

Encuesta COVID-19 y práctica dental en la primera oleada epidémica en España 2020

F Javier Cortés Martinicorena*, MD, DDS, PhD; José María Montiel Company**, DDS, PhD; Berta Cortés Acha***, DDS, MsC, PhD; Teresa Almerich Torres****, DDS, PhD; Juan Dopico San Martín*****, DDS, MsC; Guglielmo Campus*****, DDS, PhD.

RESUMEN

Objetivo. Conocer la afectación de los dentistas por la COVID-19, las medidas de protección adoptadas, su autopercepción y su situación laboral durante la primera oleada de la pandemia en España.

Método. Protocolo de estudio colaborativo internacional registrado en *World Pandemic Research Network-486352*. Encuesta transversal, en línea, a través de red social *WhatsApp* mediante la aplicación libre *LimeSurvey* y cuestionario estructurado y validado.

Resultados. Se obtuvo una muestra de 2.318 dentistas de ambos sexos, edad media de 44,9 años, todas las comunidades autónomas representadas; el 52,8% son propietarios de su clínica, el 4,2% trabaja en el sistema público exclusivamente. La tasa de infectados es del 3%; un 59,7% cerró o limitó su actividad a consulta telefónica; un 51% declara que lo hizo principalmente por la falta de medios de protección individual; de los que permanecieron abiertos para urgencias (39,5%), la mayoría adoptó las medidas de protección recomendadas. El 20,6% recetó más antibióticos durante ese período que de normal. Un 33,4% declara no tener suficientemente claro qué se considera una urgencia en Odontología.

Conclusiones. La tasa de infectados es baja. Hubo alta tasa de cierres de clínicas. El criterio de urgencia no estaba claro para una minoría significativa. Los dentistas adoptaron altas medidas de protección.

PALABRAS CLAVE: COVID-19, dentistas, clínicas dentales, atención dental, equipos de protección individual.

ABSTRACT

Objective. The aim is to find out how dentists were affected by COVID-19, the protection measures adopted, their self-perception and their employment situation during the first wave of the pandemic in Spain.

Method. A cross-sectional survey is designed applied online through the social network *WhatsApp*. The *LimeSurvey* application was used for the structured and validated questionnaire. It is based on an International Collaborative study protocol registered in the *World Pandemic Research Network-486352*.

Results. A sample of 2,318 dentists of both sexes was obtained, average age of 44.9 years. All the autonomous communities reached; 52.8% are dental clinic owners and 4.2% work exclusively in the public system. The rate of those infected is 3%. The 59.7% closed or limited their activity to telephone consultation and did so mainly due to the lack of personal protective equipment (51%). Those who kept their activity limited to face-to-face emergencies (39.5%), the majority adopted the recommended protective measures against infection. The 20.6% prescribed more antibiotics during that period. A 33.4% of dentists declared being not sure what is considered an emergency in dentistry.

Conclusions. The infection rate among dentists is low. The criterion of urgency was not clear for a significant minority. Dentists adopt high protection measures and feel confident in avoiding being infected in their work.

KEY WORDS: COVID-19, dentists, dental clinics, dental care, personal protective equipment.

* Doctor en Medicina y Cirugía. Especialista en Estomatología. Experto en Salud Pública Dental. Exprofesor de la Universidad de Barcelona. Práctica privada, Pamplona, España.

** Profesor Titular de Odontología Preventiva y Comunitaria. Departamento de Estomatología. Universitat de València, España.

*** Doctora en Medicina e Investigación. Máster en Cirugía Bucal. Práctica privada, Pamplona, España.

**** Doctora en Odontología. Profesora Asociada del Departamento de Estomatología. Universitat de València. Práctica privada, Valencia, España.

***** Licenciado en Odontología. Máster Universitario en Análisis y Gestión de Emergencia y Desastres. Universidad de Oviedo. Práctica privada, Pamplona, España.

***** Department of Restorative, Preventive and Pediatric Dentistry at the University of Bern School of Dental Medicine, Bern, Switzerland. Department of Medical and Surgical Sciences, Sassari, Italy. Institute of Dentistry, School of Dentistry Sechenov University, Moscow, Russia.

Correspondencia:

F Javier Cortés Martinicorena
Avenida Bayona 2, bajo
31011 Pamplona (Navarra) Spain

Correo electrónico: javiercortes@dentalcortes.es

INTRODUCCIÓN

Los primeros casos de la epidemia denominada COVID-19, tuvieron su inicio en la ciudad de Wuhan (Hubei, China) en diciembre de 2019. El 7 de enero de 2020, las autoridades chinas identifican un nuevo tipo de coronavirus

denominado SARS-CoV-2 causante de la enfermedad¹. La propagación a otros países se produjo de forma muy rápida de tal manera que, con fecha 11 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud declara la situación de pandemia global². Una epidemia pasa a ser denominada pandemia cuando su transmisión afecta varios países o continentes. En España, los primeros casos confirmados se declaran en febrero de 2020, produciéndose en pocas semanas una muy rápida progresión³. El 14 de marzo, el Gobierno de España publica el *Real Decreto 463/2020*, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19⁴. En un contexto de cierre de empresas, servicios y confinamiento de la población, los centros y servicios sanitarios son considerados “servicios esenciales” estando obligados a mantener su actividad. La orden subsiguiente establece para las clínicas dentales que la atención será “...ante situaciones de urgencia⁵”.

