la población general.

Para mitigar la propagación de COVID-19, los procedimientos electivos deben posponerse y las atenciones de urgencia deben realizarse siguiendo medidas efectivas de prevención y control de infecciones.

Notas

Roles de contribución

Todos los autores participaron en la elaboración, preparación y revisión del manuscrito.

Conflictos de intereses

Los autores han completado el formulario de declaración de conflictos de intereses del ICMJE, y declaran no haber recibido financiamiento para la realización del reporte; no tener relaciones financieras con organizaciones que podrían tener intereses en el artículo publicado, en los últimos tres años; y no tener otras relaciones o actividades que podrían influir sobre el artículo publicado. Los formularios pueden ser solicitados contactando al autor responsable o a la dirección editorial de la Revista.

Financiamiento

Los autores declaran que no hubo fuentes de financiación externas.

Agradecimientos

Dr. Alonso Carrasco-Labra.

Referencias

1. Guan Li Q, Guan X, Wu P, Wang X, Zhou L, Tong Y, et al. Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus-Infected Pneumonia. *N Engl J Med*. 2020 Mar 26;382(13):1199-1207. | CrossRef | PubMed |
2. Zhou P, Yang XL, Wang XG, Hu B, Zhang L, Zhang W, et al. A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. *Nature*. 2020 Mar;579(7798):270-273. | CrossRef | PubMed |
3. Hui DSC, Zumla A. Severe Acute Respiratory Syndrome: Historical, Epidemiologic, and Clinical Features. *Infect Dis Clin North Am*. 2019 Dec;33(4):869-889. | CrossRef | PubMed |
4. 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 Mar 3;12(1):9. | CrossRef | PubMed |
5. Peiris JS, Yuen KY, Osterhaus AD, Stöhr K. The severe acute respiratory syndrome. *N Engl J Med*. 2003 Dec 18;349(25):2431-41. | CrossRef | PubMed |
6. Samaranayake LP, Peiris M. Severe acute respiratory syndrome and dentistry: a retrospective view. *J Am Dent Assoc*. 2004 Sep;135(9):1292-302. | CrossRef | PubMed |
7. Samaranayake LP; FDI Science Commission. Severe acute respiratory syndrome (SARS): an interim information paper for dental health care workers. *Int Dent J*. 2003 Jun;53(3):117-8. | CrossRef | PubMed |
8. Hui DS, Memish ZA, Zumla A. Severe acute respiratory syndrome vs. the Middle East respiratory syndrome. *Curr Opin Pulm Med*. 2014 May;20(3):233-41. | CrossRef | PubMed |
9. Seto WH, Conly JM, Pessoa-Silva CL, Malik M, Eremin S. Infection prevention and control measures for acute respiratory infections in healthcare settings: an update. *East Mediterr Health J*. 2013;19 Suppl 1:S39-47. | PubMed |
10. Al-Schaibany FS. Middle East respiratory syndrome in children. Dental considerations. *Saudi Med J*. 2017 Apr;38(4):339-343. | CrossRef | PubMed |
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 May;99(5):481-487. | CrossRef | PubMed |
12. Wang D, Hu B, Hu C, Zhu F, Liu X, Zhang J, et al. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus-Infected Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA*. 2020 Feb 7;323(11):1061-9. | CrossRef | PubMed |
13. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*. 2020 Feb 15;395(10223):497-506. | CrossRef | PubMed |
14. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA*. 2020 Feb 24. | CrossRef | PubMed |
15. World Health Organization. Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-2019). February 16-24, 2020. [Internet] | Link |
16. Grasselli G, Pesenti A, Cecconi M. Critical Care Utilization for the COVID-19 Outbreak in Lombardy, Italy: Early Experience and Forecast During an Emergency Response. *JAMA*. 2020 Mar 13. | CrossRef | PubMed |
17. KCDC. Updates on COVID-19 in Korea. March 14, 2020. [Internet] | Link |
18. World Health Organization. Questions and answers on coronaviruses. 2020. [Internet] | Link |
19. Harrel SK, Molinari J. Aerosols and splatter in dentistry: a brief review of the literature and infection control implications. *J Am Dent Assoc*. 2004 Apr;135(4):429-37. | CrossRef | PubMed |
20. Vandenberghe B, Jacobs R, Bosmans H. Modern dental imaging: a review of the current technology and clinical applications in dental practice. *Eur Radiol*. 2010 Nov;20(11):2637-55. | CrossRef | PubMed |
21. Day M. Covid-19: ibuprofen should not be used for managing symptoms, say doctors and scientists. *BMJ*. 2020 Mar 17;368:m1086. | CrossRef | PubMed |
22. World Health Organization. WHO Now Doesn't Recommend Avoiding Ibuprofen For COVID-19 Symptoms. *ScienceAlert*. 2020. [Internet] | Link |
23. Moore PA, Ziegler KM, Lipman RD, Aminoshariae A, Carrasco-Labra A, Mariotti A. Benefits and harms associated with analgesic medications used in the management of acute dental pain: An overview of systematic reviews. *J Am Dent Assoc*. 2018 Apr;149(4):256-265.e3. | CrossRef | PubMed |
24. Adams JG, Walls RM. Supporting the Health Care Workforce During the COVID-19 Global Epidemic. *JAMA*. 2020 Mar 12. | CrossRef | PubMed |
25. Institute of Medicine (US) Committee on Emerging Microbial Threats to Health in the 21st Century. *Microbial Threats to Health: Emergence, Detection, and Response*. Smolinski MS, Hamburg MA, Lederberg J, editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 2003. | PubMed |
26. Xiao Y, Torok ME. Taking the right measures to control COVID-19. *Lancet Infect Dis*. 2020 May;20(5):523-524. | CrossRef | PubMed |
27. Holmes KV. SARS-associated coronavirus. *N Engl J Med*. 2003 May 15;348(20):1948-51. | CrossRef | PubMed |
28. The Lancet. MERS-Cov: a global challenge. *Lancet* 381, 1960 (2013). | CrossRef |
29. Khan S, Siddique R, Shereen MA, Ali A, Liu J, Bai Q, et al. Emergence of a Novel Coronavirus, Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2: Biology and Therapeutic Options. *J Clin Microbiol*. 2020 Apr 23;58(5):e00187-20. | CrossRef | PubMed |
30. Larson EL, Early E, Cloonan P, Sugrue S, Parides M. An organizational climate intervention associated with increased handwashing and decreased nosocomial infections. *Behav Med*. 2000 Spring;26(1):14-22. | CrossRef | PubMed |
31. American Dental Association. ADA: Calls Upon Dentists to Postpone Elective Procedures. 2020 Mar 16. [Internet] | Link |
32. MINSAL. Recomendaciones clínicas basadas en evidencia CORONAVIRUS / COVID-19. Ministerio de Salud de Chile. Santiago, Chile. 19 de Marzo. [Internet] | Link |

