

RECOMENDACIONES DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL Y DE CABEZA Y CUELLO EN EL PERIODO DE CRISIS Y DE CONTROL POSTERIOR DE LA PANDEMIA DE COVID-19



ÍNDICE

1. Introducción	2
2. Justificación del documento	3
3. Pautas generales de protección para especialistas en cirugía oral y maxilofacial	4
4. Pautas generales para el paciente en cirugía oral y maxilofacial	11
5. Pautas de actuación en la consulta de cirugía oral y maxilofacial	13
6. Pautas de actuación en cirugía oral y maxilofacial ambulatoria	16
7. Pautas de actuación previas a cirugía programada	20
8. Pautas de actuación en el quirófano de cirugía oral y maxilofacial	22
9. Niveles de prioridad quirúrgica en cirugía oral y maxilofacial	27
10. Consideraciones finales	30

Junta Directiva de la SECOMCyC
(Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial y de Cabeza y Cuello)

24 ABRIL 2020

1. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud declaró el 30 de enero de 2020 como emergencia de salud pública internacional un brote de un nuevo coronavirus denominado SARS-CoV-2 en la República Popular de China (*World Health Organization, 2020*). El brote, que inicialmente se identificó en diciembre de 2019, se ha convertido hoy en día en una catástrofe histórica en nuestro país donde ya ha causado una enorme cantidad de fallecidos, sobre todo en relación con grupos de pacientes con patologías previas y ancianos. Algunas características de este coronavirus, como su alto grado de contagiosidad, largo periodo de incubación y sintomatología leve e inespecífica inicial, son causantes primarios de esta situación (*Guan et al, 2020; Li et al, 2020*).

El Gobierno de España, en su sesión extraordinaria de sábado 14 de marzo del 2020, declaró un estado de alarma nacional que, a su vez, originó la imposición de un periodo de confinamiento o cuarentena a la población. Pero es que, además del confinamiento personal, ha supuesto la interrupción del normal devenir de la sanidad pública y privada. Los únicos tratamientos que se han priorizado para poder seguir prestando ha sido los dedicados a pacientes urgentes o inaplazables. No se debe de exponer a los pacientes o al personal sanitario a un problema de salud sin tomar una serie de medidas. Estas medidas están basadas en una evidencia científica limitada por el escaso tiempo que ha transcurrido desde su inicio y por la gran cantidad de información difundida sin estar basada en estudios tipo I o II.

El cirujano oral y maxilofacial realiza una especialidad quirúrgica que, en consonancia a sus objetivos, es una de las más expuestas desde un principio en cuanto a la infección de los profesionales. La rapidez en la toma de decisiones llevó a la Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial y de Cabeza y Cuello (SECOMCyC) a emitir unos comunicados los días 19.03.2020 y 31.03.2020 conteniendo unas medidas con respecto a profesionales o pacientes, sea cual fuere el ámbito de su realización (*Recomendaciones generales SECOMCYC de actuación en COVID-19, Recomendaciones SECOMCYC de traqueotomía en COVID-19, Comunicado SECOMCYC 31-3-2020. Actualización COVID-19. Disponibles en: <http://www.secom.org/recomendaciones-secomcyc/>*). En dichos comunicados se intentó ayudar a los cirujanos orales maxilofaciales y a sus pacientes aportando información recogida en artículos científicos más actuales de referencia para las profesiones médicas y odontológicas nacionales o internacionales. Dado que, según las noticias de fuentes gubernamentales que están difundiendo a la ciudadanía, previsiblemente el periodo de confinamiento se irá liberando de forma gradual se hace preciso que, siguiendo esta pauta de seriedad, la SECOMCyC empiece a dar una serie de normas necesarias antes de reiniciar la vuelta a la actividad laboral clínica diaria con el desarrollo consecuente de la actividad profesional.

2. JUSTIFICACIÓN DEL DOCUMENTO

La enorme cantidad de pacientes que han precisado atención sanitaria en nuestro país por la rápida extensión de la pandemia COVID-19 entre marzo y abril de 2020 ha obligado a los hospitales españoles a redistribuir sus recursos para proporcionar una atención urgente a los pacientes infectados por el virus SARS-CoV-2. En este contexto, se ha producido una perturbación significativa de la actividad habitual de los servicios de cirugía oral y maxilofacial, que ha llegado a retrasar la atención de la mayoría de los pacientes e intervenciones quirúrgicas electivas. La incidencia de los casos no ha sido homogénea en todo el territorio nacional, por cuanto que algunos servicios de cirugía oral y maxilofacial han tenido que reducir o aplazar drásticamente su actividad, mientras que otros han podido mantener una cierta actividad quirúrgica dentro del mismo hospital o en centros externos concertados. En este momento, las autoridades sanitarias están planeando un proceso de desescalada y finalización del periodo de confinamiento lo que va a conducir a nuevos retos en el manejo en la consulta, quirófano ambulatorio, cirugía programada, hospitalización y urgencias de los pacientes.

Dentro de las profesiones sanitarias, el colectivo médico han sido uno de los más afectados por la pandemia del coronavirus. En este sentido, los especialistas en cirugía oral y maxilofacial han sido uno de los grupos que han presentado un mayor riesgo de infección nosocomial por el estrecho contacto que se establece a través de la cavidad oral y oro-faringe con los pacientes asintomáticos y sintomáticos con infección por COVID-19.

En este escenario, la Junta Directiva de la SECOMCyC pensó que era preciso que todos los cirujanos orales y maxilofaciales españoles involucrados en el manejo de pacientes durante la pandemia de COVID-19 tuvieran suficiente información del manejo en consulta, quirófano ambulatorio, cirugía programada, hospitalización y urgencias, sea cual fuere su ámbito de realización. Con el objetivo de intentar aclarar los aspectos más importantes y crear un protocolo común, un panel de expertos de la SECOMCyC ha propuesto este documento de posicionamiento en el que se establecen una serie de recomendaciones.

3. PAUTAS GENERALES DE PROTECCIÓN PARA ESPECIALISTAS EN CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL

Los especialistas en cirugía oral y maxilofacial son especialmente vulnerables al contagio por COVID-19 debido a la exposición extensa y cercana a las cavidades y secreciones orales y nasales de los pacientes y sus fluidos corporales en la práctica clínica rutinaria. En el mismo sentido puede citarse la exposición a procedimientos generadores de aerosoles como traqueotomía, curas de traqueotomía, aspiración de la vía aérea, drenaje de abscesos, irrigación de heridas, uso de dispositivos ultrasónicos/piezoeléctricos o uso de piezas de mano de alta velocidad, etc. (*Zimmermann y Nkenke, 2020*).

Como norma general, el cirujano oral y maxilofacial debe usar mascarillas quirúrgicas durante toda la asistencia sanitaria, cambiarla al menos cada cuatro horas o antes, controlar la temperatura corporal dos veces al día e identificar cualquier síntoma. En caso de síntomas, incluso de baja intensidad, el profesional debería cesar su actividad asistencial y realizarse una prueba diagnóstica con prioridad alta.

El profesional sanitario debe permanecer vigilante y asegurarse del uso de mascarilla quirúrgica en los siguientes grupos de personas:

- Personas con síntomas respiratorios o clínicos susceptibles de una infección por COVID-19 (tos, disnea, fiebre ...).
- Miembros del personal de recepción en contacto directo y cercano con pacientes.
- Personas con antecedentes médicos de patología crónica especialmente durante la consulta, hospitalización, traslados en el hospital o en las salas de espera.
- Profesionales sanitarios médicos y no médicos, durante consultas y cuidados de pacientes, incluidas personas frágiles.

Protección del personal sanitario.

El uso de equipo de protección individual debe seleccionarse adecuadamente y utilizarse apropiadamente. Es preciso capacitar al personal sobre cómo ponerse, retirar y desechar el equipo de protección individual (EPI). Para ahorrar recursos, la protección personal del equipo debe elegirse según el procedimiento planificado y el estado de infección del paciente (Tabla 1).

Tabla 1. Equipamiento de protección individual (EPI) para los profesionales sanitarios, modificado de World Health Organization (WHO) y European Centre for Disease Prevention and Control (EDCD).

Situación	Actividad	Tipo de EPI
Unidad de hospitalización		
Paciente hospitalizado/sala de exploración	Cualquier actividad que no incluya contacto con pacientes COVID-19+	Mascarilla quirúrgica / mascarilla FFP1
Paciente hospitalizado/sala de exploración	Actividad directa en pacientes COVID-19+	Mascarilla FFP2 / mascarilla N95 / equivalente Bata Guantes Gorro quirúrgico Protección ocular (gafas con sellado / máscara facial)
Paciente hospitalizado/sala de exploración	Procedimientos generadores de aerosoles en pacientes COVID-19+	Mascarilla FFP3 / mascarilla N99 / equivalente Bata Guantes Gorro quirúrgico desechable Protección ocular (gafas con sellado / máscara facial) Delantal
Quirófano (con presión negativa)	Cualquier tipo de cirugía realizada en pacientes COVID-19+	Mascarilla FFP3 / mascarilla N99 / equivalente Bata quirúrgica estéril impermeable Guantes quirúrgicos estériles Gorro quirúrgico desechable doble Protección ocular (gafas con sellado / máscara facial)
Unidad ambulatoria		
Sala de consulta	Examen clínico de pacientes que no presentan síntomas respiratorios	Mascarilla quirúrgica / Mascarilla FFP1 Guantes
Sala de consulta	Clínica de paciente sospechoso (con síntomas respiratorios) o confirmado de COVID-19+	Mascarilla FFP2 / mascarilla N95 / equivalente Bata Guantes Gorro quirúrgico Protección ocular (gafas con sellado / máscara facial)

European Centre for Disease Prevention and Control 2020; World Health Organization, 2020.

En la actualidad, no existe una guía específica para la protección de los profesionales sanitarios que se ocupan de procedimientos diagnósticos y terapéuticos en zonas anatómicas de alto riesgo de transmisión del COVID, como el área de cabeza y cuello y concretamente la cavidad oral, siendo el caso de los cirujanos orales y maxilofaciales. Debido a la exposición frecuente a la saliva, el esputo y otros fluidos corporales, estos profesionales están expuestos a un alto riesgo de transmisión viral.