Los estudios realizados hasta el momento muestran que la propagación del SARS-Cov-2 entre humanos se produce por vía aérea, principalmente a través de los aerosoles producidos por la respiración^{6,7} y por el contacto directo con personas o superficies contaminadas a través de mucosas de nariz, boca y ojos^{8,9}. Las intervenciones sanitarias que conllevan la producción de aerosoles son consideradas de máximo riesgo¹⁰. El riesgo de infección cruzada en el ejercicio de la atención dental es considerado muy alto debido a la producción de aerosoles inherente a la instrumentación y a la proximidad con la boca del paciente^{11,12}. Los aerosoles son posibles vectores de transmisión paciente-dentista y paciente-paciente ya que pueden contener material infectado¹³.

La atención dental en España se realiza de manera preferente en clínicas privadas. En ausencia de un sector público que cubra las necesidades generales de la población en esta área sanitaria, esta red de clínicas privadas representa la red de atención primaria en Odontología, a la vez que de atención especializada. Es una parte más del Sistema Nacional de Salud¹⁴. Ante la situación de emergencia creada por la COVID-19, las autoridades sanitarias y organismos nacionales e internacionales hicieron un llamamiento a limitar la asistencia dental presencial a los casos urgentes. Se trabajó para establecer unas guías clínicas de actuación para evitar la transmisión y garantizar la seguridad del personal clínico, auxiliar y de pacientes¹⁵⁻¹⁷. El elemento determinante para el dentista general pasaba por conocer qué se considera una urgencia en atención dental. Un informe técnico, del Consejo General de Dentistas de España, considera como urgencia dental las situaciones muy graves como gran inflamación con tumefacción de cara y cuello, dificultades para tragar, dolor constante superior a 7 en una escala Likert (1 a 10) a pesar de terapia analgésica, o sangrado persistente¹⁸. La realidad clínica es que en Odontología se producen otras situaciones de urgencia

que no entran en estas restrictivas situaciones. Las clínicas dentales se vieron ante un reto desconocido. Aunque los dentistas están acostumbrados a trabajar en el control de la infección cruzada y son generalizados los protocolos de actuación en esta área, la situación de alarma y desconcierto hizo que muchos cerraran sus clínicas al tiempo que otros decidieran seguir prestando sus servicios modificando sus protocolos.

Este estudio presenta una encuesta poblacional de difusión en línea, mediante un cuestionario validado que tuvo por objetivo conocer las medidas de protección adoptadas por los dentistas, su percepción y nivel de preocupación ante la infección, su situación laboral, los signos/síntomas que padecían y la prevalencia de contagios por la COVID-19. La investigación se enmarca en el *2020 International Collaborative COVID-19 Disease Study* en el que han participado 36 países de todos los continentes con metodología estandarizada¹⁹. Los datos que ahora presentamos corresponden a la estadística descriptiva de los resultados de la encuesta para España.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha diseñado un estudio transversal mediante el empleo de un cuestionario previamente validado para ser utilizado en el estudio de colaboración internacional. El protocolo del estudio está descrito y registrado en el *World Pandemic Research Network WPRN-486352*¹⁹. Al cuestionario original, se han añadido algunas preguntas adecuadas a la situación y temporalidad de restricciones gubernamentales que afectaban a España. El cuestionario fue sometido a un proceso de adaptación transcultural, con proceso de traducción al castellano y re-traducción inversa, para su análisis por los autores del cuestionario original en inglés. El cuestionario fue traducido por tres traductores independientes expertos en inglés y castellano, y concedores del trabajo de clínica dental, de los cuales se obtuvo una traducción consensuada. Este primer cuestionario adaptado al castellano fue sometido al análisis de cinco expertos para analizar su validez semántica de contenido. Tras este análisis, algunos términos fueron modificados.

Se realizó una prueba piloto test-retest para valorar su viabilidad y su reproducibilidad. Una muestra de 20 dentistas contestaron al cuestionario dos veces en el intervalo de una semana. El tiempo medio de respuesta fue de 6 minutos y 50 segundos. En cuanto a la reproducibilidad, se obtuvo un porcentaje de acuerdo en las respuestas del 95,1% y un Kappa de 0,879 (IC- 95% entre 0,856 y 0,902).

