

Protocolos de atención a pacientes pediátricos

Pediatric patient care protocols

Rocío Meza-Salcedo ^{1a}, Alan Pérez-Valverde ^{1b}

¹ Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, Facultad de Ciencias de la Salud, Cusco, Perú.

^a Magister en Políticas y Gestión en Salud. Especialista en Odontopediatría.

^b Cirujano-dentista.

Correspondencia:

Rocío Meza Salcedo: mezasalcedorocio@gmail.com
Av. Camino Real 110. Urb. Vallecito. Cusco Perú.
ORCID: 0000-0003-0538-9177

Coautor:

Alan Pérez Valverde: alanpv1983@gmail.com
ORCID: 0000-0002-9476-3548

Conflicto de intereses: ninguno.

Recibido: 10/09/20

Aprobado: 20/09/20

Publicado: 16/11/20

Sr. Editor.

La pandemia de la COVID-19 ha afectado a los países de todo el mundo y en todos los ámbitos, de ello no está exenta la atención odontológica, la cual está considerada como una de las prácticas sanitarias con mayor riesgo de contagio ¹.

El virus SARS-CoV-2, que causa la COVID-19, se transmite de persona a persona a través de pequeñas gotas de saliva (microgotas de Flügge) ² que se emiten al hablar, estornudar, toser o respirar ³ y son tres vías potenciales: en la parte superior e inferior del tracto respiratorio, en la sangre (a través del líquido crevicular) y por la infección de una glándula salival ⁴.

Los tratamientos dentales a menudo implican procedimientos en los que se usan jeringas de aire o agua, turbinas de alta velocidad, micromotores y raspadores ultrasónicos; dispositivos considerados fuentes potenciales de contaminación cruzada, teniendo el potencial de causar infecciones microbianas en pacientes y en el personal de salud y con la capacidad de extenderse a las superficies del entorno del consultorio dental. En esta situación, la Odontopediatría, área que se encarga de la salud bucal, prevención y promoción en niños y adolescentes se vio afectada y hasta atemorizada por investigaciones donde afirmaban que los niños podrían ser una fuente potencial de contagio por sus altos niveles de virus en las vías respiratorias superiores, particularmente al comienzo en una infección aguda por SARS-CoV-2 y mostrar síntomas relativamente leves o nulos ⁵.

Se debe hacer uso de protocolos de atención priorizando las medidas de protección del personal en la consulta dental ⁶, el equipo de protección personal (EPP) de los tres niveles que se describen en cuanto a medidas de barrera, consistente en gafas de protección ajustadas a la cara con goma, pantalla facial, utilizando gorro quirúrgico desechable, mascarilla ffp2/ffp3, batas impermeables desechables y guantes de nitrilo; así como de una exhaustiva higiene y lavado de manos ⁷, desinfección de superficies y ambientes sumado al uso de enjuagues bucales antes del procedimiento que hacen al virus vulnerable a la oxidación, por lo que se

aconseja usar enjuagues con elementos oxidativos tales como peróxido de hidrógeno al 1%, cloruro de cetilpiridinio al 0,05% o povidona yodada al 0,2%, también el uso del dique de goma que está demostrado que reduce en un 70% la concentración de aerosoles⁸. Las turbinas y piezas de mano con válvulas antiretorno no permiten el ingreso de la contaminación microbiológica presente en los diversos tratamientos hacia las mangueras. Las superficies de los consultorios y equipamientos de fácil desinfección son muy recomendados⁸.

Entre las tendencias restauradoras en Odontopediatría frente al COVID-19 tenemos tratamientos de mínima intervención como:⁹

- Tratamientos no invasivos basados en fluorizaciones, control de la dieta y del *biofilm*.
- Tratamientos micro invasivos como sellantes y resinas infiltrantes.
- Tratamientos mínimamente invasivos como las restauraciones.
- Intervenciones mixtas como tratamientos no restauradoras y técnica de Hall.

Con la intervención de materiales con propiedades cariostáticas, remineralizantes y bactericidas como¹⁰:

- Fluoruro diamino de plata.
- Cementos ionoméricos.
- Giomeros.

Siempre tener presente la distancia de propagación del aerosol, las salpicaduras y los niveles de contaminación que ocurren durante el tratamiento dental, que son siempre temas de gran preocupación.

Referencias bibliográficas

1. Here Comes the Coronavirus Pandemic: Now, after many fire drills, the world may be facing a real fire. Editorial. *The New York Times*. 29 de febrero de 2020. [Consultado el 1 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.nytimes.com/2020/02/29/opinion/sunday/corona-virus-usa.html>
2. Melián RA, Calcumil HP, Boin BC, et al. Detection of COVID-19 (SARS-CoV-2) by saliva: A low-invasive diagnostic alternative. *Int J Odontostomat*. 2020;14(3):316-320.
3. Han ZY, Weng WG, Huang QY. Characterizations of particle size distribution of the droplets exhaled by sneeze. *J R Soc Interface*. 2013;10(88):20130560. DOI:10.1098/rsif.2013.0560
4. Sabino-Silva R, Jardim ACG, Siqueira WL. Coronavirus COVID-19 impacts to dentistry and potential salivary diagnosis. *Clin Oral Investig*. 2020;24(4):1619-1621. DOI:10.1007/s00784-020-03248-x
5. Yonker LM, Neilan AM, Bartsch Y, et al. Pediatric SARS-CoV-2: Clinical Presentation, Infectivity, and Immune Responses. *J Pediatr*. 2020;S0022-3476(20)31023-4. DOI:10.1016/j.jpeds.2020.08.037
6. Peng X, Xu X, Li Y, et al. 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
7. Meng L, Hua F, Bian Z. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): Emerging and Future Challenges for Dental and Oral Medicine. *J Dent Res*. 2020;99(5):481-7. DOI:10.1177/0022034520914246.
8. Hokett SD, Honey JR, Ruiz F, et al. Assessing the effectiveness of direct digital radiography barrier sheaths and finger cots. *J Am Dent Assoc*. 2000;131(4):463-7. DOI:10.14219/jada.archive.2000.0202
9. Schwendicke F, Frencken JE, Bjørndal L, et al. Managing Carious Lesions: Consensus Recommendations on Carious Tissue Removal. *Adv Dent Res*. 2016;28(2):58-67. DOI:10.1177/00220345166639271
10. Takeuti ML, Marquezan M, Rodrigues CR, et al. Inhibition of demineralization adjacent to tooth-colored restorations in primary teeth after 2 in vitro challenges. *J Dent Child (Chic)*. 2007;74(3):209-14.