Al realizar un examen clínico con una mascarilla quirúrgica, en la situación actual de pandemia se recomienda el uso de gafas de protección, pantalla y guantes, aunque las guías actuales de *World Health Organization* y del *European Centre for Disease Prevention and Control* no lo incluyan (Tabla 1). La OMS ha recomendado que cuando se realice cualquier procedimiento que genere aerosoles en un paciente con sospecha de COVID-19 positivo se debe usar una máscara FFP3 (*Herron et al, 2020*). Estudios preliminares con antisépticos orales han conseguido reducir la carga viral en la cavidad oral, por lo que su uso puede ser recomendable. Existe una recomendación basada en la evidencia para el uso de soluciones de peróxido de hidrógeno al 1% o povidona yodada al 0.2% junto a los enjuagues bucales más utilizados (*Kohn et al, 2003; Marui et al, 2019; Peng et al, 2020*).

La higiene de las manos debe realizarse inmediatamente después de eliminar cualquier parte del equipo de protección personal. De igual manera, debe garantizarse que los procedimientos de limpieza y desinfección se realizan de manera consistente y correcta en la sala de exploración después de cada paciente (*World Health Organization, 2016*).

Debido al hecho de que hay una gran cantidad de pacientes asintomáticos con SARS-CoV-2 positivos, se debería asumir que todos los pacientes son potencialmente infecciosos (*Rothe et al, 2020*). Antes de llevar a un paciente al quirófano, se debe realizar una prueba de SARS-CoV-2. Un paciente de emergencia que no deja el tiempo suficiente para realizar la prueba debe tratarse como infeccioso. Para los pacientes infectados con SARS-CoV-2, se deben cumplir algunos requisitos especiales en el quirófano. Deberían usar una máscara FFP2 sin válvula y una bata cuando se lleven al quirófano. El personal responsable del traslado necesita usar una máscara FFP2, así como bata y guantes (*Zimmermann y Nkenke, 2020*).

Los profesionales sanitarios que han sido infectados con SARS-CoV-2 y se han recuperado de COVID-19 deben seguir las precauciones de control de infecciones, incluido el uso del equipo de protección personal recomendado. En la etapa actual, no se pueden excluir problemas de reinfección e inmunidad inadecuada y son precisos más estudios (*World Health Organization, 2020*).

Precauciones para la intervención de un paciente COVID-19 positivo.

En caso de un paciente confirmado positivo, se debe utilizar un equipo de protección individual (EPI) junto con la indumentaria quirúrgica para asegurar la adecuada protección del personal de quirófano. Aún en casos no confirmados, en el contexto actual de pandemia, se debería asumir que todos los pacientes son positivos y tomar las mismas medidas de protección para evitar una exposición innecesaria del personal. Existen diferentes tipos de equipos de protección, pero a continuación se describen los elementos de protección necesarios básicos para poder realizar una intervención quirúrgica en condiciones adecuadas de seguridad.

La microscopía electrónica ha medido que el virus COVID-19 tiene un diámetro de entre 70 y 90 nm. Sin embargo, las gotas de Flügge de menos de 5 μm de tamaño generalmente se producen al toser y estornudar durante el cual el virus puede viajar hasta 4,5 m, lo que representa un riesgo para el personal de atención médica que no está directamente involucrado en la atención del paciente. Esto es particularmente relevante cuando el personal está en la sala sin EPI adicional. Se ha descrito que las máscaras quirúrgicas proporcionan muy poca protección para los tamaños de partícula de 10-80 nm. Las máscaras N95/FFP2 tienen al menos un 95% de efectividad para tamaños de partícula de 0,1-0,3 μm , lo que aumenta a 99,5% o más para las partículas de 0,75 μm o más. Por lo tanto, se proporciona una protección superior al 95% con una máscara FFP2/N95 cuando se realiza un procedimiento que genere aerosoles (*Herron et al, 2020*).

Aunque la COVID-19 no incluía síntomas oculares, se han detectado recientemente casos clínicos con estos síntomas que han demostrado que la transmisión del SARS-CoV-2 no se limita a las vías respiratorias y fecales-orales, sino que la exposición ocular puede

proporcionar una ruta adicional para que el virus ingrese al cuerpo (*To et al, 2020*). Las vías de transmisión parecen incluir una directa (tos, estornudos e inhalación de gotas), así como una transmisión de contacto (membranas mucosas orales, nasales y oculares) (*Lu et al, 2020*). Las gafas protectoras que protegen los ojos deben ajustarse cómodamente sobre y alrededor de los ojos o lentes de prescripción personales, estar ventilados indirectamente (para evitar la penetración de salpicaduras o aerosoles) y tener un recubrimiento antivaho para ayudar a mantener la claridad de la visión. La lente debe estar hecha de plástico, comúnmente policarbonato, y con una correa elástica ajustable para permitir un ajuste perfecto alrededor de los ojos. Las gafas protectoras utilizadas para aplicaciones sanitarias suelen ser reutilizables.

Las pantallas proporcionan una protección de barrera para el área facial y las membranas mucosas relacionadas (ojos, nariz, labios) y se consideran una alternativa a las gafas. Se deben usar pantallas si se realizan procedimientos que generen aerosoles. Deben cubrir la frente, extenderse debajo de la barbilla y envolverse alrededor del lado de la cara.

Elementos del equipo de protección individual (EPI).

El EPI será necesario en cualquier procedimiento considerado como «contacto estrecho», lo que incluye intervención quirúrgica, así como otros procedimientos de quirófano (intubación, anestesia regional, canalización de vías, etc.). Los equipos de protección individual, tal y como establece el Real Decreto 773/1997 relativo a su utilización, proporcionarán una protección eficaz frente a los riesgos que motivan su uso, sin suponer por sí mismos u ocasionar riesgos adicionales ni molestias innecesarias. El equipo necesario se resume en la Tabla 2.

Tabla 2. Descripción del equipo de protección individual (EPI)

Descripción del equipo de protección individual (EPI)
1. Bata impermeable
2. Mascarilla. La mascarilla quirúrgica convencional no ofrece protección si existen aerosoles. Son necesarias mascarillas tipo N95, o FFP2/FFP3 (capacidad de filtrado del 96 y 99%, respectivamente). Es preferible la utilización de mascarillas sin válvula, ya que las mascarillas con válvula no protegen al paciente en caso de contagio del profesional
3. Gafas. Si en el procedimiento se producen aerosoles (dependiendo del tipo de cirugía), es fundamental la cobertura ocular de pantalla completa. Si no, puede ser suficiente con pantalla parcial, para evitar salpicaduras o contaminación directa únicamente
4. Pantalla de cobertura facial completa. No protege de los aerosoles, pero es necesaria cuando existe riesgo de salpicaduras (de sangre, vómitos u otros líquidos biológicos). Puede ser una alternativa a las gafas protectoras o colocarse sobre ellas, según el riesgo. Este equipo puede resultar especialmente importante para manejar la vía aérea. La pantalla se coloca sobre la cabeza y posee un mecanismo de ajuste para su adecuada sujeción, en la parte posterior. En caso de utilizar gafas graduadas para la correcta visión, se debe mantener y colocar el dispositivo de protección sobre las mismas.
5. Guantes de nitrilo largos (un par).
6. Gorro. Es conveniente que todo el personal con el pelo largo se lo recoja completamente en un moño bajo y lo sujete adecuadamente. Esto ayuda con la colocación del EPI y reduce las molestias y sudoración cuando se lleva puesto el equipo. Se recomienda también afeitarse la barba para favorecer la adecuada fijación y funcionamiento de las mascarillas
7. Calzado exclusivo para la zona o actividad y sin perforaciones y calzas
<i>Una vez colocado el EPI, se realizará el lavado quirúrgico con gel alcohólico sobre los guantes de base de nitrilo y se colocará sobre el EPI el equipo estéril necesario para la intervención quirúrgica (bata y guantes estériles)</i>

Es fundamental que el equipo quirúrgico al completo haya realizado entrenamiento previo en colocación y retirada supervisada del EPI antes de realizar un procedimiento real. Es asimismo muy importante la colaboración de todos los miembros del equipo quirúrgico entre sí. Debe haber personal entrenado disponible de reserva (de todos los estamentos) en caso de que se produzca algún imprevisto (el personal no tolere el EPI, presente mareo por exceso de calor, etc.). Los EPIs deben cubrir totalmente la piel, especialmente las zonas corporales de alto riesgo: orificios nasales, boca y ojos. En las intervenciones quirúrgicas se pueden producir aerosoles, por lo que los EPIs deben garantizar esta circunstancia. Se deben definir los profesionales que deben usar esta protección máxima dentro del quirófano (puede variar su categorización una vez que todos los mecanismos de transmisión del COVID19 se conozcan perfectamente): cirujano principal y ayudante; anestesista y ayudante (médico o enfermera); enfermería instrumentista. La enfermería circulante y auxiliar de quirófano no necesitarían un EPI de máxima protección (bastaría con mascarilla quirúrgica, sin gafas ni protectores faciales), a no ser que se acerquen al paciente en las maniobras con peligro de generar aerosoles. En el quirófano, debe establecerse una presión negativa con el objetivo de reducir la diseminación del virus. Antes de entrar en el quirófano, cada miembro del personal debe ponerse el equipo de protección personal. Además de una máscara FFP3, también es importante usar una pantalla. El equipo quirúrgico no debe estar presente en el quirófano durante la intubación y la extubación. En cualquier momento, el número de miembros del personal en el quirófano debe ser mínima. El equipo de protección personal del equipo quirúrgico debe completarse con una bata estéril hermética.

Colocación (*donning*) y retirada (*doffing*) del equipo de protección individual (EPI).

La secuencia de ambas maniobras se muestra en las Tablas 3 y 4. En la Tabla 5 se detalla la secuencia de retirada del buzo impermeable por sus particularidades específicas. Para la retirada del equipo es fundamental hacerlo de una forma calmada, despacio, evitando movimientos bruscos y bajo la supervisión de un compañero entrenado. Lo ideal es que el personal que ha estado en el quirófano se retire el EPI de uno en uno bajo supervisión de un observador provisto del check-list de retirada. Esto puede reducir la autoinfección/contaminación cruzada y proporciona automatismo de colocación y retirada segura y eficiente del EPI entre los trabajadores de la salud (Herron et al, 2020). Se debe realizar lo más apartado posible del paciente y cerca de la puerta. Debe haber disponible un contenedor grande para desechar los EPIs, así como con desinfectante alcohólico para manos y superficies. Puede ser útil habilitar una sala «sucia» para retirarse el equipo, con espacio suficiente. La secuencia de retirada va del elemento más contaminado (guantes) al menos contaminado (mascarilla).