El cuestionario finalmente validado está estructurado en los siguientes dominios: (1) datos demográficos; (2) signos/síntomas y afectación potencialmente por la COVID-19; (3) actividad clínica durante esa fase de la pandemia; (4) condiciones de trabajo y medidas de protección adoptadas, y (5) autopercepción de la situación creada por la COVID-19. El cuestionario consta de

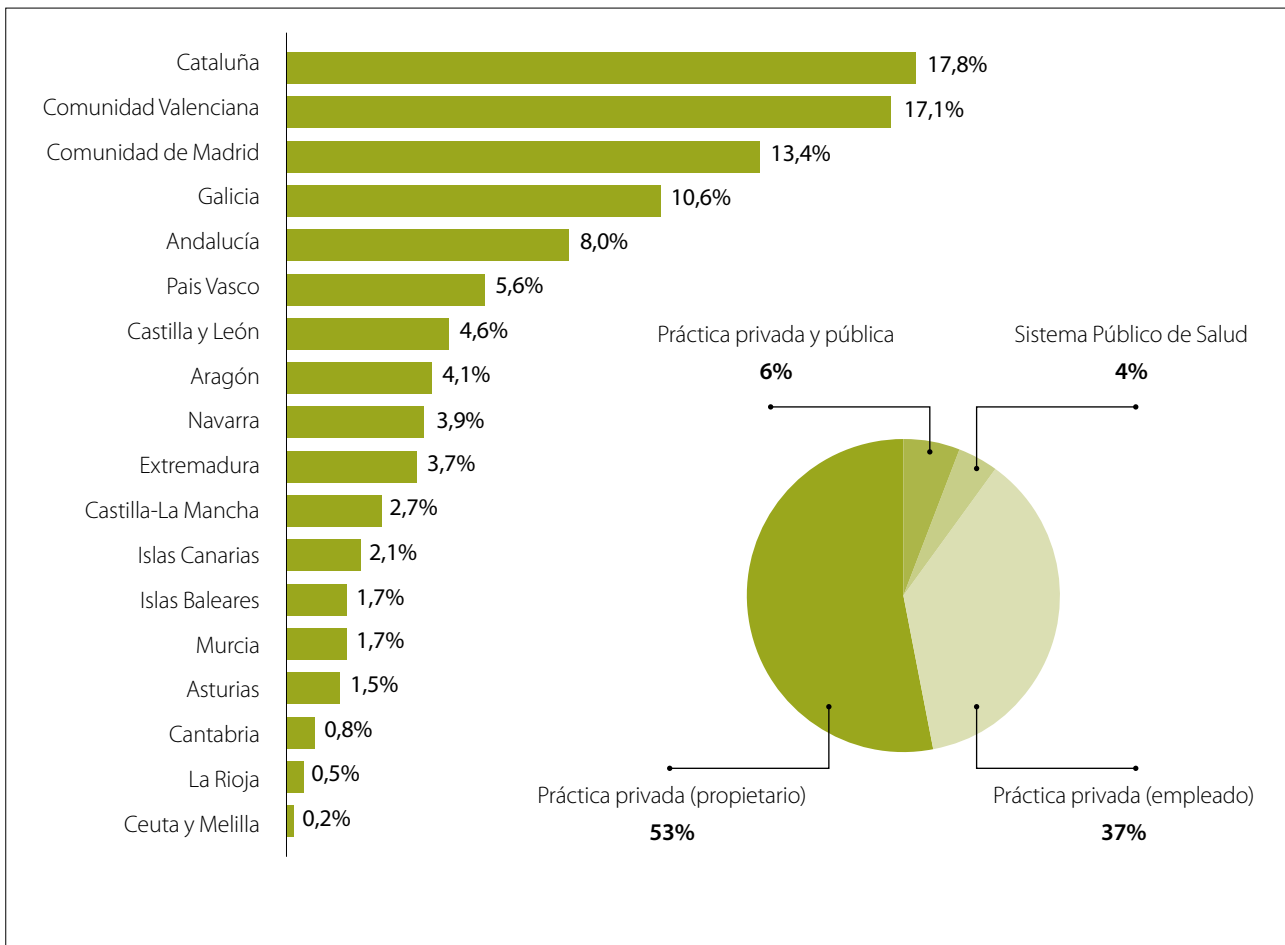


FIGURA 1. Distribución por comunidades y situación profesional.

19 preguntas excluyendo las referentes a los datos demográficos.

Para calcular el tamaño muestral y obtener una muestra representativa, se estimó necesario alcanzar un mínimo de 1.900 encuestas (5% de los 38.800 dentistas colegiados en España). El estudio fue aprobado por el *Comité Ético de Investigación en Humanos* de la Universitat de València con el número de procedimiento 1309640 de 2020.

El cuestionario fue dado a conocer mediante un enlace *online* a los dentistas registrados en colegios y asociaciones profesionales, pertenecientes al ámbito público y al privado, a través de la red social *WhatsApp*® y fue implementado mediante la aplicación de *software* libre *LimeSurvey*® para la realización de encuestas en línea entre el 25 de mayo y el 11 de junio de 2020. Todos los participantes debían aceptar al inicio de la encuesta su voluntad de participar, de lo contrario el cuestionario se cerraba automáticamente. Fueron establecidos los filtros necesarios para asegurar el anonimato y también para evitar duplicidades de respuesta. En el análisis solo han sido considerados los cuestionarios que fueron completados en su totalidad.