33. National Health Commission of the People's Republic of China. Notice of the General Office of the National Health and Health Commission on issuing the guidelines for the use of common medical protective products in the prevention and control of pneumonia infected by new coronavirus (trial). Jan 27, 2020. [Internet] | Link |
34. Neumann I, Rada G. Toma de decisiones basada en evidencia: cuándo vale la pena [Evidence-based decision-making: when it is worthwhile]. *Medwave*. 2014 Jun 11;14(5):e5966. | CrossRef | PubMed |
35. Epidemiology Working Group for NCIP Epidemic Response, Chinese Center for Disease Control and Prevention. [The epidemiological characteristics of an outbreak of 2019 novel coronavirus diseases (COVID-19) in China]. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi*. 2020 Feb 10;41(2):145-151. | CrossRef | PubMed |
36. Sabino-Silva R, Jardim ACG, Siqueira WL. Coronavirus COVID-19 impacts to dentistry and potential salivary diagnosis. *Clin Oral Investig*. 2020 Apr;24(4):1619-1621. | CrossRef | PubMed |
37. Chang HJ, Huang N, Lee CH, Hsu YJ, Hsieh CJ, Chou YJ. The impact of the SARS epidemic on the utilization of medical services: SARS and the fear of SARS. *Am J Public Health*. 2004 Apr;94(4):562-4. | CrossRef | PubMed |

Correspondencia a

Avenida Vicuña Mackenna 4860
Macul, Santiago
Chile



Esta obra de *Medwave* está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, *Medwave*.