Tabla 3. Secuencia de colocación del EPI (donning)

Secuencia de colocación del EPI (donning)
Instrucciones paso a paso para la colocación del EPI
1. Retirar TODOS los objetos personales y accesorios de los bolsillos del pijama (reloj, pendientes, bisutería, etc.) antes de la colocación del EPI
2. Higiene estándar de manos
3. Colocación de calzas y primer gorro (desechable)
4. Enfundar un primer par de guantes de nitrilo
5. Colocar la bata impermeable
6. Colocar mascarilla FFP2 o FFP3
7. Colocar mascarilla quirúrgica por encima de la primera
8. Colocar gafas protectoras cerradas
9. Colocar un gorro quirúrgico desechable (sobre el que se ha colocado previamente)
10. Colocar pantalla facial
11. Higiene quirúrgica de manos por encima de los guantes con producto a base de alcohol
12. Entrada a quirófano
13. Colocación de bata quirúrgica habitual (con ayuda para atarla)
14. Colocación de guantes estériles habituales

Tabla 4. Secuencia de retirada del EPI (doffing)

Secuencia de retirada del EPI (doffing)
Instrucciones paso a paso para la retirada del EPI
1. Retirar como habitualmente los guantes quirúrgicos, sin tocarlos por fuera
2. Lavado de los guantes interiores con solución alcohólica (el observador la irriga sobre los guantes del profesional)
3. Retirar como habitualmente la bata quirúrgica
4. Evitar tocarla por fuera
5. Estirarla des del frontal rompiendo las cintas
6. Plegarla con la parte externa contaminada hacia dentro
7. Desechar todo en el contenedor (debe estar a corta distancia)
8. Lavado de los guantes interiores con solución alcohólica (el observador la irriga sobre los guantes del profesional)
9. Retirada de calzas
10. Lavado de manos con solución alcohólica
11. Retirar la pantalla facial: agachar la cabeza, cerrando ojos y boca
12. Colocar aparte en bandeja con desinfectante si se su reutiliza
13. Desechar en contenedor si es material desechable
14. Retirar gorro externo y desechar (cerrando ojos y boca)
15. Lavado de manos con solución alcohólica
16. Retirar gafas: agachar la cabeza, cerrando ojos y boca
17. Lavado de manos con solución alcohólica
18. Retirada de la mascarilla y del gorro interno. Agachar la cabeza hacia delante, cerrando ojos y boca. Sujetar las cintas desde atrás y retirar hacia delante y hacia abajo. NO se debe tocar la parte delantera de la mascarilla. Desechar en el contenedor cogiéndola únicamente por las cintas.
19. Lavado de manos con solución alcohólica
20. Retirada de la bata protectora (secuencia igual a la bata quirúrgica)
21. Desechar en el contenedor (debe estar a corta distancia) Lavado de manos con solución alcohólica
22. Retirar de los guantes de nitrilo, sin tocarlos por fuera
23. Salida de quirófano
24. Higiene quirúrgica de manos
25. Retirada de mascarilla FFP2/FFP3
26. Retirada de gorro interno
27. Lavado de manos con solución alcohólica
28. Colocar guantes de nitrilo
29. Rociar zuecos con solución alcohólica y retirarlos
30. Lavado de manos con solución alcohólica hasta los codos
31. Ducha
Limitar personal y movilidad en quirófano. Cumplimentar por un observador externo al portador de EPI.

Tabla 5. Secuencia retirada buzo de protección

SECUENCIA RETIRADA BUZO DE PROTECCIÓN
Dentro del box / habitación:
1) Retirar guantes exteriores y rechazarlos al contenedor de residuos grupo III
2) Lavado de manos con solución hidroalcohólica en los guantes interiores: Despegar solapa del buzo, que cubre mentón y cremallera.
3) Desabrochado de la cremallera hasta abajo, evitando tocar las zonas potencialmente contaminadas (toda la parte externa del buzo). Lavado de manos con solución hidroalcohólica en guantes interiores.
4) Iniciar retirada del buzo, girando la capucha hacia atrás y desde los hombros hacerlo bajar por detrás. Terminar sacando las manos por la parte interior del buzo, hacia delante.
5) Retirar completamente el buzo, por la parte interna, sacando las piernas. Rechazar el contenedor de residuos grupo III tocando la parte interior del bus.
6) Lavado de manos con solución hidroalcohólica en los guantes interiores. Retirar guantes interiores, rechazar al contenedor de residuos grupo III.
Fuera del box / habitación: (antecámara si los hay)
7) Lavado de manos con solución hidroalcohólica. Colocar guantes limpios.
8) Retirar gafas de protección integral y gorra, desinfectar gafas con solución desinfectante de superficies inorgánicas, o bien toallitas húmedas impregnadas con desinfectante.
9) Retirar guantes. Lavado de manos con solución hidroalcohólica.
10) Retirar mascarilla desde las gomas, rechazar el contenedor de residuos grupo III. Finalizar con un buen lavado de manos con solución hidroalcohólica, o agua y antiséptico.

4. PAUTAS GENERALES PARA EL PACIENTE EN CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL

Cuestionario al paciente al concertar una cita (triaje telefónico).

En las primeras fases de reincorporación a la asistencia en cirugía oral y maxilofacial se aconseja realizar un triaje previo telefónico cuando se contacte para darle una cita al paciente o cuando llame para solicitarla. Si se presenta directamente para solicitar la cita (no deseable) se procederá de idéntica manera. Este proceso debe permitir seleccionar, a través de un cuestionario sencillo de triaje, qué pacientes pueden a priori presentar mayores riesgos y adoptar el protocolo convenido.

Debe investigarse por teléfono la presencia de alguno o algunos de los siguientes síntomas: temperatura por encima 37,5°C, tos seca, molestias faríngeas, congestión nasal, fatiga, dolor de cabeza, mialgia, hipogeusia, anosmia, alteraciones cutáneas (exantema, urticaria, vesículas variceliformes, lesiones acro-isquémicas, lesiones livedoides y tipo sabañón), diarrea y molestias digestivas o malestar general. La presencia de estos signos o síntomas con temperatura elevada debe llevar a advertir al paciente de un posible contagio. Ante la presencia de signos, aún con temperatura normal, hay que indicar al paciente que es preferible demorar los tratamientos hasta transcurridos 14 días al menos desde la desaparición de éstos (salvo urgencias) y consultar con el servicio de infeccioso o medicina interna correspondiente para que valore su diagnóstico definitivo. Igualmente debe investigarse si el paciente ha tenido un contacto estrecho con pacientes diagnosticados de COVID-19 y que se encuentren todavía en el periodo de cuarentena (14 días desde el último contacto).

Instrucciones al paciente antes de venir a la cita.

Al concertar la cita con el paciente debe ser informado sobre varias circunstancias:

- Debe acudir a la clínica sólo, sin acompañante (a no ser que se trate de un menor o persona con necesidad de ayuda, en cuyo caso se aceptará a un único acompañante).
- Debe retirarse las pulseras, collares o pendientes al haberse demostrado que el coronavirus permanece sobre superficies metálicas durante días.
- Debe acudir con mascarilla.
- Debe llegar a la hora pactada (no mucho antes para evitar esperas innecesarias ni después evitar solapar en el tiempo al siguiente paciente).
- Debe saber que, al llegar a la clínica, se le dará una serie de instrucciones y se le pedirá que se frote las manos con un gel hidroalcohólico durante 20 segundos.
- Debe saber que si la temperatura es de 37,5° o superior no se le permitirá el acceso a la misma.

- Debe conocer que, en el hipotético caso de cruzarse con otro paciente en la consulta, debe mantener una distancia de al menos 2 metros.
- Debe ser informado que, dependiendo de la cantidad de personas presentes en la consulta, se le pedirá que espere en el exterior y será avisado telefónicamente de cuándo podrá entrar.

Instrucciones postoperatorias a paciente.

Los consejos al paciente para una nueva cita son:

- Debe explicarse claramente al paciente qué procedimientos son electivos y preferiblemente diferibles hasta que se vuelva a valorar la situación específica.
- Debe recordarse al paciente que para una nueva cita debe venir nuevamente solo, sin pulseras, pendientes y cumplir con las normas que ya se le han estipulado.
- Recordarle que, en caso de desarrollar algún signo respiratorio, malestar, fiebre u otro de los indicados anteriormente, o si durante este tiempo entra en contacto con un paciente confirmado, debe avisar inmediatamente para posponerle la cita.
- Despedirle sin darle la mano.

5. PAUTAS DE ACTUACIÓN EN LA CONSULTA DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL

En la consulta de cirugía oral y maxilofacial es recomendable la realización de test COVID a todo el personal sanitario para conocer la respuesta inmunitaria del personal del Servicio, Centro o Clínica. Con carácter previo a la vuelta a la actividad clínica por el fin del proceso confinamiento, el personal sanitario debe abstenerse de iniciar su actividad si:

- Presenta o ha presentado sintomatología compatible con COVID y se encuentra en seguimiento y no está confirmado mediante test.
- Ha estado en contacto con enfermos COVID confirmados en los últimos 14 días y se encuentra en régimen de cuarentena.

Un aspecto relevante es la formación del personal sanitario auxiliar de la consulta. Antes de iniciar la actividad todo el personal debe conocer los nuevos protocolos y medidas para triaje telefónico, recepción, organización y movilidad por la consulta, extremar higiene de manos y medidas de desinfección de las superficies de la consulta y saber utilizar medidas de vestuario adecuado y protección (guantes, mascarilla, batas y protección ocular) según cada caso. De forma general, el personal auxiliar deberá llevar como mínimo mascarilla quirúrgica (preferiblemente FFP2), protector ocular y bata impermeable. Durante la jornada es recomendable que una sola persona utilice los medios destinados a la recepción de los pacientes (ordenadores, bolígrafos, teléfono, etc.). Estos deben ser desinfectados antes de cada cambio de turno.

Aspectos estructurales de la consulta.

Las recomendaciones principales se centran en:

- Marcar en el suelo con señales de contención los 2 metros de distancia mínima entre personal de recepción y el paciente o la colocación de una mampara entre personal de recepción y pacientes.
- Retirar revistas, folletos informativos y material mobiliario innecesario (mesitas auxiliares, diplomas, etc.) de la zona de sala de espera.
- Separar sillas de sala de espera 2 metros entre ellas. Retirar sillas innecesarias, si no fuera posible, colocar carteles informativos para uso correcto y organización de las mismas.
- Reorganización de la sala de consultas, manteniéndola lo más diáfana posible para facilitar la limpieza entre paciente y paciente.
- Anular fuentes o servicio automático de agua en salas de espera. Sustituir por botellas personales a petición del paciente.