La estadística descriptiva se ha realizado con el paquete estadístico *SPSS 24.0* de *IBM*® y los datos se presentan con las frecuencias de respuesta y porcentajes e intervalos de confianza 95%.

RESULTADOS

Se han contestado 2.458 cuestionarios, de los cuales 140 rechazaron participar en el estudio (tasa de rechazo del 5,7%), resultando una muestra válida de 2.318 cuestionarios. El margen de error muestral estimado ha sido del 1,97%. Por sexos, el 65,6% (n=1.519) eran mujeres y el 34,5% (n=799) hombres. La media de edad fue de 44,9 años (DS= 12,3), y la distribución se situó en el cuartil Q1=35, Q2 (mediana)=44 y Q3=57. El rango de edades osciló entre 23 y 82 años.

La distribución por comunidades y situación profesional se puede ver en la *Figura 1*.

Desde el comienzo de la pandemia, el 84,3% (n=1.953) no ha tenido síntomas, el 3% (n=69) ha sido positivo en COVID-19 y únicamente un 0,2% (n=5) ha sido hospitalizado.

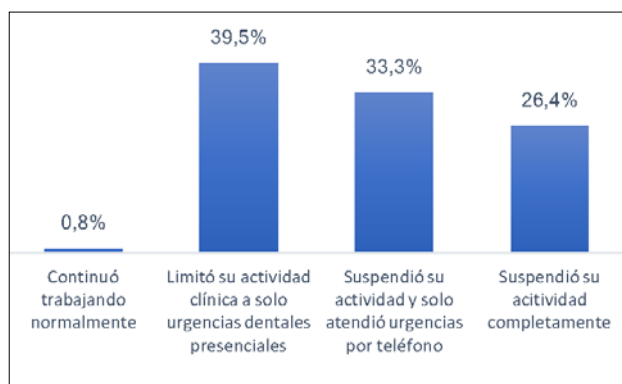


FIGURA 2

SÍNTOMA	n	% (IC-95%)
Dolor de cabeza	188	8,1% (7,1-9,3)
Tos	156	6,7% (5,8-7,8)
Malestar general	146	6,3% (5,4-7,4)
Dolor de garganta	138	6,0% (5,1-7,0)
Cansancio	122	5,3% (4,4-6,3)
Congestión nasal	93	4,0% (3,3-4,9)
Fiebre (>37,5 °C)	90	3,9% (3,2-4,8)
Diarrea	87	3,8% (3,1-4,6)
Dificultad respiratoria	59	2,5% (2,0-3,3)
Rinorrea	44	1,9% (1,4-2,5)
Anosmia (pérdida de olfato)	43	1,9% (1,4-2,5)
Ageusia (pérdida del gusto)	39	1,7% (1,2-2,3)
Conjuntivitis	34	1,5% (1,1-2,0)

TABLA 1:

Porcentaje sobre el total de encuestados de sintomatología relacionada con el COVID-19.

MOTIVOS	n	% (IC-95%)
Ganar tiempo hasta que pudiera recibir tratamiento dental	212	60,4% (55,2-65,4)
El criterio clínico indicaba que era necesario	191	54,4% (49,2-59,6)
El paciente lo demandaba	29	8,3% (5,8-1,2)
Para evitar que tuviera que ir a un centro hospitalario	28	8,0% (5,6-11,3)
Podría ser de ayuda más que un simple consejo	8	2,3% (1,2-4,4)
Otros motivos	17	4,8% (3,1-7,6)

TABLA 2:

Motivos aducidos por los dentistas que modificaron su política de prescripción incrementando la prescripción de antibióticos.

Un 12,6% (n=291) ha presentado uno o más síntomas cuya distribución puede verse en la *Tabla 1*.

Desde la declaración del estado de alarma en España, el 59,7% limitó su actividad a consulta telefónica o la suspendió del todo (*Figura 2*). De entre los 916 dentistas que limitaron su actividad presencial a solo urgencias, el 73% (n=669) lo hicieron desde el principio del estado de alarma y el 16,4% (n=150) cuando se decretaron los servicios mínimos esenciales el 31 de marzo; el resto lo hicieron días antes o días después. Y, de entre los 613 que suspendieron completamente su actividad, el 79,8% (n=489) lo hizo desde el principio del estado de alarma, el 14,2% (n=87) lo hizo días después del decreto, el 4,2% (n=26) cuando se decretaron servicios esenciales, y un 1,8% (n=11) posterior a esa fecha.

Los motivos principales de haber suspendido o limitado la actividad, para un 51% (n=1.174) fue por la falta de disponibilidad de equipos de protección individual (EPI) en aquel momento, un 41% (n=943) por haber cerrado o limitado la actividad del centro de trabajo consecuencia de un ERTE, un 34,3% (n=789) por considerarlo una obligación o sentir una presión social o institucional para hacerlo, un 25,8% (n=593) por sentirse inseguro respecto a infectarse, y un 8,9% (n=205) por temer un descenso de pacientes debido al confinamiento. Otros motivos no especificados fueron aludidos por un 12% (n=276).