- En baños se recomienda retirar toallas y anular sistemas de secado de manos automáticos. Sustituir por toallas desechables de papel. Colocar cubo cerrado con apertura de pedal en baños para desechar dicho material. Es recomendable además tener geles hidroalcohólicos y toallitas.
- En la medida de lo posible se deben evitar el uso de climatización centralizada y procurar en la frecuente ventilación natural de los espacios del Centro.

Aspectos organizativos de la consulta.

Al tratarse de una consulta y considerarse actuación de bajo-medio riesgo, es recomendable que el personal auxiliar sea el mínimo para un funcionamiento adecuado de la actuación. Respecto a los pacientes, se ha de evitar se presenten en consulta sin previo aviso. Las citas en las consultas se deben distanciar en la medida de lo posible para impedir que haya más de un paciente en sala de espera.

Se ha de llevar a cabo un triaje telefónico para determinar la posibilidad que puede ser posible paciente COVID. Si existe esta sospecha, y no es posible retrasar la consulta es recomendable citar a estos pacientes al final de las jornadas de consultas para facilitar la total desinfección de la clínica tras la visita y evitar contactos con otros pacientes. El paciente con alta sospecha deberá esperar fuera del Centro hasta que se haya marchado el último paciente.

La información que se le debe suministrar al paciente previo a la asistencia en la consulta consiste en:

- El paciente debe venir sólo. Podrá venir con un solo acompañante en casos que se trate de un menor, personas con discapacidad física o intelectual.
- Debe acudir con mascarilla y guantes. En el caso que no tenga se le proporcionará a la llegada de la consulta.
- Antes de ir a la consulta deben retirarse objetos accesorios como relojes, pulseras, pendientes y collares.
- Debe llegar a la hora acordada para evitar aglomeraciones de pacientes, en el caso de superar la capacidad de la sala de espera el paciente deberá esperar fuera del área de consultas o incluso del Centro hasta que se les avise.

Recepción del paciente y sala de espera.

A la entrada de la consulta se ofrecerá al paciente medios de protección (si no los trajese), se les darán unas calzas desechables y un gorro y se le indicará que realice un desinfectado de manos con gel hidroalcohólico. Se realizará toma de temperatura con dispositivo IR (o similar) a la entrada los pacientes.

Una vez registrado, el paciente pasará a la sala de espera donde deberá permanecer hasta el paso a la zona clínica, respetando la distancia de seguridad (2 metros) en todo momento tanto con el personal de la clínica como con los otros pacientes. Si el paciente requiere rellenar o firmar algún formulario (Formulario RGPD, consentimientos, etc.), lo

hará en la sala de espera con bolígrafo y medios de uso exclusivo del paciente que serán desinfectados una vez sean devuelto.

Paso a la sala de consulta.

Se recomienda preparar previamente el material de exploración y curas para cada paciente. Se emplearán dispositivos estériles de un solo uso en el caso de exploración. El paciente accederá sólo a la sala de consultas y se le volverá a pedir que se desinfecte las manos con solución hidroalcohólica.

Una vez que el paciente ha accedido a la sala se procede a cerrar el gabinete o sala de consulta. La exploración clínica y curas del paciente en cirugía oral y maxilofacial se consideran intervenciones de bajo riesgo, no obstante, debe realizarse con doble-guante, protección ocular, mascarillas, vestuario adecuado y con material de exploración de un solo uso. Aunque es poco probable, la exploración puede generar aerosoles por la manipulación de la cavidad oral.

Estudios radiológicos complementarios.

Deben evitarse la realización de radiografías intraorales dentro de lo posible. La manipulación intraoral puede generar aerosoles por parte del paciente. La sala de radiología extraoral debe estar preparada con dispositivos desechables en la zona de contacto del paciente con el aparato. Una vez realizada las superficies deben ser desinfectadas con los productos adecuados.

Protocolo de limpieza y desinfección entre pacientes.

- Retirada de material de protección de equipos desechables.
- Retirada de instrumental utilizado y seguir protocolos de limpieza y desinfección de instrumental.
- Limpieza de superficies de contacto en contacto con paciente: silla, sillón de exploración, etc. Es recomendable no usar pulverizadores para la limpieza de superficies, es preferible el uso de compresas no estériles desechables a tal efecto. Pueden utilizarse los desinfectantes habituales en clínica.
- Fregar el suelo con solución de hipoclorito al 0,1% después de cada paciente.
- Limpieza de gafas o pantallas de protección entre pacientes.
- Ventilación de la sala durante 5-10 min.
- Una vez limpio el gabinete se procede a la retirada de los EPI según se detalla en la Tabla 4 del Tercer apartado.
- Tirar todos los paños, batas, guantes etc. al contenedor específico de recogida separada.

6. PAUTAS DE ACTUACIÓN EN CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL AMBULATORIA

La atención del paciente en el gabinete de cirugía oral ambulatoria conlleva la reactivación de la actividad de consulta tras la finalización del confinamiento, y, por tanto, implica el contacto directo con el paciente, la movilización de pacientes desde los diferentes proveedores (Atención Primaria, Centros de Referencia, etc.) y la reanudación de actividades quirúrgicas consideradas previamente como de alto riesgo.

En cirugía oral ambulatoria existe un riesgo alto de exposición a la transmisión del virus por la exposición a saliva, esputos, fluidos corporales y a los aerosoles generados durante la cirugía oral (*AO CMF International Task Force Recommendations on Best Practices for Maxillofacial Procedures during COVID-19 Pandemic, 2020*). En líneas generales, manejo del paciente en el gabinete de cirugía oral dependerá fundamentalmente de la situación clínica del paciente, la situación epidemiológica del centro donde se realiza el procedimiento (nivel de alerta sanitaria) y el resultado de las pruebas diagnósticas de PCR y serología al alcance del centro (*Balibrea et al, 2020*). Es obligatorio, como en cualquier otro tipo de cirugía, un control del paciente mediante un análisis de PCR o test rápido de anticuerpos antes de la operación (*Al-Muharraqi, 2020; Brucher et al, 2020*).

Citación del paciente para procedimiento en gabinete de cirugía oral.

La selección y priorización de los pacientes se llevará a cabo según la codificación de diagnósticos y procedimientos de cada Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Al proceder a la cita del paciente, se establecerá un contacto por teléfono desde el Servicio para mantener una encuesta de salud. Se debe postponer la citación en pacientes que hayan padecido la enfermedad y no tengan PCR negativa, hayan mantenido contactos estrechos recientes con pacientes COVID-19 positivo o presenten fiebre o sintomatología compatible con COVID-19 (*Zimmermann y Nkenke, 2020*).

Se recomienda la solicitud y realización de una prueba de PCR y un test rápido de anticuerpos (IgM e IgG) 24-48 horas antes de la cirugía oral. Desde el Servicio de Citas se gestionará la realización de las pruebas en el Hospital, Covid-car o en el Centro de Salud. En los pacientes con PCR positiva se pospondrá el tratamiento un mínimo de dos semanas, siendo preciso repetir el proceso de citación.

La interpretación de la serología en pacientes con PCR negativa, de acuerdo con las recomendaciones del Ministerio de Sanidad (*Interpretación de las pruebas diagnósticas frente a SARS-CoV-2, de 22 de abril de 2020*), será como se indica en la Tabla 6:

Tabla 6. Interpretación de las pruebas diagnósticas frente a SARS-CoV-2

IgM+ IgG -	Indica contacto con el virus SARS-2 reciente: probable infección aguda por COVID 19 (con todas las reservas: más de 7-10 días desde el contagio). Retrasar la cirugía oral. ALTAMENTE CONTAGIOSO.
IgM+ IgG+	Indica contacto con el virus SARS-2 establecido: infección por COVID 19 (con todas las reservas: puede llevar más de 14 días desde el contagio). Retrasar la cirugía oral. ALTAMENTE CONTAGIOSO.
IgM- IgG+	Evidencia contacto previo del sujeto con el virus con independencia de haber tenido muchos, pocos o ningún síntoma. En la evolución, probable infección pasada (sin que se pueda saber el tiempo de infección, aunque se podría calcular en los sintomáticos).
IgM- IgG-	No hay respuesta inmunitaria del paciente o lo hay y no se ha detectado por ser transitoria. Se pueden plantear tres escenarios: A) No ha estado en contacto con el virus. Aunque no se puede saber con seguridad. De ser así, no está infectado. B) Ha tenido ocasión de estar en contacto con el virus. B.1) Si hay sospecha de posible infección por razones epidemiológicas (contacto con un infectado en el hogar, la vecindad o el trabajo), repetir la prueba al cabo de 7-10 días (no todos los sujetos responden pronto; hay algunos que tardan 14-21 días). B.2) Si hay sospecha clínica porque refiere síntomas (cualquiera de los enumerados antes) o hay algún dato complementario objetivo, aunque inespecífico (incremento de la proteína C reactiva, linfopenia, Rx dudosa o patológica), puede estar en periodo de ventana (no ha dado tiempo a producir anticuerpos). Un dato de mucho valor puede ser medir la pO2 por oximetría de pulsómetro, aunque no haya clínica respiratoria subjetiva ni objetiva (hipoxemia silente o silenciosa). Repetir prueba de anticuerpos como en el supuesto anterior. B.3) Si reúne criterios epidemiológicos y/o clínicos y/o complementarios, en plena pandemia parece razonable ponerse en lo peor porque las técnicas no siempre son válidas (los estudios que se van publicando alertan de la heterogeneidad de las pruebas y de la disparidad de resultados). En los casos incluidos en este escenario (IgM -/IgG- con algunas de las sospechas epidemiológicas y/o clínicas y/o complementarias, procede consultar a Infecciosas o su equivalente hospitalario. Como norma a tener en cuenta, valorar siempre IgM e IgG, no uno solo. Podría ser de interés conocer qué técnica realiza el hospital (consultar a Microbiología o el servicio que la haga) y saber qué grado de sensibilidad/especificidad tiene.

Los datos de la serología deben apoyar la decisión clínica pero nunca condicionar el nivel de protección frente al caso clínico (*World Health Organization, 2020*). En la actualidad se está verificando la especificidad de múltiples test rápidos y su homologación a nivel del Ministerio de Sanidad y Comunidades.

La admisión del paciente con cita al área de cirugía oral ambulatoria se limitará a un acompañante.

Manejo del paciente en gabinete de cirugía oral.

Hasta la normalización de la pandemia, se priorizarán las indicaciones siguiendo los niveles de prioridad quirúrgica de procedimientos que se recomiendan en el Noveno apartado de este documento.

Los procedimientos quirúrgicos de cirugía oral deberán ser realizados por cirujanos expertos y se elegirán aquellos procedimientos con accesos mínimamente invasivos. Se debe evitar en lo posible el uso material rotatorio (pieza de mano), bisturí eléctrico, material ultrasónico y dispositivos piezoeléctricos para reducir al máximo la formación de aerosoles (*Zimmermann y Nkenke, 2020*). Progresivamente, tras la crisis y con la mejora de la fiabilidad de los test serológicos (*Sabino-Silva et al, 2020*), en la fase de control de la pandemia se podrán actualizar los protocolos de seguridad y reintroducción de las técnicas convencionales de cirugía oral.

Preparación del paciente en el gabinete de cirugía oral.

En la admisión del paciente al gabinete de cirugía oral se le instruirá en el procedimiento y comportamiento durante la asistencia. Se facilitará el consentimiento informado de SECOM-CyC para la cirugía y el consentimiento adaptado durante el periodo de pandemia COVID-19.

El paciente debe desinfectarse las manos con gel hidroalcohólico antes de sentarse en el sillón y evitar el contacto con el material del gabinete. El paciente debe protegerse mediante paño quirúrgico/bata y babero/delantal. Se recomienda un protocolo de enjuague bucal y gargarismos con agua oxigenada 1% o soluciones con povidona yodada al 0,2% (preferible), en el momento previo a la cirugía (*Ti et al, 2020; Xu et al, 2020*). Es recomendable realizar un lavado nasal complementario con gasas o bastoncillos nasales impregnados de las mismas sustancias.

Protección del personal del paciente en el gabinete de cirugía oral.

Los procedimientos de cirugía oral se deben llevar a cabo con la puerta del gabinete cerrada y con el mínimo número de personal en su interior. Los gabinetes deben estar equipados con climatización y ventilación adecuada. Es exigible que se cumpla la normativa de aireación y climatización de estancias hospitalarias (*Prin y Bartels, 2020*).

Después de un lavado de manos con solución alcohólica que incluya hasta los codos, el cirujano y ayudante se deben colocar un equipo de protección individual (EPI) que debe incluir: pijama, bata impermeable desechable, mascarillas tipo FFP2/FFP3 sin válvula, mascarilla quirúrgica sobre la anterior, gafas y/o pantalla en procedimientos sin aerosoles o gafas estanco-ajustables cerradas/integrales si se usan motores, guantes de nitrilo o látex dobles, gorro quirúrgico y calzado exclusivo para el gabinete, sin perforaciones (*Montero Feijoo et al, 2020*).

Organización del equipo durante la cirugía oral ambulatoria.

Como regla general se recomienda el trabajo "a 4 manos", por personal experto (*Meng et al, 2020*). Si se utiliza instrumental rotatorio, debe contar con válvula antirretorno. En cualquier caso, se ha de reducir en lo posible la irrigación de los motores para disminuir la producción de aerosoles: turbina, pieza de mano, contra-ángulo, bisturí piezoeléctrico, ultrasonidos, etc. (*French Society of Stomatology, Maxillo-Facial Surgery and Oral Surgery, 2020*). El contra-ángulo y la pieza de mano generan menos aerosol que la turbina. Para suturas intraorales se recomienda utilizar preferiblemente sutura reabsorbible (*Consejo dentistas, Organización Colegial de Dentistas de España. Plan estratégico de acción, 2020*).

Se recomienda no utilizar (o minimizar su uso) la jeringa de aire-agua del equipo porque genera aerosoles. Es conveniente el uso de aspiración de alto flujo al objeto de disminuir la presencia de aerosoles. El aspirador debe situarse lo más cerca posible de la zona operatoria para reducir la contaminación y la generación de aerosoles. Mejor secar con gasa la zona que necesitemos explorar u donde estemos operando.

Se recomienda evitar al máximo la realización de radiografías intraorales que estimulan la salivación y pueden provocar arcadas y tos. Es recomendable la realización de radiografías extraorales (ortopantomografía) o TC, dependiendo del tipo de procedimiento (*Ather et al, 2020*).

Limpieza del gabinete de cirugía oral.

En fase de desescalada no deben tratarse pacientes COVID-19 positivo en el gabinete de cirugía oral. En el hipotético caso de haber intervenido accidentalmente un paciente con sospecha se recomienda desinfectar y limpiar el gabinete con el EPI puesto. No retirarlo hasta haber descontaminado absolutamente todo. Se ha de realizar una limpieza y desinfección de todas las superficies de trabajo después de tratar a dicho paciente (*Kampf et al, 2020; van Doremalen et al, 2020*).

Se ha de seguir el procedimiento de limpieza y desinfección del gabinete de cirugía oral establecido en cada centro. Durante la pandemia, es recomendable que el suelo se friegue con solución de hipoclorito al 0,1% después de cada paciente.

Para la limpieza, desinfección y esterilización del instrumental se han de seguir los protocolos de esterilización establecidos en la Unidad de Esterilización por cada centro. Los desechos biológicos y material punzante deben ser eliminados en contenedores amarillos homologados.

Después de cada intervención se debe ventilar al gabinete durante 5-10 minutos. Es deseable mantener una presión negativa en el habitáculo y ajustar la recirculación: caudal mínimo impulsado de 1200 m³ por hora (aire exterior) y unos 15 movimientos/hora (MVH). Durante la ventilación del gabinete no deben producirse corrientes de aire (puerta del gabinete cerrada). En espacios de pobre ventilación se debe valorar la adquisición de aparatos de purificación de aire eficaces frente a virus y/o ionizadores de ozono. También puede considerarse la esterilización del gabinete con luz ultravioleta (programación nocturna y sin personal en el gabinete), protegiendo los enseres con superficie plástica para evitar su deterioro (*List, 2020*).

Control evolutivo del paciente.

Durante el periodo de pandemia es recomendable el seguimiento telemático del paciente. Debe minimizarse el número de revisiones y pruebas complementarias postoperatorias.

Cirugía Oral en el paciente COVID-19 positivo, paciente sin cribado clínico-analítico y con tratamiento urgente (exodoncias quirúrgicas por dolor intenso/ infección no controlable con tratamiento conservador).

La realización de la intervención de cirugía oral se hará preferiblemente en el quirófano que se haya establecido para pacientes COVID-19 con pacientes con PCR positiva, siguiendo el protocolo y circuito que se recomienda en apartado Octavo de este documento. O bien, se realizará en el quirófano convencional, previa PCR negativa y test de anticuerpos, siguiendo el protocolo y circuito que se recomienda en los apartados Séptimo y Octavo de este documento.

7. PAUTAS DE ACTUACIÓN PREVIAS A CIRUGÍA PROGRAMADA

La situación actual de la pandemia por coronavirus COVID-19 implica un riesgo de adquirir la enfermedad que conllevaría un posible incremento de desarrollar complicaciones tras una intervención quirúrgica de cirugía oral y maxilofacial.

Consideraciones previas a la cirugía programada.

Previamente a la operación se han de tomar una serie de precauciones necesarias para que se desarrolle de la manera más segura. Para ello se realizará:

- Análisis de riesgo de presentar COVID-19 mediante una entrevista sobre la presencia de síntomas y posibles contactos.
- Determinación de PCR para coronavirus COVID-19.

Si ambas pruebas son negativas, la posibilidad de presentar COVID-19 se puede considerar pequeña, y se podría llevar a cabo la intervención con seguridad. En el caso de que presente factores de riesgo o el resultado de la PCR fuese positivo, deberá valorar la necesidad de seguir adelante con la cirugía en el momento actual de pandemia.

En cualquier caso, antes del ingreso, el paciente deberá:

- Vigilar la aparición de síntomas como temperatura por encima 37,5°C, tos seca, molestias faríngeas, dolor faríngeo, congestión nasal, fatiga, dolor de cabeza, mialgia, hipogeusia, anosmia, alteraciones cutáneas (exantema, urticaria, vesículas variceliformes, lesiones acro-isquémicas).
- Registrar la temperatura corporal dos veces al día.
- Respetar las normas de la cuarentena y evitar salir a la calle. Si es imprescindible, respetando una distancia mínima con otras personas de al menos 2 metros.
- Evitar el contacto con personas con COVID-19 o con síntomas sugerentes (tos, fiebre, dolor de garganta, sensación de falta de aire...).
- El lavado de manos es una de las medidas principales para evitar el contagio por coronavirus. Se tiene que realizar: antes y después de cada contacto que tenga el paciente, después de toser o estornudar, después de manipular pañuelos, antes de comer y después de realizar la limpieza de cualquier objeto o superficie.
- En cuanto al uso de mascarilla: se deben lavar las manos antes de colocarla y retirarla y utilizar guantes, no tocar la parte interior, ajustarla bien al contorno facial (cubra nariz, boca y mentón) y no se debe tocar la mascarilla mientras se lleva puesta.

Consideraciones para el día de ingreso hospitalario.

El paciente tiene que acudir al Hospital acompañado por una sola persona que no presente síntomas de COVID-19 (tos, fiebre, dolor de garganta, sensación de falta de aire...). Si durante el periodo previo al ingreso presenta alguna incidencia (fiebre, aparición de síntomas o contacto con personas que presentan covid-19) el paciente debe ponerse en contacto con la secretaría del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial.