A la pregunta de si ha tenido claro qué se considera una urgencia en Odontología, el 65,7% (n=1.522) contesta que lo tenía totalmente claro, y un 32,9% (n=762) contesta que parcialmente claro al haber criterios dispares. Un 1,5% (n=34) declara no tenerlo claro.

Respecto a la prescripción de antibióticos, de los 1.705 encuestados que no suspendieron completamente su actividad, ya fuera presencial o a través del teléfono, la mayor parte, un 76,4% (n=1.302) declara que no modificó su política de prescripción, un 20,6% (n=351) prescribió más antibióticos que antes, mientras que un 3% (n=52) declara lo contrario. Los motivos aducidos por los 351 encuestados que prescribieron más antibióticos se presentan en la *Tabla 2*.

MEDIDAS DE PRECAUCIÓN	n	% (IC-95%)
Lavado manos/gel desinfectante a los pacientes antes de entrar al box	841	90,0% (88,0-91,8)
Lavado de manos del operador antes y después de cada procedimiento	830	88,9% (86,7-90,7)
Desinfección varias veces al día del box	825	88,3% (86,1-90,2)
Eliminación de revistas en sala de espera	815	87,3% (85,0-89,3)
Espaciamiento de las citas	808	86,5% (84,2-88,6)
Desinfección de superficies de la clínica varias veces al día	798	85,4% (83,0-87,6)
Verificar estado de salud del paciente antes de cita	758	81,2% (78,5-83,5)
Cribado telefónico	756	80,9% (78,3-83,3)
Mantener al menos 1 metro de distancia entre los pacientes	610	65,3% (62,2-68,3)
Ventilación del área clínica entre pacientes y salas de espera	593	63,5% (60,4-66,5)
Colocar mamparas de protección	543	58,1% (55,0-61,3)
Posponer las citas en personas mayores o con patologías sistémicas	499	53,4% (50,2-56,6)
Toma de temperatura del paciente al llegar	450	48,2% (45,0-51,4)
Calzas desechables para cubrir los zapatos de los pacientes	445	47,6% (44,5-50,8)
Dejar ropa y objetos personales de pacientes fuera del área clínica/box	441	47,2% (44,0-50,4)
Ofrecer mascarilla al paciente mientras espera	401	42,9% (39,8-46,1)
Toma de temperatura a trabajadores	296	31,7% (28,8-34,7)
Enjuague bucal preoperatorio:		
*Peróxido de hidrógeno al 1%.	696	74,5% (71,6-77,2)
*Povidona yodada al 0'2-1%	111	11,9% (10,0-14,1)
*Clorhexidina al 0'12-0'2%	78	8,4% (6,7-10,3)
*Cloruro de cetilpiridinio al 0'05-0'10%	77	8,2% (6,6-10,2)
*Disolución de colutorio oral	15	1,6% (1,0-2,6)
Medidas de protección	n	% (IC-95%)
Gafas o pantalla de protección	870	93,1% (91,3-94,6)
Guantes desechables	832	89,1% (86,9-90,9)
Mascarilla FFP2 o FFP3	805	86,2% (83,8-88,3)
Gorro desechable/reutilizable	796	85,2% (82,8-87,4)
Mascarilla quirúrgica	721	77,2% (74,4-79,7)
Bata reutilizable impermeable	479	51,3% (48,1-54,5)
Instrumentos rotatorios con válvula anti-retorno	435	46,6% (43,4-49,8)
Bata desechable de microfibra	433	46,4% (43,2-49,6)
Bata desechable impermeable	231	24,7% (22,1-27,6)
Mono de protección	212	22,7% (20,1-25,5)
Guantes estériles desechables	202	21,6% (19,1-24,4)

TABLA 3:

Medidas de precaución y protecciones tomadas por los dentistas durante la pandemia.

Las medidas de precaución y protecciones (pregunta de respuesta múltiple) tomadas por los dentistas que trabajaron durante la pandemia (n=932) se presentan en la *Tabla 3*. El 84% (n=1948) de los dentistas en el momento de la encuesta había hecho algún curso sobre la COVID-19 y un

74% (n=1715) piensa que dispone de suficientes conocimientos sobre la misma.

El 54,3% de los encuestados considera muy probable el riesgo de infección por SARS-CoV-2, el 35% probable, un 10,1% poco probable y apenas un 0,6% lo considera improbable. Al

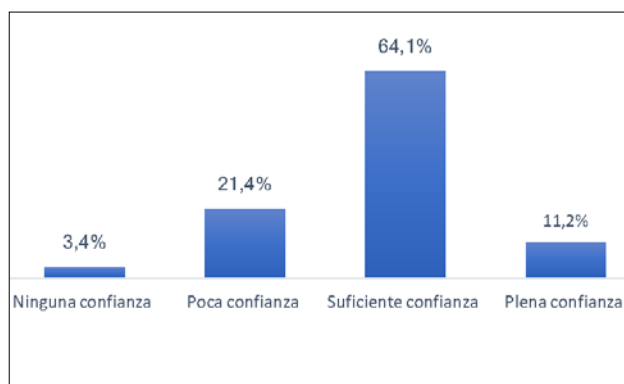


FIGURA 3

comparar el riesgo de transmisión durante la práctica dental con el hecho de ir al supermercado, el 49,1% (n=1.137) considera que el riesgo de transmisión es mayor en clínica que ir al supermercado; el 39,7% (n=921) lo considera menor; finalmente, el 11,2% (n=260) lo considera comparable.