Durante su ingreso hospitalario el paciente debe seguir unas recomendaciones para disminuir su riesgo de infección:

- Lavado de manos frecuentemente con agua y jabón y uso de la solución alcohólica que tiene a su disposición en la habitación.
- Evitar tocarse los ojos, la nariz y la boca.
- Mantener una distancia de seguridad con otras personas de más de un metro, salvo con el personal sanitario en los procedimientos que requieran su atención.
- No está permitida la entrada de visitas al hospital. Se puede tener un solo acompañante, siempre que no presente síntomas respiratorios ni haya estado en contacto con alguna persona infectada por coronavirus. Se deben limitar los intercambios de acompañante.
- No salir de su habitación, salvo para la realización de pruebas diagnósticas o medidas terapéuticas. No pasear por el pasillo ni permanecer en salas de espera.
- Si durante el ingreso se le detectara una infección por coronavirus, el paciente permanecerá en aislamiento y es posible que se le traslade a otra zona del hospital, donde se ubican los enfermos afectados.
- Si un compañero de habitación contrae la infección, el paciente permanecerá en aislamiento, si está ingresado, los siguientes 14 días. Si se le diera el alta antes de esta fecha, continuará el seguimiento en domicilio, utilizando algún medio de comunicación. Deberá vigilarse la temperatura dos veces a día, y si en este periodo presentara síntomas (fiebre, tos, dificultad respiratoria...) debe hacer autoaislamiento domiciliario y avisar vía telefónica.
- Los familiares que han estado en la habitación de un paciente infectado, deben hacer seguimiento durante 2 semanas: deberán vigilarse la temperatura 2 veces al día, y si en este periodo presentara síntomas (fiebre, tos, dificultad respiratoria...) deberán hacer autoaislamiento domiciliario y avisar vía telefónica.

8. PAUTAS DE ACTUACIÓN EN EL QUIRÓFANO DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL

En la atención del paciente quirúrgico en el periodo de desescalada y liberación de confinamiento de la población es necesario distinguir tres tipos de pacientes que pueden precisar atención quirúrgica: 1) pacientes COVID-19 negativos, 2) pacientes COVID-19 positivos y 3) pacientes sospechosos. Se considerarán pacientes sospechosos de presentar COVID-19:

- Aquellos contactos estrechos con pacientes diagnosticados de COVID-19 y que se encuentren todavía en el periodo de cuarentena (14 días desde el último contacto)
- Pacientes que precisan procedimientos urgentes en los que no es posible determinar su estado de diagnóstico de COVID-19.

En el caso de pacientes sospechosos en los que, por la urgencia de la situación no ha sido posible determinar su situación de infección o no por COVID-19, se tomarán todas las precauciones de protección similares a los casos positivos.

Cirugía programada del paciente COVID-19 negativo.

Se realizará una programación semanal teniendo en cuenta los recursos habilitados para ello en cada hospital. Es responsabilidad del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial que sus pacientes sigan el circuito correspondiente y que estén programados en los quirófanos que le han sido asignados.

Teniendo en cuenta la disponibilidad de quirófanos a la semana, el Servicio seleccionará los pacientes candidatos a intervenir teniendo en cuenta la severidad de la enfermedad y los recursos disponibles. El cirujano en la consulta entregará al paciente:

- Un consentimiento/s informado/s quirúrgicos y anestésicos del procedimiento.
- Un consentimiento informado específico COVID (**Anexo 1**).
- Unas recomendaciones previas a la cirugía (**Anexo 2**). Los pacientes deber cumplir una cuarentena de 15 días antes de la intervención. Durante esos días los pacientes deberán tomarse y apuntar la temperatura dos veces al día. En caso de presentar sintomatología deberían comunicarlo al Servicio correspondiente (cada Servicio debe entregar un número de teléfono para que los pacientes puedan comunicarse en caso de desarrollar síntomas). Si no es posible esperar 15 días, se debe realizar monitorización estrecha durante 3 a 7 días.
- Unas recomendaciones de medicina preventiva para los pacientes que ingresan.
- Una información respecto a los acompañantes: puede acudir un acompañante que no tenga o haya tenido síntomas de COVID-19 en los 14 días previos, ni haya estado en contacto en domicilio, trabajo, residencia, etc., con algún caso diagnosticado de COVID-19.

- Una cita para realizarse una PCR SARS-CoV-2, analítica con hemograma completo, estudio de coagulación y bioquímica elemental, y estudio preanestésico y prueba radiológica si indicación (radiografía o TAC de tórax según criterio clínico) 48-72h antes de la intervención.
- Una interconsulta al Servicio de Anestesiología.

Si la cita se ha realizado por teleconsulta, el cirujano dará toda la información correspondiente al paciente y lo dejará reflejado en la Historia Clínica. Le indicará que debe recoger los consentimientos informados para su firma en la Secretaría del Servicio, el día que acuda para la realización de analítica y prueba radiológica.

El Servicio de Anestesiología realizará la valoración del paciente, incluyendo los resultados de la PCR, analítica completa y radiografía o TAC de tórax. Seguirá las indicaciones del protocolo de consultas.

- Si el paciente es diagnosticado de COVID-19, se comunicará al servicio quirúrgico para suspender la cirugía.
- Si el paciente es negativo, se le recordará seguir las recomendaciones de medicina preventiva y la vigilancia de síntomas.

El paciente debe acudir a Admisión el día del ingreso previsto de acuerdo a la programación quirúrgica. El personal de admisión le realizará las siguientes preguntas:

- ¿Presenta tos, fiebre, mocos o dificultad respiratoria en estos momentos o en los últimos 14 días?
- ¿Alguna persona que conviva con el paciente ha sido diagnosticado de COVID y está en fase activa o en aislamiento? (Deben trascurrir 14 días desde que deje de estar asintomático para dejar de ser considerado contagioso)

Si la respuesta es afirmativa a cualquiera de estas dos preguntas, el personal de admisión contactará con el Servicio correspondiente. Si las respuestas son negativas, se procederá al ingreso del paciente y se le entregará mascarilla quirúrgica para él y su acompañante, así como solución hidroalcohólica para que realice higiene de manos.

Siempre que sea posible, los pacientes se ubicarán en habitaciones individuales. Se permitirá la entrada de un acompañante asintomático para COVID-19, que no debe intercambiarse por otro, en la medida de lo posible. No están autorizadas visitas.

Los pacientes se operarán en el/los quirófanos reservados para pacientes COVID-19 negativo, y se establecerá un circuito específico postoperatorio en la Unidad de Reanimación Posanestésica.

Cirugía urgente del paciente COVID-19 negativo.

Todos los pacientes programados para quirófano de urgencias deberán acudir a quirófano con un estudio preoperatorio adecuado que incluya: analítica completa, radiografía de tórax, estudio preanestésico y pruebas de laboratorio (PCR) para SARS-CoV-2. En caso de resultado positivo se tomarán las precauciones para intervención en pacientes afectados por COVID-19 que han sido explicadas previamente y las recomendaciones de los Servicios de Medicina Preventiva y de Prevención de Riesgos Laborales.

En caso de resultado negativo se tomarán las precauciones quirúrgicas habituales. En caso de cirugía de emergencia en la que no se puede esperar a resultados del test para SARS-CoV-2, se aconseja tomar las precauciones recomendadas para pacientes COVID-19 positivos, según la cirugía sea de alto o bajo-moderado riesgo.

Cirugía urgente del paciente COVID-19 positivo.

Se mantendrán los circuitos establecidos durante el período de pandemia para pacientes COVID-19 que precisen procedimientos que se consideren urgentes. El quirófano de urgencia en este tipo de pacientes debe quedar establecido en cada centro, y estar dotado de todo el material de protección individual necesario para el personal que va a tratar al paciente.

Los profesionales implicados en el traslado del paciente llevarán EPI, mascarilla FFP2/FFP3 (preferiblemente) y gafas de protección. El paciente debe portar mascarilla quirúrgica durante el traslado. Se empleará un ascensor específico y exclusivo para su traslado.

Una vez el paciente está en el quirófano, antes y durante la intervención quirúrgica:

- Se limitará el máximo el personal que permanecerá en la sala de operaciones al estrictamente necesario.
- Se mantendrán cerradas las puertas para preservar la presión negativa.
- Todo el personal portará el equipo de protección adecuado (EPI), mascarillas FFP2/FFP3 y gafas de protección.
- La administración de oxígeno al paciente se realizará debajo de la mascarilla quirúrgica sin quitarla.
- Siempre que sea posible se empleará anestesia local o regional para evitar intubaciones.
- Se observarán las normas habituales de seguridad incluyendo la realización del listado de verificación quirúrgica.
- En la medida de lo posible se empleará material desechable, incluyendo las mascarillas del ambú, fibroscopios y vídeo-laringoscopios.
- La desinfección del área quirúrgica se realizará siguiendo las recomendaciones habituales del Servicio de Medicina Preventiva.

- Durante la intervención se colocarán filtros de alta eficiencia en ambas ramas del respirador.

Al finalizar la intervención quirúrgica, el circuito del paciente incluye:

- El paciente será trasladado al área de reanimación postoperatoria establecido en cada centro.
- El traslado será realizado por el facultativo de anestesiología acompañado por la enfermera circulante y el celador.
- La extubación del paciente será realizada preferiblemente en la UVI.
- Tras la reanimación postoperatoria el paciente será trasladado al área de hospitalización correspondiente.
- Con respecto al personal que atienda a los pacientes afectados, portará en todo momento el EPI adecuado y deberá estar entrenado en su colocación y retirada

Tras la intervención quirúrgica:

- Se desechará todo el material (tubuladuras, filtro y tubo endotraqueal) como residuo biosanitario tipo III en los cubos adecuados que serán colocados en el quirófano.
- Se esperará un tiempo determinado previamente por el servicio de Preventiva de cada hospital según el área de cada quirófano, entre la salida del paciente del quirófano, hasta comenzar la limpieza de equipos, aparataje y superficies. Durante este intervalo el quirófano debe estar vacío y con las puertas cerradas. Este tiempo es específico de cada zona para la eliminación de contaminantes aéreos, y puede oscilar entre 90-130min (*GOV.UK. COVID-19: infection prevention and control, 2020*).
- La limpieza del quirófano y respiradores se realizará siguiendo las recomendaciones del Servicio de Medicina Preventiva. Las recomendaciones que deben seguirse son similares a las de otros pacientes en aislamiento respiratorio (por ejemplo, tuberculosis) que se manejan de forma habitual.
- En cuanto al manejo de muestras: Las que vayan a enviarse a anatomía patológica deben enviarse en bolsa de autocerrado con el nombre del paciente puesto en la bolsa. En caso de corresponder a muestras del aparato respiratorio deben enviarse en triple envase.

Los diferentes procedimientos de cirugía oral y maxilofacial se pueden clasificar de acuerdo al riesgo para el paciente y los profesionales. Se distingue:

- *Procedimientos de Alto riesgo:* Intervenciones en las que se expone la vía aérea o las superficies mucosas orales con la posibilidad de generar aerosoles. Se desaconseja la cirugía electiva y sólo deberían realizarse intervenciones urgentes tal como se detallan en el aparatado Noveno (por ejemplo, traqueotomía,

epistaxis...)). En estos casos se considera que todo el personal dentro del quirófano está en riesgo, de manera que todos deberán llevar equipo de protección consistente en capuchón-capuz hasta los hombros, bata impermeable, gafas integrales, doble guante y mascarilla FFP3-FFP2. Se considera opcional el uso de pantallas protectoras homologadas que se aconsejan en aquellos casos en los que existe riesgo elevado de aerosolización.