El 64,1% (n=1.484) de los encuestados se siente lo suficientemente confiado para evitar infectarse por SARS-Cov-2 durante su trabajo y un 11,2% (n=259) plenamente confiado. Por el contrario, un 21,4% (n=495) no muy confiado y un 3,4% (n=79) nada confiado (figura 3).

En el momento de la encuesta, el 56,3% (n=1.304) ya estaba trabajando con normalidad, el 35,0% (n=812) parcialmente, en tratamientos urgentes o importantes, y un 8,7% todavía no había retomado su trabajo.

Finalmente, al preguntar por el sentimiento de haberse sentido apoyado por las regulaciones establecidas por las autoridades sanitarias durante la pandemia destaca que el 55% (n=1.274) no se ha sentido apoyado, el 38,4% (n=890) poco apoyado y el 6,6% (n=154) completamente apoyado.

DISCUSIÓN

Esta investigación se enmarca en un estudio protocolizado de colaboración internacional, con cuestionario validado y cuya metodología ha sido publicada con anterioridad¹⁹. El trabajo de campo se realizó durante la fase de desescalada cuya temporalidad no fue uniforme en todo el país, pero creemos que esto no afecta a la validez de los resultados ya que las preguntas se refieren al período previo y el análisis de resultados es para el global de España.

Un total de 2.318 dentistas aceptaron contestar el cuestionario de forma completa lo que representa el 6,1% de los dentistas colegiados en España, tamaño muestral superior al mínimo establecido en el protocolo. Todas las comunidades autónomas se encuentran representadas en esta muestra, si bien las que más representación aportan son, por orden decreciente, las comunidades del Mediterráneo (Cataluña, Comunidad Valenciana, Murcia y Baleares) un 38,3% en conjunto, seguidas de las del Norte (Galicia, País Vasco, Aragón, Navarra, Asturias, Cantabria y La Rioja)

27,8% (Figura 1). La media de edad y la distribución hombre/mujer se acerca a los parámetros demográficos del conjunto de dentistas en España; la edad media es de 41 años (44,9 en la encuesta) con un 60% de mujeres (65,6% en la encuesta)²⁰. Es reseñable constatar que más del 50% es propietario de la clínica en la que trabaja y que un 10,5% trabaja en la sanidad pública, ya sea de manera exclusiva o compatibilizando con su actividad privada (Figura 1).

69 dentistas declaran haber sido positivo en prueba COVID-19 (sin especificar el tipo de prueba), una tasa del 3%, afectando la hospitalización a 5 individuos (0,2%). El Consejo General de Dentistas de España informa de unas tasas de infección por la COVID-19 de dentistas que oscilan entre el 1,3% y el 3,9% según el momento del año, mediciones realizadas entre abril y noviembre²⁰. Un estudio similar realizado en EE.UU. en las mismas fechas informa de una tasa de positivos del 2,7% y 3,7% según el tipo de test²¹. Una encuesta realizada en Lombardía (Italia) en abril 2020 muestra una tasa de infectados del 0,86%²². Aunque se ha subrayado que los dentistas se sitúan en el vértice de la pirámide profesional de riesgo²³, la tasa de infectados conocida hasta este momento es baja. En nuestro caso, esa baja infectividad pudo estar condicionada, en parte, por la alta tasa de clínicas dentales sin actividad presencial a partir del 14 de marzo.

La declaración del estado de alarma marcó la decisión de cerrar para una mayoría de clínicas dentales; sólo el 40,3% continuó prestando servicio a sus pacientes —limitada a urgencias— lo que produjo desatención de pacientes en amplios sectores (Figura 2). Las razones declaradas para el cierre (pregunta de respuesta múltiple) son la falta de EPI's para el 51,0%, el cierre del centro de trabajo (41,0%), y considerarlo una obligación o sentirse ambientalmente presionados a ello (34,3%). Este comportamiento podría explicarse porque, durante las semanas previas a la declaración del estado de alarma y en las subsiguientes, se generó un clima de incertidumbre y temor al contagio, así como dificultades de abastecimiento de EPI's. Un 34,4% de los dentistas encuestados no tiene claro cuáles son las situaciones de urgencia. Las guías de actuación establecen criterios muy restrictivos respecto a lo que debe ser considerado como urgencia¹⁵⁻¹⁷, pero uno de cada tres dentistas o no los conoce o no los comparte. Otro aspecto importante fue el uso de antibióticos como medida paliativa ante las urgencias (Tabla 2). Un 20,6% declara haber recetado más antibióticos que en su práctica normal, principalmente de forma preventiva hasta que el paciente pudiera recibir asistencia presencial o por considerarlo necesario por criterio clínico. Un estudio realizado en Inglaterra sobre dentistas del *National Health Service*, entre marzo y junio de 2020, detectó un aumento del 25% en la prescripción de antibióticos²⁴.

La encuesta revela que las medidas de protección recomendadas para la práctica dental fueron adoptadas

mayoritariamente por los dentistas que decidieron seguir prestando asistencia presencial (Tabla 3). El dentista es un profesional que tiene interiorizada la obligatoriedad de implementar medidas de control de la infección en su práctica clínica. En la misma línea, el 84% ha realizado algún tipo de formación específica contra la COVID-19, y el 74% cree disponer de los medios necesarios para su protección. Además, el 75,3% se siente bastante o plenamente confiado en evitar infectarse en su trabajo (Figura 3). Estos datos contradicen en cierta medida que el cierre masivo de clínicas se produjera por falta de medios de protección como declara el 51%. Esa decisión quizá pudo estar condicionada por el miedo a infectarse y por la presión socio-ambiental para cerrar, junto a las dificultades puntuales de compra de algunos medios de protección. El 89,3% opina que infectarse en el centro de trabajo entra dentro de lo probable o muy probable.

La reincorporación al trabajo se produjo lentamente porque en las fechas de la encuesta, ya en fase de desescalada, solo el 56,3% estaba trabajando con normalidad, algo que apunta a que las reservas a normalizar la atención odontológica todavía pesaban sobre una buena parte del sector profesional.

CONCLUSIONES

Este estudio revela una baja tasa de dentistas infectados por coronavirus SARS-CoV-2 durante la primera oleada de la pandemia COVID-19 en España. Una parte importante cerró su clínica durante ese período y los que siguieron trabajando aplicaron estrictas medidas de protección frente a la infección.

BIBLIOGRAFÍA

- Zhu N, Zhang D, Wang W, et al. China Novel Coronavirus Investigating and Research Team. A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med*. 2020 Feb 20;382(8):727-733. doi: 10.1056/NEJMoa2001017. Epub 2020 Jan 24. PMID: 31978945; PMCID: PMC7092803.
- Organización Mundial de la Salud. COVID-19: cronología de la actuación de la OMS [Internet]. [Ginebra (Suiza)]: WHO; 27 de abril de 2020 [actualizada 29/06/2020; citada 12/12/2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/27-04-2020-who-timeline-covid-19>. Inglés, árabe, chino, francés, ruso, español.
- Instituto de Salud Carlos III. Primeros casos investigados en España por COVID-19. Informe COVID-19 nº1. [Internet] [Madrid (ES)]: RENAVE; 11 de febrero de 2020 [última actualización no disponible; citada 12/12/2020]. Disponible en: https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/Informe%20COVID-19.%20N%C2%BA%201_11febrero2020_ISCIII.pdf. Español.
- Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. BOE n.67, de 14/03/2020. Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19. [Internet] [Madrid (ES)]: Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes y Memoria Democrática. 14 de marzo de 2020. [última actualización 06/06/2020; citada 12/12/2020]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2020/03/14/463/con>. Español.
- Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. BOE n.91, de 01/04/2020. Orden SND/310/2020, de 31 de marzo, por la que se establecen como servicios esenciales determinados centros, servicios y establecimientos sanitarios. [Internet] [Madrid (ES)]: Ministerio de Sanidad. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/o/2020/03/31/snd310/con>. Español.
- Kutter JS, Spronken MI, Fraaij PL et al. Transmission routes of respiratory viruses among humans. *Curr Opin Virol*. 2018 Feb;28:142-151. doi: 10.1016/j.coviro.2018.01.001. Epub 2018 Jan 17. PMID: 29452994; PMCID: PMC7102683.
- Guo YR, Cao QD, Hong ZS et al. The origin, transmission and clinical therapies on coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak —an update on the status. *Mil Med Res*. 2020 Mar 13;7(1):11. doi: 10.1186/s40779-020-00240-0. PMID: 32169119; PMCID: PMC7068984.
- Aboubakr HA, Sharafeldin TA, Goyal SM. Stability of SARS-CoV-2 and other coronaviruses in the environment and on common touch surfaces and the influence of climatic conditions: A review. *Transbound Emerg Dis*. 2020 Jun 30;10.1111/tbed.13707. doi: 10.1111/tbed.13707. Epub ahead of print. PMID: 32603505; PMCID: PMC7361302.
- van Doremalen N, Bushmaker T, Morris DH et al. Aerosol and Surface Stability of SARS-CoV-2 as Compared with SARS-CoV-1. *N Engl J Med*. 2020 Apr 16;382(16):1564-1567. doi: 10.1056/NEJMc2004973. Epub 2020 Mar 17. PMID: 32182409; PMCID: PMC7121658.
- Zemouri C, de Soet H, Crielaard W et al. A scoping review on bio-aerosols in healthcare and the dental environment. *PLoS One*. 2017 May 22;12(5):e0178007. doi: 10.1371/journal.pone.0178007. PMID: 28531183; PMCID: PMC5439730.
- Peng X, Xu X, Li Y et al. Transmission routes of 2019-nCoV and controls in dental practice. *Int J Oral Sci*. 2020 Mar 3;12(1):9. doi: 10.1038/s41368-020-0075-9. PMID: 32127517; PMCID: PMC7054527.
- Ren Y, Feng C, Rasubala L et al. Risk for dental healthcare professionals during the COVID-19 global pandemic: An evidence-based assessment. *J Dent*. 2020 Oct;101:103434. doi: 10.1016/j.jdent.2020.103434. Epub 2020 Jul 18. PMID: 32693111; PMCID: PMC7368403.
- 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. doi: 10.14219/jada.archive.2004.0207. PMID: 15127864; PMCID: PMC7093851.
- Cortés Martinicorena FJ, Cerviño Ferradanes S, Blanco González JM, et al. Informe sobre los Servicios de Salud Bucodental en España. Situación de las Comunidades Autónomas, 2013. Disponible en: <http://www.consejodentistas.net/comunicacion/actualidad-del-consejo/publicaciones-del-consejo/revistas-del-consejo/revista-rcoe/item/900-revista-rcoe-octubre-2014-vol-19-supl-1.html>. Español.
- European Centre for Disease Prevention and Control. COVID-19 infection prevention and control measures for primary care, including general practitioner practices, dental clinics and pharmacy settings: first update. 19 October 2020. ECDC: Stockholm; 2020. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data?s=infection+prevention+dental+clinics>. Inglés.