En el caso de que el paciente entre despierto al quirófano deberá portar una mascarilla quirúrgica y si precisa oxigenoterapia, se aplicará por encima de dicha mascarilla. En el proceso de intubación, todo personal no esencial en ese momento deberá abandonar el quirófano. Algunas instituciones aconsejan respetar un intervalo de tiempo equivalente al tiempo de recambio de aire del quirófano. La extubación se realizará una vez el equipo quirúrgico haya abandonado el quirófano, permaneciendo solo el personal esencial en ese momento. Es necesario insistir en que las intervenciones realizadas en pacientes con infección activa suponen un riesgo elevado para todo el personal del quirófano y las unidades de recuperación y pueden comprometer la capacidad del enfermo para recuperarse de la infección.

- *Procedimientos de Riesgo bajo-moderado:* Intervenciones en las que no se expone vía aérea ni superficies mucosas. Existe un cierto riesgo de aerosolización de la sangre si se van a utilizar dispositivos de alta energía (como fresas, sierras, microdebridadores o dispositivos ultrasónicos). Para procedimientos de intubación-extubación se seguirán los mismos protocolos que en los pacientes de alto riesgo y permanecerá en el quirófano el personal imprescindible. Se aconseja que los cirujanos e instrumentista porten batas impermeables, mascarillas FFP3-FFP2 y gafas de protección.

9. NIVELES DE PRIORIDAD QUIRÚRGICA EN CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL

En medio del brote agudo de la pandemia de COVID-19 y durante la fase posterior de desconfinamiento, los pacientes susceptibles de ser tratados con cirugía deben clasificarse de acuerdo con la urgencia y la gravedad de la enfermedad, y se debe fortalecer el cribado y la evaluación de los riesgos de COVID-19 para evitar la exposición innecesaria de los profesionales sanitarios. Así, los pacientes se clasifican en los siguientes niveles de prioridad quirúrgica (*Clinical guide to surgical prioritisation during the coronavirus pandemic, NHS, 2020; Givi et al, 2020*):

- Emergencia: cirugía necesaria en primeras 24 horas. Los procedimientos quirúrgicos de emergencia se han de realizar bajo un alto nivel de protección.
- Urgencia: cirugía necesaria en primeras 72 horas. Se hace obligatorio el cribado de COVID-19 y la evaluación preoperatoria para evitar la exposición innecesaria.
- Cirugía diferible hasta 4 semanas.
- Cirugía diferible hasta 3 meses.

En los dos supuestos anteriores, se hace necesaria una evaluación completa del riesgo antes del ingreso, que incluye el cribado de COVID-19, recuento sanguíneo completo, bioquímica sérica, radiografía de tórax y evaluación preanestésica. Es muy recomendable realizar TC torácico al paciente.

- Cirugía diferible más de 3 meses. Se difiere el tratamiento quirúrgico y realizar un seguimiento regular del paciente hasta que cambien las circunstancias sanitarias provocadas por la pandemia.

Listado de procedimientos de Cirugía Oral y Maxilofacial clasificados en función de la prioridad quirúrgica.

- *Emergencia*: Hemorragia activa que compromete vida del paciente, compromiso vía aérea, infección cérvico-facial grave, revascularización colgajo libre, traumatismo craneofacial con compresión del nervio óptico o afectación intracraneal.
- *Urgencia*: fracturas faciales abiertas sin hemorragia activa, fracturas faciales de consolidación rápida o con compromiso funcional importante, sutura de nervio seccionado, luxación mandibular, exodoncias quirúrgicas en pacientes con dolor intenso/ infección no controlable con tratamiento conservador.
- *Cirugía diferible hasta 4 semanas*: cirugía oncológica oro-maxilofacial incluyendo carcinoma epidermoide cutáneo facial (controlando extensión y ritmo de crecimiento del tumor), fracturas faciales no incluidas en niveles anteriores, cirugía de osteotomías maxilares en pacientes con compromiso grave pero no agudo de vía aérea, exodoncias que causan dolor o infección moderadas.
- *Cirugía diferible hasta 3 meses*: carcinoma basocelular cutáneo, tumores glandulares con sospecha de malignidad no confirmada o confirmada de bajo grado, cirugía de lesiones quísticas maxilares.
- *Cirugía diferible más de 3 meses*: resto de procedimientos.

Manejo del paciente hospitalizado.

Las causas más frecuentes de ingreso hospitalario en los servicios de Cirugía Oral y Maxilofacial durante la pandemia COVID-19 son:

- Cirugía emergente
- Cirugía urgente
- Cirugía diferible hasta 4 semanas
- Patología médica del área de cabeza y cuello que requiera tratamiento médico hospitalario y vigilancia estrecha.

A continuación, se exponen las medidas de actuación y de manejo general del paciente en una unidad de hospitalización de cirugía oral y maxilofacial ya sea por cirugía previa o por patología médica de cabeza y cuello. Por último, se exponen unas recomendaciones sobre el manejo del paciente hospitalizado con traqueostomía.

- Se asume que todo paciente programado para cirugía mayor hospitalaria de boca, cara, cabeza y cuello puede ser portador potencial del virus a lo largo del ingreso hospitalario, incluso si han superado las pruebas preoperatorias incluyendo: temperatura normal, no antecedente de contacto estrecho ni viajes y ausencia de síntomas respiratorios.
- El punto anterior también es válido para todo paciente que ingresa en una unidad de hospitalización de Cirugía Oral y Maxilofacial para tratamiento médico hospitalario sin necesidad de cirugía.
- Se realiza screening con el test PCR (*gold-standard*) 24-48 horas antes de la cirugía junto con serología y el paciente es aislado en una habitación sin permitir visitas. Igualmente, a todo paciente que ingresa para tratamiento médico intravenoso se realiza el screening con PCR. En los casos de cirugía emergente que no dé tiempo a solicitar test de PCR previo a cirugía, se actuará como si el paciente estuviera infectado llevando a cabo la cirugía con las medidas de protección adecuadas.
- Si el test PCR previo a cirugía es positivo, el paciente es aislado, se activan los protocolos de actuación de Salud Pública Nacional COVID-19, y se pospone la cirugía.
- Si test de PCR es negativo, se realizará un test de PCR semanal y siempre, siendo requisito imprescindible, un test de PCR justo previo al alta. Se mantienen las medidas de aislamiento aéreo y de contacto según los protocolos de actuación de Salud Pública Nacional COVID-19. Los clínicos deben tener claro que un resultado negativo no descarta que un individuo esté infectado.
- Durante el ingreso hospitalario, las visitas se limitan a un acompañante durante 15 minutos al día, manteniendo una distancia de seguridad de 1 a 2 metros y con las medidas de prevención habituales como mascarilla quirúrgica, guantes y bata.
- La tendencia actual es a reducir en la medida de lo posible la estancia hospitalaria, limitar el mínimo número de visitas médicas durante el ingreso a las estrictamente

imprescindibles, y distanciar las revisiones post-quirúrgicas el tiempo necesario para limitar y disminuir el riesgo de contagio.

- El cuidado de pacientes ingresados portadores de traqueostomía conlleva la realización de procedimientos generadores de aerosoles, y por tanto considerados de alto riesgo de contagio. Por ello, independientemente de que este tipo de paciente tenga infección confirmada por COVID-19 o no, las medidas de protección del personal sanitario deben de ser estrictas incluyendo: mascarilla FFP2-3 de un solo uso, gafas o pantalla de protección facial, bata quirúrgica y doble guante.

- En el caso en el que el paciente portador de traqueostomía conlleve un menor riesgo de contagio para el personal sanitario, es decir en un paciente asintomático sin test o con test negativo 48 horas previas a la cirugía, en caso de no disponer mascarilla FFP2-3, se podrían realizar los cuidados con doble mascarilla quirúrgica, protección ocular y facial con gafas o pantalla junto con bata quirúrgica y doble guante.

10. CONSIDERACIONES FINALES

Durante el periodo de alerta sanitaria en nuestro país que transcurre de marzo a mayo de 2020, la Junta Directiva de la SECOMCyC se hizo el propósito de investigar, discutir, elaborar o reenviar aquella información que se considerara interesante para el desarrollo de la especialidad. Para ello, la Junta Directiva celebró reuniones telemáticas semanales llevando a cabo un seguimiento de la crisis sanitaria a partir de las cuales surgió la elaboración de este documento que ha sido consensuado por sus miembros. En general, estas recomendaciones representan una situación en evolución y constante cambio, y se basan en la mejor información científica disponible en este momento.

El propósito de este documento ha sido actualizar la evidencia disponible durante la propagación de la epidemia en nuestro país, la situación del proceso de desescalada y finalización del periodo de confinamiento. Las recomendaciones que contiene el documento podrían incluso servir como base para afrontar futuros brotes de SARS-COVID-19 u otras crisis de sanitarias por venir de potenciales patógenos no conocidos. Es por ello que las sugerencias y correcciones de todos los cirujanos orales y maxilofaciales serán bienvenidas, ya que toda la Especialidad se encuentra involucrada en un proceso de desarrollo dinámico para acrecentar nuestro conocimiento colectivo sobre COVID-19.

Las recomendaciones y sugerencias que recogen este documento tienen que contar necesariamente con cierta flexibilidad en su aplicación en base a las necesidades específicas de cada paciente, su situación clínica, el entorno epidemiológico del centro donde se realiza el procedimiento (nivel de alerta sanitaria), las condiciones y equipamientos disponibles en cada hospital y las pruebas diagnósticas de PCR y serología al alcance del centro o consulta. En base a lo anterior, se pueden plantear otras estrategias según las circunstancias ya que, en última instancia, la decisión del manejo y tratamiento de los pacientes recae en el profesional individual y en los centros y hospitales.

El objetivo principal de este documento ha sido proporcionar unos consejos y sugerencias de manejo y tratamientos seguros y efectivos para los pacientes de cirugía oral y maxilofacial, al tiempo que minimizar el riesgo para el profesional tanto como sea posible.

Conflicto de intereses

Los autores no declaran ningún conflicto de interés.