16. Centers for Disease and Prevention Coronavirus disease 2019 (COVID-19): people at increased risk—and other people who need to take extra precautions, people at increased risk for severe illness. Disponible en: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/people-at-higher-risk.html> Inglés.
17. Consejo Dentistas. Directrices de buenas prácticas en las clínicas dentales. Medidas para la prevención de contagios del SARS.CoV-2. Disponible en : https://www.consejodentistas.es/pdf/coronavirus/Directrices_de_buenas_practicas_en_las_clinicas_dentales._Junio_2020.pdf. Español.
18. Consejo Dentistas. Plan estratégico de acción para el periodo posterior a la crisis creada por el COVID- 19. Versión 13 de abril de 2020. Disponible en : <https://www.consejodentistas.es/comunicacion/actualidad-consejo/notas-de-prensa-consejo/item/1763-plan-estrategico-de-accion-para-el-periodo-posterior-a-la-crisis-creada-por-el-covid-19.html> (consultado 13/04/2020). Español.
19. Campus G, Diaz-Betancourt M, Cagetti MG et al. On Behalf Of The COVIDental Collaboration Group. Study Protocol for an Online Questionnaire Survey on Symptoms/Signs, Protective Measures, Level of Awareness and Perception Regarding COVID-19 Outbreak among Dentists. A Global Survey. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Aug 3;17(15):5598. doi: 10.3390/ijerph17155598. PMID: 32756475; PMCID: PMC7432089.
20. Consejo de dentistas. Prevalencia de test y Tasa de Covid-19 en Dentistas en España. Disponible en: <https://www.consejodentistas.es/pdf/coronavirus/ANALISIS-DE-LAS-4%20ENCUESTAS-COVID-EN-DENTISTAS-ESPAN%CC%83OLES-FINAL.pdf>. Español.
21. Estrich CG, Mikkelsen M, Morrissey R et al. Estimating COVID-19 prevalence and infection control practices among US dentists. *J Am Dent Assoc*. 2020 Nov;151(11):815-824. doi: 10.1016/j.adaj.2020.09.005. PMID: 33071007; PMCID: PMC7560385.
22. Cagetti MG, Cairoli JL, Senna A et al. COVID-19 Outbreak in North Italy: An Overview on Dentistry. A Questionnaire Survey. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 May 28;17(11):3835. Doi: 10.3390/ijerph17113835. PMID: 32481672; PMCID: PMC7312000.
23. Michaels D, Wagner GR. Occupational Safety and Health Administration (OSHA) and Worker Safety During the COVID-19 Pandemic. *JAMA*. 2020 Sep 16. doi: 10.1001/jama.2020.16343. PMID: 32936212
24. Shah S, Wordley V, Thompson W. How did COVID-19 impact on dental antibiotic prescribing across England? *Br Dent J*. 2020 Nov;229(9):601-604. doi: 10.1038/s41415-020-2336-6. *Epub* 2020 Nov 13. PMID: 33188343; PMCID: PMC7662720
25. Lockhart PB, Tampi MP, Abt E et al. Evidence-based clinical practice guideline on antibiotic use for the urgent management of pulpal and periapical-related dental pain and intraoral swelling: A report from the American Dental Association. *J Am Dent Assoc*. 2019 Nov;150(11):906-921.e12. doi: 10.1016/j.adaj.2019.08.020. PMID: 31668170