Agradecimientos

Este documento ha sido consensuado por la Junta Directiva de la Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial - Cabeza y Cuello (SECOM-CyC). Los autores agradecen a todos los miembros especialistas y residentes de SECOM-CyC por su colaboración y permanente apoyo.

Anexo. Material adicional

Este documento y material adicional a este artículo (Anexos sobre consentimiento informado para atención al paciente y para intervención quirúrgica en el contexto de la pandemia COVID-19), están a disposición de los especialistas en versión electrónica en <http://www.secom.org/recomendaciones-secomcyc/> o para aquellos que los soliciten a través de la Secretaría de la Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial y de Cabeza y Cuello.

REFERENCIAS

- Al-Muharraqi MA. Testing recommendation for COVID-19 (SARS-CoV-2) in patients planned for surgery - continuing the service and 'suppressing' the pandemic. *Br J Oral Maxillofac Surg* (2020), <https://doi.org/10.1016/j.bjoms.2020.04.014>
- AO CMF International Task Force Recommendations on Best Practices for Maxillofacial Procedures during COVID-19 Pandemic. Disponible en: <https://www.aofoundation.org/what-we-do/covid-19-resources-for-surgeons>
- Ather A, Patel B, Ruparel NB, Diogenes A, Hargreaves KM. Coronavirus Disease 19 (COVID-19): Implications for Clinical Dental Care. *J Endod*. 2020 Apr 6. pii: S0099-2399(20)30159-X. doi: 10.1016/j.joen.2020.03.008.
- Balibrea JM, et al. Manejo quirurgico de pacientes con infeccion por COVID-19. Recomendaciones de la Asociacion Espanola de Cirujanos. *Cir Esp*. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2020.03.001>
- Brücher B.L.D.M, Nigri G, Tinelli A, Lapeña Jr J.F.F, Espin-Basany E, et al. 2020. COVID-19: Pandemic surgery guidance. *4open*, 3, 1.
- Clinical guide to surgical prioritisation during the coronavirus pandemic, NHS, 2020. <https://www.england.nhs.uk/coronavirus/wp-content/uploads/sites/52/2020/03/C0221-specialty-guide-surgical-prioritisation-v1.pdf>
- Comunicado SECOMCYC 31-3-2020. Actualización COVID-19. Disponible en: <http://www.secom.org/recomendaciones-secomcyc/>
- Consejo dentistas, Organización Colegial de Dentistas de España. Plan estratégico de acción para el periodo posterior a la crisis creada por el COVID-19. 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>
- Considerations for acute personal protective equipment (PPE) shortages. Public Health England. 17 April 2020
- European Centre for Disease Prevention and Control. Infection prevention and control for COVID-19 in healthcare settings. March 2020.
- French Society of Stomatology, Maxillo-Facial Surgery and Oral Surgery (SFSCMFCO). Practitioners specialized in oral health and coronavirus disease 2019: Professional guidelines from the French society of stomatology, maxillofacial surgery and oral surgery, to form a common front against the infectious risk. *J Stomatol Oral Maxillofac Surg*. 2020 Apr;121(2):155-158. doi: 10.1016/j.jormas.2020.03.011.
- Givi B, Schiff BA, Chinn SB, Clayburgh D, Iyer NG, Jalisi S, Moore MG, Nathan CA, Orloff LA, O'Neill JP, Parker N, Zender C, Morris LGT, Davies L. Safety Recommendations for Evaluation and Surgery of the Head and Neck During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg*. 2020 Mar 31. doi: 10.1001/jamaoto.2020.0780. [Epub ahead of print]
- GOV.UK. COVID-19: infection prevention and control. Reducing the risk of transmission of COVID-19 in the hospital setting. Updated 27 April 2020. <https://www.gov.uk/government/publications/wuhan-novel-coronavirus-infection-prevention-and-control/reducing-the-risk-of-transmission-of-covid-19-in-the-hospital-setting>
- Guan W, Ni Z., Hu Y. et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *New England Journal of Medicine*; Feb 2020; DOI: 10.1056/NEJMoa2002032

- Herron JBT, Hay-David AGC, Gilliam AD, Brennan PA. Personal protective equipment and Covid 19- a risk to healthcare staff? [published online ahead of print, 2020 Apr 13]. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2020;S0266-4356(20)30165-0. doi:10.1016/j.bjoms.2020.04.015
- Kampf G, Todt D, Pfaender S, Steinmann E. Persistence of coronaviruses on inanimate surfaces and their inactivation with biocidal agents. *J Hosp Infect.* 2020;104:246-251. doi: 10.1016/j.jhin.2020.01.022.
- Kohn WG, Collins AS, Cleveland JL, Harte JA, Eklund KJ, Malvitz DM: Guidelines for infection control in dental health-care settings—2003. *MMWR Recomm Rep* 52:1-61, 2003.
- Kowalski LP, Sanabria A, Ridge JA, et al. COVID-19 pandemic: Effects and evidence-based recommendations for otolaryngology and head and neck surgery practice [published online ahead of print, 2020 Apr 9]. *Head Neck.* 2020;10.1002/hed.26164. doi:10.1002/hed.26164
- Lamontagne F, Angus DC: Toward universal deployable guidelines for the care of patients with COVID-19. *JAMA* 2020
- 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):1199–207.
- List N: Disinfectants for Use Against SARS-CoV-2 [Internet]. 2020. Available from: List N: Disinfectants for Use Against SARS-CoV-2. United States Environmental Protection Agency. <https://www.epa.gov/pesticide-registration/list-n-disinfectants-useagainst-sars-cov-2>. Published 2020).
- Lu C.W., Liu X.F., Jia Z.F. 2019-nCoV transmission through the ocular surface must not be ignored. *Lancet.* 2020;395:e39.
- Marui VC, Souto MLS, Rovai ES, Romito GA, Chambrone L, Pannuti CM: Efficacy of preprocedural mouthrinses in the reduction of microorganisms in aerosol: a systematic review. *J Am Dent Assoc* 150:1015-1026.e1011, 2019.
- 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. doi: 10.1177/0022034520914246. Epub 2020 Mar 12.
- Ministerio de Sanidad. Directrices de buenas prácticas en los Centros de trabajo, Medidas para la prevención de contagios de COVID-19.
- Ministerio de Sanidad. Procedimiento de actuación para los Servicios de Prevención de riesgos laborales frente a la exposición al SARS-CoV-2. 8 abril 2020. https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCovChina/documentos/PrevencionRLL_COVID-19.pdf
- Ministerio de Sanidad. Protocolo para el diagnóstico de COVID-19. Guía para la utilización de tests rápidos de anticuerpos para COVID-19. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Guia_test_diagnosticos_serologicos_20200407.pdf
- Montero Feijoo A, et al. Recomendaciones prácticas para el manejo perioperatorio del paciente con sospecha o infección grave por coronavirus SARS-CoV-2. *Rev Esp Anestesiol Reanim.* 2020. <https://doi.org/10.1016/j.redar.2020.03.003>
- 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* 12:9, 2020

- Prin M, Bartels K. Social distancing: implications for the operating room in the face of COVID-19. *Can J Anaesth J Can Anesth*. 2020 Apr 14.
- Recomendaciones generales SECOMCYC de actuación en COVID-19. Disponible en: <http://www.secom.org/recomendaciones-secomcyc/>
- Recomendaciones SECOMCYC de traqueotomía en COVID-19. Disponible en: <http://www.secom.org/recomendaciones-secomcyc/>
- Rothe C, Schunk M, Sothmann P, Bretzel G, Froeschl G, Wallrauch C, et al: Transmission of 2019-nCoV infection from an asymptomatic contact in Germany. *N Engl J Med* 382: 970e971, 2020
- 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. doi: 10.1007/s00784-020-03248-x. Epub 2020 Feb 20.
- Ti LK, Ang LS, Foong TW, Ng BSW. What we do when a COVID-19 patient needs an operation: operating room preparation and guidance. *Can J Anaesth J Can Anesth*. 2020 Mar 6.
- To K.K., Tsang O.T., Chik-Yan Yip C., Chan K.H., Wu T.C., Chan J.M.C. Consistent detection of 2019 novel coronavirus in saliva. *Clin Infect Dis*. 2020 pii: ciaa149.
- van Doremalen N, Bushmaker T, Morris DH, Holbrook MG, Gamble A, Williamson BN et al. Aerosol and Surface Stability of SARS-CoV-2 as Compared with SARS-CoV-1. *N Engl J Med*. 2020 Mar 17. doi: 10.1056/NEJMc2004973.
- WHO. Advice on the use of point of care immunodiagnostic test for COVID-19. 2020. [Internet]. Available from: <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/advice-on-the-use-of-point-of-care-immunodiagnostic-tests-for-covid-19>
- World Health Organization (WHO) (2020), Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report – 51. [Internet]. Available from: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situationreports/20200311-sitrep-51-covid-19.pdf?sfvrsn=1ba62e57_10
- World Health Organization: Decontamination and reprocessing of medical devices for healthcare facilities. Geneva: World Health Organization; 2016.
- World Health Organization: Infection prevention and control during health care when COVID-19 is suspected: interim guidance, 19 March 2020. Geneva: World Health Organization; 2020a.
- World Health Organization: Rational use of personal protective equipment (PPE) for coronavirus disease (COVID-19): interim guidance, 19 March 2020. Geneva: World Health Organization; 2020b.
- Xu J, Li Y, Gan F, Du Y, Yao Y. Salivary glands: potential reservoirs for COVID-19 asymptomatic Infection. *J. Dent. Res.*, 2020; DOI: 10.1177/0022034520918518
- Zimmermann M, Nkenke E. Approaches to the management of patients in oral and maxillofacial surgery during COVID-19 pandemic [published online ahead of print, 2020 Apr 4]. *J Craniomaxillofac Surg*. 2020;S1010-5182(20)30083-4. doi:10.1016/j.jcms.2020.03.011

Enlaces de interés en relación a la pandemia COVID19

- Ministerio de Sanidad

Información oficial del Ministerio de Sanidad dirigida a los profesionales sanitarios y a la ciudadanía en relación a recomendaciones sanitarias y de salud pública de interés general.

<https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/situacionActual.htm>

- Documentos técnicos para profesionales del Ministerio de Sanidad

<https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos.htm>

- Enlaces internacionales

Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC):

<https://www.ecdc.europa.eu/en/novel-coronavirus-china>

Organización Mundial de la Salud (OMS):

<https://www.who.int/health-topics/coronavirus>